



Directora Institucional

Verónica Iglesias

Editor

Álvaro Lefio

Editores asociados

Alejandra Fuentes

Jorge Gaete

Carlos Madariaga

Jadwiga Pieper

Sara Schilling

Coordinación editorial

Jorge Gaete

Referencia, indexación y publicación

Katherine Rivas

Diseño y Diagramación

Paola Videla

Traducción

Sara Schilling

Jadwiga Pieper

Secretaria

Pamela Sánchez

Representante legal

Manuel Kukuljan

Portada vol. 25 N°1 2021

Cientos de mapuches marchan por las calles del centro de Santiago, acompañando a los constituyentes electos de los pueblos originarios en el inicio de la Convención Constitucional en el ex Congreso nacional. Santiago, Chile. 04/07/2021

Fotografía: Eric Allende

<https://www.migrarphoto.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

Acerca de la muerte y el COVID-19 en Chile.

Álvaro Lefío.

About Death and COVID-19 in Chile.

5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Situación de salud bucal de párvulos chilenos en un contexto comunitario.

Catalina Maldonado, Carolina Pavkovic, Patricia Moya, Juan C. Caro
Oral health situation of Chilean children in a community context.

8

Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH en la ciudad de México.

Luis Ortiz-Hernández, Diana Pérez-Salgado, Guadalupe Staines-Orozco, Sandra Compeán-Dardón.

HIV-related perceived stigma and adherence to treatment among people with HIV from Mexico City.

15

Riesgo de mortalidad asociado a caídas de personas mayores: México, 2001-2018.

Daniel Lozano Keymolen.

Risk of mortality associated with falls in the elderly people: Mexico, 2001-2018.

28

Dolor y calidad de vida: El proceso de recepción y construcción del diagnóstico de fibromialgia al interior del discurso médico chileno.

Cristián Busta-Cornejo.

Health and quality of life. The reception and construction process of fibromyalgia diagnosis in the Chilean medical discourse.

41

Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018.

Nathaly Roza-Gutiérrez, Greace Ávila Mellizo.

Avoidable mortality in perinatal and neonatal mortality care, Colombia, 2017 and 2018.

51

Evaluación del acceso a antirretrovirales en personas viviendo con VIH/Sida bajo la Ley chilena de Garantías Explícitas en Salud, 1984-2018.

Yordanis Enríquez-Canto, Giovani Díaz-Gervasi, Luis Menacho-Alvirio, Miguel Ángel Bravo-Barrera.

Evaluation of the access to antiretrovirals by people living with HIV/AIDS under the Chilean Law of Explicit Health Guarantees, 1984-2018.

63

Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso.

Francisca Mallea-Salazar, Ignacio Ibaceta-Reinoso y Carlos Vejar-Reyes.
Second victims: Perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event.

76

- Experiencia comunitaria en la Policlínica de San Antonio, Canelones, Uruguay: Algo más que una huerta.**
Graciela Castellano, Gabriel Barrero, Valentina Pereyra, Silvana Machado, Carolina Arbelo, Lucía Gadola .
Community experience in San Antonio Primary Care Health Service, Canelones, Uruguay: "More than a garden". 86
-

TEMAS DE ACTUALIDAD

- Impacto de la Pandemia por Coronavirus (SARS-CoV-2) en el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Pacientes Oncológicos.**
Juan Pablo Miranda-Olivares, María Teresa Lira-Correa, Jimena Bermúdez-Valenzuela, Felipe Celedón-Porzio.
Impact of the Coronavirus Pandemic (SARS-CoV-2) on the Diagnosis, Treatment and Follow-up of Cancer Patients. 96
-

- Efecto de los factores de riesgo psicosociales relacionados al trabajo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.**
Christian Moretti, Francisca Cisterna, Felipe Pérez.
The impact of work-related psychosocial risk factors on the development of cardiovascular diseases. 105
-

- Reduccionismo biomédico y patologización en la atención de salud mental. ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria?**
Jorge L. Crespo-Suárez.
Biomedical reductionism and pathologization in mental health care. Are we overmedicalizing in primary care? 113
-

CARTA AL EDITOR

- ¿Existen programas de entrenamiento de fuerza para la promoción de salud en los adultos mayores chilenos?**
E. Jofré-Saldía, A. Villalobos-Gorigoitía, C. Farías-Valenzuela, C. Cifuentes-Zapata, J. Romagnoli.
Are there strength training programs for health promotion in Chilean older adults? 125
-

- La salud de las personas migrantes internacionales en la nueva Constitución chilena**
Alice Blukacz, Báltica Cabieses.
The health of international migrants in the new Chilean Constitution 126
-

REVISTA DE REVISTAS Y LIBROS

- Repensar la Salud Mental Colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas.**
María Sol Anigstein.
Rethinking collective mental health. Dialogues, knowledge and crossroads 127
-

ACERCA DE LA MUERTE Y EL COVID-19 EN CHILE

ABOUT DEATH AND COVID-19 IN CHILE

“Ni pena ni miedo”
(Raúl Zurita)

Han pasado aproximadamente veinte meses desde que se iniciara la pandemia por COVID-19. Desde entonces han fallecido más de cuatro millones de personas en el mundo padeciendo esta enfermedad y la expectativa de vida de la mayor parte de las poblaciones estudiadas decrece¹, siendo diferencialmente afectadas las personas mayores y los hombres en su supervivencia, los jóvenes en su salud mental y las mujeres en sus condiciones de vida^{2,3}. En Chile la mortalidad mensual durante el primer semestre del 2021 aumentó en un rango que va desde un 26% a un 40% y las personas fallecidas totales se acercan a las 50.000⁴.

Aunque el miedo afectó a todos/as, la evidencia muestra que la distribución de la muerte que desencadena el virus no sólo se distribuye heterogéneamente por edad, sexo y en relación a la presencia de comorbilidades específicas, sino que además realiza las distinciones sociales de género, etnia y clase social^{1,5,6} que hacen parte del patrón socio epidemiológico – o las realidades médico sociales – de nuestros países latinoamericanos. Estas distinciones a su vez, determinan parte sustantiva de las inequidades sanitarias que constatamos permanentemente y que hoy con la pandemia, resultan visibles para cualquiera que observe con una mínima atención. En este contexto de exclusión y desigualdad, la precariedad del trabajo juega un rol central en el esparcimiento de la epidemia y sus efectos^{8,9}.

Ante la evidente relevancia de los procesos sociales en la producción de muerte y enfermedad por COVID-19, la epidemiología de los factores de riesgo, articulada discursivamente con los intereses gubernamentales, insisten en poner en el centro de la discusión socio-sanitaria la hegemonía de la biología, el cuerpo y la responsabilidad individual¹⁰, intentando acallar las historias, sueños, esfuerzos e inequidades que nos narrarían los cuerpos de los fallecidos/as y también sus cercanos, que con certeza nos ayudarían a romper la brutal normalización de sus pérdidas y aclararían la percepción acerca de la humanidad de la política sanitaria implementada.

En este tiempo que nos recuerda nuestra mortalidad, pareciera que es la cotidianidad circundante la que nos obliga a una lectura biopolítica de la realidad y no al revés. Fenómenos cotidianos suscitados por la pandemia como el miedo, el encierro, la puesta en cuestión de la capacidad del poder para hacer vivir y encerrar, la muerte y el despliegue de las tecnologías de gobierno sobre el cuerpo social –disciplina y regulación– inundan y agobian la existencia. Para países como el nuestro las políticas de muerte – física y simbólica– nos resultan abrumadoramente cercanas^{11,12}. El exterminio político, étnico y de clase permanece en la memoria viva de los pueblos de Chile y convive con la actual relativización de la humanidad de migrantes, mujeres y de jóvenes marginales de nuestro fragmentado tiempo y espacio.

El hacer morir y dejar morir a los grupos humanos considerados objetos, peligros, sacrificables o remanentes, se encuentra presente en la realidad cotidiana de nuestra vida colectiva. Como ejemplo basta recordar la mutilación y el asesinato de decenas y cientos de ciudadanos/as, que desde octubre del año 2019, y en un momento histórico de saturación y transformación de las estructuras y normas de convivencia social, protestan por la vulneración de la dignidad de la vida en nuestro país. Tal vez exigiendo de la democracia liberal libertad e igualdad, o tal vez colocando en cuestión al mismo, poniendo al centro la posibilidad de influir y construir la voluntad e identidad colectiva¹³.

En este marco de mutilación, encierro político y violencia, la pandemia vino a desatar esa otra forma gubernamental de abrir caminos a la muerte de algunos/as –más soterrada y borrosa para los afectados/as– que resulta del hecho de dejar enfermar. El Estado de excepción se hizo la norma y diversos actores –sin ninguna evidencia– validaron su rol sanitario. Como si enfrentar la enfermedad requiriera de menos y no más derechos para la ciudadanía, más orden y menos disenso, más control y menos deliberación o voluntad colectiva. La desconfianza, la desinformación, el absurdo hecho intervención económica y sanitaria, así como la premisa de la convivencia inexorable con el virus han facilitado sus efectos socio-sanitarios y dejado toda posibilidad de recuperación de la vida física y cultural, a las virtudes y al acceso a las tecnologías de inmunización de la colectividad.

Preparar al cuerpo para su defensa autónoma frente a patógenos circundantes es probablemente una de las más bellas creaciones humanas en defensa de la vida y con la cual la mayoría de los pueblos de este territorio tienen una historia de construcción de confianzas sustantivas. Confianza que surge de su perceptible capacidad para hacer sobrevivir a pesar de la miseria y la negación de las otras posibilidades de cuidado de la vida. Las vacunas de la pandemia de hoy nos ofrecen la posibilidad de disminuir significativamente el contagio y la mortalidad y a diferencia de la mayoría de la humanidad, contamos con la institucionalidad sanitaria para facilitar su acceso, evaluación y distribución efectiva.

Bajo premisas optimistas y desde una perspectiva teórica, la campaña de inmunización implementada en Chile podría lograr aquel “efecto de rebaño” –que replique el escenario de prolongación de la vida sin las transformaciones sociales que mejoren las condiciones de vida de la población– en la medida de lograr una casi total cobertura de la población susceptible. Empíricamente, empieza a quedar en evidencia la previsible alza de contagios cuando con alrededor de un 70% de la población susceptible vacunada se generan las señales suficientes para el contagio y se diluyen las ya precarias otras estrategias colectivas de cuidado y prevención de la enfermedad. Dependemos entonces de la endeble estrategia de mitigación, del avance de la campaña de vacunación y de la verificación empírica de los supuestos optimistas, para no observar el indeseable aumento de las hospitalizaciones y de la mortalidad en la población no vacunada y en menor medida en la vacunada.

Con todo, las decisiones gubernamentales han vuelto a realizar la apuesta por la mitigación, que implica la convivencia con el virus y con la muerte, y con el absurdo que introduce la mercantilización de la vida y la preocupación por la acumulación de capital y por sus dueños. La incertidumbre respecto del resultado de una estrategia de eliminación del virus, en el marco de las precariedades de la vida colectiva acumuladas, no parece estar en cuestión, pero el hecho de nunca haberse intentado, en un contexto de evidencia científica favorable y un sistema sanitario con fortalezas significativas, es sólo una muestra más de la profunda crisis política, institucional y ética que afecta la confianza y la legitimidad de esta precaria democracia.

