



Directora Institucional

Verónica Iglesias

Editor

Álvaro Lefio

Editores asociados

Alejandra Fuentes
Sara Schilling
Katherine Rivas
Jorge Gaete
Carlos Madariaga
Yuri Carvajal

Coordinación editorial

Jorge Gaete
Katherine Rivas

Referencia, indexación y publicación

Katherine Rivas
Oswald González

Diseño y Diagramación

Paola Videla

Traducción

Sara Schilling

Secretaria

Pamela Sánchez

Representante legal

Manuel Kukuljan

Portada vol. 24 N°1 2020

“Representación de una familia chilena en tiempos de pandemia no es la misma que vemos en la publicidad tampoco tiene los mismos privilegios y comodidades...”

Fotografía:

Instagram: Nicole_kramm

www.nicolekramm.com

Domicilio

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

La Revista Chilena de Salud Pública

está registrada en las bases de datos
Lilacs, Dialnet, Latindex y DOAJ.



EDITORIAL

Crónica de la Epidemia por COVID-19: Perplejidad, Revelación y Crisis. *Álvaro Lefío.*

Chronicle of the Epidemic of COVID-19: Perplexity, Revelation, and Crisis.

5

Coronavirus: cuidar la vida desnuda sin desconocer la vida vivida.

Jorge Gaete.

Coronavirus: Taking care of the naked life, without ignoring the lived life.

8

ARTÍCULOS ORIGINALES

Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia.

Silvia Quiroz, Diana Agudel, Diego Lucumi, Graciela Mentz.

Association between social position indicators and hypertension treatment adherence in Colombia.

11

Mayores concentraciones de cortisol, biomarcador de estrés, en residentes de comunas con menor Índice de Calidad de Vida Urbana.

Alejandro Díaz-Cavieres, Hermann M. Niemeyer.

Higher levels of cortisol, a biomarker of stress, among residents of municipalities with lower Urban Life Quality Index.

23

Estudio de algunos biomarcadores para infecciones de transmisión sexual en un Centro de Inclusión Social venezolano: período 2013-2018. *Teodoro Vizcaya.*

Study of biomarkers of sexually transmitted infections in a Social Inclusion Center in Venezuela: 2013-2018.

30

Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la satisfacción usuaria de cuidadores en un hospital pediátrico de alta complejidad.

Carolina Concha-Gutiérrez, Edith Rivas-Riveros, Pilar Espinoza-Quiroz y Yasna K Palmeiro-Silva.

Sociodemographic and clinical factors associated with caregivers' satisfaction in a tertiary pediatric hospital.

40

Distribución etaria, antecedentes familiares y estadio del cáncer de mama en mujeres asistidas en hospitales públicos en Córdoba: 2004 - 2010. *Ana María Juárez y Ruth Fernández.*

Age distribution, family history, and stage of breast cancer in women treated in public hospitals in Córdoba, Argentina: 2004 - 2010.

49

TEMAS DE ACTUALIDAD

Small is not beautiful: minimalización de la salud pública frente de coronavirus. *Yuri Carvajal Bañados.*

Small is not beautiful: minimization of the role of public health faced with the coronavirus.

55

Una aproximación sociológica del empresariado de la salud en el Chile actual. *Daniel Manzano Méndez.*

A sociological approach to the business-ification of the health sector in Chile.

61

Una mirada actualizada sobre los Ambientes Alimentarios y Obesidad.

Jacqueline Araneda, Anna Christina Pinheiro y Lorena Rodríguez.

An Updated Look at Food Environments and Obesity.

67

CARTA AL EDITOR

El Coronavirus 19 (COVID 19) en México.

José Eduardo Orellana Centeno.

COVID 19 in Mexico.

72

Cultura de mascarillas caseras: Debate entre la eficiencia y el uso por la población de una tecnología sanitaria.

Cynthia Vergara-Maldonado .

The culture of homemade masks: Debate about the efficiency and use of sanitary equipment by the general population.

74

El “Sistema Único de Salud (SUS)” y la política reformista de educación médica en Brasil.

Marcos Bagrichevsky.

The “Unified Health System (SUS)” and the Transformation of Medical Education in Brazil.

76

CRÓNICA DE LA EPIDEMIA POR COVID-19: PERPLEJIDAD, REVELACIÓN Y CRISIS

CHRONICLE OF THE EPIDEMIC OF COVID-19:
PERPLEXITY, REVELATION, AND CRISIS

Miedo, muerte, visibilidad, velocidad elevada de instalación y temporalidad acotada, parecen ser algunos de los elementos diferenciadores de una epidemia real respecto de un uso utilitario, grandilocuente o político del término, siendo además posible sólo en la interpretación colectiva que hacemos de ella y por la respuesta que organizamos. Siguiendo estas ideas desarrolladas por Charles Rosenberg respecto de las epidemias¹, escribo esta editorial en el momento en que nuestra sociedad ya ha superado la perplejidad inicial, ha aceptado su existencia y pareciera estar en el momento dramático de la máxima tensión reveladora de la enfermedad y de empezar a caer en la crisis individual y colectiva.

Las epidemias, en virtud de su capacidad de producción de muerte y miedo en las poblaciones, traen consigo al menos dos características adicionales, por una parte, entregan gran poder a quienes gobiernan, desatando –con evidente menor resistencia y disenso– todos los dispositivos y estrategias disciplinarias y de vigilancia de la sociedad², por otra, ponen en tensión y cuestión los sistemas terapéuticos y de cuidado de la salud y enfermedad, en especial respecto de sus posibilidades de sostener la vida del colectivo³. Esto es particularmente así, cuando la enfermedad afecta con aparente azar a sus integrantes, es decir cuando el miedo al contagio se propaga con fuerza y suficiente velocidad en los grupos que habitualmente están o se perciben con evidentes grados mayores de inmunidad o impunidad y que son dominantes en las jerarquías y distinciones sociales⁴.

La epidemia nos encontró con un sistema de servicios de salud caracterizado por la presencia de un pilar público significativo –a pesar de todos sus detractores y amenazas– con experiencia y aprendizajes organizacionales en el enfrentamiento de aumentos estacionales de consultas y atenciones por cuadros respiratorios y con una red de atención –particularmente de atención primaria– de alta cobertura y calidad de sus equipos. A la vez, es evidente la fragmentación del sistema en su conjunto con desigualdades en el proceso de atención de salud por ingresos, déficit relativo de camas y camas críticas, distribución inequitativa de recursos financieros y humanos entre el sector público y privado, estos últimos con lógicas y criterios de actuación no completamente alineados con la salud y la seguridad social^{5,6}. Todo lo cual se encuentra en el contexto de la presencia distorsionadora de reglas del mercado en la atención de salud, que ha permeado los mecanismos de articulación pública, lógicas que simplemente no tienen cabida cuando la afectación y prioridad de lo colectivo no tiene discusión⁷.

Hoy la “peste” ha penetrado con fuerza en los sectores populares, transportada principalmente por trabajadores informales y precarios a sus hogares, donde el hacinamiento, que comenzamos a redescubrir como determinante de la salud, hace su parte en expandir las probabilidades de contagio. La desconfianza en las instituciones, las diferencias en los modelos explicativos de salud/enfermedad, la pérdida de vínculos con la alteridad nacional, lo masculino entendido como exponerse al

Alvaro Lefio Celedón

Editor

Revista Chilena de Salud Pública
Escuela de Salud Pública
“Dr. Salvador Allende G.”
de la Universidad de Chile

riesgo, el ocultamiento de la enfermedad por miedo al estigma y a los hostigamientos, y la necesidad de alimentarse, parecen ser algunas de las formas de comprender la falta de apego y aceptabilidad de las medidas preventivas en parte relevante de nuestra población⁸.

Paralelamente comienza el rebalse y saturación de los servicios de salud, a pesar del significativo esfuerzo de sus equipos de trabajo y su objetivable crecimiento, habiéndose ya prácticamente doblado su capacidad de atención de enfermos críticos. Los centros de atención primaria han reorganizado sus flujos y procesos de atención, creado sistemas de vigilancia y coordinación con el intersector, implementado procedimientos de testeo, seguimiento y apoyo a las familias afectadas e incluso instalado dispositivos de corta estadía y hospitalización domiciliaria, previendo el “rechazo” de pacientes o las largas esperas para el ingreso a atención cerrada. Todo esto a pesar de la invisibilización del primer nivel de atención en la estrategia sectorial inicial, con los consecuentes déficit de conducción y recursos disponibles, así como brechas e inequidades en la implementación de las estrategias y acciones de salud.

Echando mano a su tradición y cultura de ejercicio del poder, el gobierno de turno opta por una gobernanza autoritaria y centralizadora, que se vanagloria del orden y los éxitos iniciales y se desarma ahora en el fracaso social y sanitario. En su minimalismo permite la incorporación en las decisiones a expertos de universidades ideológicamente cercanas e ignora a los actores sociales y a los adversarios, salvo a aquellos que se imponen por su propio peso histórico como el Colegio Médico, o por su mayor cercanía a los territorios como son los alcaldes. Se ha decretado una cuarentena más amplia en la Región Metropolitana y la estrategia de vigilancia policial y militar –en el amplio sentido– de contención del movimiento de los ciudadanos/as se ha intensificado. Las comunidades de los sectores periféricos de la capital han reiniciado las protestas y esta vez es por falta de alimentos y por la imposibilidad de moverse y trabajar para mantener a sus familias. Sin las condiciones básicas de sostén de la vida y la dignidad, ninguna medida restrictiva del movimiento puede funcionar y si lo hacen no parecen ser socialmente aceptables.

Esta epidemia que desnuda, tanto al autoritarismo de su elite gobernante como su negación sistemática de la miseria y la pobreza de parte significativa

de su población, nos encuentra en el medio de la movilización social más importante de los últimos cuarenta años, donde la desconfianza institucional, la corrupción y marginalidad crónica son parte importante de sus causas profundas⁹. La gravedad de la crisis institucional, la movilización de millones de personas por las calles y el disenso manifestado de las formas más creativas y masivas posibles, no parecen haber sido suficientes para que quienes gobiernan comprendiesen, que la conducción de la crisis no era el plan de unos pocos que dictan el deber ser, sino más bien se trataba de desatar procesos de deliberación y acción colectiva que, sobre bases compartidas de actuación, permitiesen el enfrentamiento articulado de la enfermedad y sus consecuencias. Ahora parece evidente que las posibilidades de detener la propagación de la epidemia con las denominadas cuarentenas estratégicas, que no toman en consideración la realidad territorial de las personas, sus subjetividades y prioridades, y sin considerar el adecuado soporte económico y social al aislamiento, sólo era posible en el imaginario de un país sin precariedad laboral, sin pobreza, sin hacinamiento, sin miseria ni marginalidad. Ese país no existe, más que en la imaginación de una parte muy pequeña y triste de nuestra colectividad, pero predominante en su institucionalidad.

La salud pública reemerge en esta crisis, retoma el lenguaje y las prácticas de antaño, vuelve en forma de epidemiología, vigilancia y respuesta estatal en estos días de perplejidad y tensión. Vuelve como salud de la población, como estrategia esencial de gobierno del cuerpo colectivo. Retoma su fuerza simbólica de la mano de la autoridad, dejando atrás a la medicina social, olvidando de esta forma, que el compromiso con la salud del colectivo necesita preguntarse con sistematicidad, por la complejidad de las realidades socio-sanitarias en las que transcurre la vida de las comunidades y requiere con premura involucrar a sus protagonistas en la respuesta organizada, a los protagonistas de la incertidumbre, del miedo, del hambre, el sufrimiento y la muerte. Así, la crisis en la que entramos parece revelar no sólo las consecuencias actuales de las desigualdades sociales, de nuestras fragilidades institucionales e inequidades en salud, sino también aquellos aspectos esenciales de nuestra identidad, también en el campo de la salud colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenberg C. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. *Daedalus*. 1989; 188: 1-17.
2. Foucault M. *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2009.
3. Illanes M. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...): Historia social de la salud pública: Chile 1880/1973: hacia una historia social del Siglo XX. 2ª ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
4. Petruccelli A. La política del terror. En: Amadeo, P. editor. *La Fiebre: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio); 2020. p. 119-130.
5. Arteaga, O. El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno. *Rev Chil Salud Pública*. 2019; 23(2): 161-165.
6. ESP-COLMED. Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile. Santiago de Chile; 2018.
7. Teitelboin, C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En: Teitelboin, C y Laurell, C. ed. *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2015. p. 75-98.
8. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Actualización COVID-19 en Chile Análisis y recomendaciones ante la fase actual de la epidemia. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; 2020. Disponible en <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163736/analisis-y-recomendaciones-ante-la-fase-actual-de-la-epidemia>
9. Salazar, G. El «Reventón Social» en Chile Una mirada histórica. Nueva Sociedad| Democracia y política en América Latina 2019.

CORONAVIRUS: CUIDAR LA VIDA DESNUDA SIN DESCONOCER LA VIDA VIVIDA

CORONAVIRUS: TAKING CARE OF THE NAKED LIFE, WITHOUT IGNORING THE LIVED LIFE

Las pandemias (y esta pandemia del coronavirus), según han recordado diversos historiadores entrevistados en las últimas semanas, introducen tensión en las sociedades en que se instalan¹. Tensión, en primer lugar, dentro del propio campo de la medicina: en este caso, es un virus nuevo, por ende desconocido, y para el cual no hay cura ni vacuna. Es altamente contagioso y por consiguiente de una evolución incierta e imprevisible. Tensión también en el campo teórico y práctico de la salud pública. Declarada la pandemia, la salud pública es llamada de inmediato a hacerse cargo de la situación, y en tanto es uno de los campos más vivos de la medicina rápidamente se perfila una alternativa: unos apuestan por la cuarentena total, la contención, el lockdown absoluto, mientras otros están por una estrategia de mitigación con chequeos masivos de la población y aislamiento estricto de positivos y sus contactos.

Sin embargo, detrás de la alternativa planteada solo está el virus y su forma de diseminación. Se desarrolla una suerte de historia natural de esta nueva enfermedad, con la novedad de que en esta ocasión la medicina actúa en un campo de incertidumbres, muy lejos de la evidencia. En esta historia natural del COVID-19 aparecen murciélagos, civetas, pangolines (animales de los que hasta el momento no tenía la menor idea) y el ser humano en su condición de huésped. A partir de aquí entra la epidemiología con su conceptualización clásica de R_0 , R_e y su variedad de curvas, las tasas de letalidad (ajustadas o no), la positividad del PCR, la ocupación de las camas UCI y de ventiladores mecánicos.

Pero esto está lejos de hacer una descripción medianamente completa de la situación. Es cierto que la magnitud y gravedad de esta epidemia es algo inédito para todos nosotros. El episodio más parecido a este es la gripe española de 1918, pero de esto ya han pasado más de 100 años y son escasas las personas vivas que la recuerdan. Además esta situación se da en un medio social y político único y hasta aquí yo diría casi inédito. Hoy como nunca antes, muchos opinan; el desarrollo de los medios tecnológicos –la televisión y las redes sociales, principalmente– ha hecho que se amplifiquen voces antes inaudibles. Si bien la sociedad “hace tiempo que ya no se mantiene dentro de los estrechos límites de lo social”² (como plantea Latour), tampoco la política discurre y se desliza por lo que siempre han sido sus principales canales de circulación³. Es cierto que el ruido es grande y que las melodías reconocibles son pocas y más que nada poco elaboradas.

Aún cuando referido a España, Innerarity parece estar hablándonos en nuestra sala: “Creo que, efectivamente, este virus es el típico caso de complejidad que desborda nuestros instrumentos de previsión y anticipación, y, por supuesto, también desborda en buena medida nuestros instrumentos de gestión, y lo estamos viendo a todos los niveles de gobierno, con indicaciones contradictorias, con simplificaciones, a veces, que confunden más que aclaran...”⁴

El brote de una enfermedad infecciosa grave, en sociedades con esos rasgos y en

Jorge Gaete

Editor Asociado

Revista Chilena de Salud Pública

Escuela de Salud Pública

“Dr. Salvador Allende G.”

de la Universidad de Chile

medio de incertidumbres, no es solo un evento biomédico: "...afecta a las personas y sus comunidades. Tiene significado. Provoca pasiones. Ahuyenta a las personas; reúne a extraños. Abrumadoramente es un evento humano" dice Julian Sheater⁵, consultor en ética médica del *British Medical Journal*. Desde la salud pública es posible definir una estrategia para manejar el brote epidémico, pero esta definición no puede traducirse solo en epidemiología; es imprescindible que en el manejo del virus se le considere inserto en un medio social. No pueden ser ajenas las reacciones humanas de las comunidades afectadas, las formas de inserción económica de la población (y de desinserción económica principalmente), las capacidades de su sistema de atención médica, las capacidades económicas de la población y otros elementos que trataremos de considerar aquí. En este sentido, el virus es uno y múltiple; una cosa es el virus en Puente Alto, en Bajos de Mena por ejemplo, y otra muy diversa es el virus en Vitacura, o en Osorno o en Puerto Varas. Mas así también es una y múltiple el cáncer, la tuberculosis o cualquier otra patología humana.

Por cierto, estamos reflexionando a partir de una distinción que ha atravesado siempre la consideración en torno a la medicina: la distinción entre biología y biografía, entre la vida desnuda, *zoë*, y la vida vivida, *bios*. Como bien dice Didier Fassin, la vida como un hecho de la naturaleza y la vida como un hecho de la experiencia⁶. Desde este ángulo más extendido, la pandemia tensiona también la vida social y política de Chile. Este es un país escindido en el que las convulsiones sociales están a la vuelta de la esquina: el 18 de octubre de 2019 fue hace poquito y el 25 octubre de 2020 empieza ya a aparecer. Las tensiones propias del campo político por consiguiente están claramente presentes. Para hacer aún más complejos los escenarios, gobierno y oposición no se alinean siempre de modo homogéneo: hay de unos y de otros en cada una de las inclinaciones sanitarias. Como evento 'abrumadoramente' humano y en desarrollo, aquí hay una mezcla de elementos de la zona gris, de lo que está o quedó a medio camino, que aún no está claramente establecido y que puede cambiar el día de mañana: incertezas con respecto a la evolución de un proceso anclado a medio camino entre biología y vida; conceptualizaciones a veces a medio camino entre lo que era ayer y que hoy está mutando; mediciones que responden a unas u otras situaciones; miedos que suscita la incertidumbre vivida. ¿Y

la razón, dónde queda? Sorprende la fuerza con la que se reclaman cuarentenas estrictas, y no todos captan las innumerables circunstancias que hacen eso imposible en ciertos medios sociales. El ministro Mañalich trata de mentirosa a la alcaldesa Barriga por una afirmación de esta última y ambos tienen razones para decir lo que dijeron; el alcalde Lavín abre y cierra centros comerciales y en las dos ocasiones tiene razones igualmente buenas para hacer lo que hace.

En este ambiente tensionado toda racionalidad es difícil de ejercer: hay buenas razones para modificar la concepción de caso sospechoso. Sin embargo, introducir un nuevo criterio o conceptualizar de otra manera lo que se está estudiando es sinónimo de maniobra turbia o de acomodar los datos con otra intención... Este proceder produce el desbarajuste en el debate pues para el público corriente (y algunos no tan corrientes) las cosas son o no son; cualquier otro proceder persigue acomodar o maquillar la realidad.

Cuando las cosas son blancas o negras lo que pasa es que falta democracia. La sociedad se ha esclerosado y parte de este endurecimiento tiene que ver con las dificultades para apreciar alternativas. "Somos una democracia. No vivimos de imposiciones, sino de conocimientos compartidos y participación" dijo la canciller Angela Merkel casi al inicio de la pandemia en Europa. Esta imagen contrasta nítidamente con la situación nacional, en la que la crisis de octubre recién pasado no puede más que verse como el desenlace de la esclerosación nacional, de endurecimientos históricos.

Por esta falta de democracia, el manejo de la epidemia en Chile se ha traducido fundamentalmente en una gestión de poblaciones en una cuadrícula territorial vista desde arriba (ciudades y comunas ordenadas por sus tasas de contagiados por habitantes) y dirigida por un poder de expertos, desde el Ministerio de Salud hacia abajo y que en lo fundamental gestiona las libertades de la población. Tal vez una de las tensiones más evidentes que hemos presenciado tiene que ver con la oposición entre Gobierno y Municipalidades. Los alcaldes –figuras hasta ahora algo marginales en el campo de la política– se han reivindicado con fuerza: tienen un conocimiento y una vinculación mayor a la de cualquier político con los habitantes de las comunas y esto los transforma en sujetos importantes para la conducción localizada de muchas iniciativas. Por este motivo, en el manejo de la pandemia –y a pesar de ser de muy

distintas orientaciones políticas— han terminado enfrentados habitualmente con el Gobierno. Por su conocimiento local debieran ser un elemento central para cualquier política gubernamental. Pero el peso de las autoridades centrales es incontestable.

Esta estructura del análisis y gestión de la pandemia es poco democrática y elitista y creo que se aviene bien con el enfoque biomédico convencional que está detrás de esta medicina, tanto en su desempeño clínico como también salubrista. Solo que el virus, como un dron, nos observa desde arriba y nos pega de vez en cuando su encontronazo!

Hoy, 17 de mayo, el lenguaje dirigente insiste en el llamado a la unidad y a la solidaridad como principal medio para enfrentar con éxito al coronavirus. Se recurre ahora a la razón humanitaria como escenario principal para reorientar nuestras acciones. Pero es indudable que esta razón humanitaria —el unirnos todos, el actuar pensando en los otros, en los adultos mayores, o en las poblaciones vulnerables o clase media necesitada (como dice el Presidente Piñera)— es una manera oblicua de neutralizar la política y pasar por alto las razones profundamente arraigadas por las que nos encontramos como estamos.

La máxima tensión impuesta por la pandemia es poner de manifiesto como nuestra sociedad ha estado viviendo. Como pocas veces, se ha hecho evidente que no hemos sabido ni hemos podido enfrentar la pobreza. Vivimos en un país altamente segregado, con comunas donde la cuarentena es soportable casi sin mayores efectos a comunas donde el hambre y la necesidad es el común denominador. Frente a esto, la saturación de los servicios de salud casi podría llegar a ser un problema menor.

La política es un invento poderoso que traza la línea entre la pura existencia y la convivencia con el otro, entre la vida desnuda, *zoë*, y la vida vivida, *bios*. Hagamos política. Y estemos alertas: que no ocurra que por tratar de cuidar y preservar la vida desnuda nos olvidemos de la vida vivida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. David S. Jones “History in a Crisis: Lessons for Covid-19” *N Engl J Med* 2020; 382:1681-1683. DOI: 10.1056/NEJMp2004361; Frank Snowden “las epidemias son como mirarse al espejo de la humanidad...”, <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/frank-snowden-las-epidemias-son-como-mirarse-al-espejo-de-la-humanidad-y-puedo-decir-que-no-todo-es-bello-nid2348455?fbclid=IwAR-0horv7KenFXZJf5KrhBEyutTgD2ZDZirLaLpwwphbweJQqkMRIQKkq4J0>; Diego Armus “Cómo se narra el coronavirus? Incertidumbres e historias globales”, https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nE-Cw.html; Hugo Spinelli “De pandemias, epidemias y endemias”, <https://www.elcoheteealaluna.com/de-pandemias-epidemias-y-endemias/>; Marcos Cueto “La Covid-19 y las epidemias del neoliberalismo”, https://elpais.com/ciencia/2020-03-27/la-covid-19-y-las-epidemias-del-neoliberalismo.html?fbclid=IwAR-ROE95XZ-z7g1h0AVP3U7RWwHCU0yUescZY-yAMTMPgYa-QuofEvOL-pcX_o; Ana Diez Roux, “Por qué el coronavirus va a cebarse con los más pobres”, <https://elpais.com/ciencia/2020-03-26/por-que-el-coronavirus-va-a-cebarse-con-los-mas-pobres.html?fbclid=IwAR3k5TUUByU1xkpm-1Hq2s0Bv-fL8pNJ-FnG2sS9F0Ts2oE3Pln4SEk1sdQk>.
2. Bruno Latour “La crise sanitaire incite à se préparer à la mutation climatique”, *Le Monde*, 26 de marzo 2020. https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/25/la-crise-sanitaire-incite-a-se-preparer-a-la-mutation-climatique_6034312_3232.html.
3. Daniel Innerarity “No nos empeñemos en buscar culpables, sino más bien explicaciones”, *Fundación Transparencia y Opinión*, mayo 2020, <https://www.fundaciontransparenciayopinion.org/coronavirus/articulos-de-referencia/no-nos-empenemos-en-buscar-culpables-sino-mas-bien-explicaciones>
4. Daniel Innerarity, op. cit.
5. Julian Sheater <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/01/29/julian-sheather-coronavirus-knowledge-is-the-antidote-to-fear/>
6. Didier Fassin *Life: A Critical User's Manual*. Polity Press 2018

ASOCIACIÓN ENTRE MARCADORES DE POSICIÓN SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COLOMBIA

ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL POSITION INDICATORS AND HYPERTENSION TREATMENT ADHERENCE IN COLOMBIA

RESUMEN

Introducción: Generar evidencia sobre los efectos de la posición social en la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial (HTA) en Colombia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, a partir de mediciones cuantitativas del Programa de Determinantes Sociales e Inequidades en el Control de la HTA en Colombia. Se desarrollaron análisis descriptivos e inferenciales (regresión logística) para modelar las asociaciones.

Resultados: Se evidenció una alta proporción de adherencia, siendo mayor para cumplimiento farmacológico y las citas (>50%). Las personas con menor educación e ingresos tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento farmacológico; mientras que quienes tienen mejor posición socioeconómica tienen menor posibilidad de adherirse a las citas y a las conductas saludables. Los afrocolombianos tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento farmacológico, a las citas y a la actividad física.

Discusión: Existe una brecha en el logro de la adherencia a tratamiento de HTA en Colombia, debido a condiciones socioeconómicas y étnica/raciales.

Palabras claves: Estatus económico, Etnia, Adherencia al tratamiento, Hipertensión arterial

ABSTRACT

Introduction: To generate evidence on the effects of social position on therapeutic adherence among individuals with hypertension (HT) in Colombia.

Materials and Methods: A cross-sectional study was carried out, using quantitative data from the Social Determinants and Inequities in the Control of HT Program in Colombia. Descriptive and inferential analyses (logistic regression) were developed to model the associations.

Results: The prevalence of adherence was high, especially for pharmacological treatment and compliance with appointments (>50%). Individuals with less education and lower income are less likely to adhere to pharmacological treatment, while those with higher socioeconomic status are less likely to adhere to appointments and healthy behaviors. Afro-Colombians were less likely to adhere to pharmacological treatment, appointments, and indications regarding physical activity.

Discussion: There is a gap in HT treatment adherence in Colombia, due to socioeconomic and ethnic/racial conditions.

Key words: Economic status, Ethnicity, Treatment adherence, Arterial hypertension.

Silvia Patricia Quiroz

Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Tecnológica del Chocó,
Colombia

d-silvia.quiroz@utch.edu.co

Diana María Agudelo

Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de los Andes, Colombia

Diego Iván Lucumi

Escuela de Gobierno Alberto
Lleras Camargo.
Universidad de los Andes,
Colombia

Graciela Mentz

Escuela de Medicina,
University of Michigan,
Ann Arbor, USA

Recibido 14-01-2019

Aceptado 19-08-2019

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye el principal factor de riesgo biológico de numerosos padecimientos crónicos y contribuye notablemente a la carga de mortalidad y discapacidad prematura en todos los países del mundo. Para reducir el riesgo asociado con la HTA, las personas diagnosticadas deben mantener controladas las cifras tensionales. Sin embargo, aunque se han promovido diferentes estrategias, el éxito ha sido bajo¹. Estudios en diferentes países han mostrado proporciones de control de la HTA que oscilan entre 6.7% y 19.2%, siendo mayores en países con más altos ingresos²⁻⁴. Por ejemplo, Colombia reportó menores proporciones de control de la HTA (15%) en comparación con países vecinos con mayores ingresos como México (19.2%) o Argentina (18%)².

Un requisito fundamental para el control de la HTA es que las personas sean diagnosticadas oportunamente e intervenidas adecuadamente mediante tratamientos farmacológicos (toma de medicamentos en la hora, frecuencia y dosis correcta) y no farmacológicos (alimentación saludable, actividad física y asistencia a las citas)¹. Uno de los problemas más frecuentes en personas con HTA es la falta de adherencia a estos tratamientos^{1,5,6}. La adherencia terapéutica puede ser definida como el grado en que el comportamiento de una persona de forma activa y voluntaria se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria con el fin de lograr un resultado terapéutico deseado⁶⁻⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), la baja adherencia terapéutica es más grave en condiciones crónicas como la HTA, y es aún más compleja en países de medianos y bajos ingresos económicos, representando un grave problema de salud pública con implicaciones tanto a nivel individual como colectivo. En regiones de Colombia, la evidencia ha sido contradictoria. Algunos estudios reportan altos porcentaje de adherencia a los tratamientos antihipertensivos, que oscilan entre el 88 y 98%⁸⁻¹⁰, mientras que otros estudios reportan bajos porcentajes de adherencia (9.4-51%)¹¹⁻¹³. Por tanto, la evidencia sobre la adherencia terapéutica en la HTA en Colombia aún es insuficiente¹⁴.

Por otro lado, estudios principalmente en países de altos ingresos económicos como Estados Unidos, sugieren que la posición social, dada por la ubicación de la persona en la estructura social y medida

en función de la posición socioeconómica (PSE), la condición étnica/racial y el género es “causa social fundamental” de los procesos de salud y enfermedad, incluida la adherencia terapéutica¹⁵⁻¹⁶.

En este orden, un estudio en España encontró una asociación inversamente proporcional entre nivel educativo y adherencia terapéutica medida a través del cumplimiento al tratamiento farmacológico en personas mayores de 60 años¹⁷. Mientras que en Colombia se han reportado asociaciones positivas, en donde las personas con mayor PSE tienden a tener mejor adherencia terapéutica^{8,18,19}.

A pesar de esta evidencia, una revisión sistemática reciente indica que el conocimiento actual sobre la asociación entre PSE y adherencia es extremadamente pobre, ya que, aunque los análisis combinados muestran que una mayor PSE se asocia con una disminución del 11% en el riesgo ajustado de la falta de adherencia, la heterogeneidad entre los estudios es muy alta y las medidas de PSE están incompletas y no se integran²⁰.

Con relación a la etnia/raza la evidencia ha mostrado un patrón, que indica que quienes históricamente han tenido una mayor posición social dada la etnia/raza (blancos y mestizos) tienden a tener mayor adherencia terapéutica, por tanto tienen más posibilidades de control de la HTA²¹. Hasta la fecha, no se encontraron estudios sobre la asociación entre etnia/raza y adherencia terapéutica en Colombia, a diferencia de otros países, donde la evidencia alrededor del tema está más consolidada²²⁻²⁴.

Los efectos de la posición social sobre la adherencia pueden ser el resultado de tres mecanismos: i) la influencia de la posición social sobre la disponibilidad y accesibilidad a recursos, lo cual puede generar riesgos, exposiciones y vulnerabilidades en los individuos¹⁵⁻¹⁶; iii) los roles y comportamiento que se asumen en diferentes grupos sociales influenciados por las experiencias, creencias, percepciones y aptitudes²⁵; y iii) el estrés relacionado con situaciones adversas derivadas de la posición social, que además actúa en doble vía, generando alteraciones fisiológicas o conllevando a realizar comportamientos de riesgo para la salud como fumar o hacer menos actividad física²⁵.