Virchow concebía a las enfermedades epidémicas como “la manifestación de un desajuste social y cultural” y como señal de las deficiencias de la sociedad, distinguiendo las epidemias naturales, atribuidas a la falta de cuidados frente a eventos estacionales y climáticos, de las artificiales, según el grado de importancia de las condiciones sociales y políticas producidas colectivamente. Según él, estas epidemias aparecen intempestivamente y se van de la misma manera con las transformaciones sociales y culturales de los tiempos¹⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aburto JM, Schöley J, Zhang L, Kashnitsky I, Rahal C, Missov TI, et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life expectancy losses. medRxiv 2021.
2. Green H, Fernandez R, MacPhail C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nurs.* 2021 Aug 17;10.1111/phn.12959. doi: 10.1111/phn.12959. Epub ahead of print. PMID: 34403525; PMCID: PMC8446962.
3. Dewa LH, Crandell C, Choong, E, Jaques J, Bottle A, Killkenny C, et al. Un estudio coproducido de métodos mixtos sobre el estado de salud mental y las estrategias de afrontamiento de los jóvenes durante el encierro de COVID-19 en el Reino Unido. *Revista de salud adolescente.* 2021;68(4): 666-675.
4. Estadísticas de defunción por COVID [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Departamento de Información Estadística en Salud. [consultado en Agosto 2021]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3§ionIndex=0&sso_guest=true&sas-welcome=false
5. Vahidy FS, Nicolas JC, Meeks JR, Khan O, Pan A, Jones SL, et al. Racial and ethnic disparities in SARS-CoV-2 pandemic: analysis of a COVID-19 observational registry for a diverse US metropolitan population. *BMJ open.* 2020;10(8):e039849.
6. Upshaw TL, Brown C, Smith R, Perri M, Ziegler C, Pinto AD. Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: a rapid review. *PLoS one.* 2021;16(3):e0248336.
7. Fleury S. Ciudadanía, exclusión y democracia. *Nueva sociedad.* 2004;193(5):62-75.
8. Vejar DJ. Precariedad como gobierno de la pandemia: La experiencia de la precariedad laboral en Chile. *HYBRIS.* 2020;11(2):125-149.
9. Côté D, Durant S, MacEachen E, Majowicz S, Meyer S, Huynh AT, Laberge M, Dubé J. A rapid scoping review of COVID-19 and vulnerable workers: Intersecting occupational and public health issues. *Am J Ind Med.* 2021 Jul;64(7):551-566. doi: 10.1002/ajim.23256.
10. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, Li Q, Jiang C, Zhou Y, Liu S, Ye C, Zhang P, Xing Y, Guo H, Tang W. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020 Aug;81(2):e16-e25. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.
11. Foucault M. *Defender la sociedad.* Vol. 229. Ediciones Akal; 2003.
12. Mbembe A. *Necropolitics.* In: Foucault in an Age of Terror. London: Palgrave Macmillan, 2008; p. 152-182.
13. Mouffe C. *Democracy as agonistic pluralism.* In: *Rewriting Democracy.* Routledge; 2017. p. 35-45.
14. Rosen G. *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* Siglo XX; 1985.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1) 8-14

SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE PÁRVULOS CHILENOS EN UN CONTEXTO COMUNITARIO

ORAL HEALTH SITUATION OF CHILEAN CHILDREN IN A COMMUNITY CONTEXT

RESUMEN

Introducción: Determinar la situación de salud bucal en párvulos ingresados a un programa promocional-preventivo en la comuna de Melipilla durante el año 2018.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en 860 párvulos de entre dos a cinco años de edad matriculados en 17 establecimientos educacionales de la comuna, ubicados en zona urbana y rural. La experiencia de caries dental como variable dependiente y sexo, edad y zona geográfica del establecimiento educacional (urbano-rural) como variable independiente fueron medidas en un contexto comunitario (en aula). Estudio aprobado por Comité Científico de Ética de Universidad Finis Terrae y Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Resultados: El estudio abarcó al 88,5% de los párvulos matriculados, con promedio de edad de $3,76 \pm 1,06$ años. El 53,5% correspondieron a niñas. Un 34,1% (IC:95% 30,74:37,48) presentó caries dental, sin diferencias por sexo, zona geográfica, si por edad. A mayor edad, mayor daño por caries dental. Cada párvulo en promedio presentó un diente primario con caries (diente cariado: $1,14 \pm 2,28$). El tercio de la población más afectada por caries dental presentó en promedio tres dientes primarios con daño.

Discusión: Los resultados muestran un elevado daño por caries dental cuyo inicio es temprano; esto pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas públicas de salud bucal destinadas a la primera infancia.

Palabras clave: preescolar, caries dental, salud bucal, prevención

ABSTRACT

Introduction: To determine the oral health situation in the infants admitted to a promotional-preventive program in the municipality of Melipilla during the year 2018.

Material and methods: Cross-sectional study conducted with 860 infants between two to five years of age enrolled in 17 educational establishments in the community, located in urban and rural settings. The incidence of cavities as related to the variables of sex, age and geographical area of the educational establishment (urban-rural) as an independent variables were measured in a community context (in the classroom). Study approved by the Scientific Committee of Ethics of the Finis Terrae University and the Western Metropolitan Health Service.

Results: The study covered 88.5% of the enrolled children of 3.76 ± 1.06 years with an average age of $3,76 \pm 1,06$. 53.5% were girls. 34.1% (IC:95% 30,74:37,48) had cavities, without differences by sex or geographical area, but by age. The older you get, the more damage you get from tooth decay. Each toddler had on average one primary tooth with cavities (decayed tooth: 1.14 ± 2.28). One third of the population most affected by cavities presented on average three primary teeth with damage.

Discussion: The results show a high damage by cavities whose onset is early; This highlights the need to improve the development of public oral health policies aimed at early childhood.

Keyword: preschool, cavities, oral health, prevention

Catalina Maldonado**Carolina Pavkovic**Estudiante Odontología,
Facultad de Odontología,
Universidad Finis Terrae,
Santiago de Chile**Patricia Moya**Facultad de Odontología,
Universidad Finis Terrae,
Escuela de Salud Pública,
Universidad Mayor,
Santiago de Chile
drapatriciamoya@yahoo.com**Juan Carlos Caro**Facultad de Odontología,
Universidad Finis Terrae,
Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, y la caries dental la morbilidad crónica más prevalente en la población infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera como un importante problema de salud pública y confiere especial prioridad a la elaboración de programas de promoción y prevención en salud bucal orientados a disminuir la incidencia de caries dental en la población infantil, con énfasis en la primera infancia. Se recomienda que las intervenciones comiencen a temprana edad ya que el comportamiento en salud bucal estaría determinado por la interrelación entre los distintos contextos, como son la familia, la comunidad, el sistema de salud y las políticas públicas¹.

En Chile, la reforma de salud propuso la formulación de programas de salud bucal con estrategias educacionales y preventivas desde los primeros años de vida. Esto obedece a que a nivel país existe una elevada prevalencia de caries dental en la población preescolar. Este valor alcanza un 17% a los dos años, con un índice ceo-d (índice ceo-d mide la experiencia presente y pasada de caries dental, donde “c” es diente cariado, “e” extraído por caries y “o” obturado por caries; la letra “d” indica que la unidad de observación es el diente primario), de 0,54 y a los cuatro años, de 48,02%, con un índice ceo-d de 2,32². El impacto que produce esta enfermedad en la salud del párvulo ha generado la necesidad de considerar el ambiente escolar como un espacio para implementar estrategias efectivas de promoción y prevención de la salud, incorporando a educadores y apoderados en esta propuesta de intervención intersectorial.

La evidencia muestra que los programas preventivos realizados en el mismo establecimiento educacional, la detección precoz de la enfermedad mediante exámenes periódicos, constituyen junto con la promoción de hábitos saludables un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud bucal de la población infantil. Responde a una estrategia que permite aumentar la capacidad de respuesta de los centros de salud del primer nivel de atención para la prevención de caries dental, preferentemente en aquellos niños en condiciones de vulnerabilidad.^{3,4}

Resulta de vital importancia el vínculo que se establece entre la comunidad educativa, los padres y el equipo de salud para implementar una estrategia promocional y preventiva en salud bucal que con-

duzca a generar hábitos saludables en la población infantil y es fundamental contar con un diagnóstico basal de daño por caries dental para evaluar la efectividad de un programa preventivo en salud bucal. Por esto, el objetivo de este estudio fue determinar la situación de salud bucal en párvulos ingresados a un programa promocional y preventivo en la comuna de Melipilla, durante el año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal en una población de 860 párvulos de entre dos a cinco años de edad, matriculados en los establecimientos educacionales municipales y subvencionados, JUNJI, Fundación Integra, ubicados en la provincia de Melipilla. De ellos, 11 están ubicados en zona urbana y 6 en zona rural.

La población estudiada recibe los beneficios del programa Sembrando Sonrisas a cargo de un odontólogo contratado por el ‘CESFAM Dr. Boris Soler’. Este programa tiene por objetivo mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia a través de la promoción de hábitos saludables, y la aplicación de medidas de protección específicas. Tiene considerada dos visitas del equipo de salud odontológico a los establecimientos educacionales para la aplicación de flúor barniz (dos veces al año), la realización de un examen de salud oral y al trabajo intersectorial con educadoras de párvulos para implementar en conjunto la promoción de la salud a través de sesiones educativas.⁵

La fuente de información para este estudio fue el registro del examen dental realizado por el odontólogo del ‘CESFAM Dr. Boris Soler’, bajo el programa Sembrando Sonrisas durante el primer semestre del 2018. Estos datos fueron consignados en una base de datos del programa. Fueron excluidos de este estudio párvulos con ausencia de registro o registro incompleto de las variables estudiadas.

Se recogieron datos sobre la variable dependiente “experiencia de caries dental” medida a través del índice ceo-d. (suma de dientes primarios cariados, extraídos y obturados) y las variables independientes como sexo, edad del niño y zona geográfica donde se ubica el establecimiento educacional (urbano o rural).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio, utilizando proporciones para las variables cualitativas y estadígrafo de posición central para variables cuantitativas. Se comprobó la norma-

lidad de la distribución de datos de historia de caries dental (cuantitativa discreta) con la prueba de Kolmogórov-Smirnov, la cual obtuvo un p-valor $<0,05$ indicando que los datos no presentan una distribución normal. Sin embargo, se utilizó la media o promedio como estadígrafo de posición central debido a que el exceso de ceros en el conteo no permite la discriminación entre grupos cuando se utiliza la mediana. Se analizaron las diferencias de la experiencia de caries dental según sexo y zona geográfica, (urbana-rural) mediante la prueba de contraste de hipótesis T- Test y por edad con Test ANOVA indicado para más de dos categorías de respuesta. Para determinar las diferencias en la prevalencia de caries dental, definida como la presencia o ausencia de caries dental en el párvulo (categoría de respuesta Si-No) según sexo y zona geográfica (urbana-rural), se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson. El nivel de significación estadística se estableció en valor $p < 0,05$ para todas las pruebas. Los análisis se efectuaron en el programa estadístico informático STATA versión 14. Los resultados se presentaron en tablas.

Esta investigación se realizó considerando los términos y las condiciones emanadas por el Ministerio de Salud (MINSAL), para el Programa Sembrando Sonrisas. El programa cuenta con un documento

informativo a los padres, apoderados o tutores del menor, bajo el Decreto N° 31, aprobado el 15 de junio del año 2012 denominado: "Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud"; no siendo necesario el uso de consentimiento informado al ser un programa de tipo preventivo y no invasivo.⁵ Para la obtención de la base de datos del programa "Sembrando Sonrisas", se solicitó autorización al Servicio Metropolitano Occidente, donde la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio fue resguardada mediante la utilización de una planilla Excel foliada sin acceso a nombres ni RUT de los párvulos. El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad Finis Terrae.

RESULTADOS

El estudio abarcó al 88,5% (n=761) de los párvulos matriculados en la provincia de Melipilla, cuya edad media fue $3,76 \pm 1,06$ años. Un 53,5% correspondieron a niñas. Por edad, un 31,0% de los preescolares registró cinco años y 15,0% dos años. Según zona geográfica del establecimiento educacional, un 74,2% de los párvulos asisten en zonas urbanas. Esto muestra la Tabla 1.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de los párvulos de la provincia de Melipilla, año 2018.

Variables		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Niños	354	46,5
	Niñas	407	53,5
Edad	2 años	118	16,0
	3 años	185	25,1
	4 años	206	27,9
	5 años	229	31,0
Zona geográfica	Urbano	560	74,2
	Rural	178	25,8
Total		761	100,00

Elaboración propia.

Fuente de datos Programa Sembrando Sonrisas
Cesfam Dr. Boris Soler de Melipilla

Tabla 2. Experiencia de caries dental en párvulos de la provincia de Melipilla, según sexo, edad y zona geográfica. Año 2018.

Variables	Experiencia de caries dental				p valor
	cariado	extraído	obturado	ceo-d	
Sexo					
niños	1,25 ± 2,58	0,06 ± 0,41	0,14 ± 0,66	1,46 ± 2,83	0,080*
niñas	1,04 ± 1,99	0,02 ± 0,23	0,13 ± 0,58	1,20 ± 2,20	
Edad					
2 años	0,40 ± 1,29	0,008 ± 0,91	0,016 ± 0,12	0,42 ± 1,31	0,001**
3 años	0,65 ± 1,76	0,027 ± 0,30	0,097 ± 0,54	0,78 ± 1,96	
4 años	1,22 ± 2,24	0,050 ± 0,36	0,10 ± 0,53	1,38 ± 2,40	
5 años	1,80 ± 2,82	0,070 ± 0,38	0,27 ± 0,84	2,14 ± 3,13	
Zona geográfica					
Urbano	1,11 ± 2,30	0,04 ± 0,35	0,15 ± 0,67	1,31 ± 2,55	0,586*
Rural	1,20 ± 2,25	0,03 ± 0,25	0,11 ± 0,46	1,36 ± 2,42	
Total	1,14 ± 2,28	0,04 ± 0,32	0,14 ± 0,62	1,32 ± 2,51	

Valor $p < 0,05$. Estadísticamente significativo.

* Prueba de contraste de hipótesis T-test

** Prueba ANOVA

La Tabla 2 muestra la experiencia de caries dental de los párvulos en estudio. El índice ceo-d que mide la historia de caries dental presente y pasada fue de $1,32 \pm 2,51$, siendo mayor en los niños ($1,46 \pm 2,83$) comparado con las niñas ($1,20 \pm 2,20$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Al comparar el índice ceo-d por edad se observó que este valor se incrementa con la edad, siendo mayor a la edad de 5 años. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Según la zona geográfica del establecimiento educacional donde asisten los párvulos, se observó que el índice ceo-d es levemente mayor en aquellos que asisten a establecimientos ubicados en zona rural ($1,36 \pm 2,42$) comparado con los que asisten a establecimientos en zona urbana ($1,31 \pm 2,55$). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, como se muestra en la Tabla 2.

Es importante destacar que en el valor del índice ceo-d el componente cariado es el que mayor aporte hace al valor del indicador, seguido del componente obturado, comportamiento similar e independiente de la variable que se está midiendo.

Al analizar la prevalencia de caries dental en los párvulos, se observó que un 34,0% (IC:95% 30,74:37,48) presentó caries dental, valor levemente mayor en niños (34,1% IC:95% 29,40:39,30) comparado con las niñas (33,9% IC:95% 27,33:36,39), sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Lo mismo ocurrió con la prevalencia de caries dental según la zona geográfica del establecimiento educacional. Ahora, al comparar la prevalencia de caries dental por edad se observó que este valor aumenta a medida que aumenta la edad del párvulo. A los dos años, un 12,61% (IC:95% 7,72:19,91) presentó caries dental, valor que aumentó a 49,17% (IC:95% 42,86:55,49) a la edad de 5 años. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de caries dental en párvulos de la provincia de Melipilla, según sexo, edad y zona geográfica. Año 2018.

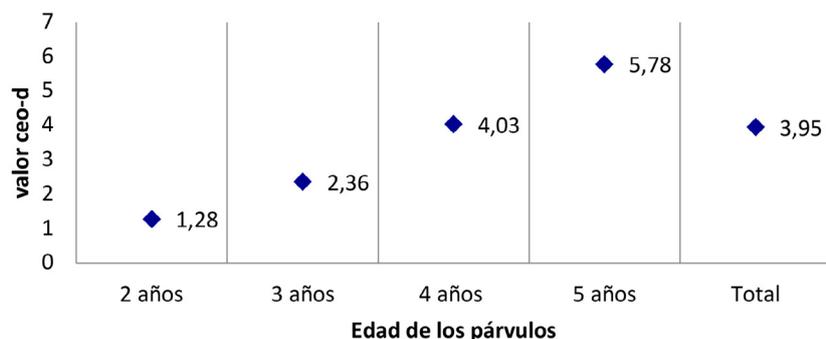
Variable	Prevalencia de caries dental						Total	p valor	
	Con caries dental			Libres de caries dental					
	Nº	%	IC:95%	N	%	IC:95%			
Sexo									
niños	121	34,18	29,40:39,30	233	65,82	60,69:70,59	354	100,0	0,937
niñas	138	33,91	27,33:36,39	269	66,09	61,33:70,54	407	100,0	
Edad									
2 años	15	12,61	7,72:19,91	104	87,39	80,08:92,27	119	100,0	0,001*
3 años	44	23,91	18,27:30,63	140	76,09	69,36:81,72	184	100,0	
4 años	82	37,61	31,40:44,25	136	62,39	55,74:68,59	218	100,0	
5 años	118	49,17	42,86:55,49	122	50,83	44,50:57,13	240	100,0	
Zona geográfica									
Urbano	190	33,63	29,83:37,64	375	66,37	62,35:70,16	565	100,0	0,688
Rural	69	35,20	28,78:42,20	127	64,80	57,79:71,21	196	100,0	
Total	502	34,03	30,74:37,48	259	65,97	62,52:69,25	761	100,0	

*Prueba de contraste de hipótesis, Chi2.
Valor p < 0,05. Estadísticamente significativo.

Según zona geográfica del establecimiento educacional donde asisten los párvulos, se observó que la prevalencia de caries dental es levemente mayor en párvulos que asisten a establecimientos en zona rural (35,2% IC:95% 28,78:42,20) comparado con aquellos de zona urbana (33,63% IC:95% 29,83:37,64). Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, como se muestra en la Tabla 3.

Al estudiar el daño por caries dental en el tercio de la población más afectada por esta enfermedad (Índice Significancia de Caries, ISC), se observó que, en promedio los párvulos presentaron casi cuatro dientes primarios con daño por caries dental. Este valor se incrementó a medida que aumentó la edad, como se muestra en la Figura 1.

Fig.1 Índice Significancia de Caries (ISC) en párvulos de la provincia de Melipilla, año 2018.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran una elevada experiencia de caries dental como situación de salud bucal en los párvulos, siendo la edad un factor que aumenta su frecuencia. Si bien a la edad de dos años se observó que alrededor de un décimo de los párvulos presentó caries dental, este valor se incrementa a la mitad cuando el párvulo alcanza los cinco años de edad. La condición de ser niño y asistir a un establecimiento educacional en zona rural presentó una peor situación de salud bucal al compararse con la condición de ser niña y asistir a un establecimiento educacional urbano. Sin embargo las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

Al igual que en estudios previamente publicados^{6,7}, en esta investigación se observó que la experiencia de caries dental fue semejante en ambos sexos, levemente mayor en niños, comprometiendo en promedio al menos un diente primario con historia de caries dental. Existe concordancia entre algunos autores en que el sexo no es un factor que posibilite una mayor frecuencia de caries dental en la primera infancia. Esto obedece a que, tanto los niños como las niñas que se desarrollan en un ambiente educativo común, muestran similitud en hábitos alimenticios y/o higiene bucal.

La edad es otra variable medida en este estudio, y muestra que la caries dental por ser un proceso acumulativo en el tiempo, la severidad del daño que produce se incrementa a medida que aumenta la edad⁸⁻¹⁰. Resultados similares muestran otros estudios realizados en población infantil,¹¹⁻¹³ siendo las lesiones de caries dental no tratadas la principal causa del aumento de este indicador. En este sentido, es importante considerar que la higiene bucal es una estrategia que permite prevenir la caries dental, y en edades tempranas los padres juegan un rol fundamental en su control. Sin embargo, a medida que crecen los niños, van adquiriendo mayor independencia, por lo general intentan realizar solos su propio cepillado, aún inadecuado. Sumado a esto, comienzan a elegir sus propios alimentos, de preferencia azucarados, lo que en conjunto podría responder en gran parte al aumento de esta enfermedad con la edad. Es necesario considerar que la determinación de la situación de salud bucal no sólo dependerá de los cambios en el comportamiento individual de los párvulos, sino también de la efectiva respuesta de las intervenciones sanitarias.^{14,15}

La condición urbano-rural cumple un rol importante al momento de analizar los factores que influyen en la prevalencia y severidad de la caries dental en los párvulos. La evidencia refiere que la población en condición rural presenta más afectación por caries dental que la urbana, independiente del tramo de edad.¹⁶⁻¹⁸ Esto es coincidente con los resultados de este estudio, en que los párvulos de establecimientos rurales presentaron mayor daño por caries dental, aunque las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas. La corta edad de los párvulos en estudio podría explicar que aún no se observen diferencias por factores geográficos, las que, en cambio, si se muestran a la edad de los seis o doce años como lo evidencian otros estudios.^{17,19}

A la hora de interpretar los resultados es importante considerar las limitaciones del estudio. En relación a la variable dependiente analizada, existe concordancia de los valores en prevalencia y severidad de la caries dental obtenida en este estudio con la literatura⁵. Sin embargo, el hecho de que estos datos provienen de fuentes secundarias, queda expuesto a sesgos de información. A su vez, las variables independientes como son la edad y condición geográfica constituyen una evidencia objetiva de factores que posibilitan una peor salud bucal, sin embargo al tratarse de investigación en poblaciones vulnerables, y de una enfermedad crónica multifactorial, existen otros determinantes de salud como factores ambientales, culturales, sociales y locales que podrían estar influyendo en la mala salud bucal y que no fueron medidos en este estudio.

Es importante destacar que, los resultados de este estudio permiten establecer una línea base de la prevalencia y severidad de caries dental en los párvulos de la provincia de Melipilla, estableciendo las necesidades de tratamiento para dicho grupo poblacional, insumo relevante para la gestión en salud.

Por tanto, los resultados del presente trabajo permiten concluir que los párvulos muestran un elevado daño por caries dental cuyo inicio es temprano. Esto pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas públicas de salud bucal destinadas a la primera infancia.