La evidencia anterior da cuenta de potenciales inequidades en salud²⁶. Esta evidencia plantea algunas debilidades importantes en intentos previos para comprender la asociación entre posición social y adherencia terapéutica, dejando como resultado que en muchos casos, como lo plantea la revisión

sistemática de Alsabbagh et al.²⁰, algunos indicadores de posición social no puedan considerarse un fuerte predictor de la adherencia debido a que la evidencia que respalda esta visión sigue siendo, en el mejor de los juicios, teórica, al menos con respecto a la adherencia farmacológica.

Bajo este contexto, el propósito de este estudio fue generar evidencia sobre la asociación entre posición social y adherencia farmacológica y no farmacológica en personas con HTA. Esta apuesta permitió valorar la adherencia terapéutica como un evento cuyo éxito no solo depende del sector sanitario, sino que también es necesaria una mirada más integral, lo que necesariamente implica un abordaje interdisciplinar, dado la diversidad de factores y mecanismos que inciden.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio transversal, utilizando los datos de la primera medición cuantitativa en el año 2015 del Programa “De todo Corazón”: Determinantes Sociales e Inequidades en el Control de la Hipertensión Arterial. Este programa tiene un enfoque de modelos mixtos de investigación siguiendo un diseño longitudinal, a través del cual se pretenden evaluar factores contextuales e individuales que inciden en la calidad de vida y la morbilidad de pacientes con HTA en Bogotá, Medellín y Quibdó. Como resultado de la investigación se pretende, además de identificar el impacto de las inequidades en salud sobre la HTA, establecer un modelo integral del problema que incluya variables que trasciendan el modelo médico tradicional y que puedan servir de insumo para orientar la implementación de la normatividad actual en Colombia.

Diseño muestral: El estudio usó dos tipos de muestreo. Primero, un muestreo de criterio o propósito de tipo heterogéneo para seleccionar las ciudades y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB con programas de control de la HTA activos. Este tipo de muestreo es usado en investigación cualitativa, en donde existe una intención deliberada de examinar las variaciones o similitudes que pueda tener el fenómeno en diferentes contextos²⁷. Las ciudades seleccionadas fueron Bogotá, Medellín y Quibdó, dadas sus diferencias en términos de niveles de pobreza, e infraestructura de servicios de salud (particularmente al comparar Quibdó con las otras dos ciudades).

Para la selección de las EAPB se garantizó que

atendiera población afiliada al régimen subsidiado y contributivo en salud, tuvieran una cobertura igual o superior al tamaño de muestra de cada ciudad, contarán con un registro actualizado de las personas que forman parte del programa y tuvieran disposición de participar en el estudio.

La segunda etapa del muestreo implicó seleccionar personas usando un muestreo probabilístico estratificado basado en la distribución de edad y sexo, que permitió tomar una muestra ‘representativa’ de individuos dentro de cada institución, con el sesgo de selección mínimo.

Con el objetivo de aumentar el nivel de representatividad de la muestra y controlar aspectos como la no respuesta, se establecieron pesos muestrales. Para este estudio en particular se analizaron los datos de 258 personas entre 45 y 70 años de edad, a quienes se les aplicó una encuesta en las instalaciones de las universidades vinculadas al proyecto en cada una de las ciudades seleccionadas, previo cumplimiento de los criterios de inclusión (personas mayores de 18 años, tener un diagnóstico de HTA, hacer parte del programa de HTA en la institución seleccionada y tener manejo médico ambulatorio). Además, se tuvo en cuenta como criterio de exclusión aquellas personas con alguna discapacidad cognitiva, neurológica, motora o psiquiátrica.

Definición de variables e instrumentos

Posición social: Este constructo se evaluó mediante dos grupos de variables: Posición socioeconómica (PSE) y etnia/raza. PSE: se midió mediante el nivel educativo más alto alcanzado (no estudio/primaria incompleta, primaria completa, diploma de bachillerato, grado estudios técnicos, grado de estudios tecnológicos, grado universitario y postgrado), el nivel de ingresos en función con el salario mínimo legal vigente en Colombia (SMLV) y la ocupación según la actividad que realizó en el último mes; Etnia/raza: se midió mediante dos variables obtenidas a partir del instrumento PERLA²⁸. Este instrumento ha sido validado en países de Latino América. La primera variable se corresponde con la condición racial, y es definida en función con el criterio del entrevistador fundamentado en características fenotípicas. La segunda variable se corresponde con el auto reporte de la condición étnica. Para el propósito de este estudio, ambas variables se recodificaron así: indígena, negro/afrocolombiano y otros.

Adherencia terapéutica: se midió mediante variables obtenidas a partir del test de Morisky-Green-Le-

vine (1986) y el cuestionario Martin-Bayarre-Grau (2008) ²⁹⁻³⁰. Se valoraron dos componentes de la adherencia terapéutica. En primer lugar, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. El farmacológico se evaluó por medio del auto reporte de la toma de la medicación y el no farmacológico a partir de preguntas sobre el cumplimiento a las citas, la dieta baja en sal y la actividad física.

Consideraciones éticas: el estudio fue avalado por el comité de Ética de la Universidad de los Andes y de las instituciones participante, considerándose de riesgo mínimo y se acoge a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Análisis estadístico: Se aplicaron análisis descriptivos para explorar los datos y determinar la distribución estadística de las medidas y los modelos más apropiados para el análisis propuesto. Se eliminaron los valores influyentes o atípicos (valores extremos no plausibles que pueden influir en las asociaciones).

Se estimaron correlaciones entre variables de posición social para evaluar la posible colinealidad y tomar decisiones sobre su inclusión en los modelos. Las variables evaluadas fueron: educación, ingresos, ocupación y etnia/raza (prueba de Chi - cuadrado). Posteriormente, se estimaron modelos bivariados mediante regresión logística, para analizar la asociación entre cada una de las variables de adherencia terapéutica y la posición social, y luego se estimaron modelos logísticos multivariados incluyendo las variables de forma conjunta y ajustando por sexo y edad.

Las categorías de referencias se asignaron a los grupos que según la evidencia están en mejor posición con referencia al evento estudiado. En el caso de la ocupación, se designó a los pensionados puesto que cumplen dos características que favorecen la adherencia, tales como acceso a recursos monetarios y mayor disposición de tiempo.

Los análisis se realizaron en el software Stata Versión 13 (College Station, TX: Stata Corp).

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 258 participantes de Bogotá (32.56%), Medellín (37.21%) y Quibdó (30.23%) cuyo promedio de edad fue de 58 años (DE=6.59) y con una mayor proporción de mujeres (62.40%).

La tabla 1 muestra que más del 50% de los par-

ticipantes tenía secundaria completa y/o estudios superiores, vive con menos de 2 salarios mínimos vigentes y tiene algún tipo de ocupación remunerada (empleado, independiente y pensionado). Con

Tabla 1. Descripción de las variables de posición social y adherencia.

Variables	n	%
Posición Socioeconómica - PSE		
Educación		
Menos de primaria	48	18.6
Primaria completa	60	23.2
Secundaria completa	58	22.4
Más de secundaria	92	35.7
Ingresos		
Menos de un SMLV	72	27.9
Entre 1 y 2 SMLV	83	32.1
Entre 2 y 4 SMLV	40	15.5
Más de 4 SMLV	63	24.5
Ocupación		
Empleado	67	26.0
Independiente	68	26.4
Desempleado	16	6.2
Trabajo en el hogar	55	21.4
Pensionado/Jubilado	51	19.8
Etnia/Raza		
Indígena	8	3.3
Negro/mulato/afrocolombiano	88	36.2
Blanco/Mestizo	147	60.5
Variables de adherencia		
Toma de medicamentos		
Adherente	132	52.2
No adherente	121	47.2
Asistencia a citas		
Adherentes	206	81.1
No adherentes	48	18.9
Consumo de sodio		
Adherentes	155	66.5
No adherentes	78	33.5
Actividad física		
Adherentes	119	50.6
No adherentes	116	49.3

n=tamaño de la muestra
%= Porcentaje

relación a la etnia/raza la mayor proporción de los participantes se identificaron con la categoría de blanco o mestizo (60.49%), y se evidenció una baja representatividad de la población indígena (3.29%), razón por la cual esta categoría no fue incluida en los análisis posteriores.

Adicionalmente, en la tabla 1 se muestra una descripción de las variables de adherencia utilizadas en este estudio, en donde se evidencia que la mayoría de los encuestados refieren adherirse o seguir las recomendaciones con respecto a la toma de medicamentos, asistencias a citas, consumo de sodio y actividad física; presentando una mayor proporción en la variable de asistencia a citas (81.1%).

En la tabla 2 se observan los resultados relacionados con la asociación entre adherencia y posición social mostrando que las personas con mayor posición social tienen mayor adherencia farmacológica, de manera que quienes tienen un nivel educativo igual o menor a la primaria completa, ganan menos de 3 SMLV o quienes laboran de forma independiente tienen menos probabilidades de adherencia farmacológica, en comparación con las personas de mayor posición según cada categoría. Asimismo, las personas afrodescendientes tienen menos posibilidades de adherirse al tratamiento farmacológico. Sin embargo, estos hallazgos no alcanzaron significancia estadística en ninguno de los modelos empleados.

Tabla 2 . Asociación entre adherencia farmacológica y posición social

Variables	Simple		Ajustado	
	OR (ES)	IC	OR	IC
Educación				
Menos de primaria	0.65 (0.37)	0.21 – 2.03	0.47 (0.34)	0.11 -1.95
Primaria completa	0.90 (0.50)	0.29 – 2.71	0.79 (0.50)	0.23 – 2.70
Secundaria	1.19 (0.72)	0.36 -3.89	1.25 (0.66)	0.44 – 3.52
Estudios superiores		Referencia		
Ingresos				
Menos de 1 SMLV	1.24 (0.75)	0.38 – 4.08	0.80 (0.50)	0.23 – 2.70
Entre 1 y 2 SMLV	0.89 (0.50)	0.29 -2.71	0.69 (0.47)	0.18 – 2.60
Entre 3 y 4 SMLV	2.12 (1.55)	0.50 – 8.89	1.57 (1.06)	0.41 – 5.93
Más de 4 SLMV		Referencia		
Ocupación				
Empleado	1.61 (0.95)	0.51 – 5.10	1.31 (0.92)	0.32 – 5.23
Independiente	0.78 (0.44)	0.25 – 2.39	0.91 (0.63)	0.23 – 3.57
Trabajo en el hogar	1.32 (0.72)	0.45 – 3.84	1.54 (1.36)	0.27 – 8.67
Desempleado	1.62 (1.42)	0.29 – 9.06	1.99 (2.13)	0.24 – 16.17
Pensionado		Referencia		
Etnia/raza				
Negros/ afrocolombianos	0.55 (0.27)	0.20 – 1.46	1.38 (1.06)	0.30 – 6.27
Blancos/Mestizos		Referencia		

Análisis ajustados por edad y sexo
 OR=coeficiente de regresión logística –razones de momios
 IC: Intervalos de Confianza 95%
 p=valor de p *<0.05 - **<0.01

En la tabla 3 se muestran los resultados de la asociación entre posición social y adherencia en términos de la asistencia a las citas médicas. Se encontró que las personas con primaria o menos y quienes tienen menos de 4 SMLV tienen más posibilidades de cumplir con las citas de control en comparación con quienes tienen estudios superiores y tienen mejores ingresos. Los empleados y trabajadores independientes tienen menos posibilidades de adherirse a

las citas, mientras que las personas trabajadoras del hogar tienen más posibilidad de cumplir las citas en comparación con los pensionados.

Por otra parte, las personas negras/afrodescendientes tienen menos posibilidades de adherirse a las citas de control, pero el efecto cambia en el modelo ajustado. Sin embargo, estos hallazgos carecen de significancia estadística.

Tabla 3. Asociación entre adherencia a citas y posición social

Variables	Simple		Ajustado	
	OR	IC	OR	IC
Educación				
Menos de primaria	3.63	0.12 – 18.12	0.70	0.11 – 4.33
Primaria completa	3.45	0.93 – 12.73	2.76	0.50 – 15.23
Secundaria	0.74	0.23 – 2.29	0.53	0.13 – 2.21
Estudios superiores		Referencia		
Ingresos				
Menos de 1 SMLV	2.11	0.54 -8.12	1.04	0.13 – 7.87
Entre 1 y 2 SMLV	1.29	0.40 – 4.17	2.61	0.38 – 17.88
Entre 3 y 4 SMLV	1.21	0.31 – 4.78	1.78	0.38 – 8.36
Más de 4 SLMV		Referencia		
Ocupación				
Empleado	0.53	0.12 -2.21	0.22	0.03 – 1.45
Independiente	0.64	0.15 – 2.61	0.86	0.13 – 5.65
Trabajo en el hogar	8.48	0.84 – 85.51	9.76	0.49 – 19.00
Pensionado		Referencia		
Etnia/raza				
Negros/ afrocolombianos	0.51	0.20 – 1.25	1.13	0.14 – 8.64
Blancos/Mestizos		Referencia		

Análisis ajustados por edad y sexo

OR=coeficiente de regresión logística –razones de momios

IC: Intervalos de Confianza 95%

p=valor de p *< 0.05 - **<0.01

La tabla 4 muestra los resultados de asociación entre adherencia y actividad física indicando que las personas que tienen primaria o menos y las de menores ingresos tienen mayor probabilidad de adherirse a la actividad física, en comparación con quienes tienen estudios superiores o mayores ingresos, respectivamente. Con relación a la ocupación, se encontró que las personas que laboran como empleados, independientes y trabajadores del

hogar tienen menos posibilidades de adherirse a la actividad física en comparación con los pensionados. Por último, los negros/afrodescendientes tienen menos posibilidades de adherirse a la actividad física, lo cual cambia de efecto en el modelo ajustado, en donde estos tienen más posibilidades de adherirse a la actividad física. Estos hallazgos pierden significancia estadística en el modelo ajustado.

Tabla 4 . Asociación entre actividad física y posición social.

Variables	Simple		Ajustado	
	OR	IC	OR	IC
Educación				
Menos de primaria	3.39*	1.00 – 11.53	1.49	0.32 -6.87
Primaria completa	2.35	0.75 – 7.37	1.56	0.46 – 5.30
Secundaria	0.56	0.16 – 1.96	0.63	0.19 – 2.05
Estudios superiores		Referencia		
Ingresos				
Menos de 1 SMLV	2.32	0.68 -7.87	1.46	0.40 – 5.35
Entre 1 y 2 SMLV	2.11	0.70 – 6.35	1.68	0.51 – 5.57
Entre 3 y 4 SMLV	1.52	0.28 – 8.12	1.66	0.33 – 8.36
Más de 4 SLMV		Referencia		
Ocupación				
Empleado	0.25*	0.06 -0.99	0.43	0.10 – 1.82
Independiente	0.18**	0.05 – 0.61	0.34	0.08 – 1.34
Trabajo en el hogar	0.53	0.17 – 1.62	0.75	0.12 – 4.63
Pensionado		Referencia		
Etnia/raza				
Negros/ afrocolombianos	0.72	0.25 – 2.06	1.69	0.26 – 10.72
Blancos/Mestizos		Referencia		

Análisis ajustados por edad y sexo

OR=coeficiente de regresión logística –razones de momios

IC: Intervalos de Confianza 95%

p=valor de p *< 0.05 - **<0.01

En la tabla 5 se muestran los resultados de la asociación entre consumo de sodio y posición social. Los datos indican que las personas con menores niveles educativos y menores ingresos tienen más posibilidades de adherirse a la dieta baja en sodio. Con relación, a la ocupación se encontró que los empleados y trabajadores independientes tienen menos posibilidades de adherirse a la dieta baja en sodio,

mientras que los trabajadores del hogar tienen más posibilidades de adherirse a la misma, siendo este último hallazgo estadísticamente significativo en el modelo ajustado. Finalmente, se muestra que las personas negras o afrodescendientes tienen más posibilidades de adherirse a la dieta baja en sodio, lo cual no es estadísticamente significativo en ninguno de los modelos.

Tabla 5. Asociación entre consumo de sodio y posición social

Variables	Simple		Ajustado	
	OR	IC	OR	IC
Educación				
Menos de primaria	3.07	0.88 -10.66	1.77	0.31 – 9.89
Primaria completa	4.05*	1.28 – 12. 81	1.45	0.43 – 4.83
Secundaria	3.23	0.92 – 11.29	1.79	0.49 – 6.48
Estudios superiores		Referencia		
Ingresos				
Menos de 1 SMLV	2.51	0.66 -9.49	4.43	0.75– 26.11
Entre 1 y 2 SMLV	1.75	0.48 – 6.37	4.90*	1.20 – 20.02
Entre 3 y 4 SMLV	0.52	0.09 – 2.83	1.81	0.35 – 9.24
Más de 4 SLMV		Referencia		
Ocupación				
Empleado	0.59	0.16 – 2.18	1.11	0.22 – 5.55
Independiente	0.88	0.22 – 3.50	1.96	0.40 – 9.50
Trabajo en el hogar	3.91*	1.11 – 13.80	9.75*	1.11 – 85.26
Pensionado		Referencia		
Negros/ afrocolombianos	1.13	0.43 – 2.91	10.11	0.77 - 132
Blancos/Mestizos		Referencia		

Análisis ajustados por edad y sexo

OR=coeficiente de regresión logística –razones de momios

IC: Intervalos de Confianza 95%

p=valor de p *< 0.05 - **<0.01

DISCUSIÓN

Los hallazgos más notables de este estudio se concentran en tres aspectos: i) se evidenció una alta proporción de adherencia, siendo mayor el cumplimiento al tratamiento farmacológico y a las citas en comparación con la adherencia a la actividad física y el consumo de sodio recomendado; ii) las personas con menor nivel educativo e ingresos tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento farmacológico; mientras que quienes tienen mayor educación e ingresos y los empleados e independientes tienen menor posibilidad de adherirse a las citas y las conductas saludables y iii) los afrodescendientes tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento farmacológico, a las citas y a la actividad física, sin embargo, la dirección del efecto cambia al ajustarse por variables de PSE.

El alto grado de adherencia reportado en este estudio es un hallazgo deseable, en tanto la evidencia ha demostrado que la adherencia es una de las estrategias conductuales que mejor permiten el control de la HTA^{1,6,7}; y además es una de las acciones de prevención secundaria más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes³¹.

Es importante destacar que el alto grado de adherencia reportado en este estudio puede vincularse a un sesgo de participación. Las personas que toman la decisión de participar en investigaciones en salud tienden a estar más informadas sobre su enfermedad, más motivadas y comprometidas con su manejo y asumen más comportamientos saludables en comparación con las que no participan³².

La discrepancia entre la adherencia farmacológica y las conductas saludables reportada en el primer hallazgo de este estudio, coinciden con evidencia reportada a nivel mundial, que muestran que las personas con HTA cumplen en mayor proporción con las recomendaciones farmacológicas y las citas en comparación con las no farmacológicas^{7,14,33}. En Colombia, un estudio encontró que solo el 9.4% de los pacientes fueron adherentes a las recomendaciones no farmacológicas, y al igual que en este estudio encontraron que la adherencia a la actividad física fue la categoría con menor proporción de cumplimiento (25%)³⁴.

En la literatura reciente se han publicado diversos estudios sobre factores que intentan explicar el hallazgo anterior. A manera de resumen, este hallazgo se ha vinculado con la subvaloración y desconocimiento de los efectos protectores de la adherencia

no farmacológica, el requerimiento de mayores recursos psicosociales y económicos para adherirse a conductas saludables y la presencia de barreras estructurales^{35,36}.

Con respecto al segundo hallazgo notable de este estudio, en la literatura se ha discutido el efecto de la PSE sobre la adherencia farmacológica y no farmacológica, en contraste con los resultados aquí reportados, la evidencia contradice en algunos casos y reafirma en otros. Es clave mencionar que un punto de encuentro entre la literatura revisada y los hallazgos de este estudio es que independientemente de la dirección o magnitud del efecto, la PSE tiene un impacto sobre la adherencia terapéutica, el cual varía en función de la conceptualización y el tipo de medidas utilizados para definir tanto los indicadores de PSE como la adherencia en sí misma.

Los estudios de Arrivillaga¹⁸ y Benavides et al¹⁹ muestran resultados similares con relación a la dirección de las asociaciones reportadas. Estos autores indican que las personas con menor PSE tienden a tener menor adherencia farmacológica, asociado al hecho de que por ejemplo un mayor nivel de educación confiere conocimientos, credenciales y redes sociales, que puede aumentar el entendimiento de las recomendaciones orales y escritas sobre el tratamiento e incrementar la posibilidad de que se adhieran a este. Por otra parte, el ingreso ofrece acceso a ciertas condiciones de vida que promueven el cuidado de la salud.

Se evidenció también que las personas con mayor nivel educativo, mayores ingresos y las empleadas e independientes tienen más riesgo de no ser adherentes a las conductas saludables. Esto puede asociarse al hecho de que las personas con mayor PSE pueden tener menos tiempo disponible para ejecutar ciertas conductas saludables, aunque puedan tener otro tipo de recursos. Un estudio en Cuba mostró resultados similares, indicando que los pacientes que tienen una vida laboral activa tenían menores posibilidades de adherirse. Esto fue relacionado con la presencia de diversas responsabilidades y obligaciones de los pacientes en el trabajo, lo cual provocó falta de autocuidado³⁷.

Finalmente, el tercer hallazgo relevante de este estudio nos muestra que los afrodescendientes tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento de la HTA, lo cual es coherente con lo planteado en otros estudios. En Estados Unidos una investigación mostró que los afroamericanos tienen menor adherencia a la dieta saludable y a la actividad física en compa-

ración con otros grupos étnicos³⁸.

Los patrones culturales son aspectos claves a tener en cuenta en la explicación del hallazgo anterior, es decir, algunos grupos étnicos pueden consciente o inconscientemente participar de actividades para preservar las tradiciones y mantener la identidad de grupo, lo cual puede impactar sobre su propia salud³⁹. Sin embargo, hay que considerar que, si bien la explicación cultural es factible, a su vez puede ser riesgosa si se desconocen la incidencia de factores estructurales; que, por un lado, pueden influenciar la cultura, contribuyendo en la definición de ciertos patrones de comportamiento en grupos étnicos específicos. Por otro lado, por sí mismos han jugado un papel determinante sobre el estado de salud de las minorías étnicas en Colombia. En un estudio cualitativo llevado a cabo en la ciudad de Quibdó, una región con alta concentración de afrocolombianos en Colombia ratifica lo descrito, dado que muestran que factores estructurales como el desempleo o la inseguridad pueden determinar el riesgo de HTA y generar disparidades en salud⁴⁰.

Este estudio tuvo varias limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al momento de valorar los resultados: i) el tipo de diseño transversal y no experimental no permite asumir causalidad⁴¹; ii) la medición indirecta de la adherencia mediante el uso de cuestionarios de auto reporte puede generar posibles sesgos de información⁴²; y iii) Un posible sesgo de selección y participación pudo influir los resultados⁴¹, es decir, quienes aceptaron participar y acudieron a la entrevista pueden tener ciertas características comunes. Por ejemplo, ser quienes más cumplan las citas programadas, y, por ende, ser los más adherentes y controlados.

Los hallazgos reportados en este estudio ponen de relieve el papel interactivo de la posición social en el logro de la adherencia terapéutica en Colombia. A manera de conclusión se precisan dos aspectos. En primer lugar, estos hallazgos indican que existe una brecha en el logro de la adherencia al tratamiento de la HTA en Colombia, a razón de condiciones socioeconómicas y étnicas.

En segundo lugar, la discrepancia en términos de adherencia farmacológica y no farmacológica hace una invitación a reflexionar sobre la importancia que se le da a cada uno de estos aspectos, en términos de beneficios por parte de los pacientes y sus familias, los prestadores de servicios de salud y los tomadores de decisiones e implementadores de políticas para el manejo y control de la HTA.

Futuros estudios deben orientarse a explorar la interacción de mecanismos que influyen en la asociación entre posición social y adherencia terapéutica. Tal es el caso del estrés, que ha sido reconocido como un mecanismo que explica los vínculos entre algunos asuntos en salud y condiciones sociales²⁵. De igual manera, se sugiere indagar por la influencia del género como variable de posición social, y de la implicación personal y el autocuidado como componentes claves en la medición de la adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública [en línea]. 2013. [place unknown]. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
2. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol* 2010;29:117-144
3. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013;310:959-68.
4. Adler AJ, Prabhakaran D, Bovet P, Kazi DS, Mancía G, Mungai-Singh V, et al. Reducing cardiovascular mortality through prevention and management of raised blood pressure: a World Heart Federation Road Map. *Glob Heart*. 2015;10:111-22.
5. Martínez JW, Perea JAV, Jaramillo J, Betancur AMQ, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. *Revista Médica de Risaralda*. 2011;17(2).
6. Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*. 2007;135(5):647-652.
7. Johnson S, Carlson D. Medical regimen adherence: concepts, assessment and interventions. *Handbook of clinical health psychology*. USA. 2014
8. Contreras S. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión de una unidad básica de atención de Coomeva de Sincelejo en 2006. *Revista de Salud Uni-*

- norte. 2010;6(2):202-211.
9. Isaza C, Moncada J, Mesa G, Osorio F. Efectividad del tratamiento hipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. *Biomedica*. 2004;24(3):273-81.
 10. Torres IEF. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm*. 2009;27(2):25-32.
 11. Casas M, Chavarro C, Cardona D. Adhesión al tratamiento antihipertensivo en dos municipios de Colombia 2010-2011. Hacia la promoción de la salud. 2013;8(1):81-96.
 12. Castaño J, Echeverry C, Giraldo J, Maldonado A, Melo J, Maza G, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Rev Fac Med*. 2012;60(3):179-197.
 13. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión. *Av Enferm*. 2012;2(2):67-65.
 14. Varela M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento de la hipertensión. *Pensamiento psicológico*. 2010;7(14):127-140.
 15. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995:80-84.
 16. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of health inequalities. *Handbook of Medical sociology*. 2010;6:3-17. 2010.
 17. Tiesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. 2006;20(3):220-227.
 18. Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate M, Correa D. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Rev Pan Salud Pública*. 2009;26(6):502-10.
 19. Benavides V, Jaramillo L, Rendón S, Valenzuela A, Pérez E, Mafla A. Determinantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo de adultos ≥ 35 años de edad. *Univ Salud*. 2013;15(2): 123-135.
 20. Alsabbagh MH, Lemstra M, Eurich D, Lix LM, Wilson TW, Watson E, et al. Socioeconomic status and nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*. 2014;17(2):288 – 296.
 21. Bosworth, H. Racial differences in blood pressure control: potential explanatory factors. *Am J Med*. 1991;91(1):S29-S36.
 22. Francis CK. Hypertension, cardiac disease, and compliance in minority patients. *Am J Med*. 1991;91(1):S29-S36.
 23. Holmes HM, Luo R, Hanlon JT, Elting LS, Suarez-Almazor M, Goodwin JS. Ethnic disparities in adherence to antihypertensive medications of medicare part D beneficiaries. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(7):1298-30.
 24. Traylor AH, Schmittiel JA, Uratsu, CS, Mangione CM, Subramanian U. Adherence to cardiovascular disease medications: does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter?. *J Gen Inter Medicine*. 2010; 25(11):1172-7.
 25. Rugulies R, Aust, B, Sime L. Epidemiology of health and illness: a socio-psycho-physiological perspective. En: Sutton S, Baum A, Johnston M. (Eds.). London: SAGE; 2010. p. 42-68.
 26. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health*. 2011;101(S1): S149-S155.
 27. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*. 1999;34(5 Pt 2):1189–1208.
 28. Telles E; Project on Race and Ethnicity in Latin America (PERLA). *Pigmentocracies: ethnicity, race and color in Latin America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2014.
 29. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
 30. Martín-Alfonso L, Bayarre-Vea HD, Grau-Abalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008;34:7.
 31. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Mejorar la adherencia: una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2015;15(E):12-18.
 32. Tolonen H, Dobson A, Kulathinal S. Effect on trend estimates of the difference between survey respondents and non-respondents: results from 27 populations in the WHO MONICA Project. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(11):887-898.

33. Jankowska-Polanska B, Blicharska K, Uchmanowicz I, Morisky DE. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *Eur J Cardiovasc Nur.* 2016;15(7):559-568.
34. Lopez R, Mérida R, Varela A, María T, Rincón H, Velasco P, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015;33(2):192-199.
35. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc.* 2015;16(2):175-189.
36. Egan BM, Lackland DT and Cutler NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: implications for health care policy, education and research. *Arch Intern Med.* 2003;163:681-687.
37. Corugedo Rodríguez, MC, Libertad Martín A, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario. "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(4):504-512.
38. Newton Jr RL, Griffith DM, Kearney WB, Bennett GG. A systematic review of weight loss, physical activity and dietary interventions involving African American men. *Obes Rev.* 2014 Oct;15 Suppl 4:93-106.
39. James DC. Factors influencing food choices, dietary intake, and nutrition-related attitudes among African Americans: application of a culturally sensitive model. *Ethn Health.* 2004 Nov;9(4):349-67.
40. Lucumi DI, Schulz AJ, Israel BA. Local Actors' Frames of the Role of Living Conditions in Shaping Hypertension Risk and Disparities in a Colombian Municipality. *J Urban Health.* 2016;93(2):345-363.
41. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Pública Méx.* 2000; 42:447-455.
42. Rodríguez-López MR, Varela MT, Rincón-Hoyos, Velasco MM, Caicedo DM, Méndez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015;33(2):192-199.

MAYORES CONCENTRACIONES DE CORTISOL, BIOMARCADOR DE ESTRÉS, EN RESIDENTES DE COMUNAS CON MENOR ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA URBANA

HIGHER LEVELS OF CORTISOL, A BIOMARKER OF STRESS, AMONG RESIDENTS OF MUNICIPALITIES WITH LOWER URBAN LIFE QUALITY INDEX

RESUMEN

Introducción: Las desigualdades socioeconómicas y territoriales se relacionan con la salud de la población santiaguina; sin embargo, los mecanismos causales que generan las inequidades en salud no están del todo claros. En este trabajo, se cuantifica el estrés de individuos viviendo en diferentes comunas, y se lo discute como causa y consecuencia de procesos vinculados con inequidades en salud. El objetivo era relacionar el Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU) de la comuna de residencia de individuos en Santiago de Chile con las concentraciones de cortisol en pelo (CCP), un biomarcador de los niveles de estrés fisiológico crónico.

Materiales y Métodos: Se exploró la relación entre CCP y la edad, el sexo y el ICVU de la comuna de residencia en 80 estudiantes de educación superior en Santiago de Chile.

Resultados: No se encontraron correlaciones significativas entre CCP y la edad o el sexo de los participantes. Se encontró una correlación significativa entre CCP y los valores del ICVU de la comuna de residencia, además de encontrar diferencias significativas entre CCP y los distintos rangos de ICVU (Superior, Promedio e Inferior).

Discusión: Los resultados sugieren considerar las diferencias individuales de CCP como resultado de desigualdades socio-territoriales y también como posible causa de inequidades en salud. Se recomienda incluir el rol del estrés en las políticas públicas de salud, ampliando las redes de apoyo y prevención de estrés en los sectores con bajo ICVU.

Palabras claves: Segregación urbana, Cortisol en pelo, Estrés, Calidad de Vida, Inequidad en Salud

ABSTRACT

Introduction: Socioeconomic and urban inequalities are associated with health in Santiago; nonetheless, the causal mechanisms underlying health inequalities are not entirely clear. This article quantifies the stress of individuals living in different municipalities and discusses its role as cause and consequence in the generation of health inequalities. The objective of this study was to determine the relationship between the Urban Quality of Life Index (UQoLI) of individuals' municipality of residence in Santiago, Chile with their hair cortisol concentrations (HCC), a biomarker of chronic physiological stress.

Materials and Methods: The relationship of HCC with age, sex and UQoLI was explored in a sample of 80 university students in Santiago, Chile.