FINANCIACIÓN

Este estudio no tuvo financiación externa.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Barker J, Horton S. An ethnographic study of latino preschool children's oral health in rural California: Intersections among family, community, provider and regulatory sectors. *BMC Oral Health* [Internet]. 2008 [consultado el 8 de Abril 2021]; 8(1):8. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/8>
2. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de salud bucal. Análisis de situación de salud bucal en Chile [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 [consultado el 08 de Abril 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>
3. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2005 [consultado el 03 de Abril 2021]; 83(9):644 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/269480/PMC2626333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de salud bucal. Protocolo de cepillado y aplicación comunitaria de barniz de flúor para intervención en párvulos [Internet]. Santiago: MINSAL; 2012 [consultado el 08 de Abril 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b852ac18f3b067f3be04001016401265d.pdf>
5. Chile. Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Unidad Odontológica. Orientaciones técnico-administrativas para ejecución de programa Sembrando Sonrisas [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [consultado el 08 de Abril 2021]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wpcontent/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Sembrando-Sonrisas-2019.pdf>
6. Molina N, Durán D, Castañeda E, Juárez M. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. *Gac Med Mex.* 2015;151:485-90
7. Aguilera C, Alarcón N. Relación entre prevalencia de caries dental, índice de higiene oral y estado nutricional en niños preescolares de 3 a 5 años 11 meses del sector Pedro del Río, Concepción, VIII Región, Chile 2014. Concepción: Universidad de Concepción; 2014.
8. Peterson HG, Bratthall D. The caries decline: a review of reviews. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:436-43.
9. Burt B. Concepts of risk in dental public health. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):240-7.
10. Griffin SO, Griff PM, Swann JL, Zlobin N. New coronal caries in older adults: implications for prevention. *J Dent Res.* 2005;84 (7):715-20.
11. Chugh VK, Sahu KK, Chugh A. Prevalence and Risk Factors for Dental Caries among Preschool Children: A Cross-sectional Study in Eastern India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11(3):238-43.
12. Corchuelo J, Soto L. Prevalencia de caries en preescolares de hogares comunitarios en el Valle del Cauca y factores sociales relacionados. *Rev Odont Mex.* 2017;21(4):229-34
13. Hoffmeister L, Moya P, Vidal C, Benadof D. Factores asociados a la caries de la primera infancia en Chile. *Gaceta sanitaria.* 2016;30(1):59-62.
14. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG. Social gradients in oral and general health. *J Dent Res.* 2007; 86 (10):992-6.
15. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Review. Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(4):241-7.
16. Skinner AC, Slifkin RT, Mayer ML. The effect of rural residence on dental unmet need for children with special health care needs. *J. Rural Health.* 2006;22(1):36-42.
17. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2007.
18. Zander A, Sivaneswaran S, Skinner J, Byun R, Jalaludin B. Risk factors for dental caries in small rural and regional Australian communities. *Rural Remote Health.* 2013;13(3):2492.
19. Giacaman R, Bustos I, Bravo-León V, Mariño R. Impact of rurality on the oral health status of 6-year-old children from central Chile: The Epi Maule study. 2015 Apr-Jun;15(2):31-35.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 15-27

ESTIGMA PERCIBIDO POR VIH Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH EN LA CIUDAD DE MÉXICO

HIV-RELATED PERCEIVED STIGMA AND ADHERENCE TO TREATMENT AMONG PEOPLE WITH HIV FROM MEXICO CITY

RESUMEN

Introducción. Analizar la relación entre el estigma percibido por VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en personas con VIH en la ciudad de México.

Material y métodos. Se utilizó un diseño mixto incluyendo una encuesta transversal y entrevistas a profundidad. En la encuesta se aplicó un cuestionario a 557 personas con VIH de dos instituciones públicas. En el cuestionario se incluyó una escala de estigma asociado al VIH con dos variables: ocultamiento de su seroestado a personas no cercanas y revelación de su seroestado a familiares y amigos. Mediante modelos de regresión logística se evaluó la asociación del estigma percibido con la baja adherencia al TAR, i.e. la omisión de la toma de medicamentos antirretrovirales en el día, la semana y el mes previos. Las entrevistas a profundidad tuvieron la finalidad para explorar las experiencias respecto a las dificultades para adherirse al TAR.

Resultados. Las personas que ocultaban su enfermedad tuvieron mayor probabilidad de no adherencia (RM=2.33). Los entrevistados que no habían revelado su seroestado a personas cercanas también tuvieron una mayor probabilidad de no adherencia (RM=2.35). Coincidentemente, en las entrevistas se evidenció que las experiencias de discriminación o las expectativas de ser discriminado hacen que las personas oculten su enfermedad y esto propicia la omisión de toma de medicamentos.

Discusión. Es necesario promover acciones orientadas a eliminar el estigma asociado al VIH como una medida fundamental para incrementar la adherencia al TAR.

Palabras clave: estigma social, cumplimiento y adherencia al tratamiento, servicios de salud, infecciones por VIH, serodiagnóstico del SIDA.

ABSTRACT

Introduction. To analyze the relationship between HIV-associated perceived stigma and adherence to antiretroviral therapy (ART) in people with HIV in Mexico City.

Material and methods. A mixed methods approach was used including in-depth interviews and a cross-sectional survey. In-depth interviews were conducted to explore barriers to ART adherence. In the survey, a questionnaire was given to 557 people with HIV treated in two public health institutions. The questionnaire included an assessment of HIV-associated perceived stigma; exploratory factor analysis demonstrated two outcomes: concealment of serostatus and revelation of the serostatus to family and friends. Logistic regression models were used to assess the association of HIV-associated stigma with low ART adherence on the previous day, week and month.

Results. People who concealed their disease had higher risk of non-adherence (RM= 2.33). Participants who had not revealed their serostatus to friends or relatives also had a higher probability of non-adherence (RM= 2.35). Coincidentally, the interviews showed that the experiences of discrimination or the expectations of being discriminated against make people conceal their illness and are thus prone to non-adherence.

Discussion. It is necessary to promote actions aimed at eliminating HIV-related stigma as a fundamental measure to increase adherence to ART.

Key words: social stigma, treatment adherence and compliance, medication adherence, healthcare disparities, HIV.

Luis Ortiz-Hernández
Diana Pérez-Salgado
Guadalupe Staines-Orozco
Sandra Compeán-Dardón

Departamento de
Atención a la Salud, Universidad
Autónoma Metropolitana unidad
Xochimilco.

lortiz@correo.xoc.uam.mx.

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH sigue siendo uno de los problemas de salud predominantes a nivel nacional y mundial¹. En México, durante el año 2019, el VIH/SIDA fue la sexta causa de muerte entre las personas de 25 a 34 años y la séptima entre las de 35 a 44 años² y 82.44% de los casos eran hombres. Debido al incremento creciente en el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR), la tasa de mortalidad por VIH/SIDA se redujo más de 20% entre 2008 y 2015³. Sin embargo, para 2019 no se logró el objetivo con respecto a lograr una tasa de mortalidad por VIH a igual o menor a 3.5 por 100,000 habitantes ya que en ese año fue de 4.2 por 100,000 habitantes². Para el 2017 se estimaba que 61% de las personas con VIH se encontraban bajo TAR, de los cuales el 88.4% habían suprimido la carga viral⁴.

La adherencia al TAR debe mantenerse superior al 95% para lograr suprimir la carga viral y reducir la mortalidad⁵. La reducción de la mortalidad asociada a la TAR ha logrado que la esperanza de vida de una persona con VIH sea similar a la de la población en general⁶. Además, la supresión de la carga viral reduce sustancialmente el riesgo de transmisión sexual.

El estigma asociado al VIH (y la consecuente discriminación), es uno de los factores socioculturales que puede tener consecuencias perjudiciales para la vida de las personas con VIH. Específicamente, el estigma asociado al VIH puede influir en la no adherencia al TAR. Se ha distinguido entre el estigma social asociado al VIH y la experiencia del estigma por VIH⁷. El primero hace referencia a las actitudes que tiene la población hacia un rasgo que socialmente se ha devaluado, en este caso al VIH. Mientras que la experiencia del estigma se refiere a la consciencia que tienen las personas que viven con VIH respecto a la evaluación negativa de su estado serológico. Esto puede implicar tres fenómenos: la percepción de que han sido objeto de discriminación (estigma confirmado), la expectativa que tienen las personas con VIH de que en el futuro podrían experimentar un trato prejuicioso o discriminatorio por parte de otras personas debido a su enfermedad (estigma percibido o anticipado) o cuando las personas que viven con VIH están de acuerdo con las creencias y actitudes negativas hacia los portadores de VIH (estigma internalizado). El presente trabajo está centrado en el estigma percibido.

En los individuos que enfrentan algún estigma

existen dos etapas en su socialización⁸: la primera ocurre cuando la persona con el estigma incorpora el punto de vista dominante o mayoritario. Con ello, la persona adquiere las creencias sobre tal estigma, así como una idea general de lo que significa enfrentarlo. En la segunda fase, el individuo aprende que enfrenta un estigma y sabe qué consecuencias conlleva el tenerlo. Las personas que experimentan estigma son conscientes de que algún aspecto de ellos no es aceptado por la sociedad y esto se convierte en un aspecto dominante en la percepción sobre sí mismos⁹. Las personas con mayor grado de estigma podrían ocultar por más tiempo que son VIH positivos y/o lo comunicarán a una cantidad menor de personas.

La relación entre el estigma por VIH y la adherencia al TAR ha sido previamente analizada en diferentes contextos, incluyendo países de África y Asia, así como países con un nivel de ingreso alto en América (principalmente en los EEUU) y Europa^{7,10,11}. En una revisión¹⁰ se observó que el estigma por VIH se relaciona con menor adherencia al TAR. Sin embargo, en la región latinoamericana sólo se ha identificado un estudio (realizado en Perú) que ha analizado dicha relación y en el cual no existió asociación alguna entre estigma y adherencia¹². La discrepancia de los resultados obtenidos en diferentes países sugiere que lo observado en otros continentes y contextos socioeconómicos posiblemente no es aplicable a países latinoamericanos.

Asimismo, dicha discrepancia puede ser el resultado de las diferencias socioculturales y epidemiológicas entre las regiones. Por ejemplo, mientras que en el sudeste de África la epidemia por VIH no afecta a grupos poblacionales específicos, en el resto de las regiones del continente la epidemia está concentrada en grupos como hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales y usuarios de drogas intravenosas¹³. En América Latina, la epidemia de VIH se ha concentrado en HSH y mujeres transgénero, lo cual ha contribuido a que el estigma por VIH esté vinculado al estigma hacia la homosexualidad. Estos elementos explican, en parte, la variación en las actitudes que las personas tienen hacia el VIH/SIDA. Por ejemplo, en la primera década de este siglo en algunos países como China y Tailandia la mayoría de los adultos no querían tener como vecino a una persona con VIH (74.5% y 57.2%)¹⁴; mientras que en algunos países africanos y aquellos con un alto nivel de ingreso se observan una frecuencia más baja en la prevalencia

de esa opinión (7.1% en Sudáfrica, 10% en Holanda y 15.3% en los EEUU). Por su parte, los países latinoamericanos se ubican en un lugar intermedio respecto a estas actitudes negativas hacia el VIH (21.1% en Perú y 20.6% en México).

En una revisión¹¹ sobre determinantes socio-culturales del acceso a la atención al VIH se hizo notar que en la mayoría de las investigaciones sobre estigma y adherencia al TAR este ha sido evaluado como un constructo global, sin diferenciar sus diferentes dimensiones o aspectos. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre el estigma percibido asociado al VIH y la adherencia al TAR en personas que padecen VIH/SIDA de la ciudad de México. Para ello se recurrió a un diseño mixto en el que se realizó una encuesta transversal y entrevistas a profundidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio mixto con diseño de complementariedad exploratorio. Es decir, tanto la aproximación cuantitativa como la cualitativa se realizaron de manera concurrente y posteriormente se contrastaron y complementaron los resultados derivados de ambos enfoques.

Aproximación cuantitativa

Se realizó un estudio transversal analítico con una muestra por conveniencia de personas seropositivas atendidas en una institución de seguridad social (clínica de VIH del Hospital Regional López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y en otra que atiende a personas sin seguro médico (Clínica Especializada Condesa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal). El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2011 y noviembre de 2012. Los criterios para la selección de los participantes fueron los siguientes: a) ser usuario de alguna de las dos clínicas; b) estar bajo TAR al momento de la elaboración del estudio y c) ser mayor de 18 años y si eran menores de edad no debían depender de sus tutores o vivir con ellos. Todas las personas que eran atendidas en los servicios fueron invitadas y posteriormente se confirmaba que cumplieran los criterios de inclusión. La muestra total fue conformada por 557 personas de entre 16 y 80 años, de los cuales 448 eran HSH y 109 mujeres. Las características sociodemográficas de la muestra pueden ser consultadas en otra publicación¹⁵.

Se aplicó un cuestionario cara a cara para registrar

información relacionada tanto con la adherencia al TAR, como con el estigma percibido asociado al VIH. La aplicación de los cuestionarios fue realizada por pasantes de la Licenciatura en Enfermería previamente capacitadas en técnicas de entrevista.

La variable dependiente fue la adherencia al TAR, evaluada mediante tres preguntas que indagaban la omisión en la toma de medicamentos antirretrovirales durante el mes, la semana y el día previos a la aplicación del cuestionario. Las opciones de respuesta eran sí o no. Cuando la respuesta era afirmativa, se preguntaba cuántas veces había omitido tomar el medicamento. A partir del número de veces en que esto había ocurrido se creó una nueva variable que evalúa la baja adherencia durante esos periodos. Se utilizaron estos dos tiempos de referencia ya que el de mayor duración (un mes) representa mejor la adherencia, mientras que el de menor duración (una semana) está menos sujetos a sesgos de memoria. Se calificó como baja adherencia cuando la persona había omitido 5% o más de las dosis prescritas de TAR¹⁶.

La variable independiente fue el estigma asociado al VIH que se evaluó utilizando una escala de cinco preguntas cuyas opciones de respuesta eran sí o no (ver Tabla 1), las cuales fueron obtenidas de la revisión de la literatura¹⁷⁻¹⁹. Se realizó un análisis factorial de la escala (ver Tabla 1), con el cual se obtuvieron dos componentes, los cuales fueron nombrados considerando el contenido de las preguntas que quedaron incluidas en cada uno de ellos. Al primer factor se le nombró "ocultamiento" e incluye tres ítems: "no quiere decirle a nadie que tiene VIH", "trata de que la gente no se entere que vive con VIH" y "busca que nadie se entere que toma medicamento para el VIH". Se sumaron las preguntas y se crearon dos categorías: 1) no se oculta, cuando las tres respuestas eran negativas y, 2) ocultamiento, cuando contestaba afirmativamente a una o más preguntas. Al segundo componente se le denominó "revelación de seroestado a personas cercanas", que incluye dos ítems: "las personas cercanas a usted (familiares, amigos) saben que vive con VIH" y "usted puede platicar con sus familiares sobre su enfermedad o su tratamiento para el VIH". Igualmente, se sumaron las preguntas y se crearon dos categorías: 1) Cercanos no saben, cuando las dos respuestas eran negativas y 2) Cercanos saben, cuando alguna respuesta era afirmativa.

Se realizó análisis bivariado utilizando la prue-

ba de chi cuadrada para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre grupos de acuerdo con el nivel de estigma percibido ($p \leq 0.050$). Posteriormente, se estimaron modelos de

regresión con los componentes que mostraron una relación estadísticamente significativa respecto a la adherencia al TAR. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0.

Tabla 1. Análisis factorial de la escala de estigma por VIH*

	Respuestas afirmativas		Factor 1 Ocultamiento	Factor 2 Revelación de seroestado
Eigen Value			2.15	1.55
% Varianza			43.0	31.0
	n	%		
Usted puede platicar con sus familiares sobre su enfermedad o su tratamiento para el VIH	384	68.9	-0.12	0.86
No quiere decirle a nadie que tiene VIH	334	60.0	0.74	-0.10
Las personas cercanas a usted (familiares o amigos) saben que vive con VIH	409	73.4	-0.01	0.88
Trata de que la gente no se entere que vive con VIH	363	62.2	0.88	-0.00
Busca que nadie se entere que toma medicamento para el VIH	346	62.1	0.88	-0.08

*Análisis rotado varimax.

Aproximación cualitativa

La aproximación cualitativa tuvo como orientación metodológica el análisis de contenido²⁰. Se recurrió a la entrevista semiestructurada, ya que permite acercarse a las experiencias y perspectivas de las personas. En la entrevista se entrelaza “el tiempo del entrevistado” mediante la reconstrucción de sus experiencias contadas en el presente, con “el tiempo del investigador” quien sistematiza la información a partir de las hipótesis o interpretaciones orientadas a la investigación, así como su propia interpretación. Con este enlace se busca contextualizar a los entrevistados y sus vivencias; además de realizar una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje²¹.

Se entrevistaron a 12 HSH que eran atendidos en la Clínica Especializada Condesa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Inicialmente se planeó incluir a mujeres y hombres heterosexuales; sin embargo, no aceptaron participar las cinco personas invitadas con estas características. Por ello, las entrevistas se realizaron sólo a HSH. El muestreo se realizó buscando la máxima variación en términos de condición laboral y tiempo viviendo con VIH y en TAR. Entre las personas que habían respondido el cuestionario de la aproximación cuantitativa, las enfermeras seleccionaban a personas que podrían ser entrevistadas considerando los objetivos del muestreo cualitativo. De este modo, las enfermeras tenían cierto conocimiento previo sobre los entrevistados. Las características de los participantes se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de los participantes en las entrevistas a profundidad

Sujetos	Edad	Estado civil	Orientación sexual	Escolaridad	Ocupación	Tiempo con el diagnóstico	Tiempo con el tratamiento
1	31	Soltero	Bisexual	Bachillerato	Comerciante	12 años	10 años
2	24	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Comerciante	1 mes	15 días
3	31	Soltero	Bisexual	Bachillerato	Chef	11 años	8 años
4	27	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Empleado	3 años	2 años 6 meses
5	24	Soltero	Homosexual	Secundaria	Desempleado	1 año	1 año
6	43	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Estilista	6 años	5 años
7	29	Soltero	Homosexual	Primaria	Comerciante / imitador	8 años	8 años
8	30	Soltero	Homosexual	Licenciatura	Estudiante	1 año 6 meses	1 año 2 meses
9	35	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Empleado en negocio familiar	6 años	6 años
10	23	Soltero	Homosexual	Licenciatura	Estilista	4 años 6 meses	3 años y medio
11	24	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Estudiante	3 meses	1 mes
12	22	Soltero	Homosexual	Bachillerato	Estudiante	1 año y 6 meses	6 meses

El primer autor (LOH) es profesor universitario y capacitó a las dos Licenciadas en Enfermería que realizaron las entrevistas. LOH tiene formación en ciencias sociales aplicadas a la salud y previamente ha conducido investigaciones cualitativas que han incluido entrevistas a profundidad y grupos focales. LOH también es un hombre abiertamente gay que por varios años ha realizado investigaciones para entender el impacto de la homofobia en la salud de la población LGBT. Las enfermeras realizaron las entrevistas como parte de su pasantía y durante el proyecto desarrollaron interés por las dificultades a las que se enfrentan las personas con VIH.

Para realizar las entrevistas se siguieron los procedimientos descritos por Taylor²², Bernard²³ y Baz²⁴. Las entrevistas se realizaron siguiendo una guía de tópicos diseñada previamente y que incluía los siguientes temas: el historial de la persona respecto a la toma de medicamentos (e.g. esquema anti-retroviral, tiempo de consumo y cambios en esquema), dificultades para tomar los medicamentos, situaciones relacionadas con las dificultades y aspectos que han facilitado a la persona para tomar los medicamentos. Las entrevistas fueron realizadas fuera de los centros de atención en lugares acordados con los participantes. En la mayoría de los casos se realizaron en cafeterías, pero también se realizaron en parques o en la Universidad Autónoma Metropolitana

unidad Xochimilco. A los entrevistados se les explicaba el objetivo de la investigación y se les daba los datos de contacto del equipo de investigación. En la entrevista solo estaban presentes el participante y la entrevistadora. Después de que el participante firmara un consentimiento informado, las entrevistas eran audio grabadas, las cuales duraron entre 44 y 115 minutos, con una media de 72 minutos. Cada persona fue entrevistada en una sola ocasión. Se dejaron de realizar las entrevistas cuando se alcanzó saturación teórica, lo cual implicó varias discusiones con todo el equipo de investigación durante el trabajo de campo.

Las entrevistas se codificaron mediante el programa Atlas.ti versión 7 con el objetivo de recuperar temáticas a partir de lo expresado por los participantes. Para sistematizar la información de las transcripciones, se recurrió al análisis de contenido²⁵. Primero, a cada una de las verbalizaciones de los participantes se le asignó un código que describía de manera resumida su contenido; a partir de esta codificación se obtuvo una lista de temas. Posteriormente, los códigos fueron agrupados en función de su similitud o coincidencias; con esto se identificaron las formas de estigma percibido del estigma asociado al VIH por parte de los participantes. La codificación fue realizada por dos de las autoras (DPS y GSO) y las diferencias en la interpretación

fueron discutidas por el equipo de investigación. La calidad del análisis se garantizó realizando los procedimientos sugeridos por Mays y Pope²⁶. Esto implicó ejercicios de reflexividad en los que cada uno de los autores hizo explícito su posición personal respecto al tema. Por ejemplo, las tres autoras se reconocen como mujeres heterosexuales; mientras que el autor principal se reconoce como un hombre gay seropositivo. Las discusiones sobre la codificación se realizaron reconociendo estas posiciones. Otros elementos considerados fue el reconocer un caso negativo (ver sección "Apoyo social" de los resultados), el describir con detalle el método que seguimos y la triangulación. En los resultados sólo se presenta una verbalización, pero en general dos o más entrevistados comentaron experiencias similares sobre un tema. Los autores pueden enviar a quien lo solicite las verbalizaciones completas que soportan el análisis.

Los aspectos éticos y científicos del proyecto fueron aprobados por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana. A quienes aceptaron participar en el estudio se les garantizó el manejo confidencial de los datos que proporcionaron; asimismo, se solicitó el consentimiento informado por escrito de cada participante.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

El porcentaje de personas que ocultaban su enfermedad fue de 77.2%, mientras que el porcenta-

je de participantes que no habían revelado su seroestado a sus cercanos fue de 19.4% (Tabla 3). La prevalencia de omisión de medicamentos difirió de acuerdo al tiempo de referencia, siendo de 23.3%, 12.2% y 5.2% durante el mes, semana y día previos, respectivamente. La baja adherencia fue mayor durante el mes previo (5.9%) que en la semana previa (5.2%). Durante el mes previo, la prevalencia de omisión fue mayor en el grupo que ocultaba su enfermedad (26.5%) en comparación con quienes no lo hacían (13.4%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.050$). Lo mismo sucedió con la baja adherencia en la semana previa (6.3% en quienes ocultaban y 1.6% en quienes no, siendo las diferencias significativas $p < 0.050$). Entre los participantes que no habían revelado su condición serológica a sus cercanos existió mayor frecuencia de omisión en el día previo en comparación con quienes lo habían revelado (9.3% versus 4.2%). Lo mismo sucedió respecto a la baja adherencia en la semana previa. En ambos casos las diferencias fueron significativas ($p < 0.050$).