Results: No significant correlations were found between HCC and age and sex. A significant correlation was found between HCC and UQoLI, and significant differences were found between HCC at different levels of UQoLI (High, Average, and Low).

Discussion: Results suggest that HCC differences could be considered a result of urban inequalities, as well as a possible cause of health inequalities. The role of stress should be included in public health policies, to expand support networks and prevent stress, especially among people living in areas with low urban quality of life.

Key Words: Urban segregation, Hair cortisol, Stress, Quality of Life, Health inequalities

Alejandro Díaz-Cavieres
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile, Santiago, Chile
ale.diazcavieres@gmail.com

Hermann M. Niemeyer
Facultad de Ciencias, Universidad
de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 24-06-2019
Aceptado el 12-12-2019

INTRODUCCIÓN

Chile se posiciona como uno de los países más desiguales de la OCDE¹, con diferencias socioeconómicas que obstaculizan el desarrollo nacional en diversos temas como educación, vivienda y salud². La desigualdad en Chile se manifiesta en una serie de condiciones estructurantes de la vida, tales como la escasez de recursos (e.g. ingresos, educación, vivienda, salud), inestabilidad (laboral, social), riesgo (seguridad financiera, social) y vulnerabilidad². Estas características condicionan la vida de las personas influyendo en su disposición a actuar y su percepción del mundo^{2,12,13}. Santiago, con niveles de desigualdad mayores que el promedio nacional³, reproduce estas condiciones sociales a través de una clara estructuración urbana según niveles socioeconómicos⁴.

Uno de los ámbitos que más resienten la desigualdad es la salud, entendida la salud como un estado de bienestar general que incluye, pero no se limita a la ausencia de patologías⁵. Si bien en las últimas décadas se ha producido una disminución general de problemas tales como la desnutrición, enfermedades infecciosas y mortalidad infantil, un menor nivel socioeconómico continúa estando asociado a una menor esperanza de vida⁶, mayor mortalidad infantil⁷ y mayor prevalencia de enfermedades⁸ y de condiciones de riesgo tales como sobrepeso, malnutrición, alcoholismo, trastornos del sueño y sedentarismo⁸.

Posibles causantes de la inequidad (i.e. diferencias evitables e injustas) en salud son las diferencias en la calidad de las viviendas, el entorno social y el acceso a los servicios de salud⁹; no obstante, la extensión internacional del problema (con independencia de las diferencias en calidad de vivienda, servicios de salud, etc.)⁵ y los resultados insatisfactorios que han tenido las políticas públicas^{9,11} apuntan a la necesidad de comprender de mejor manera los mecanismos causales que relacionan desigualdad social con inequidad en salud⁹⁻¹¹.

Un posible nexo entre desigualdad social e inequidad en salud es el nivel de estrés de las personas¹³. En estudios internacionales, se ha detectado que residentes de barrios empobrecidos presentan mayores niveles de estrés¹⁰. Estas diferencias han sido explicadas tanto por la abundancia y el tipo de estímulos presentes como por la ausencia de mecanismos de defensa adecuados para su superación^{12,14,15}.

El estrés, entendido como el proceso en el cual las demandas internas (i.e. percepciones, actitudes) y/o externas (i.e. pobreza, marginalidad) exceden la capacidad regulatoria del organismo¹³, se ha asociado a una serie de daños fisiológicos y/o psicológicos, afectando a muchas condiciones y patologías con mayor prevalencia en sectores de menor nivel socioeconómico^{7,8,10}.

En consideración de la alta segmentación socioeconómica de Santiago de Chile⁴, surge la necesidad de explorar la relación entre el contexto socio-territorial y los niveles de estrés fisiológico crónico (i.e. concentración de cortisol en pelo: CCP) en residentes de distintos sectores de la capital.

Las hormonas indicadoras de estrés se liberan desde el sistema simpático-adrenal-medular (SAM) y el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA)¹⁶. En conjunto, estos sistemas articulan una respuesta marcada en primera instancia (estrés agudo) por una liberación de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) desde el sistema SAM, seguida por glucocorticoides tales como el cortisol, provenientes del eje HHA¹⁵. La acumulación fisiológica de estas desregulaciones (respuestas agudas al estrés) se denomina estrés fisiológico crónico, y puede ser evaluado a través de la concentración de cortisol, ya sea en pelo^{17,18} sangre u orina¹⁸. La ventaja de la determinación en pelo radica en su crecimiento continuo, que genera un historial de concentración de cortisol a lo largo del tiempo¹⁸.

Por otra parte, es posible cuantificar la segmentación territorial de Santiago a través del Índice de Calidad de Vida Urbana¹⁹ (ICVU) de sus diferentes comunas, un indicador general de las condiciones de vida (vivienda, salud, educación, trabajo, conectividad) y del nivel socioeconómico de sus habitantes¹⁹.

Al relacionar ambos indicadores, CCP e ICVU, se espera entregar una primera aproximación al rol del estrés como producto de la desigualdad socio-territorial y como productor de inequidades en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se plantea como no experimental, transversal, cuantitativo y correlacional³⁴. Los participantes fueron seleccionados sin asignación previa y categorizados posteriormente a partir de la comuna de residencia. La transversalidad indica que los datos fueron recogidos en un único momento³⁴ y el diseño cuantitativo y correlacional busca esta-

blecer relaciones estadísticas entre las variables, sin llegar a demostrar la dirección de causalidad en dichas relaciones.

Ochenta participantes fueron reclutados personal e individualmente durante enero de 2018. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 28 años de edad, estar inscritos en una institución de educación superior con sede en Santiago y tener una carga académica de 4 a 8 ramos o equivalente, incluyendo procesos de memoria y/o práctica profesional.

De acuerdo con la evidencia bibliográfica (condiciones que afectan el eje HHA^{13-16,18}) y las necesidades metodológicas del estudio, se excluyeron a personas con pelo de una longitud inferior a 3 cm en la zona de la protuberancia occipital externa, mujeres embarazadas, personas con un índice de masa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$) mayor que 30 (obesidad clase I), consumidores de glucocorticoides sintéticos, deportistas de competición (más de 6h semanales), trabajadores con más de 20h por semana (o compromisos extracadémicos equivalentes, e.g. cuidado de enfermos, trabajos domésticos) y personas con las siguientes enfermedades diagnosticadas: síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, fatiga crónica, insomnio y alteraciones al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (e.g. neoplasias, insuficiencia adrenal, etc.).

A cada participante se le tomó una muestra de 30mg de pelo recogidos de los 3cm proximales en la zona adyacente a la protuberancia occipital externa²⁰. A continuación, se le envió un cuestionario en línea a través del programa SurveyMonkey©, para que fuera respondido según la disponibilidad de tiempo de cada participante.

Todos los participantes firmaron el acuerdo de participación previamente aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, siendo informados personalmente de todos los pormenores del estudio y de sus concentraciones personales de cortisol una vez finalizado el estudio.

Las muestras de pelo fueron analizadas utilizando la modificación de López-Barrales²¹ al protocolo de análisis de cortisol a partir de muestras de pelo propuesto por Davenport et al.²². Cada muestra fue lavada dos veces con 10ml de isopropanol utilizando un agitador (Finemixer SH2000, FinePCR, Seúl, Corea) por 3min a 100rpm y posteriormente secada por exposición al ambiente, cortada en trozos de aproximadamente 1,5mm de longitud y pulverizada en

un agitador de bolas (Mini-Beadbeater-96; Biospec Inc., Batherlesville, OK, EEUU de NA) en dos instancias de 5min cada una. Posteriormente, las muestras fueron pesadas, divididas en triplicados de alrededor de 10mg e incubadas en un agitador con 1ml de metanol a 50°C durante 16h para la extracción del cortisol.

Los extractos fueron filtrados en pipetas Pasteur a través de lana de vidrio y luego reducidos a sequedad en un concentrador centrífugo (SVQ-120, Operon, Gyeonggi-do, Corea) por 1h. Al finalizar, se agregaron 100µL de PBS (phosphate buffered saline) de pH 8. La mezcla resultante fue analizada usando un kit comercial de inmunoensayo ELISA para muestras de cortisol en saliva (ELISA 11-CORHU-E01, ALPCO, Salem, NH, EEUU de NA) y luego leída en un lector de microplacas (EZRead 400, Biochrom, Cambridge, Reino Unido). Las densidades ópticas resultantes de la fotometría fueron transformadas a cantidad (ng) de cortisol por interpolación desde una regresión cuadrática de calibración obtenida a partir de las densidades ópticas de muestras estándares de concentración conocida de cortisol incluidas en el kit ELISA. Luego se determinó la concentración de cortisol (µg/g de pelo) de cada participante como el promedio entre los triplicados de cada muestra.

El cuestionario preguntó por el sexo, edad y domicilio mantenido por al menos 3 meses previos a la recolección de la muestra.

La comuna de residencia fue categorizada a partir del Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU) elaborado por el Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Pontificia Universidad Católica y la Cámara Chilena de la Construcción¹⁹. Este índice mide y compara en términos relativos la calidad de vida urbana a partir de la provisión e impacto socio-territorial de bienes y servicios, públicos y privados, en seis dimensiones: vivienda y entorno, salud y ambiente, condiciones socioculturales, ambiente de negocios, condición laboral y conectividad y movilidad¹⁹. Además del índice particular para cada comuna, se establecen tres rangos, inferior, promedio y superior, de acuerdo con la ubicación relativa de cada comuna respecto del conjunto de ellas.

Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar la relación entre CCP y sexo de los participantes y correlaciones de Spearman para evaluar la relación entre CCP y la edad de los participantes. La relación entre CCP e ICVU se examinó de dos maneras: mediante correlaciones de Spearman entre CCP y valores de ICVU y prueba de Kruskal-Wallis seguida

de la prueba post hoc de Dunn para la relación entre CCP y rangos de ICVU (Superior, Promedio e Inferior)¹⁹. Los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa Stata v.14.0.

RESULTADOS

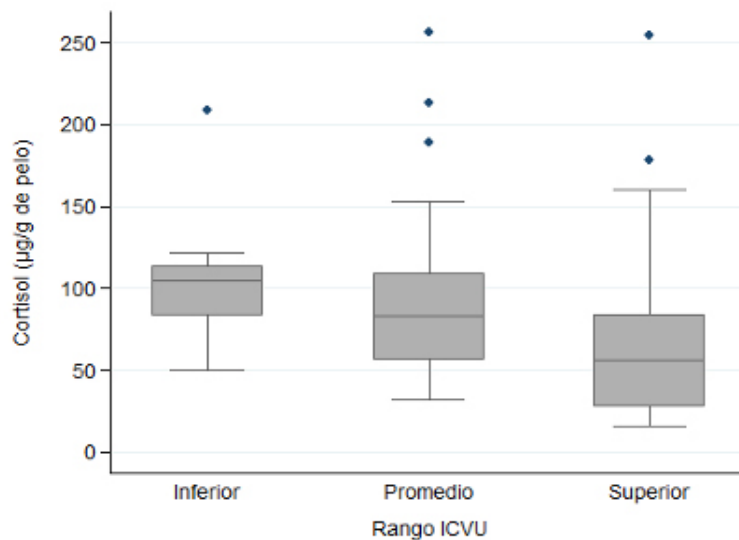
La muestra estuvo constituida por 80 estudiantes (53 mujeres y 27 hombres), con una edad promedio de 22 años ($\sigma = 2,2$, mín.19, máx.28).

Se localizaron residencias en 21 comunas diferentes (tabla 1), con un ICVU promedio de 55 puntos ($\sigma= 10,4$; mín. 36,3 (Cerro Navia), máx. 71,4 (Providencia); Media para la Región Metropolitana= 46,6; mín. 31,1 (La Pintana), máx. 71,4 (Providencia). La mayor concentración de participantes se estableció entre los rangos promedio y superior, quedando fuera de la muestra aquellas comunas con ICVU menores a 36,6 (Buin, Pedro Aguirre Cerda, Paine, Peñaflo, Talagante y La Pintana).

Tabla 1. Distribución de comunas de residencia presentes en la muestra, según rangos de ICVU¹⁹

Distribución por rangos del ICVU	Comunas (de menor a mayor ICVU absoluto)
Inferior (una desviación estándar o menos bajo el promedio nacional, n=12)	Cerro Navia, San Bernardo, Conchalí, Puente Alto, Lo Prado, Independencia, Huechuraba.
Promedio (promedio nacional \pm una desviación estándar, n= 21)	Quinta Normal, La Granja, Peñalolén, Estación Central, La Florida, Maipú, Macul.
Superior (una desviación estándar o más sobre el promedio nacional, n= 46)	Santiago, Ñuñoa, La Reina, San Miguel, Vitacura, Las Condes, Providencia.

Figura 1. Concentraciones de cortisol en pelo según rango de ICVU de la comuna de residencia (n= 80). La línea interna representa la mediana, los extremos de la caja los rangos intercuartiles y los puntos los valores atípicos.



No se encontraron diferencias significativas en las CCP según sexo (prueba de Kruskal-Wallis: $H=0,515$; g.l.= 1; $P=0,473$) ni edad de los participantes (correlación de Spearman: $n=62$; $r=-0,123$; $p=0,339$).

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre CCP y valor del ICVU de la comuna de residencia (correlación de Spearman: $n=80$; $r=-0,39$; $p=0,00039$) y también diferencias significativas de las CCP entre los rangos de ICVU (prueba de Kruskal-Wallis: $n=80$; $H=12,137$; g.l.=2; $p=0,002$). La prueba post-hoc de Dunn indicó que la diferencia entre los rangos Superior e Inferior del ICVU es altamente significativa ($Q=3,130$; $P=0,005$), levemente no significativa entre Superior y Promedio ($Q=2,288$; $P=0,066$) y altamente no significativa entre los rangos Promedio e Inferior ($Q=1,175$; $P=0,720$). También se encontró una diferencia significativa entre el rango Superior y el Promedio e Inferior agrupados (prueba de Kruskal-Wallis: $n=80$; $H=10,758$; g.l.=1; $p=0,001$).

DISCUSIÓN

La relación establecida entre el ICVU de la comuna de residencia y las CCP de sus habitantes plantea una asociación entre el contexto socio-territorial y los niveles individuales de estrés fisiológico en una población estudiantil de Santiago. Considerando la multiplicidad de factores que inciden en la libera-

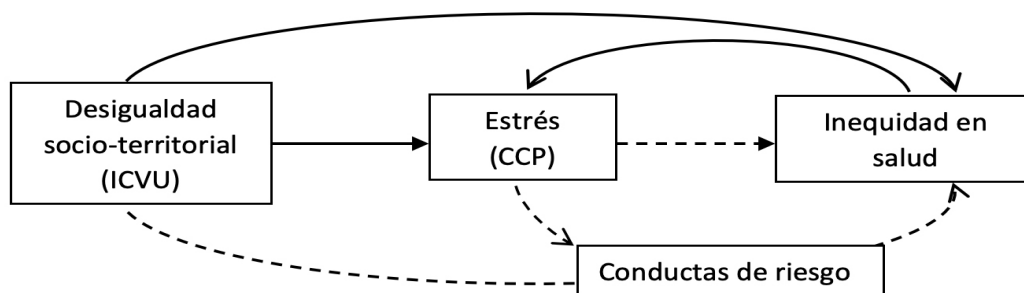
ción de cortisol^{13,15,16} y la ausencia de relaciones con el sexo o la edad, la asociación encontrada plantea, por primera vez en Chile, la existencia de una segmentación socio-territorial de los niveles de estrés fisiológico en sus habitantes.

El carácter no experimental y correlacional de este estudio no permite concluir una relación de causalidad entre las variables examinadas; sin embargo, la evidencia¹⁰ apunta a que son las desigualdades urbanas las que se traducen en mayores o menores niveles de estrés según el ICVU de la comuna de residencia. Si bien más investigaciones son necesarias para establecer una causalidad que considere otras poblaciones, niveles socioeconómicos individuales y otras covariables, los resultados obtenidos permiten iniciar una discusión en pos de la inclusión del estrés en temas de inequidad en salud.

La diferenciación socio-territorial de los niveles individuales de estrés sugiere que los habitantes de comunas con menor ICVU están más expuestos a problemas gastrointestinales, cardiorrespiratorios, de naturaleza inmune, metabólicos y cognitivos relacionados con mayores niveles de estrés¹⁶. La mayor frecuencia de muchos de estos problemas (obesidad, diabetes, problemas psicológicos) en sectores de menor nivel socioeconómico^{7,18} sugiere que el estrés podría ser a la vez consecuencia de la desigualdad socio-territorial y causa de las inequidades en salud.^{10,12} (figura 2).

El estrés como consecuencia de la desigualdad so-

Figura 2. Esquema del rol del estrés como consecuencia de la desigualdad y como posible causa de la inequidad en salud. Las líneas continuas representan relaciones probadas en la literatura y las punteadas aquellas relaciones con mayor incertidumbre.



cio-territorial subraya la importancia de elementos contextuales como la conectividad, disponibilidad de áreas verdes, condiciones socioculturales, hacinamiento y seguridad¹⁹ en los niveles individuales de estrés fisiológico. Por otro lado, el rol del estrés como causa de la inequidad en salud contribuye a la comprensión de los mecanismos biológicos que subyacen la relación entre desigualdad social e inequidad en salud^{9,11}.

Frente a esto, la incorporación del rol del estrés permite abordar la problemática de la inequidad en salud desde políticas de promoción, protección y restauración sanitaria que consideren la prevención y reducción de contextos estresores en comunas con menor ICVU.

Una oportunidad de mejora está en implementar políticas públicas y asignar recursos que permitan a los habitantes de sectores con menor ICVU prevenir y/o reducir sus niveles de estrés mediante el deporte, la cultura, las artes o el acompañamiento social y psicológico¹¹. Al ampliar las redes de apoyo, es posible aumentar las estrategias de afrontamiento disponibles para los habitantes y de esta manera reducir la dependencia de conductas de riesgo como el consumo de grasas, tabaco o alcohol¹² (figura 2). Un enfoque de este tipo permitiría, junto al aprovechamiento directo de los beneficiarios, impactar positivamente en los niveles de estrés de quienes, aún sin recibir beneficios directos, podrían mejorar su salud a partir de mejoras en su entorno comunitario (i.e. ICVU).

Junto a esto, aumentar las posibilidades de lidiar con el estrés de una manera constructiva aumenta también la posibilidad de prevenirlo, ya que al contar con una mayor red de apoyo y con mayores posibilidades de desarrollo, la persona beneficiada de estas políticas públicas puede reducir su percepción de vulnerabilidad ante el ambiente^{14,15}, y contar con un mayor número de herramientas para relacionarse con las dificultades diarias.

En conclusión, junto a la necesidad de robustecer la investigación en torno al estrés fisiológico en Chile, este trabajo espera aportar a la comprensión y la discusión del rol que tiene el contexto socio-territorial en los cuerpos y mentes de los habitantes de Santiago.

Agradecimientos

Se agradece la valiosa ayuda del personal colaborador en el Laboratorio de Química Ecológica de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization for Economic Co-operation and development. OECD. Society at a glance: OECD Social Indicators. 5ta Ed.: OECD Publishing. Paris; 2016.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile [en línea]. Santiago: Uqbar Editores; 2017 [consultado en mayo 2019]. Disponible en: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza-Libro-DESIGUALES-final.pdf
3. Agostini C, Hojman D, Valenzuela L. Segregación residencial de ingresos en el Gran Santiago, 1992-2002: una estimación robusta. EURE [en línea]. 2016 [consultado en marzo de 2019];42(127):159-184. <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/1732/920>
4. Agostini C. Pobreza, desigualdad y segregación en la región metropolitana [en línea]. CEP. 2010; [consultado en marzo de 2019] 117. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304095213/rev117_agostini.pdf
5. World Health Organization (WHO). Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health [en línea]; 2008 [consultado en marzo de 2019]. Commission on the Social Determinants of Health (CSDH). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/en/
6. Sánchez H, Albala C. Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. Rev Méd Chile [en línea]. 2004 [consultado en abril de 2019];132(4):453-460. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000400007&lng=es
7. Donoso E. Desigualdades en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. Rev Méd Chile [en línea]. 2004 [consultado en marzo de 2019];132(4): 461-466. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400008>
8. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud ENS Chile 2009-2010 [en línea]. Chile: MINSAL; Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Universidad Alberto Hurtado; 2010 [consultado en junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

9. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2010-2020 [en línea]. Santiago: MINSAL; 2011 [consultado en mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034ed-dbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
10. Cohen S, Doyle WJ, Baum A. Socioeconomic Status is associated with stress hormones. 2006;68(3):414-420.
11. Whitehead M, Jennie P. Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. Soc Sci Med. 2010;71(7):1234-1236.
12. Holst M, Ekholm O, Nielsen L, Kjær A, Kronborg C, Tanggaard P. Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: a cross-sectional study. BMC Public Health [en línea]. 2018 [consultado en junio 2019];18:250. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812195/pdf/12889_2018_Article_5170.pdf
13. Ice G, James G. Measuring stress in humans. A practical guide for the field. Cambridge University Press; 2007.
14. Miller G, Chen E, Zhou E. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. Psychol Bull. 2007;133(1):25-45.
15. Koolhaas J, De Boer S, Coppens C, Buwalda B. Neuroendocrinology of coping styles: towards understanding the biology of individual variation. Front Neuroendocrinol. 2010;31(3):307- 321.
16. Chrousos G. Stress and disorders of the stress system. Nat Rev Endocrinol. 2009; 5(7):374-381.
17. Raul J, Cirimele V, Ludes B, Kintz P. Detection of physiological concentrations of cortisol and cortisone in human hair. Clin Biochem. 2004;37(12):1105-1111.
18. Stalder T, Kirschbaum C. Analysis of cortisol in hair – State of the art and future directions. Brain Behav Immun. 2012;26(7):1019-1029.
19. Pontificia Universidad Católica de Chile; Cámara Chilena de la Construcción. Índice de Calidad de Vida Urbana: comunas y ciudades de Chile [en línea]. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales; 2018 [consultado en mayo 2019]. Disponible en: http://estudiosurbanos.uc.cl/images/investigaciones/Arturo_Orellana/ICVU_2018/20180508_ICVU_2018_-_Version_Definitiva.pdf
20. Xie Q, Gao W, Li J, Qiao T, Jin J, Deng H, Lu Z. Correlation of cortisol in 1 -cm hair segment with salivary cortisol in human: hair cortisol as an endogenous biomarker. Clin Chem Lab Med. 2011;49:2013-2019.
21. López R. Estrés biomecánico y fisiológico en poblaciones prehispánicas de San Pedro de Atacama [en línea]. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2013 [consultado en junio 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131261>
22. Davenport D, Tiefenbacher S, Lutz C, Novak M, Meyer J. Analysis of endogenous cortisol concentrations in the hair of rhesus macaques. General and comparative endocrinology. 2006;147(3): 255-261.

ESTUDIO DE ALGUNOS BIOMARCADORES PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN CENTRO DE INCLUSIÓN SOCIAL VENEZOLANO: PERÍODO 2013-2018

STUDY OF BIOMARKERS OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN A SOCIAL INCLUSION CENTER IN VENEZUELA: 2013-2018

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se expresan con mayor frecuencia en poblaciones marginadas, como lo son los ciudadanos que se encuentran en situación de calle y con problemas de drogadicción.

Materiales y Métodos: Mediante un estudio de campo descriptivo retrospectivo, se determinó la prevalencia de las ITS que se detallan en los ciudadanos residentes de un Centro de Inclusión Social en Venezuela durante los años 2013 a 2018. Para ello, suero de 280 individuos fue analizado mediante la prueba ELISA de diferentes compañías biotecnológicas.

Resultados: 50 casos (17,8%) fueron reactivos a cualquiera de las enfermedades investigadas. El biomarcador de mayor prevalencia durante el lapso estudiado fue el antiHBc con 13,9% y las menores fueron HBsAg con 0,75%, VHC con 0,71% y *Treponema pallidum* con 2,85%, así como 2,14% para VIH. No se detectó ningún caso de HTLV. Del mismo modo, se observó una tasa de co-infección entre hepatitis B y VIH de 2,32%, entre hepatitis C y VIH de 1,5% y en dos años se consiguió co-infección de hepatitis B y Sífilis con 1,5% y 5,8% en el 2014 y 2018 respectivamente.

Discusión: Se encontró que los sujetos acogidos en el Centro de Inclusión Social son un grupo vulnerable a las ITS y las coinfecciones, por lo que deben llevarse a cabo campañas de prevención y pruebas de detección de estas enfermedades en dicha población.

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual, Co-infección, Serotipificación, Diagnóstico, Inmunoensayo ligado a enzimas.

ABSTRACT

Introduction: Sexually Transmitted Infections (STIs) are most frequently expressed in marginalized populations, such as as homeless individuals or those with substance abuse issues.

Materials and Methods: Through a retrospective descriptive study, the prevalence of various STDs was determined among residents of a Social Inclusion Center in Venezuela from 2013 to 2018. For this purpose, serum from 280 individuals were analyzed with ELISA tests from different biotech companies.

Results: 50 cases (17.86%) were sero-reactive to any of the STIs investigated. The most prevalent biomarker during the study period studied was antiHBc (13.9%) and the lowest prevalences were HBsAg with 0.75%, HCV with 0.71%, and *Treponema pallidum* with 2.85%, as well as 2.14% for HIV. No cases of HTLV were detected. Similarly, there was coinfection between hepatitis B and HIV in 2.32% of cases, between hepatitis C and HIV in 1.5%, and between syphilis and hepatitis in 1.5% and 5.8% of cases (in 2014 and 2018 respectively).

Discussion: Individuals in Centers for Social Inclusion are at risk of presenting STIs and co-infections; therefore, STI prevention campaigns and screenings should be conducted in this vulnerable group.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases, Co-infection, Serotyping, Diagnosis, Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

Teodoro Vizcaya

Hospital Dr. Egidio Montesinos, El Tocuyo, Estado Lara, Venezuela
teodorovizcaya@hotmail.com

Recibido el 11-06-2019

Acceptado el 20-10-2019

INTRODUCCIÓN

Una de las principales dimensiones que evidencian el avance alcanzado por un país en la construcción de ciudadanía es la salud colectiva; precisamente, en este derecho se hacen patentes las desigualdades e inequidades y se muestra el nivel de calidad de vida alcanzado por las personas; puesto que el acceso oportuno y la disponibilidad de los servicios públicos de salud junto a otros aspectos configuran el bienestar ciudadano¹.

En ese sentido, los Centros de Inclusión Social (CIS) son espacios construidos en Venezuela para insertar, capacitar y consolidar a todos aquellos ciudadanos que se encuentran en situación de calle y con problemas de drogadicción. Estos centros están suscritos al programa social conocido como Misiones, que en el discurso oficialista son conceptuadas como estrategias masivas orientadas a garantizar los derechos fundamentales a la población, con énfasis en los sectores más excluidos. Las mismas consisten en un conjunto de programas de carácter social ideados para atender las principales carencias que apuntalan la exclusión y la desigualdad social^{2,3}. En tanto las principales Misiones se debilitaron, apareció otra modalidad de Misiones dirigidas a poblaciones específicas y de carácter asistencial como la Misión Negra Hipólita dirigida a personas en situación de calle y que son albergados en los CIS⁴. En estos centros se desarrollan acciones y procesos dirigidos al reintegro en sociedad de los ciudadanos en situación de calle y se estima que el tratamiento final de integración y consolidación sea de tres meses, pero todas las fases de tratamiento están calculadas para nueve meses según las condiciones particulares.

Ahora bien, no existe consenso al definir quien es una persona en situación de calle⁵. Sin embargo se acepta que esta población, sujeto principal del presente trabajo, es por definición una población vulnerable, es decir individuos o grupos que tienen limitada su autonomía dado que no pueden proteger sus intereses e integridad personal. Otro aspecto que describe la vulnerabilidad de estas personas es la exclusión social, la cual está estrechamente relacionada con los procesos vinculados a la ciudadanía social, es decir, con aquellos derechos y libertades básicas que tienen que ver con su bienestar.

Por esto, el grupo social allí albergado difiere de otras poblaciones específicas y está en una situación de mayor vulnerabilidad. Hay varios factores que contribuyen a ello, por ejemplo: en las institucio-

nes de acogida hay más exposición a la violencia o transmisión de enfermedades infecciosas; estímulos para un comportamiento sexual no responsable debido al confinamiento; problemas para acceder a la red de atención sanitaria; vigilancia epidemiológica precaria; compartir objetos punzantes y carencia de políticas públicas dirigidas a prevenir algunas infecciones en esta comunidad⁶.

Por otra parte, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas patologías infecto-contagiosas que se transmiten mediante el contacto oral, vaginal o anal con una persona infectada, a través de los fluidos corporales aunque también existen mecanismos de contagio como la transmisión parenteral. Su incidencia es mayor en áreas urbanas, en solteros, en jóvenes y en usuarios de drogas. Las ITS son el problema de salud pública prevalente en la población mundial por lo que Venezuela no escapa a esta situación y se considera que la transmisión de estas infecciones se potencia en algunas poblaciones que registran las tasas más altas de ITS, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales que practican sexo inseguro, reclusos, poblaciones nómadas y adolescentes. Estos grupos sociales con frecuencia carecen de acceso a servicios de salud apropiados⁷.

En este conjunto de enfermedades se incluyen aquellas que son necesariamente de transmisión sexual, así como aquellas en las que esta puede ocurrir con gran frecuencia, como en el caso de la hepatitis B, u otras no siempre exploradas como ITS que no deben ser desatendidas. En la actualidad son catalogadas dentro de este grupo, alrededor de treinta infecciones micóticas, bacterianas, virales o parasitarias, considerándose como emergentes la Hepatitis C y la infección por *Mycoplasma genitalium*⁸.

Cabe señalar que se conoce como coinfección a la presencia simultánea de dos o más agentes patógenos, en este sentido, la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es llamada "combinación mortal", pues se estima que uno de cada tres pacientes con VIH presenta también VHC. En América latina y el Caribe se presenta la segunda prevalencia más alta del mundo, con 2,3% de hepatitis C crónica y VIH. Ambas infecciones son paralelas, pues los dos ribonucleótidos virales poseen vías de transmisión similar, aunque es más fácil contraer primero la infección por VHC que por VIH⁹.

El VIH tiene un efecto perjudicial en la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), incluyendo un

mayor riesgo de cronicidad, fibrosis hepática, carcinoma hepatocelular (CHC) y mortalidad por todas las causas, lo que ha llevado a investigadores a caracterizar el genotipo del VHB en pacientes coinfectados con VIH para conocer la asociación entre mutaciones genéticas específicas y la severidad de fibrosis hepática¹⁰.

Las poblaciones de movilidad restringida como las poblaciones circunscritas a programas de integración social, poblaciones carcelarias o en áreas de conflicto social, también se caracterizan como grupos de riesgo para infecciones transmitidas principalmente por vía parenteral o sexual. Estudios realizados en privados de libertad brasileños evidencian la vulnerabilidad de esa población a la transmisión parenteral de VHC y de HIV a través del uso de drogas inyectables y a la transmisión mediante prácticas sexuales sin protección, además de asociarse ese cuadro a las condiciones de confinamiento, marginalidad y servicios de salud precarios¹¹.

Aunado a ello se presenta el tratamiento intermitente de antirretrovirales en algunos pacientes, por ejemplo informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que Venezuela fue el país de América Latina con el mayor número de episodios de desabastecimiento de antirretrovirales (TAR) reportados en 2012¹².