Tanto en los modelos de regresión logística crudos como en los ajustados (Tabla 4), se observó que las personas que ocultaban su padecimiento tuvieron una mayor probabilidad de omitir alguna toma de sus medicamentos durante el mes previo (RM=2.33, IC95% 1.33-4.09). Además, los participantes tuvieron mayor probabilidad de omitir la toma de sus medicamentos en el día previo cuando las personas cercanas a ellos no sabían su estado serológico (RM=2.35, IC95% 0.05-5.28). Lo mismo sucedió con la probabilidad de baja adherencia en la semana previa (RM= 2.29, IC95% 1.02-5.13).

Tabla 3. Relación entre el estigma asociado al VIH y la omisión de toma de medicamentos y baja adherencia en el día, semana y mes previo a la encuesta

	Total	Ocultamiento		Revelación de seroestado a personas cercanas	
		No %	Sí %	No %	Sí %
Total		22.8	77.2	19.4	80.6
Día previo					
Omisión de toma	5.2	0	6.7*	9.3	4.2*
Semana previa					
Omisión de toma	12.2	7.9	13.5	16.7	11.1
Baja adherencia	5.2	1.6	6.3*	9.3	4.2*
Mes previo					
Omisión de toma	23.3	13.4	26.5*	28.7	22.3
Baja adherencia	5.9	2.4	7.0	5.6	6.0

Fuente: Elaboración propia con datos recabados en dos instituciones públicas de la ciudad de México.

* $p < 0.050$, diferencias entre los grupos

Tabla 4. Modelos de regresión logística en los que la variable independiente fue el factor de estigma “ocultamiento” y la variable dependiente fue la omisión en la toma tratamiento antirretroviral en el mes previo

	Omisión mes previo			Baja adherencia semana previa		
	RM	IC95%	<i>p</i>	RM	IC95%	<i>p</i>
Modelo crudo						
No se oculta	1.00					
Se oculta	2.33	1.34-4.06	0.003			
Modelo ajustado						
No se oculta	1.00					
Se oculta	2.33	1.33-4.09	0.003			
Modelo crudo						
Cercanos saben	1.00			1.00		
Cercanos no saben	2.30	1.04-5.12	0.039	2.30	1.04-5.12	0.039
Modelo ajustado						
Cercanos saben	1.00			1.00		
Cercanos no saben	2.35	1.05-5.28	0.038	2.29	1.02-5.13	0.043

RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza al 95%.

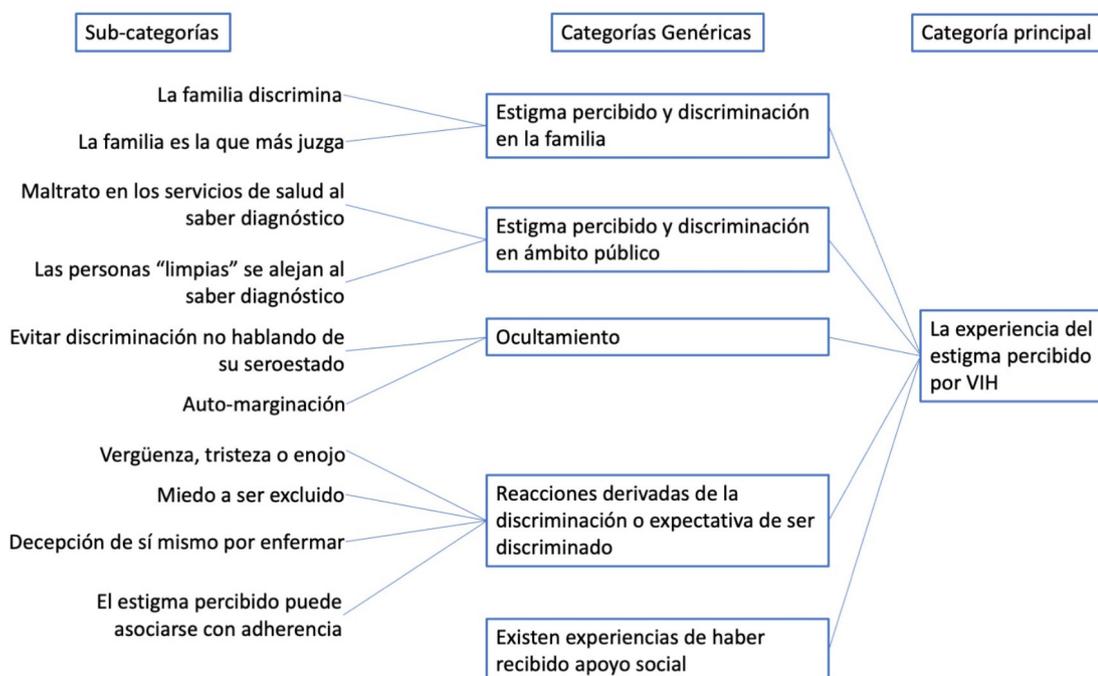
* Modelo ajustado por sexo/orientación sexual, edad, estado civil y escolaridad.

Análisis cualitativo

Los principales hallazgos de esta aproximación se relacionan con la experiencia del estigma percibido, así como sus efectos en el bienestar y la adherencia.

En la última sección se incluyeron dos hallazgos que no tienen congruencia con lo observado en la mayoría de los testimonios. Las categorías y los códigos que fueron identificados a partir del análisis se presentan en la figura 1.

Figura 1. Temas emergentes y sus correspondientes unidades de significado



1. La experiencia del estigma percibido

En las entrevistas se evidenció que las personas con VIH empiezan a percibir el estigma por su enfermedad debido dos experiencias: los actos de discriminación que han sufrido por su seroestado y las expectativas de poder sufrir dichas experiencias. Como se verá más adelante, estas experiencias pueden afectar de manera indirecta la adherencia al TAR. En los siguientes relatos son ejemplos de algunas formas de discriminación que han experimentado cuatro los participantes del estudio. Cabe mencionar que en todas las experiencias relatadas está implícito el miedo infundado a la trasmisión del VIH por parte de las personas con las que interactúan las personas con VIH:

“De hecho uno de mis hermanos, que yo creo que se enteró por mi hermana, una ocasión me fui a quedar a su casa y no llevé pijama, le dije ‘préstame un short’, porque yo no puedo dormir o totalmente desnudo o tapado, entonces le dije ‘préstame un short y una playera’ entonces me dijo que sí, al otro día me paré me metí a bañar la doblé y se la puse ahí y le dije ‘ahorita te la lavo’ y yo escuché cuando lo dijo a mi cuñada ‘cuando se vaya la tiras a la basura’ y yo me quedé así...” (Participante 8)

“Para empezar la clínica de VIH estaba hasta el último pasillo donde nadie pasara y era porque éramos el patito feo del Instituto entonces cuando

llegábamos con alguna trabajadora social, y para esto nuestra receta y nuestro laboratorio siempre le ponían casi con rojo “paciente con VIH/SIDA” primero nos trataban de así ‘hola buenos días’ y ya viendo el diagnóstico con el que íbamos como que cambiaban el trato o era muy seco o era así de lo atiende lo más rápido posible y te atiende con pincitas ¿no? Entonces eso el cambio que eso se generaba” (Participante 11)

Estos relatos muestran que quienes han sido contagiados con el VIH, reciben un trato diferenciado al ser considerados como una categoría de personas que representan un riesgo para quienes no viven con dicha condición. Este trato se presenta una vez que otras personas conocen su seroestado y estas situaciones se presentan tanto con personas cercanas como en las instituciones de salud. A lo anterior se añade al hecho de que la infección por VIH es percibida como una enfermedad mortal o que puede deteriorar considerablemente las capacidades y la vida de las personas que la padecen:

“porque ellos todavía lo siguen viendo como algo muy delicado que a veces si me llega a desesperar que me vean como un “muñequito de cristal” que ya no lo deban de tocar ni el aire y eso no me gusta que me creen esa inseguridad en mi persona” (Participante 6).

Más adelante se verá que algunos participantes consideran que cuidar su salud (entre lo cual está incluida la adherencia) puede ser utilizada como una forma de mostrarle a los demás que la enfermedad ya no es mortal.

Otra manifestación del estigma percibido proviene de las expectativas que las mismas personas con VIH tienen, es decir, de su percepción sobre las posibles reacciones que otros pueden tener al conocer su seroestado. Los testimonios de tres participantes muestran que incluso aquellas personas con VIH que afirman no estar en conflicto con el hecho de tener la infección, tienen alguna reserva o miedo del trato que pueden recibir por parte de quienes tienen prejuicios hacia la enfermedad:

“(hablando de su patrón) ‘no voy a arriesgar a mis otros empleados’, por ejemplo, una de sus hijas trabaja con nosotros es la que nos supervisa, y pues ‘yo no voy a arriesgar a mi hija’ (hija del patrón), obviamente compartes baño, que regreso a la ignorancia de no saber muchas cosas y cuestiones respecto a la enfermedad” (Participante 4)

Así, las expectativas que tienen las personas con VIH respecto a la posibilidad de ser discriminadas están directamente relacionadas con las experiencias de discriminación que ellas u otras personas con VIH han sufrido. Ante ambas situaciones, dos de los entrevistados indicaron que han buscado ocultar su seroestado:

“... no saben y, la verdad, no he sentido como esa necesidad, e inclusive de mis amigos, y el estarlo anunciando como que a los cuatro vientos pues dices ‘a mí no’, y no es un rollo de si me señalan o no. Porque en ese sentido a mí me valdría madre, pero desgraciadamente en esta sociedad no todos tenemos este grado de conciencia de no discriminación y si te encuentras de que hay de todo en este planeta y tienes que entender eso también de que en algún momento va a haber alguien que te va a discriminar y yo no quisiera propiciarlo” (Participante 1).

2. Efectos del estigma en el bienestar y la adherencia

Las experiencias de discriminación o las expectativas de sufrir una experiencia de discriminación son vistas por las personas con VIH como una situación injusta e indigna. En sus verbalizaciones existen sentimientos de vergüenza, enojo, tristeza y aislamiento:

“que mucha gente que no sabe, que piensa que por un beso te contagias, que por tomar en tu mismo vaso ya te contagiaste. En muchos aspectos que la verdad moralmente te da el bajón ‘¿Qué está pasando? ¿Por qué me están rechazando? ‘...’ (Participante 4)

“tengo ahorita dos amigos que este que yo termine casi de la greña con sus papás, al día de ahora y en pleno siglo XXI ¿qué hace la mamá? ¿tiene sus vasos, platos, cucharas, todo desechable!” (Participante 12)

Además, dichas experiencias o expectativas generan miedo en las personas con VIH respecto al riesgo que tienen de ser tratadas de forma discriminatoria:

“... te harían como a un lado, te criticarían y te juzgarían, entonces finalmente más que el miedo físico es el miedo a la muerte social, el ser excluido de la sociedad” (Participante 11)

No se identificaron testimonios en los que se vin-

culara directamente el estigma percibido con la adherencia al TAR. Sin embargo, el ocultamiento de la enfermedad es uno de los procesos por los cuales el estigma percibido por VIH podría tener efectos negativos en la adherencia, pues una de las estrategias de ocultamiento es intentar que otras personas no conozcan que la persona con VIH toma el TAR o que acude a sus citas médicas para darle seguimiento a su tratamiento, lo cual fue mencionado por tres entrevistados:

“sí influye mucho, porque por decir, porque luego ven que tomas y te preguntan ‘¿Por qué tomas eso? ¿Para qué tomas eso?’ Yo de hecho mis pastillas las echo en un topersito de crema que tengo o las cambio de algún otro medicamento y las hecho ahí y ya ‘es que estoy tomando vitaminas’, mas no ando con mi frasquito diciendo el efavirenz, la kivexa, porque hasta en eso hay gente que sí conoce de medicamentos de antirretrovirales y dicen ‘¿y esas pastillas para qué son?’ ‘no pues, son vitaminas que yo tomo así’...” (Participante 8)

En uno de los casos documentados por el estudio, se describió que el desgaste emocional por la posible discriminación derivada de la enfermedad se suma a la carga que en sí misma representa el mantener la adherencia al TAR:

“ ya estoy cansado, te lo juro, cansado. Me siento derrotado por el hecho de tener que enfrentar toda esta inestabilidad, abusar de un solo medicamento, porque el hecho de tomar tu medicamento, tomártelo, tener la constancia. No solamente tener el humor, la paciencia, tener un alto grado, la frustración, en una por discriminación de la gente, dos por tu misma discriminación como ser humano hacia a ti y por la gran decepción que tengo yo de mí por haberme enfermado a tan corta edad” (Participante 2)

En los siguientes testimonios se puede apreciar que las personas con VIH cuidan de su salud como una forma de evitar el deterioro, el cual, de presentarse, haría difícil ocultar su seroestado:

“yo quería estar bien, sin la preocupación de ¿qué van a pensar los demás? o ¿qué va a decir tu familia o amigos? o de la discriminación, que te van hacer el feo en el trabajo, la escuela, en restaurantes. No, ya no queda la preocupación de eso” (Participante 12)

3. Apoyo social

En un caso se comentó que algunas personas que conocen el seroestado de quien tiene VIH, les brindan su apoyo y solidaridad:

“... tengo clientas de años que saben, que están al pendiente. Me dicen ‘oye, ¿cómo vas con el tratamiento?’... están al pendiente: ‘es que ahora te he visto más llenito’, ‘ahora te veo más delgado, ¿que no estás comiendo bien?’ ... este son buenas amistades que se preocupan” (Participante 12)

DISCUSIÓN

En el análisis cuantitativo se encontraron dos factores relacionados al estigma por VIH: ocultamiento a otras personas del seroestado y revelación del seroestado a personas cercanas. Es probable que se trate de dos formas de manejar el estigma por la enfermedad: algunas personas con VIH pueden compartirlo con familiares y amigos, pero no con otras personas; mientras que otro grupo de personas con VIH no pueden hablar abiertamente sobre su seroestado con nadie. En futuros estudios convendría poner a prueba esta hipótesis. Los resultados del análisis cuantitativo muestran que, en personas con VIH, el ocultamiento y la no revelación de la enfermedad a personas cercanas, está asociada con una menor adherencia al TAR.

Los hallazgos de la parte cualitativa coinciden con el trabajo realizado por Sánchez-García en España²⁷, relativo a que las personas seropositivas reconocen haber vivido situaciones de rechazo, discriminación, marginación o distanciamiento como consecuencia de su seropositividad. Estas experiencias adversas coadyuvan para que las personas que viven con VIH oculten su seropositividad y así evitar no solamente actitudes de rechazo social, sino interrogatorios que vulneren su derecho a la intimidad y especulaciones en torno a su pasado y a su vida privada. En este sentido la mayoría opta por ocultar su seropositividad a aquellas personas con las que no mantiene un vínculo afectivo fuerte. Aunque en el presente estudio se observó que también viven experiencias de discriminación con personas cercanas a ellos.

La correlación del ocultamiento de la enfermedad con la baja adherencia observada en el análisis cuantitativo tuvo una cierta correspondencia con los testimonios obtenidos en las entrevistas a profundidad. Algunas personas con VIH en ocasiones

tratando de ocultar evitan que otras personas se enteren que toman el TAR. Es posible que el ocultar el consumo de medicamentos haga que en ocasiones se omita la toma de los mismos. El estigma percibido puede condicionar que las personas se concentren en ocultarlo, lo cual puede reducir su atención o esfuerzos para identificar e implementar estrategias de auto-cuidado²⁸, entre las cuales se encuentra la adherencia al TAR.

También es posible que el estigma percibido pueda afectar negativamente la salud mental, lo cual puede expresarse en síntomas de distrés psicológico^{7,10}. En el análisis cualitativo se hicieron evidentes diferentes emociones negativas asociadas con el estigma percibido por VIH tales como tristeza y aislamiento. Estas emociones negativas también pueden reducir la motivación de las personas para adherirse al TAR²⁹.

Contrario a lo que podría esperarse, en las entrevistas se observó que el estigma percibido de la enfermedad podría en alguna medida promover la adherencia al TAR, ya que el evitar el avance de la enfermedad puede servir como una forma de ocultarla y/o mostrar a sus familiares que la enfermedad es manejable o que no tiene consecuencias severas. Aunque este hallazgo parece contra-intuitivo, también es cierto que la literatura psicológica³⁰ ha mostrado que las personas con un estigma puede buscar el tratamiento del mismo como una forma de proteger su auto-estima. En investigaciones futuras podrían explorarse las características y experiencias de las personas que se adhieren más a su tratamiento con el objetivo de mostrar que pueden estar saludables a pesar de vivir con VIH.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el que sólo incluimos personas de dos centros de atención. Al mismo tiempo, una de estas clínicas es el centro que atiende a más personas con VIH en México. Otro elemento para considerar es que la aproximación cualitativa sólo incluyó a HSH ya que las personas heterosexuales que fueron invitadas declinaron a participar en las entrevistas. Creemos que el mismo estigma de VIH junto con la homofobia es lo que hace que las personas heterosexuales no deseen tratar este tema en profundidad, lo cual puede ser explorado en el futuro. En cualquier caso, en México la epidemia está concentrada en HSH, por lo cual la aproximación cualitativa permite tener un acercamiento a lo que ocurre con uno de los grupos más afectados. Más aún, en los modelos de regresión logística se ajustó por orientación sexual y el

efecto del estigma se mantuvo. Esto puede implicar que los resultados cuantitativos aplican tanto a HSH como en mujeres que viven con VIH.

Los resultados de este estudio podrían ser considerados para crear estrategias en diferentes niveles para promover la adherencia al TAR. En el nivel individual, nuestro estudio mostró que las personas con VIH viven con temor de ser discriminados. Por ello, a las personas con VIH se les debe ofrecer espacios donde puedan verbalizar sus experiencias y expectativas de discriminación para que puedan analizar cómo éstas pueden influir en su estado de ánimo y la adherencia al TAR. Estos espacios pueden ser grupos de reflexión donde las personas compartan y escuchen los testimonios de otras personas, lo cual puede permitir conocer formas de afrontar estas situaciones. En estos espacios también se les puede ofrecer información sobre auto-cuidado.

En el nivel institucional también se requiere que el personal de salud sea capacitado en técnicas de consejería para que puedan apoyar a las personas a incrementar la adherencia a la TAR. Por ejemplo, en las consultas médicas los profesionales de la salud podrían explorar si las personas con VIH experimentan estigma percibido por su enfermedad, así como las experiencias con las personas con las que interactúan cotidianamente. En las entrevistas se observó que las personas con VIH siguen experimentando discriminación en los servicios de salud, lo cual es preocupante ya que una relación médico-paciente adecuada está asociada con mayor adherencia a la TAR³¹. Por ello, también se requiere que las instituciones de salud capaciten a su personal tanto en conocimiento científico sobre VIH así como en técnicas de comunicación en las que se haga énfasis en la empatía³².

El tercer nivel en el que se puede actuar es el sociocultural ya que nuestros resultados muestran que las personas con VIH pueden reducir su adherencia por el estigma percibido, y éste a su vez tiene su origen en los significados negativos que la sociedad ha construido en torno a esta infección³³. Modificar dichos significados es un proceso complejo y de largo plazo. A pesar de que en México la epidemia de VIH tiene más de 30 años, en los cuales han existido campañas de información sobre los mecanismos de transmisión, el estigma asociado a la infección todavía se basa en la creencia de que el simple contacto puede conllevar a su transmisión. Y el mal trato hacia las personas con VIH deriva de ese desconocimiento y de las actitudes negativas hacia la enfer-

medad. Además, otro de los miedos generados por la desinformación sobre la enfermedad es que ésta puede tener efectos severos sobre las personas que la padecen. Lo anterior contrasta con el hecho de que el TAR ha producido que la infección por VIH sea una condición crónica con una buena calidad de vida para aquellas personas con apego terapéutico. Estos hechos podrían ser elementos que podrían incorporarse a campañas informativas dirigidas a la población en general sobre la enfermedad.

En síntesis, nuestro estudio muestra que a nivel individual el estigma percibido por la infección puede resultar en auto-exclusión por parte de las personas con VIH lo que podría reducir la adherencia al TAR. Aunque han existido avances relativos a la reducción de prácticas discriminatorias hacia las personas con HIV, aun se requiere seguir documentando su persistencia y promover la generación de políticas y programas para reducir el estigma y sus efectos negativos en el control de la epidemia de VIH y el bienestar de las personas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos profundamente a las personas que participaron en el estudio ya que nos permitieron conocer las dificultades a las que se enfrentan por vivir en una sociedad inequitativa y profundamente discriminadora. También agradecemos a los trabajadores y autoridades del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y de la Clínica Especializada Condesa (Secretaría de Salud del Distrito Federal) por permitirnos realizar este estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener conflicto de interés relacionados con el presente manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA 2020 [Internet]. WHO; c2021. Disponible en: VIH/sida 2020 [consultado el 6 dic 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Características de las defunciones registradas en México durante 2019 [Internet]. México: INEGI; 2020 [consultado el 6 dic 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
3. Bravo-García E, Magis-Rodríguez C, Palacios-Martínez M, Guarneros-Soto N, Uribe-Zúñiga P. La mortalidad por VIH en las jurisdicciones sanitarias de México de 1990 a 2015. *Salud Publica Mex.* 2019;61:563-71.
4. México. Secretaría de Salud; Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (México). Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida [Internet]. México: Secretaría de Salud, Censida; 2018 [consultado el 6 dic 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MEX_2018_countryreport.pdf
5. Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Gross R, Yip B, et al. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;50(5):529-36.
6. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *Plos One.* 2013;8(12):e81355.
7. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav.* 2009;13(6):1160-77.
8. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada.* México: Amorrortu editores; 1998.
9. Solis J. Autoestima, autoconcepto y salud mental. *Psicología y Salud.* 1996(7).
10. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3).
11. Gari S, Doig-Acuna C, Smail T, Malungo JR, Martin-Hilber A, Merten S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:198.
12. Franke MF, Murray MB, Munoz M, Hernandez-Diaz S, Sebastian JL, Atwood S. Food insufficiency is a risk factor for suboptimal antiretroviral therapy adherence among HIV-infected adults in urban Peru. *AIDS Behav.* 2011;15(7):1483-9.