Dada la singularidad de la situación y de los sujetos participantes en la investigación, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de algunas ITS en ciudadanos albergados en un Centro de Inclusión Social del estado Lara en Venezuela mediante los biomarcadores no invasivos de mayor accesabilidad y uso, así como también destacar las posibles coinfecciones que pudiesen presentarse en la misma dependencia durante el periodo 2013 a 2018.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con ciudadanos residentes de un centro de inclusión social para hombres, mayores de edad, provenientes de diversas zonas del país, que fueron trasladados hasta la zona sur del estado Lara en Venezuela considerando sus deseos expresos. Dichos pacientes fueron atendidos en su centro de residencia, cuyas muestras biológicas fueron luego trasladadas al Laboratorio del Hospital Dr. Egidio Montesinos de la ciudad de El Tocuyo, en el estado Lara, durante el período 2013 a 2018, lo que constituyó

un universo efectivo de 280 sujetos.

Para la atención de dichos ciudadanos se establecieron criterios de inclusión tales como: paciente voluntario que manifestase su deseo de participar en el estudio así como desconocimiento del status serológico en relación con las infecciones indagadas. Como criterios de exclusión se consideró únicamente la manifestación explícita de no querer participar en la investigación proyectada.

Determinación serológica de las ITS: La sangre se tomó por venopunción al vacío. Se buscó identificar la presencia de alguna de las ITS mediante la detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) o los anticuerpos contra el antígeno del núcleo (anti-HBc) del mismo virus, que pudiesen estar presentes en el suero. Conjuntamente se indagó la presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC), anticuerpos frente al virus T-linfotrópico humano de tipo I y II (anti-HTLV) y anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (anti-VIH-1 y anti-VIH-2). De igual manera se buscó la presencia de anticuerpos específicos contra el *Treponema pallidum* que constituyen los biomarcadores más comunes y disponibles que se realizan en el Laboratorio de la entidad descrita.

Antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg).

Para realizar esta prueba se utilizó Murex HbsAg Version 3 que es una técnica ELISA de Diasorin específica para la detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg). Utiliza un anticuerpo anti-HBsAg en fase sólida, que se une al antígeno presente en el suero estudiado, el cual reacciona frente a un conjugado marcado con una enzima, la que en contacto con un sustrato apropiado, desarrolla una reacción colorimétrica, que puede ser leída visual o instrumentalmente¹³.

Anticuerpos contra el antígeno core del virus de la hepatitis B (anti-HBc).

El equipo Murex anti-HBc (total) de la casa biotecnológica Diasorin, fue el usado en el período estudiado. Es un ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) de tercera generación que utiliza micropocillos recubiertos de antígeno core recombinante frente al virus de la hepatitis B. Las muestras y los controles se incuban en los pocillos y el anti-HBc presente en la muestra se une al HBcAg. El exceso de anticuerpos se elimina mediante lavado. El conjugado se añade a los pocillos y durante la

segunda incubación, el conjugado se une al HBcAg de la superficie del pocillo no unido a los anticuerpos anti-HBc de la muestra. Después del lavado, se añade a los pocillos una solución que contiene tetrametilbencidina y peróxido de hidrógeno. En los pocillos que no contienen anti-HBc y por tanto, conjugado unido, se desarrolla un color azul cuya intensidad del color se puede determinar espectrofotométricamente¹⁴.

Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (VHC)

Se estudiaron mediante el equipo Murex anti-HCV de Diasorin que es un inmunoensayo enzimático que detecta anticuerpos contra el VHC en suero o plasma humano. El fundamento y técnica es similar a la de los anticuerpos contra el antígeno core del virus de la Hepatitis B, sólo que en esta prueba se buscan anticuerpos contra cuatro regiones diferentes de la proteína viral (núcleo, NS3, NS4 y NS5) del VHC. La cantidad de conjugado unido y por lo tanto el color en los pocillos, está directamente relacionada con la concentración de anticuerpos en la muestra¹⁵.

Anticuerpos frente al virus T-linfotrófico humano de tipo I y II (HTLV-I y II)

Para este análisis se recurrió al ensayo Murex HTLV I+II de Diasorin, que utiliza micropocillos recubiertos de péptidos sintéticos correspondientes a las regiones inmunodominantes de las proteínas de las envolturas del HTLV-I y del HTLV-II y una proteína recombinante transmembranal del HTLV-II. Las muestras se incuban en los pocillos y los anticuerpos frente al HTLV-I o II presentes en la muestra se unen a los antígenos de los micropocillos. Se añade el conjugado que se vincula a los anticuerpos específicos ya unidos a los antígenos de los pocillos. Después del lavado se agrega en los pocillos una solución con tetrametilbencidina (TMB) y peróxido de hidrógeno. En los pocillos con el conjugado unido se desarrolla un color violeta que es directamente proporcional a la concentración de anticuerpos frente al HTLV presente en la muestra¹⁶.

Anticuerpos contra el *Treponema pallidum*.

Se utilizó ICE* Syphilis de ABBOTT diagnostics, con técnica y fundamento similares a lo descrito en las técnicas anteriores. Se basa en la exposición de anticuerpos a los epítomos inmunodominantes del *T. pallidum*. Las muestras se incuban en los pozos y si los anticuerpos específicos contra *T. pallidum* están

presentes, son capturados por sus antígenos relacionados. La muestra, incluyendo cualquier anticuerpo no unido, se elimina por lavado. Luego se agrega conjugado que es capturado por cualquier anticuerpo específico ya unido a la placa. El conjugado sin unir se lava y se añade seguidamente una solución que contiene TMB y peróxido de hidrógeno. Los pocillos reactivos desarrollan un color púrpura que se lee visualmente o mediante espectrofotómetro¹⁷.

Anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana. (VIH)

Distribuido como Murex HIV Ag/Ab Combination de la casa ABBOTT diagnostics, este inmunoensayo enzimático detecta la presencia del VIH confrontando los posibles anticuerpos contra el núcleo del virus o los anticuerpos contra las glicoproteínas de su envoltura, en un fundamento y procedimiento similar a lo que se ha venido describiendo para los otros marcadores virales estudiados. Las muestras se incubaron en los pozos, en donde si había anticuerpos, se unirían a los antígenos del pocillo. Luego los anticuerpos se lavaron y en un paso posterior, se añadió el conjugado, se lavó nuevamente y se agregó TMB y peróxido de hidrógeno, lo que desarrolló un color verde azulado en los casos reactivos a la infección¹⁸.

En las técnicas por ELISA, las muestras con valores de absorbancia inferiores al valor de la línea de corte (cut off) se consideraron no reactivas al biomarcador indagado, de acuerdo con el límite de sensibilidad de la técnica. Las muestras con valores de absorbancia superiores o iguales al valor de la línea de corte se consideraron inicialmente reactivas

Análisis estadístico: Los datos obtenidos de los pacientes para las pruebas HTLV, VIH, anticuerpos contra *Treponema pallidum* y los anticuerpos contra hepatitis B y C, fueron ordenados y analizados estadísticamente mediante el programa SPSS statistics versión 22 para lo cual se tomó nivel de significación estadística de 0,05. Se aplicó estadística descriptiva, mediante frecuencias absolutas, relativas y tablas de contingencia. De igual manera se calculó la frecuencia de casos detectados y porcentaje específico de reactividad a las ITS por marcador analizado y por año de ocurrencia, considerando lo reportado en los respectivos libros de control, pero características como edad, zona de procedencia, tiempo de ingreso o uso de drogas no pudieron ser evaluadas. Por otra parte, es pertinente acotar que ante la carencia de cifras comparativas para estos centros de

albergue de ciudadanos, en esta investigación se recurre en ciertos aspectos a la data reportada para recintos penitenciarios y así poder comparar algunos indicadores de ITS.

Aspectos Bioéticos: Los ciudadanos aceptaron mediante el Consentimiento informado que sus muestras biológicas pudiesen ser objeto de algún examen posterior. Los aspectos técnicos expresados a través del protocolo de investigación obtuvieron la aprobación mediante respuesta informada del Comité de Bioética del Hospital Dr. Egidio Montesinos, que es la institución prestadora de los servicios de salud del municipio Morán, considerando que el estudio era coherente con la Declaración de Helsinki, que las muestras eran necesarias para la consecución de los objetivos del estudio, que no existía evidencia de que el sujeto hubiese manifestado su oposición a la utilización de la muestra y además que la investigación no perjudicaba los intereses del sujeto fuente, como lo señala el Código de ética para la vida que se cumple al realizar investigaciones en Venezuela¹⁹.

RESULTADOS

Desde el punto de vista sociodemográfico, los ciudadanos son personas que poseen estudios de nivel básico o algunos no culminan la educación secundaria. Sin ocupación estable, presentan a menudo adicciones o afectaciones psicológicas que pueden ser resueltas en la medida que son atendidas por especialistas. En general no tienen acceso a servicios sanitarios y sufren en primera persona la violencia y segregación de la calle.

Al revisar los hallazgos inmunológicos objeto de la investigación, se encontró que del total de muestras estudiadas, cincuenta resultaron positivas al contacto con alguno de los agentes etiológicos de las ITS en cuestión, lo que demostró una prevalencia de 17,86% a cualquiera de las infecciones investigadas. Estas cifras permiten reconocer que el año con mayor prevalencia a infección por alguna ITS fue el 2015 (23,9%) y el que presentó la menor cifra global de infección fue el año 2017 (3,4%). La prevalencia mayor por biomarcador en el lapso estudiado fue de 13,9 % para el antiHBc y la menor para HBsAg con 0,75%, del mismo modo se evidencia que no se

Tabla 1. Prevalencia de ITS por biomarcador en un CIS del estado Lara en Venezuela, periodo 2013-2018.

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN	AÑOS						TOTAL (N)
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ciudadanos atendidos	43	133	46	12	29	17	280
Seropositivos a alguna ITS (%)	9 (20,93)	24 (18,04)	11 (23,9)	2 (16,6)	1 (3,44)	3 (17,64)	50* (17,86)
Susceptibles a alguna ITS (%)	34 (79,06)	109 (81,9)	35 (76)	10 (83,4)	28 (96,56)	14 (82,36)	230 (82,14)
HbsAg (%)	1 (2,32)	1 (0,75)	0	0	0	0	2 (0,71)
antiHBc (%)	8 (18,6)	20 (15)	9 (19,56)	0	0	2 (11,76)	39 (13,92)
HCV (%)	0	2 (1,50)	0	0	0	0	2 (0,71)
HIV (%)	2 (4,65)	3 (2,25)	0	0	1 (3,44)	0	6 (2,14)
HTLV (%)	0	0	0	0	0	0	0
Treponema pallidum (%)	0	4 (3)	0	2 (16,6)	0	2 (11,76)	8 (2,85)

*El número de ciudadanos seropositivos no coincide con el número de pruebas reactivas pues existe coinfección en algunos casos.

detectó algún caso de HTLV como puede observarse en la Tabla 1.

Al observar los resultados sobre la hepatitis, el marcador antiHBc se mantiene claramente elevado respecto a las cifras de los otros biomarcadores en todo el período estudiado, por lo que el mayor riesgo para los ciudadanos es la hepatitis B (Figura 1)

dado el porcentaje de casos detectados en el lapso indicado.

Por otra parte, se pudieron observar casos de coinfección de ITS en algunos ciudadanos, por lo que al estudiarlos en detalle se encontró una prevalencia de coinfección entre hepatitis B y VIH de 2,32%, coinfección de hepatitis C y VIH de 1,5% y en dos años se consiguió coinfección de hepatitis B y Sífilis

Figura 1. Distribución porcentual específica de ITS en un CIS del estado Lara en Venezuela, periodo 2013-2018.

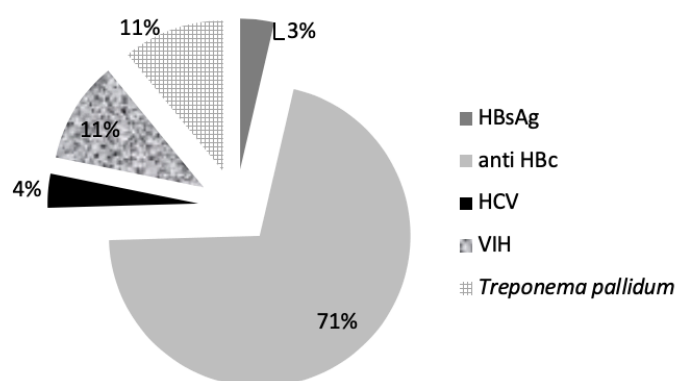


Tabla 2. Prevalencia de coinfección de ITS en un CIS del estado Lara en Venezuela.

Biomarcador	Prevalencia					
	Año 2013		Año 2014		Año 2018	
	N	%	N	%	N	%
Seropositivos	9	20,93	24	18,04	3	17,6
antiHBc	8	18,6	20	15	2	11,76
HIV	2	4,65	3	2,25	0	0
Sífilis	0	0	4	3	2	11,76
HCV	0	0	2	1,5	0	0
Coinfección VHB/VIH (antiHBc/VIH)	1	2,32	0	0	0	0
Coinfección VHC/VIH (anti VHC/antiVIH)	0	0	2	1,5	0	0
Coinfección VHB/Sífilis (anti HBc/ Sífilis)	0	0	2	1,5	1	5,88

con 1,5% y 5,8% para los años 2014 y 2018 respectivamente, como se aprecia en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

No es fácil determinar la frecuencia con que se producen las ITS en estos centros de acogida de ciudadanos al igual que en otros como el medio penitenciario debido a restricciones legales y sociales. Por no existir algún trabajo previo no se dispone de datos específicos nacionales ni a nivel de este tipo de centros, que permitan comparar estos hallazgos, por lo que se recurrió a cifras reportadas para centros de reclusión, que parecieran ser lo más cercano desde el punto de vista sanitario.

En este sentido y al evaluar la prevalencia de ITS, es oportuno recalcar que usualmente se reconoce a la blenorragia, sífilis y al VIH como enfermedades de declaración obligatoria, sin embargo se proporciona poca información epidemiológica sobre las hepatitis virales o sobre el HTLV, además que usualmente no se indagan otras ITS como las causadas por *Candida albicans*, *Molluscum contagiosum* o *Ureaplasma urealyticum* entre otras.

No obstante, al reconocer los diferentes factores de riesgo relacionados con las ITS que se presentan en grupos poblacionales reclusos, se ha encontrado que los hombres siguen constituyendo la población más vulnerable para contraer dichas infecciones debido al consumo de sustancias psicoactivas, compartir elementos de uso personal, mantener relaciones sexuales sin protección o realizarse tatuajes²⁰ y en este sentido los CIS pudieran asemejarse epidemiológicamente a algunos recintos carcelarios,

Por consiguiente, al encontrarse 17,8% de preeminencia para alguna de las ITS investigadas es oportuno reseñar que en Venezuela se han encontrado valores de hasta un 26% en algunas cárceles, de los cuales un 16,2% de su población presentaba anticuerpos contra el núcleo del virus de hepatitis B, el 6% tenía anticuerpos antitreponémicos y 4% revelaba anticuerpos contra el VIH21.

Si se detallan los resultados sobre hepatitis, el valor encontrado (13,92%) es alto respecto a lo reportado para Venezuela con el antiHBc como biomarcador. De igual manera si se estudia la prevalencia encontrada para la hepatitis B por el biomarcador más difundido que es el HBsAg, se observa que el valor de 0,71% es mayor al compararlo con la prevalencia encontrada para Venezuela (0,48%), para la América latina (0,33%) y para la región panamericana

(0,28%) según el último reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²². Estas cifras son concordantes con otros estudios que revelan que las ITS más frecuentes en hombres internados son la hepatitis B así como el VIH, pero también señalan en menor proporción *M. contagiosum*, *C. albicans* y pediculosis púbica.²¹

Al revisar la prevalencia de infección por hepatitis C, la cifra descubierta de sujetos serorreactivos (0,71%) representa el doble de lo reportado para Venezuela que asciende a 0,34% (22), cifra que además es superior a lo denunciado en América latina y el Caribe (0,65%) pero similar al 0,73% en la región de las Américas²³.

Al analizar los resultados detectados en este estudio para el VIH (2,14%), la prevalencia reportada es coherente con los reportes de la OPS para Venezuela y coincide con las prevalencias de otros países de la subregión como Colombia, Brasil, Argentina y Bolivia³³, sin embargo para una población poco estudiada como los residentes de los CIS o similares, se ha llegado a reportar una diversidad en la prevalencia de VIH que está dentro del 1% en poblaciones reclusas²⁴ hasta el 8,2% para los hombres en situación de calle²⁵.

Es importante enfatizar que la condición de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA se incrementa en la población con bajo nivel educativo, bajos niveles socioeconómicos y de hombres que tienen sexo sin protección con hombres²⁶. Estas condiciones sociales observadas a menudo en ciudadanos en situación de calle continúan siendo barreras que afectan la equidad en las oportunidades en salud.

Al describir la infección por *T. pallidum* mediante el valor revelado en esta investigación (2,85%) se aprecia un porcentaje superior en este biomarcador respecto a lo referido para Venezuela, que se sitúa en 1,55% y lo ubica como el país con la prevalencia más alta de Latinoamérica²², pero son cifras que se comparan usualmente con las de poblaciones específicas o muy seleccionadas como pueden ser los donantes de sangre. Al no disponer de datos específicos en el país relacionados con este tipo de centros, que permitiesen comparar estos hallazgos, se acudió a valores divulgados para centros de reclusión que oscilan entre 1,53% de los test realizados²⁷ y 6,12% detectado²¹.

Ahora bien, al determinar la prevalencia del virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) I/II en estos ciudadanos, no se encontró algún caso en el lapso estudiado, situación que es coincidente con

las bajas cifras reportadas para Venezuela²².

Al revisar los casos de infecciones múltiples, se encontró una prevalencia de coinfección VHB/VIH de 2,32%, muy por debajo de lo encontrado por otros investigadores^{28,29} quienes reportaron seroreactividad de VIH con al menos un marcador de hepatitis B (HBsAg o antiHBc), los cuales también son inferiores a lo revelado por estudios similares en las regiones norte y sur de Brasil, que mostraron resultados mayores al 23%^{30,31}, lo que debe llevar a considerar la región geográfica y los factores de riesgo y transmisión a los que se expone la población estudiada.

La importancia de estudiar esta dupla infecciosa deriva del hecho que el sexo masculino, el aumento de la edad y el estadio clínico avanzado de la infección por el VIH, son los principales factores de riesgo de padecer de fibrosis/cirrosis hepática³².

En este orden de ideas, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) genera otra de las infecciones más comúnmente encontradas en pacientes con el VHC que tiene una epidemiología similar al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y ambos se transmiten principalmente por la vía sexual o parenteral. Por lo tanto, la coinfección VHC/VIH se observa con frecuencia en las poblaciones vulnerables con tales vías de transmisión³³, como es el caso de los ciudadanos atendidos en los centros de inclusión social. En este sentido se ha reportado que la tasa de VIH en personas sin hogar era de 7,2% y del VHC de 11,7%, siendo el consumo de drogas por vía parenteral el principal factor de riesgo de infección tanto de VIH como de VHC³⁴.

Particularmente en este estudio y específicamente para el año 2014 se desveló una prevalencia de 1,5% de coinfección entre Hepatitis C y VIH, muy cercano a lo encontrado por otros investigadores quienes señalaban 1,67%³⁵ y 2,32%²⁸ respectivamente, pero muy debajo de las cifras de la prevalencia general de la coinfección de HIV con VHC que se ha estimado en cerca del 6%³⁶.

La existencia de anticuerpos antiVHC y antiVIH en las muestras analizadas indica que esta población constituye un grupo susceptible de padecer hepatitis C, VIH y coinfecciones VHC/VIH. Considerando que los estudios relacionados con la coinfección del VHC/VIH en las cárceles u otros centros de internado son raros o inexistentes; se espera que este puede ser un dato preliminar sobre la coinfección en poblaciones reclusas. Sin embargo, los resultados deben analizarse con precaución, dadas las

características de muestreo que limitaron el análisis descriptivo de esta población.

Por otro lado, la coinfección VHB y Sífilis fue la más observada de las infecciones múltiples con una prevalencia no constante de 1,5% y 5,88% en los años 2014 y 2018 respectivamente, cifras cercanas al 4,79% de reactividad simultánea de VHB con sífilis descrita en otro trabajo³⁷, pero alejadas de lo reportado en un estudio uruguayo³⁸ que situó en su investigación una prevalencia de 14%.

Es importante acotar que la mayoría de las reactividades simultáneas que se presentan en biomarcadores para agentes infecciosos transmitidos especialmente por vía sexual, están representadas por las de hepatitis B seguidas por la de Sífilis³⁹.

Para finalizar, junto a las dificultades que se presentan para definir quién puede ser considerada como una persona sin hogar en los países menos desarrollados, se suma la dificultad de acceder a información sobre el número, características y necesidades de los colectivos en situación de exclusión social.

A través de los resultados se encontró que los sujetos acogidos en el CIS son un grupo social vulnerable a las ITS y las coinfecciones, por lo que deben llevarse a cabo campañas de prevención y pruebas de detección de estas enfermedades en este colectivo. Asimismo es importante visibilizar la realidad de estas personas que viven en el anonimato con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida, de salubridad y lograr el respeto a los derechos humanos que les asisten.

Aunque es un estudio realizado en tan solo un Centro de Inclusión Social, los resultados podrían extrapolarse a otros recintos con las mismas características, ya que la población residente circula por otros CIS del ámbito nacional mientras se adaptan a la vida social productiva.

Conflicto de intereses

Declaro no tener algún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que haya influido en mi juicio. Declaro, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado-Blanco A. El derecho a la salud como dimensión de la ciudadanía social en América Latina y Venezuela V]. [en línea]. 2018 [consultado el 08 jun

- 2019];67(137). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/2233>
2. Alvarado-Chacín N. Las estrategias de inclusión social en Venezuela: un acercamiento a la experiencia de las misiones. *Convergencia*. 2009;16(51):85-128.
 3. Carosio A. Política Social en Venezuela. *Las Misiones Sociales*. Entornos 2016;29(2):61-73.
 4. D'Elia Y, Quiroz C. *Las Misiones Sociales: ¿Una Alternativa para Superar la Pobreza?* Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS). Oficina en Venezuela de la Fundación Friedrich Ebert; 2010.
 5. Berríos-Ballesteros A, Suárez-Rodríguez A, Rodríguez K, Vásquez-Cabrera J. Personas en situación sin hogar en León (Nicaragua): definición, número, características y necesidades básicas. *Documentos de Trabajo IE-LAT*, Universidad de Alcalá N° 102, Septiembre 2017.
 6. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049):1089-1102.
 7. Reyes A. Infecciones de transmisión sexual. Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*. 2016;14(2):63-71.
 8. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendation and Reported. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015*. (MMWR) [en línea] 2015. [consultado el 08 de jun 2019]. June 5;64(3):1-136. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>
 9. Lescay-Bell O, Cabezas-Niubo EP, Suárez-Suárez MJ, Fernández-Duarte J, Martén-Maren D. Coinfección por el virus de la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana en una población de riesgo. *MEDI-SAN*. 2016;20(10):2224-2229.
 10. Grant J, Agbaji O, Kramvis A, Yousif M, Auwal M, Penugonda S, et al. Hepatitis B virus sequencing and liver fibrosis evaluation in HIV/HBV co-infected Nigerians. *Trop Med Int Health*. 2017;22(6):744-754.
 11. Gabe C, Muller-Lara G. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC*. 2008;40(2):87-89.
 12. Organización Panamericana de la Salud. *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013*. Washington DC: OPS; 2013.
 13. Instituto de Salud Pública. Ministerio de salud. Virus hepatitis B (Antígeno de superficie HBsAg) [en línea] [consultado el 08 de jun de 2019]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/virus-hepatitis-b-antigeno-de-superficie-hbsag>
 14. Murex anti-HBc (total). Enzimoimmunoanálisis para la detección de anticuerpos frente al antígeno core del virus de la hepatitis B (anti-HBc) en suero o plasma humanos [en línea]. Dartford UK; 2009 [Consultado el 08 de jun de 2019]. p. 1-8. Disponible en: <http://www.annardx.com/productos/images/productos/diagnostica/infecciosas/Murex-Anti-HBc-Total.pdf>
 15. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics Programme. PUBLIC REPORT Product: Murex anti-HCV (version 4.0) [en línea]. Kyalami; [consultado el 08 de jun de 2019]; 2015. p.1-16. Disponible: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/150608_final_report_0164_059_00_murex_hcv_vesion_4_0.pdf
 16. Murex HTLV I + II. Enzimoimmunoanálisis cualitativo para ladetección de anticuerpos frente al virus T-linfotrópico humano de tipo I y II (HTLV-I y HTLV-II) en suero y plasma [en línea]. Dartford UK: DiaSorin S.a.P. [consultado el 08 de jun de 2019]; 2009. p. 1-8. Disponible: <http://www.annardx.com/productos/images/productos/diagnostica/infecciosas/murex-htlv-iii.pdf>
 17. ICE* Syphilis Enzimoimmunoanálisis para la detección de anticuerpos frente a *Treponema pallidum* [en línea]. Dartford UK: DiaSorin S.a.P. [consultado 08.06.2019]; 2009. p. 1-8. Disponible en: <http://www.annardx.com/productos/images/productos/banco-de-sangre/infecciosas/Murex-Ice-Syphilis.pdf>
 18. Murex HIV Ag/Ab Combination. Enzimoimmunoanálisis para la detección mejorada de la seroconversión frente a los virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1, grupo O del VIH-1) y la detección de los anticuerpos anti-VIH-2 [en línea] [consultado el 08 de jun de 2019]; 2009. p. 1-9. Disponible en: <http://www.annardx.com/productos/images/productos/diagnostica/infecciosas/hiv-combopdf.pdf>
 19. Normas para la investigación en muestras biológicas. En: *Código de ética para la vida*, Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias; 2011, [en línea]. p. 71-76. [Consultado 08.06.2019]. Disponible en: http://www2.ula.ve/cdcht/dmdocuments/codigo_etica_%20FONACIT.pdf
 20. Pérez-Morente MA, Cano-Romero E, Sánchez-Ocón MT, Castro-López E, Jiménez-Bautista F, Hueso-Mon-

- toro C. Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91(1):e1-e7.
21. Posada A, Díaz Tremarias, M. Infección por VIH, Hepatitis B y Sífilis en reclusos de centros penitenciarios de Venezuela, 1998-2001. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008;10:73-79.
 22. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015 [en línea]. Washington, D.C: OPS; 2017 [consultado el 08 de jun de 2019]. 273 p. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34082/9789275319581-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Organización Panamericana de la Salud-OPS. Las hepatitis B y C bajo la lupa: la respuesta de Salud Pública en la Región de las Américas 2016 [en línea]. Washington, D.C: OPS; 2016. [consultado el 08 de jun de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31447/9789275319291-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
 24. Sousa KAA, Araújo TME, Teles SA, Rangel EML, Nery IS. Factors associated with HIV prevalence in a prison population. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03274.
 25. Berbesí D, Segura-Cardona A, Caicedo B, Cardona-Arango D. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2):200-205.
 26. Alarcón AM, Chahin C, Muñoz S, Wolff M, Northland, R. Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Rev Chilena Infectol*. 2018;35(3):276-282.
 27. Calero G, Fratti J, Larrañaga J, Gallo S, Hernández T, Bittar G. Situación de salud de personas privadas de libertad de sexo masculino que ingresaron al sistema penitenciario uruguayo entre Enero y Junio 2016. *An Facultad Med*. 2017;4(Supl 1):109-126.
 28. dos Santos OP, Ramos de Souza M, Borges CJ, Noll M, Campos-Lima F, de Sá Barros P. Hepatitis B, C e Sífilis: prevalência e características associadas à coinfeção entre soropositivos, *Cogitare Enferm*. 2017;(22)3:e51693.
 29. Figueroa-Agudelo FN, Cabrera-García HB, Zapata-Cárdenas A, Donado-Gómez JH. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico nuevo de VIH. *Infectio* 2019;23(3):246-251
 30. Schuelter-Trevisol F, Custódio G, da Silva ACB, de Oliveira MB, Wolfart A, Trevisol DJ. HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in southern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46(4):493-497.
 31. Távora LGF, Hyppolito EB, da Cruz JNM, Portela NMB, Pereira SM, Veras CM. Hepatitis B, C and HIV co-infections soroprevalence in a northeast brazilian center. *Arq Gastroenterol*. 2013;50(4):277-280.
 32. Vinikoor MJ, Mulenga L, Siyunda A, Musukuma K, Chilengi R, Bolton-Moore C, et al Association between hepatitis B co-infection and elevated liver stiffness among HIV-infected adults in Lusaka, Zambia. *Trop Med Int Health* 2016;21(11):1435-1441.
 33. Téllez-Pérez F, Ríos-Villegas MJ. Mohamed-Balghata MO. Epidemiología de la hepatitis C en el paciente infectado por el VIH. En: Rivero-Román A, Pineda JA, eds. *Coinfección por VIH y VHC*. Tafics; 2012. p. 29-36.
 34. Calvo F, Giralt C, Turró O. Tuberculosis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Virus de la Hepatitis C en población sin hogar. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) [en línea]* 2016; [Consultado el 08 de jun 2019] 25(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n4/10630r.php>
 35. Ramírez-González LE, Piñeirua-Menendez A, Badial-Hernández F, Sánchez-Ávila JF, Pérez-Carrizosa A, Camiro-Zúñiga A, et al. Características demográficas y clínicas de pacientes coinfectados por VIH y Virus de Hepatitis C en México. *Revista Médica MD* 2018;9(4):294-298.
 36. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(7):797-808.
 37. Alvarez L, Tejada-Llacs PJ, Melgarejo-García G, Berto G, Montes Teves P, Monge E. Prevalencia de hepatitis B y C en el banco de sangre de un hospital en Callao, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2017;37(4):346-349.
 38. Osimani ML, Latorre L, Garibotto G, Scarlatta L, Chiapparelli H, Vidal J. VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay. *Adicciones* 2005;17(2):157-162.
 39. Cruz-Bermúdez HF, Moreno-Collazos JE. Seroprevalencia de tamizaje de Chagas y factores asociados a coinfección en un banco de sangre de Colombia durante 2006-2011. *Rev Méd. Risaralda*. 2015;21(1):26-30.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN USUARIA DE CUIDADORES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH CAREGIVERS' SATISFACTION IN A TERTIARY PEDIATRIC HOSPITAL.

RESUMEN

Introducción: La calidad y seguridad de la atención constituyen pilares fundamentales del sistema de salud, basándose en el respeto por la dignidad y autonomía de los usuarios. Esto demanda que la atención considere características propias de las personas al evaluar su satisfacción con sus servicios; sin embargo, las encuestas de satisfacción usuaria suelen indagar solamente en generalidades como infraestructura y tiempos de atención. El objetivo de este trabajo era evaluar los factores socio-demográficos y clínicos asociados a la satisfacción usuaria de padres/cuidadores en un hospital pediátrico de alta complejidad en Santiago, Chile.

Materiales y Métodos: Se aplicó la encuesta Pediatric Acute Care, adaptada al castellano, a 304 padres/cuidadores de pacientes pediátricos. Se analizó el comportamiento psicométrico del instrumento, y se aplicó un modelo lineal generalizado para evaluar las características socio-demográficas y clínicas asociadas al puntaje de satisfacción usuaria.

Resultados: Los padres/cuidadores que perciben la salud del niño/a como "buena" presentan, en promedio, 4,64 puntos más de satisfacción en comparación a quienes consideran la salud como "mala" (IC95% 0,9 – 8,38; $p=0,015$). Del mismo modo, a medida que aumenta la edad del niño/a en un mes, la satisfacción aumenta en 0,026 puntos (IC95% 0,01 – 0,041; $p=0,001$). No obstante, la satisfacción disminuye en 0,06 puntos por cada día que el niño/a pasa hospitalizado/a (IC95% -0,69 – -0,003; $p=0,034$), ajustando por otras variables.

Discusión: La satisfacción usuaria de padres/cuidadores de niños/as hospitalizados está asociada a características personales de los mismos. Los profesionales de la salud deben considerar estas características con el objetivo de otorgar una atención de calidad, ajustada a las necesidades de los usuarios.

Palabras clave: Satisfacción del Paciente; Hospitales Pediátricos; Determinantes Sociales de la Salud; Prestación de Atención de Salud

ABSTRACT

Introduction: Assuring the quality of care and patient safety are central pillars of health systems, in order to respect patients' dignity and autonomy. On the basis of these principles, healthcare systems should consider users' personal characteristics to evaluate their satisfaction with services; however, most user satisfaction surveys only ask about general issues, such as infrastructure and wait times. The objective of this study was to evaluate socio-demographic and clinical factors related to parent/caregiver's user satisfaction in a tertiary pediatric hospital located in Santiago, Chile.

Materials and Methods: The Pediatric Acute Care questionnaire was adapted and applied to 304 parents/caregivers. Psychometric characteristics were evaluated, and a generalized linear model was applied to obtain socio-demographic and clinical factors related to the user satisfaction score.

Results: Parents/caregivers who perceive their child's health as 'good' obtained, on average, 4.64 more satisfaction points than those who consider their child's health as 'bad' (IC95% 0.9 – 8.38; $p=0.015$). Likewise, as a child's age increases by one month, satisfaction increases by 0.026 points (IC95% 0.01 – 0.041; $p=0.001$). Nonetheless, each additional day a child is hospitalized decreases user satisfaction by 0.06 points (IC95% -0.69 – -0.003; $p=0.034$), holding other variables constant.

Discussion: User satisfaction is associated with parents/caregivers' personal characteristics. Health workers should consider these characteristics in order to deliver better care, adjusted to their users' needs.

Key Words: Patient Satisfaction; Hospitals, Pediatric; Social Determinants of Health; Delivery of Health Care

Carolina Concha-Gutiérrez.
Escuela de Enfermería,
Universidad de Los Andes,
Santiago, Chile.

Edith Rivas-Riveros.
Escuela de Enfermería,
Universidad de La Frontera,
Temuco, Chile.

Pilar Espinoza-Quiroz.
Dirección de Postgrado, Investi-
gación y Vinculación Internacional,
Universidad San Sebastián,
Santiago, Chile.

Yasna K Palmeiro-Silva.
Institute for Global Health,
University College London, Londres,
Reino Unido. Escuela de Enfermería,
Universidad de Los Andes,
Santiago, Chile.
ykpalm@uc.cl

Recibido el 01-04-2019

Aceptado el 20-10-2019

INTRODUCCIÓN

La calidad y seguridad asistencial se han transformado en pilares fundamentales en la actual gestión de salud, obligando a instituciones de salud a establecer diversos estándares en esos ámbitos.

En 1990, el Instituto de Medicina de Estados Unidos definió la calidad en salud como “el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de resultados deseados para los individuos y la población y son consistentes con el conocimiento profesional actual”¹. Junto con ello, Donabedian sugirió que la calidad en salud se debe evaluar en términos de estructura, procesos y resultados², y define siete atributos de la calidad en salud: eficacia, efectividad, eficiencia, optimalidad, aceptabilidad, legitimidad y equidad, concluyendo que una atención en salud de calidad debe considerar las preferencias y características sociales de los pacientes³.

En este sentido, el sistema de salud chileno ha presentado importantes avances para resguardar una atención de calidad. Ejemplo de ello son la Ley N°19.966, donde se define la garantía de calidad, y la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, poniendo a la persona como centro de la ley, respetando su dignidad, autonomía e igualdad.

Consecuentemente, al poner a la persona como centro del sistema de salud, es lógico pensar que los indicadores de funcionamiento se centren en los usuarios, de esta manera, la evaluación de la percepción o satisfacción usuaria toma especial relevancia.

Al analizar la satisfacción usuaria en Chile, aparecen múltiples encuestas realizadas por el Ministerio de Salud^{4,5}, la Superintendencia de Salud⁶, y distintos centros de salud⁷. Desafortunadamente, estas mediciones no han sido realizadas en base preguntas/respuestas comparables entre las diferentes encuestas. Además, la mayoría de las preguntas son del ámbito de infraestructura, tiempos de atención, costos y cobertura, aspectos que evalúan de manera global a la población, dejando de lado preferencias o características personales, como por ejemplo edad, nivel educacional, experiencias previas con el sistema de salud, etc., aspectos que son fundamentales al momento de otorgar una atención de salud equitativa.

De especial importancia son los niños/as usuarios de un sistema de salud, ya que en pocas ocasiones

se les considera como usuarios “activos” del sistema y son los padres/cuidadores quienes toman ese rol. Lamentablemente, escasa evidencia en español muestra esta perspectiva; adicionalmente, no existe un instrumento en Chile que evalúe la satisfacción usuaria de padres/cuidadores de pacientes pediátricos.

Con el objetivo de aportar en este ámbito, este estudio evalúa los factores socio-demográficos y clínicos que se asocian a la satisfacción usuaria de cuidadores en un hospital pediátrico de alta complejidad en la ciudad de Santiago, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio y población: Se realizó un estudio transversal que consideró a padres/cuidadores de pacientes pediátricos de un hospital de alta complejidad en la ciudad de Santiago, Chile. Fueron incluidos en el estudio a padres/cuidadores cuyos hijos/as o parientes presentaran hasta 19 años de edad y patologías de resolución quirúrgica con estadía hospitalaria mayor a 48 horas. El tamaño muestral calculado fue de 307 sujetos y el muestreo fue no probabilístico.

Recolección de datos: Los datos fueron recolectados por seis meses hasta abril 2016. Durante la hospitalización del paciente, un investigador (CCG) aplicó una encuesta a padres/cuidadores que indagó lo siguiente:

- Información socio-demográfica del padre/cuidador. Incluyó edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel educacional, tipo de trabajo (en el hogar/fuera del hogar), rol en la familia del paciente, residencia principal y percepción de la salud del paciente.
- Información socio-demográfica y clínica del paciente. Incluyó edad, sexo, servicio de hospitalización (cirugía infantil, lactante/segunda infancia, neonatología y unidad de paciente crítico pediátrica - UCIP), número de hospitalizaciones en el último año y días de hospitalización actual.
- Satisfacción usuaria del padre/cuidador. Se evaluó a través de una encuesta basada en los instrumentos Pediatric Inpatient Survey⁸ y Pediatric Acute Care (PCA). Esta última consta de 37 preguntas, agrupadas en ocho indicadores: impresión general; acceso a cuidados y servicios; consideración y respeto; continuidad y transición; coordinación e integración del cuidado; información, comunicación y educación; relación entre padres y equi-

po de salud; y confort físico⁹. La encuesta PCA fue validada al castellano por Eulmesekian et al., mostrando una consistencia interna de 0.8710.

Se comparó la encuesta PCA y la encuesta en castellano. Se analizaron las diferencias semánticas y se solicitó autorización para el uso de la encuesta. Se realizó una validez de fachada que resultó en una adaptación semántica e incorporación de dos preguntas (¿el personal de salud que atiende a su hijo porta credencial de identificación?, ¿la sala donde se encuentra su hijo está limpia?). Posteriormente, se realizó una evaluación piloto con una muestra de 5 padres/cuidadores del mismo hospital en estudio. El cuestionario aplicado se encuentra en anexos.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Además, todos los sujetos otorgaron su consentimiento por escrito previo a los procedimientos del estudio.

Análisis estadístico: La muestra se analizó descriptivamente, luego se evaluó la consistencia interna para el cuestionario considerando las preguntas de la encuesta validada por Eulmesekian et al. con el objetivo de comparar ambos estudios.

El puntaje de satisfacción para cada indicador se obtuvo calculando la media de puntajes obtenidos de las preguntas pertenecientes al indicador. Por otro lado, el puntaje de satisfacción general se obtuvo a través de la media de los puntajes de satisfacción de cada indicador^{9,10}.

Se compararon los puntajes de satisfacción por indicador y general, considerando variables socio-demográficas y clínicas. Dada la distribución de las variables, se aplicaron los test de U-Mann-Whitney o Kruskal-Wallis según fue apropiado, además, para variables cuantitativas se evaluó la correlación de Spearman. Para variables categóricas se consideró el uso del test Chi² o exacto de Fisher.

Para evaluar los factores socio-demográficos relacionados a la satisfacción usuaria global, se analizó un modelo lineal generalizado, considerando una distribución Gaussiana y función identity. En un primer modelo, se incorporaron todos los factores socio-demográficos, posteriormente se fueron descartando, hasta la obtención de un modelo con menor criterio de Akaike.

Los análisis se realizaron utilizando el programa estadístico STATA 15.1 considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 304 padres/cuidadores, quienes respondieron completamente el cuestionario. La tabla 1 muestra las características

Tabla 1. Características socio-demográficas de padres/cuidadores.

Variable	
Edad en años, me(p25-p75)^a	35 (28-42)
Sexo	
Hombre, n (%)	46 (15.13)
Mujer, n (%)	258 (85.87)
Nacionalidad	
Chileno, n (%)	286 (94.08)
Extranjero, n (%)	18 (5.92)
Estado Civil^b	
En pareja, n (%)	95 (31.25)
Sin pareja, n (%)	209 (68.75)
Nivel Educativo	
Ed. Básica, n (%)	48 (15.79)
Ed. Media, n (%)	156 (51.32)
Ed. Superior, n (%)	100 (32.89)
Tipo de trabajo	
En el hogar, n (%)	281 (92.43)
Fuera del hogar, n (%)	23 (7.57)
Rol en la familia del paciente	
Padre, n (%)	38 (12.5)
Madre, n (%)	223 (73.36)
Otro, n (%)	43 (14.14)
Residencia principal	
Región Metropolitana, n (%)	191 (62.83)
Otra región, n (%)	113 (37.17)
Percepción del cuidador sobre la salud del paciente	
Mala, n (%)	22 (7.24)
Aceptable, n (%)	105 (34.54)
Buena, n (%)	117 (58.22)

^a me(p25-p75): mediana (percentil 25 y percentil 75)

^b Estado Civil: En pareja (casado/conviviente), sin pareja (soltero/divorciado/separado/viudo)

Tabla 2. Características socio-demográficas y clínicas de pacientes pediátricos.

Variable		
Servicio de hospitalización		
Cirugía infantil, n (%)	153	(50.33)
Segunda Infancia, n (%)	69	(22.7)
Lactante, n (%)	69	(22.7)
UCIP ^a , n (%)	13	(4.28)
Edad en meses, me(p25-p75)^b	54.5	(15-132)
Sexo		
Hombre, n (%)	148	(48.68)
Mujer, n (%)	156	(51.32)
Número de hospitalizaciones en el último año		
Una (incluye actual), n (%)	193	(53.49)
Entre 2 a 5 veces, n (%)	92	(30.26)
Más de 5 veces, n (%)	19	(6.25)
Días de hospitalización actual, me(p25-p75)	5	(3-9)

^a UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

^b me(p25-p75): mediana (percentil 25 y percentil 75)

socio-demográficas de padres/cuidadores y la tabla 2 muestra las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes pediátricos.

El cuestionario aplicado presentó una consistencia interna global de 0.83 (con 38 ítems totales). En la tabla 3 se observan las consistencias internas para cada indicador.

Tabla 3. Consistencias internas de cada indicador.

Indicador	Consistencia interna
Impresión General	0.53
Acceso a cuidados y servicios	0.70
Consideración y respeto	0.68
Coordinación e integración del cuidado	0.30
Información, comunicación y educación	0.46
Relación entre padres y equipo de salud	0.63
Confort físico	0.62
Continuidad y transición del cuidado	0.72

Se observa que el servicio de UCIP presenta mejores niveles de satisfacción en la mayoría de los indicadores, excepto en relación entre padres y equipo de salud, confort físico y continuidad del cuidado (tabla 4). La satisfacción usuaria global fue estadísti-

camente diferente entre los servicios, observándose que el servicio de cirugía presentó el mayor puntaje de satisfacción usuaria global, seguido por la UCIP ($p=0.009$).

Tabla 4. Medianas de puntajes de satisfacción usuaria por indicador y global, según servicio de hospitalización.

Indicador, me(p25-p75) ^a	Cirugía (n=153)	S. Infancia (n=69)	Lactante (n=69)	UCIP (n=13)	p-value
Impresión General	87.5 (81.25-93.75)	87.5 (75-93.75)	87.5 (81.25-93.75)	87.5 (81.25-93.75)	0.2981
Acceso a cuidados y servicios	92.86 (85.71-96.43)	92.86 (85.71-96.43)	92.86 (85.71-96.43)	96.43 (89.29-100)	0.5305
Consideración y respeto	90 (85-100)	90 (85-95)	90 (85-100)	95 (85-100)	0.6250
Coordinación e integración del cuidado	93.75 (75-93.75)	93.75 (81.25-93.75)	87.5 (75-100)	100 (75-100)	0.5100
Información, comunicación y educación	100 (80-100)	87.5 (70-100)	87.5 (75-100)	100 (80-100)	0.0753
Relación entre padres y equipo de salud	100 (80-100)	90 (80-100)	90 (80-100)	90 (80-100)	0.3916
Confort físico	100 (87.5-100)	100 (75-100)	87.5 (75-100)	87.5 (75-100)	0.0001
Continuidad y transición del cuidado	20 (20-20)	20 (20-20)	20 (20-20)	20 (10-20)	0.0879
Satisfacción Usuaria Global	82.05 (77.92-85.02)	79.62 (71.61-84.53)	78.15 (71.45-82.57)	78.84 (75.2-85.94)	0.0090

^a me(p25-p75): mediana (percentil 25 y percentil 75)

En relación al porte de la credencial de identificación, la mayor parte de los padres identifica que el personal siempre porta la credencial, pero esta proporción varía respecto al servicio ($p=0.001$). Por otra parte, no existió diferencia en la opinión de los padres/cuidadores respecto a la limpieza de la sala y el servicio ($p=0.376$).

Al analizar los puntajes según el sexo de los padres/cuidadores, las mujeres presentan menor satisfacción en los indicadores de relación entre padres y equipo de salud ($p=0.0379$) y confort físico ($p=0.0151$), sin embargo, los demás puntajes fueron similares.

Por otro lado, los padres/cuidadores extranjeros, presentaron menores puntajes de satisfacción en los indicadores de acceso a cuidados y servicios ($p=0.0069$), confort físico ($p=0.0033$) y satisfacción global ($p=0.0016$).

Según el rol que cumple la persona encuestada, se observó que las madres, presentan menor puntaje

de satisfacción en los indicadores de acceso a cuidados y servicio ($p=0.0424$), relación entre padres y equipo de salud ($p=0.0068$), y satisfacción general ($p=0.0347$).

Los padres/cuidadores que perciben la salud del paciente como "mala", presentan menores puntajes de satisfacción en los indicadores de impresión general ($p=0.0430$), acceso a cuidados y servicios ($p=0.0037$), confort físico ($p=0.0218$) y satisfacción general ($p=0.0017$).

La satisfacción en los indicadores de impresión general y continuidad y transición del cuidado es menor en el grupo de padres/cuidadores que han tenido a su hijo/a hospitalizado más de 5 veces en el año ($p=0.0063$ y $p=0.0187$, respectivamente)

Los puntajes de satisfacción para cada indicador y satisfacción global no mostraron diferencias significativas al evaluar según residencia, tipo de trabajo, nivel educacional, estado civil y el sexo del paciente.

Adicionalmente, por cada año más que tengan los padres/cuidadores, el puntaje de satisfacción en confort físico aumenta en 0.17 puntos ($p=0.0039$) y la satisfacción global en 0.22 puntos ($p=0.0002$). De manera similar, la edad del paciente se correlacionó positivamente con los indicadores de coordinación e integración del cuidado ($\rho=0.12$, $p=0.0421$); relación entre padres y equipo de salud ($\rho=0.13$, $p=0.019$); confort físico ($\rho=0.2944$, $p=0.0001$), continuidad y transición del cuidado ($\rho=0.12$, $p=0.0389$); y satisfacción global ($\rho=0.22$, $p=0.0001$).

Derivado del modelo de regresión, se obtiene que las variables de percepción de salud de los padres/cuidadores, la edad del niño/a y el número de días de hospitalización actual son significativas en la explicación de la satisfacción usuaria global, no así la residencia, el sexo de los padres/cuidadores y el rol de los mismos. Se estimó que los padres/cuidadores que perciben la salud de su hijo/a como buena, presentan en promedio, 4.64 puntos más de satisfacción que quienes la consideran mala (IC95% 0.9-8.38; $p=0.015$). Por otra parte, por cada mes de incremento en la edad del niño/a hospitalizado/a, la satisfac-

ción usuaria de los padres/cuidadores aumenta en 0.026 puntos (IC95% 0.01-0.041; $p=0.001$) y por cada día que el niño/a pasa hospitalizado/a, la satisfacción usuaria de los padres/cuidadores disminuye en 0.06 puntos (IC95% -0.69 - -0.0028; $p=0.034$), ajustando por las demás variables (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que la satisfacción usuaria de los padres/cuidadores está asociada a los factores de percepción de salud del paciente pediátrico por parte de los padres/cuidadores, edad del niño/a hospitalizado/a y el número de días de hospitalización. Desde un punto de vista técnico, el cuestionario aplicado muestra una consistencia interna de 0.83, considerada buena, además de ser similar a la hallada por Eulmesekian et al.¹⁰.

La muestra estudiada refleja "el cuidado habitual" de los niños/as en Chile y Latinoamérica. La mayoría de los encuestados son mujeres y madres de los niños/as hospitalizados, lo que concuerda que en la mayoría de los casos, el cuidado recae en la madre o en alguna figura materna¹¹. Este fenómeno coincide

Tabla 5. Resultados del modelo de regresión para satisfacción usuaria global.

	Coef ^a	Error Est ^b	P-valor	Intervalo de Confianza 95%	
Residencia					
Región	1.8149	1.0488	0.084	-0.2407	3.8706
Sexo					
Mujer	0.1779	2.9850	0.952	-5.6725	6.0284
Rol					
Madre	6.0284	3.2583	0.286	-9.8622	2.9103
Otro	0.2236	3.3953	0.947	-6.4310	6.8784
Percepción Salud					
Aceptable	2.2510	1.9527	0.249	-1.5762	6.0782
Buena	4.6417	1.9082	0.015	0.9015	8.3818
Edad del niño					
	0.0257	0.0077	0.001	0.0105	0.0410
Días hospitalización actual					
	-0.0359	0.0169	0.034	-0.0690	-0.0027
Constante					
	75.332	2.3050	0.000	70.8144	79.8501

^a Coef: Coeficiente estimado

^b Error Est: Error Estándar.

AIC= 7.09

con que las personas con el rol de madre, tienen menor puntaje en los indicadores de acceso a cuidados y servicios, relación entre padres y equipo de salud y satisfacción general, ya que estos indicadores se relacionan al manejo de información de los cuidados y el involucramiento con los mismos.

El hecho que los padres/cuidadores que perciban la salud del paciente como “mala” se relacione a una menor satisfacción usuaria global, puede ser explicado por las experiencias previas de la persona. En otras palabras, si el padre/cuidador considera que la salud del hijo/a es “mala”, lo más probable que las experiencias pasadas, que se relacionen a la salud del hijo/a, no sean positivas. Así, experiencias previas condicionan la experiencia actual. Este hallazgo es similar con lo reportado por Paul et al. y Xiao et al., donde pacientes con peor salud percibida, presentaron peor satisfacción usuaria con el sistema de salud^{12,13}. En esta línea, es fundamental que los profesionales de la salud consideren este punto al momento de interactuar con padres/cuidadores, teniendo en cuenta que las experiencias y conocimientos previos marcan la vida de las personas, ya sea positiva o negativamente¹⁴⁻¹⁷.

Por otra parte, la satisfacción usuaria global es mayor a medida que el hijo tiene mayor edad. Esto podría explicarse debido a la percepción de vulnerabilidad y dependencia de los hijos más pequeños por parte de los padres, lo que se refleja en el nivel de satisfacción. Sin embargo, Moreno-Monsiváis et al., observó que la edad del hijo y la percepción de su estado de salud no fueron significativos para la satisfacción de las madres¹⁸. Esta discrepancia podría ser debido a que los instrumentos fueron diferentes y en ese estudio los pacientes presentaban patologías crónicas.

Adicionalmente, al aumentar el número de días de la hospitalización actual, la satisfacción usuaria disminuye, lo que se soporta en la idea de que la hospitalización no es una experiencia placentera, es agotadora y disruptiva en términos de la dinámica familiar y social. En este sentido, a mayor estadía hospitalaria, los padres/cuidadores sienten alejamiento “obligado” con sus hijos/as, lo que aumentaría el agotamiento físico y mental, como lo plantea Franck et al.¹⁹ y Stremler et al.²⁰. Este distress recaería en la satisfacción usuaria de los padres, por lo que el sistema de salud debiera considerar que la hospitalización prolongada de un niño va a provocar una serie de efectos psicológicos y emocionales en la familia, los que debe ser considerado en la pla-

nificación del cuidado y la comunicación con los padres/cuidadores.

En general, el efecto de las variables asociadas a la satisfacción usuaria de padres/cuidadores en este estudio, podría ser manejado a través de la respuesta de parte de los profesionales de la salud y las instituciones, ya que los padres/cuidadores de niños/as hospitalizados/as son vulnerables y pueden ser afectados tanto psíquica como emocionalmente por estresores del medioambiente, el cual considera la interacción con el personal de salud. Diferentes autores plantean que el soporte centrado en la familia y sus necesidades es fundamental en ellos, ya que por una parte disminuye el estrés percibido, mejora la comunicación entre la familia y el personal de salud, como también mejora la satisfacción usuaria de la atención de salud²¹⁻²⁴.

Los profesionales de la salud deben considerar características socio-demográficas específicas al momento de comunicarse con los padres/cuidadores, ya que estas juegan un rol modificador entre la atención en salud y la satisfacción usuaria²⁵. Por ejemplo, el idioma o ciertas creencias culturales en el caso de padres/cuidadores extranjeros o de diferente etnia²⁶. Además, se deben considerar los miedos, cuestionamientos, dudas y experiencias pasadas de los padres/cuidadores. Esto le permite al profesional de la salud adecuar el mensaje que se desea transmitir, así la comunicación será efectiva y empática²⁷⁻³⁰.

Finalmente, la medición de la satisfacción usuaria presenta aspectos positivos tanto para el sistema de salud y los usuarios. De acuerdo a Ilioudi et al., la evaluación de la satisfacción usuaria debiera impactar la gestión de las instituciones y la atención en salud, lo que se describe “bottom up”³¹, guiando los procesos de mejora dentro de una institución de salud³². Adicionalmente, pacientes satisfechos podrían presentar mejor adherencia al tratamiento y mejores outcomes, por lo que se debe considerar la importancia de las “buenas experiencias”, más allá que la satisfacción usuaria y la resolución del problema de salud, ya que las experiencias marcan el comportamiento y confianza posterior de las personas sobre el sistema, instituciones y equipo de salud^{33,34}.

Como limitación del estudio, una muestra intencionada de una institución de salud, limita la extrapolación de resultados. Además, al ser un estudio transversal, no se puede inferir si la satisfacción usuaria varía a lo largo de la hospitalización del niño/a y/o si existen variables que cambian a lo largo

del tiempo. Finalmente, sería de mucho interés el desarrollo o validación de un instrumento que permita evaluar la satisfacción usuaria o experiencia con la atención en salud desde el punto de vista de los niños/as, ya que así se los valida como personas con derechos y experiencias propias, respetando su dignidad y autonomía.

Financiamiento:

Este estudio no contó con fuentes de financiamiento externas.

Declaración de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés de ningún tipo.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a los padres y cuidadores que participaron en este estudio, y a los médicos y enfermeras que facilitaron el trabajo de campo. YKPS agradece al programa de CONICYT Programa de Formación de Capital Humano Avanzado Becas de Doctorado en el Extranjero Becas Chile 2018 - 72190338

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine. *America's health in transition: protecting and improving quality*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966 Jul;44(3):Suppl:166-206.
3. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990 Nov;114(11): 1115-8.
4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Satisfacción población usuaria hospitales [en línea]. Santiago, Chile; 2012 [consultado el 06 de jun de 2018]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-7596_p5.pdf
5. Arteaga O, Fuentes-García A, Vera A. Anexo estudio nacional de evaluación de percepción del trato a usuarios en establecimientos de salud municipal del sistema público de salud. Santiago, Chile: 2014.
6. Superintendencia de Salud. Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la superintendencia de salud. 2016.
7. Unidad de Gestión y Desarrollo, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Informe de resultado evaluación de la percepción usuaria en relación al respeto de sus derechos como pacientes enero a diciembre 2017. 2017.
8. Homer CJ, Marino B, Cleary PD, Alpert HR, Smith B, Crowley Ganser CM, et al. Quality of care at a children's hospital: The parents' perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(11):1123-9.
9. Zhang C, Report S, Care A, Murray MA. Hospital e-Scorecard Report 2008: Acute Care. *Pediatric Patient Satisfaction Technical Summary*. 2008.
10. Eulmesekian P. Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(2):113-9.
11. Pautassi LC, Rico MN. Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres. *Boletín Infanc y Adolesc sobre Avance de los Objet Desarro del Milen*. 2011;12:4-9.
12. Paul P, Hakobyan M, Valtonen H. The association between self-perceived health status and satisfaction with healthcare services: Evidence from Armenia. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:67.
13. Xiao H, Barber JP. The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value Heal*. 2008;11(4):719-25.
14. Schwei RJ, Johnson TP, Matthews AK, Jacobs EA. Perceptions of negative health-care experiences and self-reported health behavior change in three racial and ethnic groups. *Ethn Health*. 2017;22(2):156-68.
15. Solheim E, Garratt AM. Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:512.
16. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Heal care*. 2001;13(5):385-90.
17. Rahmqvist M, Bara A-C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Heal Care*. 2010;22(2):86-92.
18. Moreno-Monsiváis M, Interrial-Guzmán M, Saucedo-Flores P, Vázquez-Arreola L, López-España J. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. *Aquichan*. 2011;11(1):40-7.
19. Franck LS, Wray J, Gay C, Dearmun AK, Lee K, Cooper BA. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):10-21.

20. Stremler R, Haddad S, Pullenayegum E, Parshuram C. Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *J Pediatr Nurs*. 2017;34:36–43.
21. Sigurdardottir AO, Garwick AW, Svavarsdottir EK. The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction. *Scand J Caring Sci*; 2017;31(2):241–52.
22. Lindly OJ, Geldhof GJ, Acock AC, Sakuma K-LK, Zuckerman KE, Thorburn S. Family-Centered Care Measurement and Associations With Unmet Health Care Need Among US Children. *Acad Pediatr*. 2017;17(6):656–64.
23. Padilla Fortunatti CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investig y Educ en Enfermer*. 2014;32(2):306–16.
24. Rapport F, Hibbert P, Baysari M, Long JC, Seah R, Zheng WY, et al. What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):38.
25. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89–101.
26. Pinder RJ, Ferguson J, Møller H. Minority ethnicity patient satisfaction and experience: results of the National Cancer Patient Experience Survey in England. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011938.
27. Abuqamar M, Arabiat DH, Holmes S. Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(3):e177–84.
28. Eymín G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev Med Chil*. 2014;142(2):229–37.
29. October TW, Hinds PS, Wang J, Dizon ZB, Cheng YI, Roter DL. Parent Satisfaction With Communication Is Associated With Physician's Patient-Centered Communication Patterns During Family Conferences. *Pediatr Crit Care Med*. 2016;17(6):490–7.
30. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr*. 2016;16:92.
31. Ilioudi S, Lazakidou A, Tsironi M. Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *Int J Heal Res Innov*. 2013;1(1):67–87.
32. Meesala A, Paul J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *J Retail Consum Serv*. 2018;40:261–9.
33. Institut de la statistique du Québec. Measuring patient experience through surveys : from concepts to best practices. Québec, Canada; 2018.
34. Mehta SJ. Ethics case Patient Satisfaction Reporting and Its Implications for Patient Care Commentary. *Am Med Assoc J Ethics*. 2015;17(7):616–21.

DISTRIBUCIÓN ETARIA, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADIO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ASISTIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS EN CÓRDOBA: 2004 - 2010.

AGE DISTRIBUTION, FAMILY HISTORY, AND STAGE OF BREAST CANCER IN WOMEN TREATED IN PUBLIC HOSPITALS IN CÓRDOBA, ARGENTINA: 2004 - 2010.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio fue analizar la edad de la mujer al momento del diagnóstico de cáncer de mama, el estadio del mismo y los antecedentes familiares de cáncer de mama en las mujeres que consultaron en el ámbito público de la Ciudad de Córdoba durante el período 2004-2010.

Material y métodos: El presente fue un estudio observacional efectuado en cuatro instituciones públicas, a partir del total de datos de los Servicios de Anatomía Patológica y Estadística registrados en las historias clínicas (n=1423). Se evaluó la tendencia de edad de diagnóstico con regresión lineal y el tipo histológico y grado del tumor según la edad de la mujer, con regresión de Poisson.

Resultados: En relación a la edad del diagnóstico, el 8,74% de las mujeres estudiadas eran menores a 40 años, lo cual representa una mayor proporción a los valores informados en la literatura mundial. En relación a la distribución por edad del total de pacientes con cáncer de mama, la mayor frecuencia fue en el grupo de 50 a 59 años.

Discusión: La proporción de mujeres mayores de 40 años detectadas en estadio tardío fue el 44,22%, siendo superior a los valores informados en los países desarrollados. La tendencia de edad de diagnóstico se incrementó en un 0,39 por año, y no hubo cambio en el tipo del estadio. En términos de antecedentes familiares, se detectó la presencia en el 15,95% de los casos, si bien es de destacar que la frecuencia de registro de estos antecedentes en las historias clínicas fue limitada.

Palabras claves: cáncer mamario; investigación sanitaria; grupo etario

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to analyze the age at which women treated in public hospitals in the City of Córdoba, Argentina from 2004 to 2010 were diagnosed with breast cancer, their stage at diagnosis, and their family history of breast cancer.

Material and methods: This study was carried out in four public institutions, using the total number of cases registered in medical records by the pathology and statistical services (n=1423). Trends in age at diagnosis over the study period was evaluated with linear regression, and tumor stage and histology according to age was analyzed with Poisson regression.

Results: In terms of diagnostic age, 8.74% of the women studied were under 40 years of age, which represents a higher percentage of cases, in comparison with international literature. With regards to age distribution, the greatest number of cases was observed in the group between 50 and 59 years of age.

Discussion: The proportion of women older than 40 years detected with late stage cancer was 44.22%, which is higher than the values reported in developed countries. The diagnostic age trend increased by 0.39 per year, and there was no change in the stage at diagnosis. Finally, 15.95% of the women had reported family history of breast cancer, although it is noteworthy that the frequency of recording family history in the medical charts was limited.

Key word: breast neoplasms; health services research; age groups

Ana María Juárez
Ruth Fernández

Escuela de Salud Pública, Facultad
de Ciencias Médicas, Universidad
Nacional de Córdoba
aruthfernandez@gmail.com

Recibido el 21-07-2019
Aceptado el 12-12-2019

INTRODUCCIÓN

La epidemiología clínica y genética son imprescindibles para detectar patologías con diagnóstico precoz. El control del cáncer ha tenido éxito en los países de altos ingresos, con datos de alta calidad, en contraste con aquellos de medianos y bajos ingresos, donde los costos de atención sanitaria son insostenibles y los datos son de baja calidad¹. La epidemiología en el extenso campo de la salud pública estudia la historia natural de la enfermedad, descubre los factores etiológicos, identifica los factores causales e indaga los aspectos ambientales¹. El valor epidemiológico sobre la concientización en la población femenina con cáncer de mama tiene sus ventajas al incentivar el screening, disminuyendo la carga de enfermedad (definida como la medida de las pérdidas de salud)² sometiendo a controles anuales, que permite detectar la enfermedad en etapas más tempranas³. Para detectar tempranamente la patología lo más adecuado es la mamografía que identifica entre el 80% y el 90% de los cánceres de mama permitiendo la detección precoz y el tratamiento oportuno de la patología⁴⁻⁵. En los países del continente americano, la tasa de mortalidad por cáncer de mama oscila entre un 9,7 por 100.000 para Ecuador y 24,1 por 100.000 para Uruguay¹. Para el año 2012 el cáncer de mama fue la primera causa de muerte en la mujer en Chile^{2,6}. La epidemiología del cáncer de mama en la Argentina muestra una incidencia estimada de 7/100.000 mujeres¹, siendo la segunda tasa de mortalidad por cáncer de mama en el continente (21,8/100.000)⁸. El Registro de Tumores de la Provincia Córdoba (Argentina) refiere que el cáncer de mama resultó ser el más frecuente en las mujeres, durante el período 2004/2009.

La edad promedio de aparición del cáncer de mama muestra variaciones en los estudios internacionales. Así, el promedio de edad referido para las mujeres norteamericanas es de 60 años¹⁰, en estudios cubanos 58 años¹¹, en estudios iraníes 46 años¹², en estudios chilenos 66 años¹³.

La patología aumenta con la edad, pero las mujeres de edad menor o igual a 39 años presentan la particularidad de tener una mayor carga de enfermedad y mortalidad, puesto que biológicamente la enfermedad es más agresiva y su diagnóstico se realiza en estadios más avanzados^{14,15}. Definir el concepto de "mujer joven" no es uniforme en el campo de la patología maligna de mama; diferentes artículos hacen referencia desde los 35 a 40 años, hasta 45

años¹⁶. La mayoría de los artículos consultados en mujeres menores de 40 años refieren una prevalencia de 5% a 7%, siendo el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en mujeres de la franja de 25 a 39 años de edad^{17,18}.

El cáncer en la mujer menor de 40 años es una entidad diferente del que se presenta en mujeres de franjas etarias superiores, por presentar ambas epidemiologías distintas. En los países desarrollados con políticas sanitarias efectivas, se les diagnostica la patología mamaria en estadios 0 y I en el 55% de las mujeres, el 35% en estadio II, el 6% en estadio III y el 5% en estadio IV. Por el contrario, en India el 74% de los tumores de mama diagnosticados están localmente avanzados o metastásicos. No se ha encontrado acuerdos en la literatura, ni una definición, que establezca los límites entre el cáncer de mama de diagnóstico temprano y el comienzo del diagnóstico tardío. Las referencias son contrapuestas, así el Instituto Nacional del Cáncer indica como diagnóstico temprano el "cáncer de mama que no se ha diseminado más allá de la mama o los ganglios linfáticos de la axila; incluye el carcinoma ductal in situ y los cánceres de mama en estadios I, IIA, IIB y IIIA", en cambio en un estudio retrospectivo Hayat M J. y col. opinan que el factor pronóstico del cáncer de mama en estadio temprano es la falta de impacto de la enfermedad en los ganglios linfáticos axilares¹⁹.

Con el advenimiento de las pruebas genéticas en la práctica oncológica se logró detectar la susceptibilidad de familias de alto riesgo. La predisposición hereditaria constituye un factor de riesgo no modificable; las mutaciones genéticas y sus historias familiares están presentes en el cáncer de mama en mujeres con antecedentes de cáncer en sus abuelas, tías o primas, y en familias con cánceres múltiples²⁰.

Con la finalidad de identificar las características en la tendencia de los antecedentes de cáncer de mama registrados en hospitales públicos de la ciudad de Córdoba (Argentina), este estudio se propuso como objetivo analizar la edad de la mujer al momento del diagnóstico de cáncer de mama, el estadio del mismo y los antecedentes familiares de cáncer de mama en las mujeres que consultaron en el ámbito público durante el período 2004-2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del ámbito de estudio. La fuente de datos para el análisis de la presente investigación fue-

ron el total de historias clínicas (n=1493) con informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en los archivos de los Servicios de Anatomía Patológica en la ciudad de Córdoba, de cuatro instituciones públicas de la ciudad (tres hospitales generales y una maternidad). Estas instituciones son las referentes de la patología mamaria del sistema público en la ciudad de Córdoba.

Instrumento de recolección de datos. De las fichas del Servicio de Anatomía Patológica de las instituciones en estudio se obtuvo información acerca de la edad de las mujeres al momento del diagnóstico de cáncer, el grado y diferenciación anatomopatológica del tumor, el estadio clínico del cáncer de mama, definido según clasificación TNM (E0, E1, EII, EIII, EIV), y antecedentes familiares de 1° y 2° grado.

Análisis de los datos Las variables mensurables se describieron a partir de sus medidas de resumen, y las variables categóricas se describen a partir de análisis de frecuencias y sus comparaciones con la técnica de datos categorizados, utilizando el test de Chi-cuadrado ajustado. Para evaluar el nivel de detección temprana de los casos registrados durante el período 2004/2010 se analizaron los registros por año y se relacionó entre ellos la edad de diagnóstico de las mujeres incluidas en el estudio. Este procedimiento luego fue efectuado para cada institución. La edad de diagnóstico fue analizada por década.

Para evaluar las tendencias de edad de diagnóstico durante el período analizado se utilizó el modelo de regresión lineal, considerando la edad de la mujer como variable respuesta y el año de registro como variable regresora. Para evaluar la posibilidad de cambios de tendencia en el tipo histológico y grado del tumor registrado según la edad de la mujer, se utilizó el modelo de regresión de Poisson, donde la variable dependiente fue el año del registro, la variable regresora fue la edad y las variables clasificatorias, el tipo histológico y el grado de diferenciación tumoral.

La identificación de las características de antecedentes familiares de pacientes con cáncer de mama en el período 2004-2010 fue analizada mediante la presentación de la frecuencia de cada categoría asignada al tipo de antecedente de primero o segundo grado de parentesco.

En todos los casos se trabajó con un nivel de significación de 0,05 y todos los análisis fueron procesados utilizando el software estadístico InfoStat.

Consideraciones éticas: La presente investigación tuvo en cuenta los resguardos éticos relativos a la

identidad de las mujeres registradas en los informes anatomopatológicos y en la historias clínicas. Se cumplió con la normativa nacional e internacional para la ética de trabajos basados en datos secundarios.

RESULTADOS

Se analizaron 1493 fichas clínicas las cuales correspondieron a los registros de las cuatro instituciones durante el período 2004-2010. De las mismas el 63,63% contenían datos completos acerca del estadio tumoral y sólo el 19% de las historias clínicas presentaban los antecedentes familiares.

La edad fue analizada por década y por año de estudio observándose que el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres con una edad igual o menor a 39 años presentó una frecuencia de 8,74% en el total de los hospitales generales incluidos en el estudio. La frecuencia de diagnósticos efectuados en las mujeres en la década de 30-39 años fue superior a la década de 20-29 años ($p < 0,0001$). En la maternidad, la frecuencia de registros de las pacientes con igual o menor a 39 años fue de 11,24%, lo cual supera a los registros en los hospitales generales analizados ($p < 0,0001$). En estos últimos, el predominio de grupo de edad de diagnóstico fue entre 50-59 años ($p < 0,0001$). En las siguientes décadas la frecuencia van disminuyendo ($p < 0,0001$).

En cuanto a la distribución de los registros de estadios tumorales en relación a la edad de diagnóstico de las 950 historias clínicas que tenían los datos completos (Tabla 1), se detectó que el diagnóstico en mujeres menores de 39 años fue de 86 casos (9,05%). En el grupo de 20-29 años el 70% fue diagnosticado en estadio EII, EIII, EIV; en el grupo de 30-39 años, el 42,11% fue diagnosticado en E0, I, IIA y el 57,89% en EII, EIV. Del total de mujeres con diagnóstico efectuado a partir de los 40 años (90,95%), en el 57,29% de los casos el estadio de diagnóstico fue E0, E1 y EIIA y el 42,71% desde EII hasta EIV.

Cuando se valoró la historia personal tumoral de las pacientes incluidas en el estudio, el 2,04% casos registraban otros cánceres a lo largo de su vida, siendo los más frecuentes los cánceres asincrónicos y sincrónicos de mama. En cuanto a los antecedentes familiares con cáncer de mama en 1°, 2° y 1° + 2° grado, fueron encontrados 227 casos de las 285 fichas clínicas que presentaban esa información (ver figura 1).

Con la finalidad de analizar la tendencia de pre-

sentación del cáncer de mama desde 2004/2010 en el ámbito público de la Ciudad de Córdoba, se efectuaron dos análisis de regresión, uno en relación a las modificaciones de la edad del diagnóstico en el periodo estudiado y la otra en relación al estadio del cáncer en el momento del diagnóstico. Se utilizó el modelo de regresión lineal para analizar la edad de las mujeres (variable respuesta) en función de los años de registro (variable regresora) a fin de establecer si en el periodo analizado se modifica la edad de diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres que se asistieron en las instituciones involucradas. Así se encontró que por cada año de registro un incrementó en 0,39 en la edad de las mujeres que se registraron con diagnóstico de cáncer en dichas instituciones. Esto refleja que la edad de diagnóstico de cáncer de las mujeres registradas en estas instituciones se fue incrementando desde el 2004 al 2010.

En cuanto al tipo del estadio, se utilizó el modelo de regresión Poisson, en donde se efectuó un análisis de asociación entre el año del registro con el estadio de cáncer registrado en las historias clínicas de las pacientes. Dicho análisis no arrojó una relación entre las variables ($p > 0,05$), lo que indicaría que no hay cambios en la tendencia del estadio en el período estudiado.

DISCUSIÓN

En los estudios de cáncer de mama, se observa que existe una marcada heterogeneidad entre los países y también entre regiones de un mismo país, respecto a la prevalencia de esta enfermedad y sus estadios; aludiendo a que esto puede deberse al desarrollo del sistema de salud económico-social de cada área estudiada. Teniendo en cuenta la edad del primer diagnóstico, el presente estudio refleja que el 8,74% de las mujeres estudiadas eran menores a 39 años, mientras que la literatura mundial expresa valores que oscilan entre el 5% y 7%.²¹ El valor de este hallazgo se centra en que la franja de edad igual o menor a 39 años, presenta una epidemiología diferente al resto de las edades de las mujeres²². Los datos encontrados en mujeres menores de 39 años resultan relevantes al ser considerados como una población de riesgo, que debe ser tenida en cuenta para el diagnóstico precoz. Las estrategias para el diagnóstico de las mujeres más jóvenes son ecografías acompañadas de elastografías, lo cual incrementa el valor predictivo positivo, encontrando lesiones malignas sin masa palpable²³. Por otra parte el exa-

men mamográfico tiene una sensibilidad moderada y buena especificidad para la detección de cáncer, y los valores predictivos varían de acuerdo a la edad. La sensibilidad varía entre 57% y 83% entre los 18 años y los 50 y 59 años respectivamente. Entre los 40 y 49 años la sensibilidad es del 71%. La especificidad por el contrario, es mayor: 88% a 96% entre 50 y 59 años y 71% a 84% en mujeres entre 40 a 49 años²⁴.

En cuanto a la detección temprana Freitas y col (2015), refieren que las fallas en dicha detección o la falta de acceso a los tratamientos, explicarían una mayor mortalidad en los países en vías de desarrollo. Al respecto más del 70% de las pacientes con cáncer de mama en países desarrollados son diagnosticadas en la etapa I o II, mientras que sólo el 20-50% de las que viven en países de medianos o bajos ingresos son diagnosticadas en etapas tempranas de la enfermedad.

Por otra parte el registro de la estadificación de la enfermedad es un aspecto relevante, dado que los autores refieren que la invasión de linfáticos axilares comprometidos, son un factor pronóstico importante para las pacientes con cáncer de mama, diferenciando el riesgo según se detecte en una etapa temprana o tardía²³. En el presente estudio la proporción de mujeres mayores de 40 años detectadas en estadio temprano fue del 55,78% y un 44,22% fueron detectadas en un estadio tardío. Las pacientes con cáncer de mama en estadio EIIA quienes no tenían impacto axilar suman el 25,58% del total de casos. El 15,18% de los diagnósticos se presentaron en el estadio EII B, el 22,05% en el EIII y el 7,05% en el EIV. Esta distribución debiera asumirse como un alerta desde la perspectiva de la salud pública, si se la compara con la informada por un estudio de Estados Unidos que presenta un 55% de mujeres con E0 y E1, un 35% con EII, un 6% con EIII y menos del 5% con EIV²⁶.

En cuanto a los antecedentes personales y familiares se considera que entre el 5-10% de todos los casos diagnosticados tienen un carácter hereditario, de los cuales sólo 1% se atribuye a síndromes genéticos y los restantes porcentajes a alteraciones de los genes BRCA 1 y 2, dada la probabilidad de padecer la enfermedad por determinados factores como edad, cargas genéticas y antecedentes patológicos familiares (APF)(27,28). En el presente estudio, 41 del total de pacientes, sufrieron a lo largo de su vida, cáncer de diversas estirpes y en distintos órganos. Los más frecuentes fueron los cánceres de

mama asincrónicos (aquellos ocurridos en tiempos diferentes 36,58% de los casos) y 24,39% cánceres de mama sincrónicos (ocurridos al mismo tiempo); y con menor frecuencia cáncer de colon, tiroides, útero, ovarios.

En la última década se promueve las acciones para lograr un diagnóstico temprano, resaltando la importancia que tienen aquellas pacientes supuestas sanas con antecedentes familiares de riesgo, no solamente de mama, sino de otras variedades; en general no han sido tomados en cuenta en las historias clínicas, pudiendo alertar al especialista de una probable mutación genética en su paciente²⁹. Al respecto, los factores a considerar en relación con la recomendación para las pruebas genéticas, incluyen la mutación conocida en la familia, o la paciente con familiar cercano con diagnóstico de cáncer de mama menor de 35 años con cáncer de ovario o de trompa de Falopio, o con antecedentes de cáncer de páncreas²³. Sin embargo, y en relación a lo anteriormente explicitado, Chlebowski en su investigación explica que la mayoría de las neoplasias de mama son esporádicas (no hereditarias), se presume la predisposición hereditaria entre un 5% -10% ó 25%, según el autor que se trate³⁰.

La limitación del presente estudio radica en la focalización de la población analizada, ya que sólo se abordan los registros de los hospitales públicos de referencia en la provincia de Córdoba, Argentina. No obstante el interés fue analizar el perfil de los registros de mujeres con cáncer de mama durante una década, con la finalidad de aportar información que promuevan estrategias para la detección temprana del cáncer de mama, previniendo la muerte de cientos de mujeres, especialmente las que transitan edades económicamente activas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int. J. Cancer*: 144, 1941–1953 (2019).
2. Villarreal-Garza C, Lopez-Martinez EA, Muñoz-Lozano JF, Unger-Saldaña K. Locally advanced breast cancer in young women in Latin America. *Ecancermedicalsecience*. 2019 Jan 22;13:894.
3. DeSantis C, Howlader N, Cronin KA, Jemal A. Breast cancer incidence rates in U.S. women are no longer declining. *Cancer Epidemiol Bio-markers Prev*. 2011.
4. Gajdos C, Tartter Paul I, Bleiweiss IJ, Bodian Carol, Brower Steven T. Stage 0 to stage III breast cancer in young women. *J. Am. Coll. Surg*. 2000; 190(5):523-529.
5. Tazhibi Mahdi, Feizi Awat. Awareness Levels about Breast Cancer Risk Factors, Early Warning Signs, and Screening and Therapeutic Approaches among Iranian Adult Women: A large Population Based Study Using Latent Class Analysis. *Biomed Res Int*. 2014; 2014: 306352. Published online 2014 Sep 11. doi: 10.1155/2014/306352
6. Vogel GV. Epidemiología, genética y evaluación del riesgo de cáncer de mama en mujeres pos menopáusicas. *Revista del climaterio* 2009 May/Jun. 12(70):121-33.
7. Villarreal-Garza C, Lopez-Martinez EA, Muñoz-Lozano JF, Unger-Saldaña K. Locally advanced breast cancer in young women in Latin America. *Ecancermedicalsecience*. 2019 Jan 22;13:894.
8. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.
9. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011).
10. Armando E. Giuliano, James L. Connolly, Stephen B. Edge, Elizabeth A. Mittendorf, Hope S. Rugo, Lawrence J. Solin, Donald L. Weaver, David J. Winchester, Gabriel N. Hortobagyi. Breast Cancer—Major Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging. *CACANCER J CLIN* 2017;67:290–303.
11. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. M. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]: Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
12. Karimi Asrin, Delpisheh Ali, Sayehmiri Kourosh, et al. Predictive Factors of Survival Time of Breast Cancer in Kurdistan Province of Iran between 2006-2014: A Cox Regression Approach. *Asian Pac J Cancer prev*.2014;15(19):8483-8488.

13. Hortobágyi GN, de la Garza Salaza J, Pritchard K, Amadori D, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clin Breast Cancer*. 2005; 6(5): 391–401.
14. Miranda M Fidler, Sumit Gupta, Isabelle Soerjomataram, Jacques Ferlay, Eva Steliarova-Foucher, Freddie Bray. Cancer incidence and mortality among young adults aged 20–39 years worldwide in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol* 2017; 18: 1579–89.
15. Boyle P. Triple-negative breast cancer: epidemiological considerations and recommendations. *Ann Oncol* 2012; 23(suppl 6): vi7–vi12.
16. Newman L. Biology of breast cancer in young human. CDC Committee on breast cancer in young human. Michigan; University of Michigan. 2013. Disponible en: http://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/Newman_Biology_of_Breast_Cancer_in_Young_Women.pdf
17. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(6):1471–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180029>
18. Assi HA, Khoury KE, Dbouk H, Khalil LE, Mouhieddine TH, El Saghier NS. Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. *J Thorac Dis*. 2013;5(Suppl 1):S2–S8.
19. Hayat M J, Howlader N, Reichman ME, Edwards BK. Cancer Statistics, Trends, and Multiple Primary Cancer Analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *Oncologist*. 2007; 12(1): 20–37.
20. Clavel-Chapelon F, Gerber M. Reproductive factors and breast cancer risk. Do they differ according to age at diagnosis? *Breast Cancer Res Treat*. 2002;72(2):107–15.
21. Escrich E, Moral R, Solanas M. Olive oil, an essential component of the Mediterranean diet, and breast cancer. *Public Health Nutrition*. 2011;14(12A):2323–32.
22. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360(9328):187–95.
23. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, Senn HJ, Panel members. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Ann Oncol*. 2013; 24(9):2206–2223.
24. Celso Pinto Nazario A, Facina G, Filassi JR. Breast cancer: news in diagnosis and treatment. *Rev Asso C Med Bras*. 2015. 61(6): 543–552.
25. Freitas AGQ, Weller M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20 (10): 3177–3189.
26. Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, Caffarella RS, Corbex M, Kreps GL, McTiernan A. Breast Health Global Initiative Early Detection Panel. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: treatment resource allocation. *Cancer*. 2008; 113 (8 Suppl): 2269–2281.
27. Ramos Aguila YC, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev. Ciencias Médicas*. 2015; 19 (4): 619–629.
28. Núñez Copo AC, Frómata Montoya CI, Rubio González T. Factores ambientales y genéticos asociados al cáncer de mama en féminas del área de salud 28 de Septiembre. *MEDISAN [Internet]*. 2011 Feb[citado 20 julio 2016]; 15(2):[aprox 7p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_2_11/san03211.htm
29. Petit JY, Botterim E, Lohsiriwat V, et al. Locoregional recurrence risk after lipofilling in breast cancer patients. *Ann Oncol* 2012; 23: 582–588.
30. Chlebowski RT. Nutrition and physical activity influence on breast cancer incidence and recurrence. *Breast* 2013; 22(Suppl 2); S30–7.

SMALL IS NOT BEAUTIFUL: MINIMALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA ENFRENTA DE CORONAVIRUS

SMALL IS NOT BEAUTIFUL: MINIMIZATION OF THE ROLE OF PUBLIC HEALTH FACED WITH THE CORONAVIRUS

INTRODUCCIÓN

Es bueno que a uno lo sorprenda una época de reacción cuando está en una posición extrema.

Así se llega a una postura intermedia.

B. Brecht citado en el diario de W. Benjamin [1, p.174-175]

El abordaje del brote de coronavirus ha sorprendido a la salud pública chilena y la ha obligado a echar mano de sus formas cuantitativas de manera extrema. Modelos predictivos basados en ecuaciones determinísticas, que en manos legas, se han transformado en un ejercicio reduccionista. De ahí la alarma y el miedo, dos herramientas propias de una ética de masas, pero lejos de la construcción de simbiosis y solidaridades.

Las tensiones intelectuales del brote, casi no han dado lugar a la aparición del otro gran fundamento de la salud pública actualmente existente, el gerencialismo gestor. Su silencio ha mostrado también esa especie de inutilidad salpicada de lugares comunes, de la mano de una incapacidad para comprender los problemas locales en su dimensión territorial. Hay varias dimensiones del brote que una salud pública con más ambiciones intelectuales, podría ayudar a entender, para producir un pensamiento más sereno, pero no menos urgente.

Contra ese minimalismo respondo a la invitación de Revista Chilena de Salud Pública.

CORONAVIRUS COMO OBJETO CIENTÍFICO

La aparición de conglomerados de casos de enfermos con perfil y circunstancias inesperadas, en lugar y tiempo acotados, genera la identidad del brote. La retrospectiva analítica posterior, a menudo revela que el agente, la enfermedad y los enfermos ya existían previamente, por meses, años o décadas.

Su aparición como un patrón nosológico distinguible responde a condiciones muchas veces azarosas, a un cierto tipo de comunicación médica y por supuesto, a la capacidad para diferenciar en el ruido de fondo de la repetición, un objeto recortable y diferenciable.

La identificación del conglomerado está asociada a un intercambio en una red y al establecimiento de una comunidad científica. En VIH fue el CDC a través de sus reportes MMWR un factor clave en producir ese conglomerado y en el caso de Hanta, la conversación entre Bruce Tempest y sus colegas del Indian Health Service².

La operación científica para aislar un agente y probar la ocurrencia de los postulados de Koch, para asignar la monocausalidad del agente no es tampoco tarea sencilla. Requiere destrezas detectivescas avanzadas y un poderoso laboratorio. En el

caso de legionella, en unos años 70 marcados por la toxicidad química, una vez agotado el primer trabajo de microscopía, inmunofluorescencia y cultivos clásicos, el agente fue explorado por cromatografía y espectrometría de masas, buscando moléculas de síntesis. Sólo un paciente trabajo de recuperación de muestras de anatomía patológica, inyección en huevos y prueba en cuyes y no en roedores, permitieron la identificación del agente.

La historia de VIH es también una dura tensión colaborativa entre los equipos de Gallo y Montagnier, en la persecución de la hipótesis de una variante HTLV por el equipo norteamericano versus la idea de un virus lento LAV por el equipo del Instituto Pasteur. La declaración conjunta Chirac Reagan en marzo de 1987 que ordenó políticamente el caso, da cuenta de la enorme movilización de redes que la producción de un objeto científico requiere^{3, 4}.

En coronavirus, China ha logrado generar el mol-

de de la identificación causal, poniendo un alto estándar técnico a su diagnóstico. La técnica de amplificación de material genético mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para identificar secuencias de ARN en secreciones que identifican al COVID-19, se ha establecido como el patrón de la enfermedad.

Más que ver un brote por las cifras de enfermos o por un patrón nosológico, asistimos a una esmerada búsqueda de la traza, el móvil inmutable o la referencia circulante, tan propia de los objetos científicos⁵. Cuando ese patrón se extiende a objetos técnicos, aparecen problemas. Casos asintomáticos, sospechosos contagiosos, recuperados contagiosos. Al usar como gold standard la PCR, las técnicas de identificación de proteínas virales o de Inmunoglobulinas M o G específicas, amplían el espectro de casos, pero también acentúan una confusión sorprendente: ¡ya no sabemos qué es un enfermo!

Tabla 1: Sensibilidad de Test Diagnóstico en los días posteriores al inicio síntomas. Adaptado de Zhao J et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019 Clin Infect Dis. 2020 Mar 28

	1-7 días	8-14 días	15-39 días
RNA por PCRs	67%	54%	45%
Anticuerpos Totales	38%	90%	100%
IgM	29%	73%	94%
IgG	19%	54%	80%

CORONAVIRUS COMO OBJETO TÉCNICO

Y es que pasar desde un objeto científico a un objeto técnico, implica transitar por modos de existencia distintos^{6, 7}. Los objetos técnicos no poseen el mismo estatus que los objetos científicos. La tecnicidad de la medicina hace gala de su pragmatismo, así deba vulnerar la trazabilidad de su objeto. Neutropenia febril por ejemplo es una entidad que llama a la acción terapéutica sin identificación del agente causal.

El objeto técnico es muchísimo más maleable, se modifica en el uso y se adapta localmente. Su característica es resolver el problema que lo constituye^{8,9}.

Sostengo que la salud pública en manos de las SE-REMI, de la oleada gestión que ha impregnado la disciplina y del retroceso de la presencia de ciencias sociales entre nosotros, ha provocado un giro ptolomeico en la constitución del objeto brote, perdiendo

sencillez, parsimonia y por supuesto efectividad.

Revestidos de un escepticismo extremo, estamos ante una verdadera implosión de las cifras: ampliamente cuestionadas, inestables, heurísticamente pobres. Una definición de casos comandada por la clínica y por la tecnicidad debería constituir el caso coronavirus como una nosología local, territorializada, moldeada por el saber local y por las formas colectivas de existencia, con un curso a explorar, un objeto a conocer y no como una importación directa de Wuhan, universal y fija. Esto implica conocer la evolución clínica de los casos en los distintos centros locales, así como los factores de riesgo y sus pronósticos. Las formas de presentación y el curso del brote no han sido los mismos, ni siquiera en el país, región o comuna. Construir esas formas es tarea de los equipos locales con perspectiva colectiva.

APLANAR LA CURVA

–Es la consigna – respondió el farolero.
– No comprendo – dijo el principito.
–No hay nada que comprender – dijo el farolero.
A de Saint-Exupéry. *El Principito*.

Aplanar la curva ha sido la consigna. Una sentencia que ha permitido un movimiento sincronizado, implementado rápido y sin debate, para obtener la acción de muchos, el encierro, mascarillas. Sin duda hay un aspecto de cooperación, en la medida en que todos se sienten parte de una tarea colectiva.

Para eso se ha congregado a trabajar en un objeto colectivo, la curva epidémica y en una tarea que requiere el concurso de todos. Un objeto ficcional, narrativo, toma la forma de un objeto científico y técnico.

Sostengo que los años de masivo aleccionamiento con las curvas de oferta y demanda, como agregación colectiva a partir de decisiones individuales, que producen un efecto como si una mano invisible los trazara, pavimentaron el camino para que la narrativa de aplanar la curva fuera tan exitosa.

Entender cómo se construyen estos objetos híbridos permite un uso más prudente. Las curvas están cargadas de supuesto y los datos que las ensamblan son bastante más frágiles e inestables que lo que el sentido común cree. No son objetos independientes, universales y permanentes, sino pequeños nodos que condensan episodios, circunstancias, organizaciones. Poseen una historia, están impregnados de los lugares que le dan nacimiento y vida, dependen de los espacios clínicos y de los sistemas de producción y registro de datos. No hay una sola y misma curvas. Los R0 calculados son inestables, condensan casos contados de forma poco sistemática, exámenes tomados con criterios distintos, comunas con casos excepcionales junto a comunas con brotes.

La avalancha de pronosticadores de muertes como ejercicio primordial de una nueva práctica de salud pública, ha colapsado en el mes de abril. Recuerdo haber leído el pronóstico de un biólogo matemático que aseguraba la ocurrencia de diez mil muertos en abril. Una cifra que sobrepasa todas las defunciones de un mes normal.

Por supuesto que es fácil decir que han sido las medidas tomadas las que evitaron ese pronóstico. No existe un contrafactual pues en ningún país el brote se ha desarrollado libre de acciones colectivas y de gobierno. La deriva de las cifras se basa

en conductas asociativas, conectadas, imitadas, articuladas. No hay ningún resultado desprovisto de intervención. Ese olvido expresa agudamente el olvido de la reflexividad en la salud pública, de la consideración de la agencia del investigador y de los ámbitos colectivos, sobre el objeto investigado.

La pandemia es un objeto de las naturculturas, una emergencia que liquida la división moderna entre naturaleza y sociedad. Lo que este brote marca con crudeza es el colapso de esa separación. Si la salud pública cree poder observar fenómenos naturales, no sólo ve un pedazo de lo que ocurre frente de sus narices. Lisa y llanamente no logra ver lo que tiene enfrente.

LA HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES LOCALES

Para una mejor comprensión de ese nudo de aspectos que constituyen un brote, nada mejor que las lecciones de los historiadores de las pestes. En esos estudios retrospectivos de casos se puede ver que estos fenómenos colectivos son un paño sin costura, en que lo cultural y lo biológico son casi indistinguibles, porque con la distancia de siglos, lo biológico se nos revela como intensamente cultural.

La reconstrucción actual del gran aniquilamiento originario en la conquista nos muestra que la potencia destructiva de la viruela no es un asunto exclusivamente inmune. La domesticación de animales, un fenómeno marcadamente cultural, es la causa de la inmunidad de los conquistadores y la desprotección de los conquistados¹⁰. Pero las hambrunas, la destrucción de sus siembras, el colapso moral provocado por la esclavitud forzada, son también factores de labilidad. ¿Biológico o social? Creo que la pregunta misma no tiene sentido.

Esa historia local de las enfermedades transmisibles es parte del saber en salud pública. La historia de la viruela que nos narra, es un ejemplo dramático de las cifras y proporciones del aniquilamiento colonial originario:

...e yendo este testigo a visitar unos indios que tenía en encomienda del gobernador don Pedro de Valdivia que eran casi 800 casas, halló haberse muerto todos los más indios de ellas e no halló vivo cien indios ...que en el repartimiento que había 3.000 indios no quedaron 200 ...que donde había un millón de indios no quedaron sino seis mil: tantos fueron los muertos que no parecía por todos aquellos campos persona alguna, y en re-

*partimiento que había mas de doce mil indios no quedaron treinta ...*¹²

A esta aguda crisis colonial, le siguió un camino más o menos rampante de brotes coloniales. La república supo reducir finalmente a pueblos a los indios (reducciones) y producir ese sorprendente anidamiento de transmisibles en lugares de confinamiento como Isla Dawson o la Candelaria para Kawshkar, Selknam y Yaganes.

Lecciones para el brote actual en hospitales, cárceles, asilos de ancianos. Las escuelas y fábricas se han salvado de la enumeración foucaultiana¹³. Las primeras por la suspensión de clases y tal vez, porque no se trata de una enfermedad tan agresiva. Las segundas, porque casi ya no existen. Historizar los brotes es darles su debida localidad y temporalidad, estudiarlos como casos, más que como series. Apreciar las lecciones de las invenciones locales, de las identificaciones locales y de las producciones situadas de saber.

Tabla 2: Principales brotes epidémicos en América Latina, 1519-1633 Adaptado de Noble David Cook Epidemias y Dinámica geográfica. En Historia General de América Latina II. El primer contacto y la formación de sociedades. Unesco/Trotta, Madrid, 2007.

América Central		América Andina	
1519-1521	Viruela	1524-1528	Viruela
1531-1534	Sarampión	1531-1533	Sarampión
1545	Tifus, peste neumónica, paperas	1546	Tifus, peste neumónica
1550	Paperas		
1559-1563	Sarampión, paperas, gripe, difteria	1557-1562	Viruela, sarampión, gripe
1576-1580	Tifus, viruela, sarampión, paperas	1585-1591	Rifus, viruela, sarampión
1595	Sarampión	1597	Sarampión
1604	Sarampión, tifus, paperas	1606	Difteria
1613-1614	Viruela, sarampión	1611-1614	Sarampión, tifus, difteria
		1618	Sarampión
1613-1632	Tifus	1630-1633	Tifus

Tabla 3: Regalos mortíferos de nuestros amigos los animales, tomado de [14, p. 239].

Enfermedad humana	Animal con el patógeno más relacionado
Sarampión	Ganado vacuno (tifus bovino)
Tuberculosis	Ganado vacuno
Viruela	Ganado vacuna (vacuna) u otros animales con virus relacionados
Gripe	Cerdos y patos
Tos ferina	Cerdos, perros
Malaria	Aves (¿gallinas y patos?)

LA SALUD PÚBLICA COMO EL RESIDUO NO EXPLICADO POR LA CLÍNICA

Desde la reforma de salud hemos llegado a mirar la salud pública como si fuera un resto, un saldo, la variabilidad de los hechos no explicados por la clínica. Es por eso que tenemos dos subsecretarías y a nivel local, servicios de salud y seremis.

Todo lo que no ocurre en la clínica (hoy se llaman dispositivos) vendría siendo salud pública. El brote ha mostrado el fracaso de esa noción. Los agentes encargados de hacer la vigilancia y revisar la evolución de los contactos, están aislados de los casos hospitalizados y del seguimiento de la expresión y evolución clínica de los enfermos.

Este brote debería servirnos para recuperar la unidad perdida, retomando las lecciones de Chillán 1939:

la experiencia de fusión de los servicios médicos asistenciales y sanitarios en las zonas afectadas por el terremoto, pese a las circunstancias extraordinariamente difíciles en que han comenzado y a los defectos de organización que ha tenido, ha sido una empresa coronada por el éxito [15, p.155].

La promesa de que la inteligencia sanitaria se iba a concentrar en las seremis no se ha cumplido, por decirlo de manera elegante. De manera ruda, no existe práctica de salud pública hoy en las instituciones oficiales. Hay gerencialismo, comunicación, oficinas y computadores.

ÉTICA EN TIEMPOS DE BROTES

En los matutinos reportes del MINSAL se ha empezado a hablar en voz alta de limitación del esfuerzo terapéutico o cuidados proporcionales. Han entrado entonces por puerta ancha al brote debates que se han mantenido en reserva o en voz baja. Si ya han sido reconocidas como prácticas reales y legítimas, es el momento en que se regulen estas prácticas. No para coartarlas y restringirlas, sino para reconocerlas, darle una debida institucionalidad y formalidad, hacerlas visibles y evaluables.

Es sorprendente que, a los propios firmantes de la Ley de deberes y derechos, la vida les hubiera devuelto que eso de no acelerar artificialmente la muerte, no es más que una falacia. Morir no es un evento libre de artificialidad.

La privacidad de los datos también ha sido víctima precoz del brote. Sólo que no en la forma en que la salud pública lo requiere.

UNA SALUD PÚBLICA ECOLÓGICA

Esto puede darse una vez, no volverá a pasar [1, p.164]

Sé que el Ministro de Salud tiene una cultura biológica no acostumbrada en autoridades previas de la cartera, con la excepción de Jiménez de la Jara. Recuerdo haberlo escuchado inaugurar un congreso de epidemiología con una apasionada charla darwiniana spencereana, difícil de contra replicar.

Sostengo que tener una cultura biológica es de gran utilidad en salud pública. Sólo que no hay un solo Darwin bajo el cielo. Hay también uno botánico y lumbricultor que difiere del evolucionista de la selección natural, aunque ambos viajaron en el Beagle. El mar turbulento de esta crisis alimenta más una cultura biológica próxima al eco-evo-devo que a El origen de las especies.

Si me apuraran un poco más diría que hay un Darwin equiparable a Lamarck y Haeckel, los dos grandes fundadores de la ecología. Lamarck propuso mirar la tierra como la conjunción de tres esferas y su propuesta de la biología como nueva ciencia, cobra sentido pleno en esa perspectiva:

Una física íntegra de la Tierra debería incluir todas las consideraciones esenciales tanto sobre la atmósfera de la tierra, como acerca de las características y los cambios continuos de la corteza, y finalmente, sobre el origen y desarrollo de los seres vivos. Lógicamente, esas consideraciones dividen a la física de la tierra en tres partes esenciales, siendo la primera de ella una teoría de la atmósfera, o meteorología; la segunda, una teoría de la corteza de la tierra, o hidrogeología; y la tercera, una teoría de los organismos vivos o biología (Hidrogeología [1801] citado en [16]).

A lo que quiero apuntar es a la salud pública como una comprensión ecológica de los fenómenos no sólo biológicos, sino colectivos.

One Health, emergencia climática, antropoceno, Gaia, son otros tantos objetos narrativos para intentar ensanchar el horizonte conceptual al que nos ha reducido esta oleada avasalladora de lo cuantitativo. Ojalá recordáramos que la expresión epidemias aparece por primera vez en un texto sin ecuaciones ni números. Pensar la salud como una ecología, como una sociología afincada en lo biológico, en un sentido contrapuesto al proyecto de E. O. Wilson.

Así haríamos una salud pública verdaderamente

colectiva. No es mucho pedir, sino simplemente dejar de replegarnos en números y gestionalismo, y movernos a la capacidad de generar métodos y echar mano del bagaje intelectual adecuado a nuestro objeto de estudio. Seguir poniendo los métodos delante del problema, en tiempos de incertidumbres, irreducciones e indeterminaciones.

REFERENCIAS

1. Benjamin W. Materiales para un autorretrato. Buenos Aires: FCE; 2017.
2. Garrett L. The Coming Plague. Newly emerging diseases in a world out of balance. New York: Penguin Books; 1995.
3. Grmek M. Historia del SIDA. México: Siglo Veintiuno Editores; 2004 [1989].
4. Fleck L. Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico. Belo Horizonte: FABREFACTUM editora; 2010.
5. Latour B, Woolgar S. La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques. Paris: Éditions La Découverte; 2008[1979].
6. Latour B. Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos. Buenos Aires: Paidós; 2013.
7. Lapujade D. Las existencias menores. Buenos Aires: Cactus; 2018.
8. Latour B. La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de ciencia. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001[1999].
9. Latour B. Aramis, ou l'amour des techniques. Paris: Éditions La Découverte; 1992.
10. Crosby A. Ecological Imperialism. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2015.
11. Ferrer L. Historia General de Medicina en Chile. Imp. Talca, de J. Martín Garrido C.—3 Oriente, 653 661; 1904.
12. Laval E. Desarrollo de la Viruela en Chile desde la Conquista hasta 1825, Grajales. Anales Chilenos de Historia de la Medicina. 1967-1968;1(1):203–276.
13. Foucault M. Vigilar y castigar. nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 200[1975].
14. Diamond J. Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad en los últimos trece mil años. Barcelona: Penguin Random House; 2016.
15. Allende S. La Realidad Médico-Social Chilena. Santiago: Ministerio de Salubridad; 1939.
16. Jordanova L. Lamarck. México: Fondo de Cultura Económica; 1990[1984].

UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA DEL EMPRESARIADO DE LA SALUD EN EL CHILE ACTUAL

A SOCIOLOGICAL APPROACH TO THE BUSINESS-IFICATION OF THE HEALTH SECTOR IN CHILE

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo realizar un análisis sociológico del empresariado de la salud en el Chile actual desde la perspectiva de la teoría de campos de Bourdieu. Para ello, se realizará una revisión estructural del modelo de salud en Chile, para luego reflexionar sobre el poder delegado del actor empresarial desde la estructura de clases de Goldthorpe y Wright. Finalmente, a partir de las características de este actor, se propone realizar investigaciones respecto de su papel en la esfera pública en un contexto de profundización del divorcio entre política y sociedad.

Palabras claves: *empresariado de la salud, sociología, poder delegado, política, sociedad.*

ABSTRACT

This work aims to perform a sociological analysis of health entrepreneurship in today's Chile from the perspective of Bourdieu's field theory. We carry out a structural review of the health model in Chile and then reflect on the delegated power of the business actor from the Goldthorpe and Wright class structure. Finally, based on the characteristics of this actor, it is proposed to research his role in the public sphere in a context of deepening the divorce between politics and society.

Keywords: *health entrepreneurship, sociology, delegated power, politics, society.*

Daniel Manzano Méndez
Sociólogo
Universidad de Playa Ancha,
Máster en Análisis Político (Univer-
sidad Complutense de Madrid);
Doctorante en Ciencias sociales
(Universidad de Chile)
daniel.manzano@uchile.cl

Recibido el 11-11-2019;
Aprobado el 27-04-2020

Para analizar al empresariado de la salud, se situará su posición en el marco de la teoría de campos de Bourdieu. Por tanto, este ensayo se posiciona desde la superación del debate sociológico de la falsa dicotomía entre estructura y agencia. Esto permite comprender que este actor se sitúa en un campo de relaciones de poder, en el cual se disputan distintos intereses bajo una estructura objetiva que tiene fijadas ciertas reglas del juego que lo condicionan. Sin embargo, siempre existirán agentes e instituciones que luchan constantemente por dominar el campo en disputa, abriendo la posibilidad de cambiar las reglas del campo. Por tanto, no existen actores hegemónicos ni subalternos predeterminados, ni tampoco plena libertad de movimiento de los agentes sin estructuras que condicionen la disputa de intereses.

Al adoptar esta mirada se invitará a separar el análisis en dos niveles. Por un lado, la estructura del campo de salud pública, abordando las principales características del modelo de salud neoliberal que expresarán las reglas del campo de la salud pública, redefiniendo lo que es “público” y lo “privado”. En un segundo nivel se hará una caracterización e interpretación del empresariado de la salud, desde la perspectiva neoweberiana de Goldthorpe y neomarxista de Wright para analizar la estructura de clases. Ambos, al igual que Bourdieu, se sitúan en una superación del determinismo economicista.

Esta interpretación adoptará un carácter historicista. No sólo porque el fenómeno a estudiar se enmarca en un contexto político, social, económico situado, sino que también por la capacidad de agencia de los actores involucrados, permitiendo abrir la capacidad de acción sin definiciones predeterminadas.

NEOLIBERALIZACIÓN DE LA SALUD

El 11 de septiembre de 1973, se terminó por poner fin al intento de crear un sistema único de salud. Se fusiona el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) y el Servicio Nacional de Salud (SNS) en el nuevo Sistema nacional de servicios de Salud (SNSS). Se crean dos tipos de aseguradoras. El seguro de salud del Estado denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el cual se constituye como sistema de reparto, y las aseguradoras privadas catalogadas como Institutos de salud previsional (Isapre), las cuales se constituyen bajo una lógica de capitalización individual.

Durante el año 1979 adicionalmente se profundiza y amplía la población beneficiaria de la mo-

dalidad de libre elección (MLE), que anteriormente era de uso exclusivo para funcionarios del Sermena, terminándose de perfeccionar estas modificaciones a la MLE en 1985 con la Ley 18.469 que generó la sistematización de los aranceles de la MLE y la modalidad de atención institucional (MAI) del Fonasa. Esta modalidad es un caso de subsidio a la demanda que busca fortalecer la libre elección de los consumidores con el fin de estimular el mercado privado de la salud.

En el seguro de salud, se elimina el aporte del empleador, se aumenta el aporte a salud del trabajador, se constituye la afiliación de carácter individual al sistema Isapre y el establecimiento de incentivos estatales para aumentar la incorporación de usuarios al sistema privado. Según Ernesto Miranda “el gasto público en salud alcanza para el año 1972 un 4% del producto geográfico bruto y para el año 1988 este llega a 2,4%, de acuerdo con el autor esta reducción responde en parte al crecimiento de las Isapres, como antes que compiten por la cotización de los ciudadanos con la alternativa pública FONASA”¹.

Durante los años 80 se instala una primera ola de privatizaciones en Chile, en donde las empresas estatales son vendidas al empresariado local. Ya en los años 90, surge una segunda ola, pero esta vez dirigida a la mercantilización de las condiciones de vida de las personas, es decir de la educación, la salud y las pensiones. En el caso de la salud, explota el boom del mercado de clínicas y consultorios privados, teniendo como principal objetivo obtener ganancia económica. A comienzos de los años 90, surgen una serie de reformas respaldadas por el Banco Mundial que buscarán profundizar la privatización de la salud y la colaboración del Estado con el empresariado. Entre ellos el proyecto Technical Assistance and Hospital Rehabilitation Project (TAHRP) y Health Sector Reform Project (HSRP), ambos con apoyo financiero de la entidad internacional.

El sistema de atención tendrá una dualidad público-privada. En 1994, el Ministerio detalla que el “sector privado se inserta en la red asistencial por la vía de la venta de servicios a los beneficiarios del sector público, según las modalidades de compra, definidas en el propio sector mediante el DFL 36 vigente –delegación de acciones– y el uso de la modalidad de libre elección del FONASA”². Además, para garantizar esta dualidad, se impulsó un proceso de definición y separación de funciones, el cual fue apoyado a través de estudios del proyecto HSRP. Se fortaleció como entidad reguladora la superinten-

dencia de Isapres, creada bajo la ley N°18.933 en 1990, la cual buscará regular y supervisar el mercado de seguros de la salud. Además, se incentivó la regulación de los prestadores por vía de la acreditación de establecimiento, incentivos al desempeño y adscripción territorial de los beneficiarios. En ese contexto, el ministro Jiménez del primer gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia, en su documento "Problemas y desafíos del sistema de salud chileno" de 1991, plantea entre las políticas de salud específicas, la intención de impulsar "incentivos económicos a las Isapres para que den atención a largo plazo, entre otras medidas"².

Los organismos internacionales comenzarán a direccionar la alianza público-privada generando ciertas recomendaciones a los sistemas de salud. La OMS, a través del Informe del año 2000 denominado "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud", marcará un hito en la consolidación de la separación de funciones de rectoría y las funciones de prestación de servicios, es decir se comienza a respaldar la idea que, si bien la rectoría debe ser asumida por el Estado, la prestación de servicios puede ser ejecutada tanto por entidades privadas (con o sin fines de lucro) como por entidades estatales³. A su vez, las recomendaciones de la OCDE promueven que para mejorar la salud de las personas se necesitan proyectar alianzas público/privadas.⁴

Durante el gobierno de Ricardo Lagos, se impulsó una reforma en la cual se priorizaron algunos problemas de salud, por sobre otros, esto se efectuó según su carga enfermedad, prevalencia en la población y considerando preferencias sociales. Esto se tradujo en un conjunto de problemas de salud que cuentan con un guía que estandariza para el cuidado, se establece un sistema de garantías explícitas, exigibles al Estado: a la oportunidad, donde se establecen umbrales de atención máximos, financiamiento, se establece un mecanismo de valorización de las prestaciones y una cobertura financiera garantizada por el Estado. Posteriormente la garantía de calidad, la cual establece requisitos mínimos de calidad que deben ser cumplidos por los prestadores públicos y privados. Esta reforma incluía una dimensión sobre el aseguramiento a la salud que fue rechazada en la discusión en el congreso. Un elemento relevante, es que las garantías obligan al Estado, en caso de que no exista capacidad en el sector público de efectuar la "prestación", a que ésta sea adquirida a prestadores privados. Esto ha impactado generando una vía de compras permanentes desde Fonasa hacia las clínicas.

Con el desarrollo del modelo neoliberal, la separación entre lo público y lo privado entendido hasta la transición democrática como la separación Estado/mercado comienza a quedar desdibujada. La salud era un aspecto aspecto de la vida cotidiana que se resolvía en la esfera pública, procesado principalmente a través de los derechos sociales garantizados por el Estado y sus instituciones. No obstante, dichos aspectos constitutivos de "lo público" son privatizados, es decir se transfiere la responsabilidad de obtener salud al esfuerzo de cada individuo dependiendo de su capacidad de pago.

Según el sociólogo Sennet, surge el declive del hombre público propio de la modernidad⁵, es decir una crisis de la cultura pública y el surgimiento de la tiranía de la intimidad. Se ha desgastado el equilibrio de la vida privada y pública, que, según el autor, existía en el contexto incipiente del desarrollo capitalista. Por otro lado, aquellos aspectos que anteriormente eran propio de "lo privado", como por ejemplo el ámbito doméstico y familiar, comienzan a ser parte del debate público.

EMPRESARIADO DE LA SALUD EN EL CHILE ACTUAL

En este contexto surge el empresariado de la salud, el cual se ha organizado principalmente a través de los denominados holdings. Estos surgen a través de la superación del viejo paradigma productivo que se encontraba vigente en los países capitalistas industrializados, el cual "se caracterizaba por la dominación de grandes empresas organizadas jerárquicamente y la producción masiva de productos homogéneos, utilizando máquinas herramientas de propósitos únicos"⁶. Mientras que las nuevas "formas de la competencia entre capitales se establecen a través de un tejido de acuerdos, relaciones de cooperación, de subcontratación y de integración horizontal, definida por los constantes cambios de propiedad a partir de compraventas de empresas agrupadas en grandes holdings"⁷.

En Chile, a partir del informe "Análisis de la concentración en la industria de las Isapres" del Departamento de Estudios de la Superintendencia de Isapres del año 2001, se describe el mercado de la salud y su composición organizacional. Se evidencia que al año 2001, "el 54,9% de la propiedad del mercado lo controlan cinco socios, la Cámara Chilena de la Construcción (CCHC), Aetna, la familia Fernández León, el grupo Penta y Cigna". El grupo

Banmédica S.A, la principal fuerza del mercado, seguido por la CCHC y finalmente Aetnea. El Informe advierte que, dado su concentración en el mercado de la salud, existen riesgos de prácticas monopólicas que estos últimos tres consorcios manejaban el 64% del mercado.

En aquel Informe se comienza a describir el concepto de “integración vertical” para la operación comercial de las Isapres con los prestadores para controlar mejor los costos en salud. En algunos casos, esto “se ha traducido en adquisiciones totales o de gran parte de la propiedad de clínicas, centros médicos, laboratorios, así como el empleo directo de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, matronas, etc.)”⁸. Algunas de ellas pertenecen a los llamados holdings.

A partir del desarrollo de la integración vertical descrita, esta quedará prohibida por ley para el año 2005. De esta forma las Isapres pasan a tener “por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud”, en ningún caso pueden implicarse en “la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”. Sin embargo, en el año 2013, un nuevo informe denominado “Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?” del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, describe cómo “las Isapres más relevantes del mercado han incorporado el modelo de integración vertical a través de un holdings, al cual pertenecen la Isapre y los prestadores relacionados”⁹. De hecho, estos holdings presentan los mismos administradores y/o directores en las aseguradoras privadas y en los prestadores privados, como por ejemplo, en el caso del Holdings Banmédica S.A, “Héctor Concha Marambio era Director de la Isapre Banmédica y Vida tres, y además Director de Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Clínica Bio Bio, Clínica Ciudad del Mar, Vida Integra y Help”⁹.

A partir del año 2014, algunos grupos empresariales venderán el holding a multinacionales extranjeras. Estos son los casos de Banmédica S.A y Cruz Blanca salud. En el año 2014, el Grupo Bupa (British United Provident Association) concreta la compra del 56% de las acciones de Cruz Blanca Salud, cambiando su razón social a BUPA Chile S.A, adquiriendo el 100% en el año 2016. Mientras que el 28 de enero de 2018 concluye la oferta pública para la compra de acciones de Empresas Banmédica por parte de UnitedHealth Group, grupo estadounidense dedicado a ofrecer distintos servicios y productos,

ya sea seguros de salud, como distintos programas de cuidado. Esta compra se comienza a profundizar en los años 2000¹⁰.

Se genera lo que Habermas denomina la anonimización del capital¹¹, ya que no se visualiza con mayor claridad el control propietario de las empresas. Sin embargo, se fortalece la presencia de tecnocracias de alta dirección.

Poder delegado del holding

Las tecnocracias de alta dirección de los holdings operarán como un poder delegado, las cuales según la sociología neoweberiana de Goldthorpe y la sociología neomarxista de Wright, constituyen una posible nueva clase social. Cabe mencionar que, en la perspectiva de ambos autores, la clase social no se define exclusivamente por la dimensión económica, sino que también incluye la dimensión cultural y, por tanto, su capacidad de constituir sus propios intereses a través de sus relaciones sociales.

Según el sociólogo Goldthorpe, el poder delegado se establece a través de la confianza, siguiendo “dos exigencias fundamentales que el empleador, o la organización empleadora debe afrontar: primero, la que se plantea cuando es preciso delegar autoridad, y segundo, la que se plantea cuando es necesario recurrir al conocimiento especializado experto”¹². En ese contexto, se genera un cierto margen legítimo de autonomía y de discrecionalidad a través del compromiso moral que mantengan con la organización. Por lo tanto, este autor, junto con los niveles de renta y condiciones de empleo (seguridad económica y posibilidades de mejora), incorpora elementos de situación en el trabajo, como por ejemplo su localización en el sistema de autoridad y control que rigen en el proceso de producción. Por tanto, define la alta dirección como una “clase de servicio”.

Por su parte Wright señala que estas nuevas tecnocracias evidenciaban tener características explotadoras según una dimensión cualificadora de la explotación. En ese marco, “los asalariados altamente cualificados del capitalismo están capitalistamente explotados, pues carecen de bienes de capital, a pesar de lo cual son explotadores de cualificaciones”¹³. Una explotación que tiene la base en la cualificación, en el control de bienes de organización, la cual según Wright se diferencia por su pretensión a la plusvalía, o por una importancia estratégica organizacional, la cual, en la misma idea de Goldthorpe, se sustenta en la lealtad y confianza. Para el autor, este capital organizacional sería una nueva

clase dominante.

Retomando la perspectiva de Bourdieu, dentro del campo de la salud pública existe una disputa de diversos actores que representan sus propios intereses. En ese marco, otro aspecto que sería relevante abordar en futuras investigaciones acerca de estas nuevas tecnocracias es su rol en dicho campo, sobre todo a partir de la presencia de organizaciones gremiales de aseguradoras y prestadores privados liderados por la alta dirección de las empresas. Esto resulta aún más interesante si se enmarca en un contexto de democracia restringida y, por tanto, de un distanciamiento entre la sociedad y la política institucional expresada por ejemplo en el “estallido social” o revueltas de octubre del año 2019.

Desde los años 90, se ha profundizado lo que algunos científicos políticos denominan como una “cartelización” de los partidos políticos hegemónicos, es decir, cómo estos se distancian de lo social y se acoplan cada vez más al Estado¹⁴. En palabras de Habermas, “se ha refeudalizado la política, ya que se ha transformado en un espectáculo dirigido en el que los líderes y los partidos pretenden, de tanto en tanto, la aclamación plebiscitaria de una población despolitizada”¹¹.

Uno de los factores de dicha situación de mayor consenso en el ámbito de las ciencias sociales es la instauración de lo que Moulian denomina “democracia sustantiva” o bien como señala Garretón, una “democracia protegida”¹⁵. La sustantividad consiste en “garantizar la reproducción de un orden social basado en la propiedad y la ganancia privada, la limitación de la acción colectiva de los asalariados y la tutela militar en política”¹⁶.

Si se adopta la definición de Moulian, sería interesante preguntarse por el papel del empresariado de la salud en la reproducción de este orden social basado en la propiedad y la ganancia privada, sobre todo a partir de la evidencia de cómo este ha empujado la “integración vertical” para acumular más ganancias a través de los holdings, a pesar de la prohibición legal del Estado. A su vez, según el sociólogo Carlos Ruiz¹⁷, la política ha sido secuestrada bajo ciertos intereses particulares, los cuales han sido naturalizados como intereses universales. En ese contexto, sería pertinente situar a los grupos empresariales descritos en dicha disputa de intereses a través de futuras investigaciones con el fin de sociologizar el debate de lo político.

REFLEXIÓN FINAL

Este ensayo ha buscado instalar el debate acerca de la caracterización y rol del empresariado de la salud en el campo de la salud pública. Sus principales características develan el principal interés por investigar su rol en un campo en disputa. La constitución del poder delegado y las nuevas tecnocracias organizadas en distintos gremios privados, generan una interesante aproximación sociológica para preguntarse sobre sus redes sociales y su presencia como grupo de presión en la esfera pública, sobre todo en un contexto de reglas del campo favorables para dicho empresariado, como lo es la democracia sustantiva o protegida.

Frente a ello, se invita a responder las siguientes interrogantes para futuros análisis, ¿El empresariado de la salud ha ocupado un rol en el distanciamiento entre lo social y lo político? ¿Ha sido determinante en la reproducción del orden social? ¿Qué papel ha ocupado el empresariado de la salud en la sustantividad de la democracia chilena? ¿La concentración económica e integración vertical de los holdings ha influido en el descontento político social? ¿Cuál es su papel como grupo de presión en las políticas públicas del Estado?

Agradecimientos:

A mis compañeros del Doctorado en Ciencias Sociales, al Seminario “Cambios en la estructura social, actores y conflicto social en Chile” por estimular la reflexión planteada en el artículo.

Declaración de conflicto de intereses:

Sin conflicto de interés.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Miranda E. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno. Puntos Ref [Internet]. 1990;58:6–66. Available from: http://www.cep.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf
2. Montoya C. La salud dividida. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del periodo de los gobiernos de la Concertación. Ceibo Edic; Santiago de Chile; 2013.
3. Informe OMS. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud; 2000.pdf.
4. Ministerio de Salud. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública Chile hacia un futuro más sano. 2019;31.

- Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisión-OCDE-de-Salud-Pública-Chile-Evaluación-y-recomendaciones.pdf>
5. Sennett R. El declive del hombre público. 1978. Anagrama. 440 p.
 6. Neffa JC. Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI. En: CLACSO. CLACSO. Buenos Aires; 1999. p. 39–70.
 7. Ruiz, C y Boccardo G. Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social. El buen Ai. Santiago de Chile; 2015.
 8. Isapres Superintendencia de. Análisis de la concentración en la industria de las ISAPRES. 2001.
 9. Salud Superintendencia de. Prestadores de Salud , Isapres y Holdings : ¿ Relación Estrecha ? 2013;1–6.
 10. Fazio H. Mapa actual de la extrema riqueza en Chile. LOM. Santiago de Chile; 2000.
 11. Habermas J. Problemas de legitimación en el capitalismo tardío. Amorrortu. Buenos aires; 1975.
 12. Goldthorpe J. Sobre la clase de servicios, su formación y su futuro. Revista Zona Abierta (Madrid) 1992; Nº 59-60: 229-263.
 13. Wright O. Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases". Revista Zona Abierta (Madrid) 1992; Nº 59-60: 17-126.
 14. Katz R, Mair P. El partido cartel: La transformación de los modelos de partidos y de la democracia de partidos. Party Politics. 1995;5–27.
 15. Garretón MA. Las ciencias sociales en la trama de Chile y América Latina. Estudios sobre transformaciones sociopolíticas y movimiento social. LOM. Santiago de Chile; 2014.
 16. Moulian T. Chile Anatomía de un mito. LOM. Santiago de Chile; 1997.
 17. Ruiz C. De nuevo la sociedad. LOM. Santiago de Chile; 2015. 167 p.

UNA MIRADA ACTUALIZADA SOBRE LOS AMBIENTES ALIMENTARIOS Y OBESIDAD

AN UPDATED LOOK AT FOOD ENVIRONMENTS AND OBESITY

RESUMEN

La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un grave problema de salud pública. En Chile los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestran que 7 de cada 10 chilenos presentan sobrepeso u obesidad y, según datos del Ministerio de Educación, en los niños que ingresan a la enseñanza básica, la prevalencia de obesidad no ha logrado bajar del 25%. En los últimos años ha habido un reconocimiento mundial sobre la influencia que tienen los Ambientes Alimentarios en el comportamiento de las personas y en el estado nutricional de las poblaciones. Recientemente en el país se han identificado los Ambientes Alimentarios predominantes y sus factores condicionantes, lo que ha culminado con la elaboración de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición y los lineamientos que permiten avanzar en diferentes estrategias para modificar dichos ambientes. En Chile se han implementado medidas individuales y estructurales que han tenido gran relevancia tanto a nivel nacional como internacional, aunque está pendiente la elaboración de instrumentos que midan de manera objetiva y confiable los Ambientes Alimentarios.

Key words: Entorno alimentario, Obesidad, Dieta, Chile, Políticas públicas

ABSTRACT

The World Health Organization considers obesity to be a serious public health problem. In Chile, results from the 2016-2017 National Health Survey show that 7 in 10 Chileans are overweight or obese, and according to the Ministry of Education, the prevalence of obesity among children entering elementary school has not dropped below 25%. In the last few years, Food Environments have been widely recognized for their impact on the behavior and the nutritional status of different populations. The principal Food Environments and their conditioning factors have been recently identified in Chile, and this information has been used to elaborate the National Food and Nutrition Policy and the inform guidelines and strategies to modify these environments. The individual and structural measures implemented in Chile have proven relevant, both on a national scale, as well as internationally; nevertheless, the development of instruments to objectively and reliably measure Food Environments is still pending.

Key words: Food Environment, Obesity, Diet, Chile, Public policies

Jacqueline Aranedo
Departamento de Nutrición y
Salud Pública, Facultad de Ciencias
de la Salud y de los Alimentos,
Universidad del Bío-Bío,
Chillán, Chile.
jaraneda@ubiobio.cl

Anna Christina Pinheiro
Escuela de Nutrición y Dietética,
Universidad del Desarrollo,
Santiago, Chile.

Lorena Rodríguez
Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile,
Santiago, Chile.

Recibido el 04-08-2019.
Aprobado el 03-12-2019

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La ha catalogado como una de las mayores amenazas para la salud pública, debido a su directa vinculación con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, entre otros problemas de salud que conllevan un alto gasto público y social^{1,2}.

Datos globales muestran que desde el año 1975 la obesidad se ha triplicado en todo el orbe. En el año 2016, 41 millones de niños(as) menores de cinco años y 340 millones de niños(as) y adolescentes (entre 5 años y 19 años), tenían sobrepeso u obesidad. En América Latina y el Caribe cerca de 360 millones de personas tienen sobrepeso y 140 millones son obesas³.

En Chile, los datos revelan que la obesidad y sobrepeso también son un grave problema. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestra que el 74% de la población mayor de 15 años presenta malnutrición por exceso (39,8% con sobrepeso, 31,2% con obesidad) y 3,2% sufre de obesidad mórbida⁴. Además, se puede observar que hay desigualdades en la distribución de la obesidad entre los distintos grupos de la población. Las personas con un menor nivel educacional y socioeconómico están más propensas a tener una deficiente calidad de la dieta y padecer malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad).

Por lo anterior, es relevante conocer e investigar las variables que provocan, promueven e inciden en las altas tasas de obesidad y las marcadas diferencias encontradas, considerando un abordaje sistémico del problema y sus condicionantes. En este sentido se ha planteado que el ambiente en que vivimos tiene un gran número de “trampas” que hacen difícil llevar una vida saludable, incluso cuando conocemos cuáles son las conductas deseables⁵.

En el presente documento se expondrán algunos aspectos relacionados con los Ambientes Alimentarios (AA) y su influencia en la conducta alimentaria y el estado nutricional de las poblaciones.

ANTECEDENTES GENERALES

Conscientes del problema globalizado de la malnutrición por exceso y la desigualdad en su presentación, los Estados Miembros de la Región de Las Américas han aprobado el “Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adoles-

cencia”, vigente para el quinquenio 2014-2019. En este Plan se propone como objetivo general detener el aumento acelerado de la epidemia de la obesidad, haciendo hincapié en trabajar con un enfoque multisectorial, basado en un modelo socioecológico, centrado en transformar el ambiente obesogénico imperante en uno que propicie la promoción de conductas de alimentación más saludable. Esta propuesta se debe a que las tradicionales teorías sobre la elección de alimentos saludables como una decisión individual, no han dado cuenta de una solución para resolver el alarmante problema de la obesidad.

El modelo socioecológico utilizado en la investigación de la obesidad, postula que las elecciones de estilo de vida de los individuos son el resultado de una compleja interacción entre factores que están altamente interconectados y que denominamos Ambiente Alimentario. Los niveles de este modelo, que tiene al individuo al centro, incluyen el Microsistema (hogar, compañeros/amigos, vecinos); el Mesosistema (vecindario, medios de comunicación, transporte, expendio de alimentos); el Exosistema (espacios públicos); y el Macrosistema (políticas públicas, condiciones sociales, valores y cultura)⁶.

Chile se ha destacado a nivel mundial por implementar desde hace más de 15 años, estrategias y programas de promoción de estilos de vida saludables con políticas que abarcan todos los niveles de este modelo socioecológico, y que mejoran el Ambiente Alimentario de los chilenos. Entre estas políticas se destacan: a) Impuestos a las bebidas azucaradas⁷, que modificó la tasa impositiva de las bebidas, aumentando los impuestos de 13% a 18% en aquellos productos con más de 6,25 g de azúcar por 100 ml de bebida y disminuyendo el impuesto de 13% a 10% en los productos con menos de 6,25 g de azúcar por 100 ml de bebida; b) La ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad⁸, en la que se establecieron límites de energía, azúcares, grasas saturadas y sodio. Los alimentos que superan estos límites deben rotular en su cara frontal el mensaje de advertencia “ALTO EN”. Además, los alimentos que superen los límites establecidos no pueden realizar publicidad dirigida a menores de 14 años y no pueden ser vendidos, regalados ni promocionados en establecimientos educacionales de prebásica, básica y media; c) La ley 20.8699, que limita el horario a la publicidad de alimentos “ALTO EN”, prohibiéndola en el cine y televisión entre las 06:00 y las 22:00 hrs. Esta ley también prohíbe toda forma de publicidad de los su-

cedáneos de la leche materna (fórmulas de inicio y continuación). A las anteriores se suman las estrategias comunitarias participativas, programas alimentarios estatales¹⁰, campañas promocionales, guías alimentarias¹¹, programas de intervención para personas con exceso de peso¹², y el Sistema Elige Vivir Sano del Ministerio de Desarrollo Social¹³, entre los más destacados. Chile cuenta además con una Política Nacional de Alimentación y Nutrición, que como paradigma detrás de todas estas estrategias, releva la importancia de los determinantes sociales y de intervenir los AA como medida básica para el cambio de conducta.

Definiciones sobre Ambientes Alimentarios

Ambiente Alimentario (AA) o Entorno Alimentario es un concepto que se viene acuñando en el último tiempo, y no sólo en el área de la nutrición y alimentación, para referirse a todo aquello que nos rodea en la vida diaria, y que incide en nuestras decisiones, ya sean elementos naturales o creados por el hombre, tales como factores sociales, políticos, económicos y culturales que pueden crear un clima que no es compatible con un estilo de vida saludable¹⁴, determinando la salud de las poblaciones. En el concepto de AA se incluyen condiciones tales como la disponibilidad y acceso a los alimentos, las costumbres de alimentación, el marketing y publicidad de alimentos y la información nutricional de los alimentos, entre otros.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) definió los AA como “El conjunto de todos los diferentes tipos de alimentos que las personas tienen a su disposición y alcance en sus vidas cotidianas, es decir, la variedad de alimentos que se encuentran en supermercados, pequeñas tiendas al por menor, mercado de productos frescos, puestos ambulantes, cafeterías, casas de té, comedores escolares, restaurant y demás lugares donde las personas compran y consumen alimentos”¹⁵.

El Ministerio de Salud de Canadá, líder en investigación sobre el tema, define los AA como “los puntos de venta en los que las personas pueden comprar alimentos, incluyendo las tiendas de conveniencia y los restaurantes, así como los ambientes en los que las personas adquieren alimentos de forma tradicional, como compra directa a los pequeños productores (agricultura y pesca)”. En la publicación denominada “Medición de Ambientes Alimentarios”, los canadienses han identificado cuatro características

que marcan el entorno alimentario: el acceso geográfico a los alimentos, referida a la disponibilidad de diferentes tipos de tiendas que venden alimentos en un área geográfica determinada; la disponibilidad de alimentos en el vecindario; la asequibilidad de alimentos, referida al costo de los alimentos en un área geográfica determinada; y la calidad de la comida, medida subjetivamente (alimentos vencidos, verduras marchitas, etc).

Recientemente el Panel de Expertos de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición (HLPE) lo define como “el contexto físico, económico, político y sociocultural en el que los consumidores se involucran con el sistema alimentario para tomar sus decisiones sobre la adquisición, preparación y consumo de alimentos”¹⁶.

De las definiciones anteriores se desprende que el AA es dinámico y que además vincula fuertemente a los individuos en sus barrios o comunidades (Microsistema), con las áreas políticas relacionadas con las regulaciones en el ámbito alimentario-nutricional (Macrosistema), dejando de manifiesto que la salud relacionada con la dieta, no es solo responsabilidad personal.

¿Qué se ha estudiado sobre Ambientes Alimentarios?

La investigación sobre AA es un campo creciente, que necesita de una mejor comprensión sobre su influencia en los patrones dietéticos de las comunidades, con la finalidad de abordar de manera diferenciada el sobrepeso y obesidad presente en diferentes áreas geográficas y en especial a nivel barrial donde las personas interactúan más. La evidencia señala que los barrios más desfavorecidos socialmente, son los que tienen mayor oferta de productos menos saludables en todos los espacios de venta de alimentos, estableciendo una situación de inequidad de acceso, de disponibilidad y de consumo, que se relaciona con una mayor prevalencia de obesidad¹⁷.

Estudios sobre AA, principalmente enfocados en disponibilidad y acceso a alimentos en países desarrollados, han mostrado que, en los últimos años, se observa un aumento en el número de locales de expendios de comida rápida y una clara concentración de este fenómeno en áreas más desfavorecidas económicamente. En Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido, entre otros, se ha demostrado que el AA relacionado con el acceso a establecimientos de comida rápida, es mayor en las áreas más desfavorecidas socialmente, describiendo además diferencias geográficas. Por otra parte, en áreas

rurales los expendios de comida son más limitados y la alimentación se realiza principalmente a través de autoabastecimiento (agricultura, pesca, caza, recolección, etc.)¹⁸.

Los AA han sido catalogados según la incompatibilidad que tienen con una dieta saludable; este concepto incluye por ejemplo los “desiertos alimentarios” definidos como áreas con acceso limitado a alimentos nutritivos y saludables, siendo relacionados con una dieta deficiente y un mayor riesgo de obesidad. El concepto incluye también los “pantanos alimentarios”, aquellos donde la comida no saludable sobrepasa las alternativas de comida saludable, dificultando la selección de alimentos sanos¹⁹.

En Chile el año 2016, en el marco del desarrollo de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, se elaboró el informe “Marco conceptual sobre los factores condicionantes de los Ambientes Alimentarios en Chile”, que propone la existencia de cinco ambientes alimentarios: 1) Doméstico: referido a la transmisión primaria de preferencias alimentarias y la reproducción de prácticas alimentarias en el hogar; 2) Vía Pública: que incluye los espacios públicos, vendedores ambulantes, alimentos de rápido consumo, inocuidad alimentaria; 3) Restauración: referido a los restaurantes de comida rápida, comida al paso, cocinerías, bares, hoteles; 4) Institucional y Organizacional: que incluye casinos, cafeterías, kioscos, máquinas expendedoras de alimentos; y 5) Abastecimiento: referido a mercados, ferias, locales supermercados, verdulerías, panadería, autoabastecimiento²⁰. Este estudio fue la base para establecer los posibles AA en los que transcurre la vida y costumbres de nuestra población, y los que deberían ser considerados para el desarrollo de políticas, estrategias y programas de alimentación y nutrición.

A nivel local, se han implementado algunas iniciativas tendientes a disminuir la exposición a AA no saludables. Es así como algunos municipios han restringido la venta de alimentos no saludables en el perímetro que circunda las escuelas, lo que se ha regulado a través de ordenanzas municipales. La Ley sobre la Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad incluye la protección del AA escolar, prohibiendo la venta y promoción de alimentos no saludables al interior de los establecimientos escolares, pero no contempla el área alrededor de las escuelas, constituyéndose en una brecha de mejora de los entornos o ambientes alimentarios.

REFLEXIONES

La evidencia científica y las recomendaciones de organismos internacionales como OMS y FAO, sugieren que para abordar el comportamiento alimentario e incidir en la prevalencia de obesidad, es necesario conocer e intervenir los AA en sus distintos niveles, ya que no basta con intervenciones de tipo individual. Es indispensable establecer modelos metodológicos válidos y confiables, adaptados a distintas realidades, que permitan medir adecuadamente y caracterizar los lugares de expendio de alimentos y estimar asociaciones que vinculen el consumo y la calidad de la dieta con la exposición a diferentes AA. La información resultante de estas mediciones permitirá diseñar intervenciones dirigidas a mejorar los AA, aumentando la disponibilidad y acceso a alimentos saludables en diferentes zonas y áreas geográficas.

La comunidad académica cumple un rol en el enfrentamiento y construcción de AA saludables, como un pilar de investigación de alto nivel y de formación de capital humano avanzado, para contribuir activamente a la cohesión social, la democracia, la reducción de la inequidad social, la protección del medio ambiente y la defensa de la cultura²¹.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. Geneva; 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1
2. WHO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report Series. 916 [Internet]. 2003. Available from: <http://www.fao.org/docrep/005/ac911e/ac911e00.HTM>
3. WHO Consultation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Tech Rep Ser, 894 [Internet]. Geneva; 2000. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. 2017. Available from: <http://epi.minsal.cl/ens-resultados-ens-2016-2017/>
5. Barquera S. ¿Hasta que los kilos nos alcancen? 1st ed. INSP, editor. Ciudad de Mexico; 2019.
6. Perez-Escamilla R, Kac G. Childhood obesity preven-

- tion: a life-course framework. *Int J Obes.* 2013;3:S3–5.
7. Ministerio de Hacienda. Reforma Tributaria que modifica el sistema de tributación de la renta e introduce diversos ajustes en el sistema tributario [internet]. 20780 Chile; 2014. Available from: <http://bcn.cl/1nfzd>
 8. Minsal. Ley 20.606. sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su publicidad [Internet]. 2013. Available from: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
 9. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud Pública. Ley 20.869 sobre Publicidad de los Alimentos [internet]. Chile; 2015. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1083792>
 10. Ministerio de Salud. Norma técnica de los Programas Alimentarios [internet]. Chile; 2016. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>
 11. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud Pública. Informe final “ Estudio para revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la Población Chilena ” [Internet]. 2013. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/dde0bc471a56a001e040010165012224.pdf>
 12. Ministerio de Salud. ORIENTACIONES Y LINEAMIENTOS PROGRAMA VIDA SANA. Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Santiago, Chile; 2015. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/015.OT-Vida-Sana.pdf>
 13. Presidencia de la Republica. Ley 20.670. Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. 2013. Available from: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1051410>
 14. Papas M, Alberg A, Ewing R, Helzlsouer K, Gary T, Klassen A. The built environment and obesity. *Epidemiol Rev.* 2007;29:129–43.
 15. FAO. INFLUENCING FOOD ENVIRONMENTS FOR HEALTHY DIETS [Internet]. Rome; 2016. Available from: <http://www.fao.org/3/a-i6484e.pdf>
 16. United Nations System Standing Committee on Nutrition. Food environments: Where people meet the food system. *Nutrition* 44, 2019. Available from: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/UNSCN-Nutrition44-WEB-version.pdf>
 17. Black C, Graham M, Janis B. Dietary Inequalities: What Is the Evidence for the Effect of the Neighbourhood Food Environment? *Health Place.* 2014;27:229–242.
 18. Janssen H, Davies I, Richardson L, Stevenson L. Determinants of takeaway and fast food consumption: a narrative review. *Nutr Res Rev.* 2017;17:1–19.
 19. Cooksey-Stowers K, Schwartz M, Brownell K. Food Swamps Predict Obesity Rates Better Than Food Deserts in the United States. *Int J Env Res Public Heal.* 2017;14(11):E1366.
 20. Rioseco R, Egaña D, Galvez P, Masferrer D. Marco conceptual sobre los factores condicionantes de los ambientes alimentarios en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Available from: <http://www.biblioteca-minsal.cl/marco-conceptual-sobre-los-factores-condicionantes-de-los-ambientes-alimentarios-en-chile/>
 21. Pinheiro A, Araneda J, Garcia Y, Popelka R, Gonzalez A, Martinez R, et al. Food environments for a healthy and nutritious diet: The contribution of academia. In: Food environments: Where people meet the food system. UNSCN Nutr. 2019;44:160–8.

EL CORONAVIRUS 19 (COVID 19) EN MÉXICO

COVID 19 IN MEXICO

Sr. Editor,

Existen tres elementos básicos para salir adelante en una epidemia: tener una población participativa y que apoye en las medidas que se requiera para evitar que siga expandiéndose la enfermedad, así como un sistema de salud preparado que tenga personal capacitado y equipo necesario en caso de contingencia. También importancia la labor de informar a la población mediante su sistema de vigilancia con respecto a las medidas a tomar y así como también evitar que se mal informe a la población. El tercer y último elemento es el liderazgo, el que queda en mano de los tomadores de decisiones, los políticos que gobiernan, quienes deberán de llevar a cabo las políticas sanitarias, económicas y todas aquellas que sean requeridas de común acuerdo con el personal de salud.

La crisis presentada por el COVID 19 (SARS-CoV-2) es un escenario en el cual cualquier gobierno del mundo está viviendo una tormenta perfecta. Por un lado, a nivel mundial se presenta una recesión que se agravará con las medidas sanitarias que se obligan debido a la pandemia. Por otro lado, en México se está cambiando de un sistema de salud en el cual la mayoría de la población se atendía por dos subsistemas (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS y por el Seguro Popular). El nuevo gobierno del Lic. Andrés Manuel López Obrador ha decidido eliminar el subsistema llamado Seguro Popular, y ahora el sistema de salud mexicano ha cambiado por el Instituto de Salud y Bienestar (INSABI) con el cual se pretende unir los múltiples subsistemas de salud que existen en México, con similitudes al anterior Seguro Popular. Este Instituto promueve el acceso universal y gratuito a los servicios de salud y a la entrega de medicamentos para la población sin seguridad social, pero dejando dudas en cuanto al esquema de financiamiento, que fue una de las principales fallas en el llamado Seguro Popular, así como también en el esquema de responsabilidad de la provisión de los servicios de salud¹.

El COVID 19 deja planteado los siguientes objetivos para los sistemas de salud: el mejoramiento de las pruebas rápidas; en segundo lugar, poder contar en poco tiempo con el tratamiento y por otro lado mitigar la tensión en el sistema de atención médica y preservar la capacidad de los hospitales y del personal de salud; por último y posiblemente lo más importante limitar la transmisión del virus para facilitar el manejo de la pandemia².

En el marco económico esta pandemia, además de presentar la fragilidad de los servicios de salud, también puso de manifiesto las debilidades del modelo económico preponderante en el mundo, gran endeudamiento privado y corporativo que se refleja con las caídas continuas de todas las bolsas del mundo, en una economía que de por sí se veía que estaba a punto de caer en una recesión como es la mexicana. En México se presentaba un panorama desfavorable con la caída en el precio del petróleo crudo a consecuencia de la baja de precio por la guerra de precios de petróleo entre Rusia y Arabia Saudita, así como también la depreciación del peso frente al

José Eduardo Orellana Centeno
Universidad de la Sierra Sur,
Instituto de Investigación Sobre la
Salud Pública, Miahuatlán de Porfirio
Díaz, Oaxaca, México.
jeorellano@unsis.edu.mx

Recibido el 17-04-2020;
Aceptado el 27-04-2020

dólar, casi veinte y cinco pesos por dólar (\$ 25 M.N. = \$ 1 USD) presenta un México dependiente del petróleo a través de la paraestatal PEMEX (Petróleos Mexicanos). Por último, una industria mexicana que es dependiente de ser netamente manufacturera, y que la mayor parte de los mexicanos se desarrollan económicamente en la informalidad, lo cual complica obtener recursos por medio de la recaudación de impuestos³.

Las crisis importantes nos presentan ciertas prácticas a nivel científico, exponiendo que el sistema de comunicación por parte de los científicos no satisface a la sociedad, dándole un mayor valor a ser una ciencia elite para pocos y cerrada con restricciones y con consecuencias para el desarrollo de la información y superar este problema de salud pública⁴.

Los datos epidemiológicos evidencian que no hay una sola medida que se pueda tomar para prevenir completamente una epidemia, pero al combinar ciertas recomendaciones se puede reducir la probabilidad de transmisión. Surge la necesidad de establecer acciones para la reducción de la transmisión de este virus en la comunidad y en los centros de atención sanitaria, los profesionales de la salud deben observar precauciones para la atención de pacientes con síntomas gripales. Las medidas preventivas implementadas son básicamente las mismas que se utilizaron en ese momento, la limpieza de manos y de nuestro cuerpo en general (higiene que es básico para tener una buena salud), uso de gel antibacterial, estornudo de etiqueta y el Gobierno Federal de México creo una imagen para el distanciamiento social con el personaje llamado Susana Distancia, una superhéroe que nos indica la distancia de 1 a 1.5 mts entre las personas y solo salir si es absolutamente necesario.

En los últimos ciento veinte años hubo seis pandemias provocadas por distintos subtipos de virus de gripe. Existen estimaciones que la pandemia provocada por la pandemia de gripe española provocó la muerte de aproximadamente cuarenta millones de muertes en todo el mundo. Las epidemias por gripes típicas infectan entre 5 y 20% de la población provocando doscientos cincuenta mil a quinientos mil muertes, aunque las muertes por complicaciones se calculan en uno a uno punto cinco millones de personas. Su nivel de propagación es de forma global y aparecen cada año.⁵

El COVID 19 no solamente es un problema de salud pública, involucra consecuencias a nivel económico, al obligar a los negocios que no vendan

productos de primera necesidad a cerrar, en México casi el 70% de estas empresas son micro, pequeña y medianas empresas, los cuales viven de sus ventas diarias, sin contar los empleos informales que viven al día, solamente tienen recursos si venden en el día a día. Si no existe apoyos o estímulos a ellos y se cree que con solo dar recursos de programas sociales (bienestar para adultos mayores y ninis (jóvenes que no estudian, ni trabajan) el panorama se ve negro para la economía mexicana.

El reto está para los verdaderos líderes, quienes son tomadores de decisiones conocen el panorama de alrededor, por dentro tal vez tengan miedo y saben del riesgo que se corre con la población no solo en el ámbito salud, sino también en el económico. Pero ahí es cuando en realidad se pasa a la historia y un referente para poder salir adelante no solo como gobierno o sistema de salud, sino como país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Morales H, Dreser Mansilla A, Arredondo López A, Bautista Arredondo S, Ávila Burgos L. (2019) Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública Mex.* 2019; 61: 685-691. Doi: <https://doi.org/10.21149/10894>.
2. Bachireddy C, Chen C, Dar M. (2020) Securing the safety net and protecting public health during a pandemic: Medicaid's response to COVID 19. *JAMA.* Doi: 10.1001/jama.2020.4272
3. Sanchez Juarez IL, Moreno Brid JC (2016) El reto del crecimiento económico en México: Industrias manufactureras y política industrial. *Revista Finanzas y Política Económica*; 8(2): 271-299
4. Carr D. (2020) Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak [online]. Wellcome Trust [Consultado 12 de Marzo del 2020]. Disponible: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>
5. Tan Ee Lyn. (2009) Desentierran historia de virus pandémicos de la gripe. IntraMED. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=61094>

CULTURA DE MASCARILLAS CASERAS: DEBATE ENTRE LA EFICIENCIA Y EL USO POR LA POBLACIÓN DE UNA TECNOLOGÍA SANITARIA

THE CULTURE OF HOMEMADE MASKS: DEBATE ABOUT THE EFFICIENCY AND USE OF SANITARY EQUIPMENT BY THE GENERAL POPULATION

Se han difundido una serie de recomendaciones en el contexto de la pandemia COVID-19 que incluyen un uso de mascarillas más generalizado para la población mundial sobre todo en lugares públicos. Inclusive se reconoce que el uso de mascarillas de tela o caseras podrían ayudar a una respuesta global contra la enfermedad¹. Sin embargo, se advierte la escasez de investigaciones con respecto a la eficacia. Es preciso considerar que la eficiencia de filtración de un virus en los tejidos de una máscara, la que depende de una variedad de factores: la estructura y composición de la tela, y el tamaño, velocidad, forma y propiedades físicas de las partículas a las que está expuesta².

Un estudio centrado en el virus de la influenza puso en tela la efectividad de las mascarillas contra virus y bacterias. Considerando el tamaño similar al virus SARS CoV-2, se parte de la premisa que el virus viajará en el aire de la misma manera que dichas partículas respiratorias. Pues bien, las máscaras quirúrgicas tuvieron tres veces más efectividad, inclusive que las más efectivas de las mascarillas caseras que por lo demás tuvieron mucho menos eficiencia de filtración debido a su material grueso y una alta caída de presión del material². Por otro lado, observaciones durante el brote de SARS sugirieron que el doble enmascaramiento y otras prácticas aumentaron el riesgo de infección por humedad, difusión de líquidos y retención de patógenos³.

¿Qué hace que se recomiende el uso de máscaras caseras? Al parecer una medida de tipo distributiva-económica provisoria, que alude a una gestión desde las políticas tecno-sanitarias a favor de los grupos más críticos que ejercen la atención sanitaria. Es preciso reflexionar acerca de ¿se deja la decisión del uso de mascarillas a nuestra merced o a merced del mercado? y ¿cómo incorporamos el uso de una tecnología sanitaria, supeditada a profesionales sanitarios, en la población de países de Latinoamérica?

Para el uso correcto de la mascarilla pueden existir diferencias; países como los del continente asiático, más allá de la efectividad de las máscaras, han logrado una transferencia efectiva del uso de este dispositivo a sus habitantes por razones de tradición o contaminación ambiental⁴. OMS declara que el uso de solo mascarilla no es suficiente⁵. Lo anterior, nos invita a repensar la balanza sobre la utilización de dispositivos menos eficaces como la máscara casera versus medidas como el aislamiento social, el confinamiento y el lavado de manos con jabón.

Se propone dirigir el lente al uso correcto del dispositivo (mascarilla) lo que se podría convertir en un factor interesante, como una variable en la propagación del virus, según su uso en una determinada cultura, siendo las variables culturales aquellas que podrían marcar la diferencia en los contagios y la letalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Infobae: [Internet]. Argentina :Infobae; OMS abre la puerta a un uso más generalizado de mascarillas para limitar la propagación. Reporte de Stephanie Nebehay en Ginebra y Andrea Shalal en Washington; Editado en español por Javier López de Lérida; 2020 Apr 3 [cited 2020 Apr 6]; [about 3 screens]. Available from: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/03/oms-abre-la-puerta-a-un-uso-mas-generalizado-de-mascarillas-para-limitar-la-propagacion/>
2. Davies, A., Thompson, K. A., Giri, K., Kafatos, G., Walker, J., & Bennett, A. (2013). Testing the efficacy of homemade masks: would they protect in an influenza pandemic? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(4), 413–418. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.43>[cited 2020 Apr 6]
3. Li, Y., Wong, T., Chung, J., Guo, Y. P., Hy, J. Y., Guan, Y. T., Yao, L., Song, Q. W., & Newton, E. (2006). In vivo protective performance of N95 respirator and surgical facemask. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(12), 1056–1065. <https://doi.org/10.1002/ajim.20395>[cited 2020 Apr 6];
4. Parraguez, M. ¿Por qué los asiáticos usan mascarillas quirúrgicas en público? [Internet]. 2014 [citado el 15 de abril de 2020]; :p. 1. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2014/12/13/por-que-los-asiaticos-usan-mascaras-quirurgicas-en-publico.shtml>
5. WHO: [Internet]. Ginebra: Who; Advice on the use of masks in the context of COVID-19. 2020 Apr 6 [cited 2020 Apr 7]; [about 2 screens]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

EL “SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)” Y LA POLÍTICA REFORMISTA DE EDUCACIÓN MÉDICA EN BRASIL

THE “UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)” AND THE TRANSFORMATION OF MEDICAL EDUCATION IN BRAZIL

Señor Editor:

Desde la implantación del “Sistema Único de Salud (SUS)” de Brasil en 1990 (sistema de carácter público que ofrece acceso universal a cualquier ciudadano, esté empleado o no), hubo significativos y diversos avances en la formulación de políticas estructurales y acciones programáticas del sector salud, direccionadas a los tres niveles de complejidad del sistema, con miras a su operacionalización/expansión en el país¹.

Constituyen como parte de ese avance histórico, iniciativas públicas intersectoriales inéditas que produjeron propuestas de gran envergadura, tal como el emprendimiento conjunto de los ministerios de salud y de educación, con el objetivo de reorientar la formación de los profesionales de la salud en Brasil, incluyendo los médicos²⁻⁴.

Hay innumerables experiencias exitosas brasileñas en las políticas públicas de salud que, a lo largo de las últimas dos décadas, introdujeron alteraciones impactantes en instituciones formadoras (las universidades, principalmente) reconfigurando, en mayor o menor magnitud, los currículos de los cursos de medicina en todo el territorio brasileño^{2,5}.

Entre esas transformaciones, destaco: (a) la inclusión de los escenarios de prácticas del SUS como campos de vivencia/práctica laboral obligatorios para los cursos/estudiantes de medicina desde el ciclo básico de la formación, articulando paralelamente la ‘cualificación de la enseñanza’, la ‘mejora de los servicios de salud’ y el ‘atendimiento a la comunidad’ – tanto para constituir nuevos cuadros de trabajadores del propio SUS, como para amplificar la calificación de los médicos ya envueltos en el sector, sobre todo en el nivel de los cuidados primarios; y (b) la incorporación cotidiana de un otro paradigma de cuidado en salud, guiado por los presupuestos de la Integralidad, de la Equidad y de los referenciales críticos de la Promoción de la Salud (inspirados en el contexto de Alma-Ata), teniendo como nicho principal de actuación la Atención Primaria a la Salud⁶.

Entre tanto, a despecho de esos alentadores progresos, cabe reconocer que la valorización del contexto de la humanización de las prácticas de salud en la enseñanza médica brasileña, todavía permanece como uno de los grandes desafíos contemporáneos a ser enfrentado. Aún en proyectos curriculares de graduación en medicina que han establecido un reordenamiento estructural importante⁷ persisten ciertos conflictos ético-políticos ‘internos’: la tecnificación ultraspecializada todavía se muestra mayoritaria en algunos cursos de graduación⁸.

Situación en lo mínimo intrigante. No solamente porque es plenamente factible tener los dos enfoques articulados en la formación del médico (el dominio de la técnica y el perfil generalista crítico), pero sobre todo en función de que tal ‘compatibilidad’ ya está siendo diseñada de forma concreta en muchas experiencias en todo Brasil^{9,10}.

Marcos Bagrichevsky
Departamento de Medicina,
Universidad Regional de Blumenau,
Santa Catarina, Brasil
marcos_bagrichevsky@yahoo.
com.br

Recibido el 20-02-2020;
Aceptado el 09-03-2020

A pesar de los embates ideológicos constituidos en la frontera entre el 'conocimiento tradicional' y las 'nuevas propuestas' de enseñanza de la medicina, los esfuerzos emprendidos a lo largo del tiempo por medio de las acciones y programas interministeriales en Brasil han resultado en ganancias irrevocables, desde el punto de vista de la aproximación de la profesión con las demandas del SUS.

Las Directrices Curriculares Nacionales de los Cursos de Medicina publicadas recientemente⁷ confirman la consolidación de tales objetivos. En el documento se encuentra textualmente mencionada la tarea de incorporar la praxis de los cuidados integrales en salud, que también requiere el desarrollo de competencias médicas para la lectura interpretativa y contextualizada de los problemas de salud en los territorios de la Atención Primaria¹¹.

Esto implica preparar esos estudiantes para que sean capaces, inclusive, de planear e intervenir con talleres educativos en el proceso salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones locales (considerando también sus cuestiones subjetivas y existenciales), y de construir 'Proyectos Terapéuticos Ampliados' en los propios escenarios del cotidiano que integran 'enseñanza, servicio y comunidad'. Los avances de las propuestas curriculares están consolidados y hay que celebrarlos. Aunque todavía se enfrentan a la realidad incua de la sociedad brasileña y a los desafíos en la salud pública, que continúan enormes. Veamos qué resultados prácticos el futuro nos reservará...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Disponible en: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.
2. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Cienc Saúde Coletiva 2013; 18(6):1613-1624.
3. Brasil. Ministério da Saúde. PROMED: lançado programa para mudar currículo de medicina. InformeSaúde 2002; 6(158):2p. Disponible en: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE): objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Available from: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf.
5. França T, Magnago C, Santos MR, Belisário SA, Silva CBG. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. Saúde Debate 2018; 42(suppl 2):286-301.
6. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saúde Pública 2016; 32(8):e00183415.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 117, p. 8-11, 23 jun. 2014, Seção 1.
8. Silva RA, Fernandez JCA, Barros NF, Nascimento JL. Ciências sociais em saúde, educação médica e a concepção intervencionista e colonial da prática médica. Trab Educ Saúde 2018; 16(1):39-56.
9. Oliveira ALOE, Melo LPP, Pinto TR, Azevedo GD, Santos M, Câmara RBG, Costa PM, Mata ANS. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. Interface (Botucatu) 2017; 21(suppl 1):1355-1366.
10. Silva ATC, Medeiros Junior ME, Fontão PN, Saletti Filho HC, Vital Junior PF, Bourget MMM, Rios IC. Medicina de Família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. Rev Bras Educ Med 2017; 41(2):336-345.
11. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. Trab Educ Saúde 2019; 17(2):e0020537.

Fotografía de portada vol. 24 N°1 2020

“La representación de la familia chilena en tiempos de pandemia no es la misma que vemos en la publicidad y tampoco tiene los mismos privilegios o comodidades. Esta familia espera el vagón del metro Vicuña Mackenna para retornar a la comuna de La Granja. Reina Lincopi y Genaro Oyarzun están desesperados, pues fueron desalojados de su hogar por deber tres meses de arriendo y las cuentas de los servicios básicos. Genaro, el padre del pequeño Patrick, fue amputado de uno de sus pies por lo que aún no puede caminar, mientras la comida y la leche para su hijo escasean. Rebuscan a diario la manera de hacer dinero para sobrevivir, ninguno tiene trabajo y no reciben aportes o bonos del Estado. Tendrán que migrar a un departamento interior más barato en Puente Alto, la comuna con más contagiados de coronavirus, es un peligro latente pero no tienen otra opción. Esta es la verdadera realidad que viven miles de chilenos.

Muchas familias no pueden respetar la cuarentena, ya que necesitan buscar ingresos informales para poder sobrevivir, al salir a las calles, quedan totalmente expuestos a contraer el virus y a propagarlo al grupo de riesgo. Vivimos, trabajamos y nos transportamos hacinados, sin las medidas adecuadas de higiene ni de distanciamiento social, obligados por la necesidad ante una precaria realidad. La pobreza en Chile en tiempos de pandemia.”

Nicole Kramm