13. Beyrer C, Baral SD, Weir BW, Curran JW, Chaisson RE, Sullivan PS. A call to action for concentrated HIV epidemics. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):95-100.
14. World Values Survey Association. WVS Wave 6. 2010-2014. México [Internet]. World Values Survey Association; c2020 [consultado en dic 2020]. Disponible en: <http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>.
15. Pérez-Salgado D, Compeán-Dardón MS, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Satisfaction with healthcare services and adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV attending two public institutions. *Rev Investigacion Clin*. 2015;67(2):80-8.
16. Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy MV, Montaner JS. Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10⁹ cells/L. *Ann Intern Med*. 2003;139(10):810-6.
17. Barford TS, Sorensen HT, Nielsen H, Rodkjaer L, Obel N. 'Simply forgot' is the most frequently stated reason for missed doses of HAART irrespective of degree of adherence. *HIV Medicine*. 2006;7(5):285-90.
18. Golin CE, Liu H, Hays RD, Miller LG, Beck CK, Ickovics J, et al. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med*. 2002;17(10):756-65.
19. Fong OW, Ho CF, Fung LY, Lee FK, Tse WH, Yuen CY, et al. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Med*. 2003;4(2):133-8.
20. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
21. Vela-Peón F. Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: FLACSO, Colegio de México; 2013.
22. Taylor SJB, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
23. Bernard HR. *Research methods in anthropology*. Walnut Creek: Altamira Press; 1995.
24. Baz M. La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad. In: L J, editor. *Caleidoscopio de subjetividades México: Colección de cuadernos del Tepi*. México, D.F.: UNAM; 1999. p. 77-96.
25. Coffey A, Atkinson P. Los conceptos y la codificación. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. *Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquia; 2003. p. 31-63.
26. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320(7226):50-2.
27. Sánchez-García I. Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV. Colección Derechos Humanos "P. Francisco de Vitoria". España: Ararteko; 1998.
28. Richman LS, Lattanner MR. Self-regulatory processes underlying structural stigma and health. *Soc Sci Med*. 2014;103:94-100.
29. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5):813-21.
30. Crocker J, Major B. Social Stigma and Self-Esteem - the Self-Protective Properties of Stigma. *Psychol Rev*. 1989;96(4):608-30.
31. Pérez-Salgado D, Compeán S, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Satisfaction with healthcare services and adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV attending two public institutions. *Rev Invest Clin*. 2015;67:80-8.
32. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, Llewellyn C, Miners A, Lagarde M, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2016;16.
33. Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvao J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Public Health*. 1998;8(4):347-70.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1) 28-40

RIESGO DE MORTALIDAD ASOCIADO A CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES: MÉXICO, 2001 – 2018

RISK OF MORTALITY ASSOCIATED WITH FALLS IN THE ELDERLY PEOPLE: MEXICO, 2001 – 2018

RESUMEN

Introducción: Las caídas representan uno de los principales factores de riesgos a la salud de las personas mayores. El objetivo de esta investigación fue estimar los efectos de las caídas accidentales recurrentes en la mortalidad general de las personas con 60 y más años de edad.

Materiales y método: Se realizó un análisis longitudinal con datos disponibles del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001 - 2018. Se evaluó la recurrencia de las caídas definiéndola como la presencia de 1, 2 o 3 y más eventos en la entrevista basal. La mortalidad se estimó con modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustando por un conjunto de variables asociadas a la presencia de caídas.

Resultados: En comparación con las personas sin reporte de caídas, se calculó un mayor riesgo de mortalidad entre quienes declararon una sola o dos y más caídas, aunque solo la estimación sin ajustar fue significativa, mientras que el mayor riesgo de muerte se estimó entre quienes declararon tres o más caídas incluso ajustando por variables sociodemográficas y de la salud.

Discusión: Las caídas recurrentes aumentan el riesgo de mortalidad entre las personas de edades avanzadas. Se sugiere el desarrollo de programas para la prevención y el tratamiento de las complicaciones derivadas de las caídas en adultos mayores.

Palabras clave: Caídas accidentales; mortalidad; envejecimiento; México.

ABSTRACT

Introduction: Falls represent one of the main health risks in the lives of older people. The objective of this research was to estimate the effects of recurrent accidental falls on the general mortality of people 60 years and older.

Materials and method: A longitudinal analysis was conducted with available data from the Mexican Health and Aging Study 2001 - 2018. The recurrence of falls was evaluated, categorized as 1, 2 or 3 and more falls in the baseline interview. Mortality was estimated relying on Cox proportional hazards models, deducting a set of variables associated with the presence of falls.

Results: Compared with people without reported falls, a higher risk of mortality was observed among those who reported one or two and more falls, although only the unadjusted estimate was significant, while the highest risk of death was estimated among those who reported three or more falls even adjusting for sociodemographic and health variables.

Discussion: Recurrent falls increase the risk of mortality among elderly people. The development of programs for the prevention and treatment of complications derived from falls in older adults is suggested.

Keywords: Accidental falls; mortality; aging; Mexico.

Daniel Lozano-Keymolen
Centro de Investigación y Estudios
Avanzados de la Población
Universidad Autónoma del
Estado de México
daniel.lozkey@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales factores de riesgo en la salud de las personas mayores son las caídas, pues estas se asocian con fracturas, lesiones, depresión, hospitalizaciones, aislamiento social, disminución del bienestar y la calidad de vida, discapacidad y muerte¹⁻³. Se estima que a nivel mundial hasta el 30,0% de las personas de 65 y más años sufren al menos una caída por año⁴. En poblaciones como los Estados Unidos se calculó que cerca del 28,7% de las personas con 65 y más años ha experimentado al menos una caída⁵, mientras que entre individuos de 60 y más años se estimó que el 27,6% en Brasil⁶, y el 40,0% en México⁷ habrían tenido al menos una caída.

Aunado a los padecimientos cardiovasculares, la diabetes, el cáncer o las enfermedades respiratorias, las lesiones accidentales, de las cuales las caídas representan hasta dos terceras partes, constituyen las primeras causas de muerte entre las personas de edades avanzadas^{4,8}. Los efectos de las caídas en la mortalidad pueden detectarse en poblaciones como los Estados Unidos entre 2007 y 2016 con una tasa creciente del 3,0% anual⁸, o en España con un aumento de las defunciones de 16,3 en 2000 a 24,6 en 2017 por cada 100,000 personas⁹.

Entre las personas mayores, un elemento fundamental de las caídas es la recurrencia de las mismas, pues su presencia se asocia con peores perfiles de salud, elevados costos de atención a las consecuencias, discapacidad e incremento de la mortalidad¹⁰⁻¹³. En naciones como Brasil, se calculó que hasta el 77,6% de los adultos con 60 y más años de edad tuvo caídas recurrentes¹², mientras que, en México, en 2015, el 30,2% experimentó dos o más caídas¹⁴. Aunque existen diferencias en las estimaciones, que se relacionan con factores como la temporalidad referida en el levantamiento de los datos, con la definición de recurrencia o incluso con las muestras de análisis, estos datos reflejan la elevada prevalencia de caídas entre las personas mayores^{10,15}.

Factores asociados a las caídas en adultos mayores

La evidencia indica que ciertos factores biológicos, conductuales, ambientales y socioeconómicos se asocian con una mayor probabilidad de que las personas mayores experimenten caídas^{15,16}. Entre estos factores destacan los antecedentes de caídas previas^{10,12,13}, las enfermedades cerebro y cardio-

vasculares, respiratorias, la diabetes, la artritis, la hipertensión o el cáncer^{2,8,17,1}. Incluso, la depresión dado que su presencia se asocia a caídas recurrentes aunque la dirección causal más convincente es de las caídas a la depresión¹⁷. También, factores como las restricciones en el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ya que éstas limitan el desempeño físico de las personas mayores², o la obesidad que además puede incrementar la dependencia funcional¹⁸. Otros factores que incrementan el riesgo de caídas es la visión débil, dado que esta se relaciona con afectaciones en el equilibrio y con deterioros en las habilidades para juzgar los espacios, o factores como el dolor que se relaciona con intervenciones negativas en el desempeño o la movilidad física de las personas mayores²⁰. Adicionalmente, las fracturas ya que hasta el 80-90% de las primeras son consecuencia de las caídas²¹, y la incontinencia urinaria dado que mecanismos como la necesidad y urgencia de usar el sanitario incrementan las demandas cognitivas y físicas entre las personas mayores, incrementando la probabilidad de sufrir una caída²². La ausencia o insuficiencia de actividad física se relaciona con un mayor riesgo de que las personas mayores tengan caídas, dado que la actividad física se asocia con mayor equilibrio o fuerza muscular²³.

Aunado a lo anterior, la evidencia indica que el incremento de la edad se asocia con una mayor experiencia de caídas como consecuencia de la aparición de complicaciones en la salud o por el aumento de la debilidad muscular o la mala postura^{2,24}. En este sentido, se ha estimado que la probabilidad de experimentar caídas es más alta en mujeres que entre hombres^{2,24}. Aunque en general, el riesgo de muerte sea más alto en hombres²⁵. Además, la ausencia o menores logros educativos se han relacionado con un aumento en las probabilidades de sufrir caídas como resultado de posibles afectaciones en las habilidades cognitivas^{2,11}. Otra variable relacionada con las caídas en personas mayores es la situación conyugal, ya que se ha estimado que los individuos viudos, divorciados o separados tienen menor probabilidad de experimentar caídas que los casados o unidos².

El estudio de los efectos de las caídas en las personas mayores es una importante fuente de conocimiento sobre las causas de morbilidad y de mortalidad en poblaciones en proceso de envejecimiento. Tal es el caso de México que experimenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, pues

en 2018 se estimó que el 10,7% de la población tenía 60 y más años de edad y se ha proyectado que en el 2050 sea del 22,5%²⁶. Este envejecimiento poblacional se caracteriza por una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas (EC) y sus complicaciones sociales y económicas²⁷, en el que además, las caídas son una importante causa de muerte entre las personas mayores, pues se estimó en el periodo 2005-2010 una tasa de 10,8 por cada 100,000 habitantes²⁸, si bien se trata de una tasa menor a la reportada en Brasil (26,0 por cada 100,000 en 2010)²⁹, o los Estados Unidos⁸ (47,0-61,6 por cada 100,000 en 2016). Adicionalmente, entre personas con 60 y más años de edad, se calculó con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de caídas sería del 35,0%³⁰, o con información del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México de 2015 del 40,0%⁷. Además, entre las personas con 60 y más años de edad del país se estimó la asociación longitudinal entre las caídas con variables de la salud como el dolor, la obesidad, las restricciones en las ABVD, la debilidad visual y la depresión, así como factores sociodemográficos como el sexo femenino o el aumento de la edad⁷.

A pesar de que en México se ha estimado la tasa de mortalidad relacionada con caídas no intencionales²⁸, así como de la asociación de las caídas con diversos factores sociodemográficos y de la salud de los adultos mayores^{7,14}, hasta donde se revisó no existe una estimación del efecto o la contribución de las caídas y de su recurrencia en el riesgo de mortalidad de las personas mayores del país, definidas como aquellas con edades de 60 y más años⁴. Entonces, el objetivo de esta investigación fue calcular el efecto de los efectos de las caídas accidentales recurrentes en la mortalidad general de las personas con 60 y más años de edad residentes en México.

MATERIALES Y MÉTODO

Fuente de datos

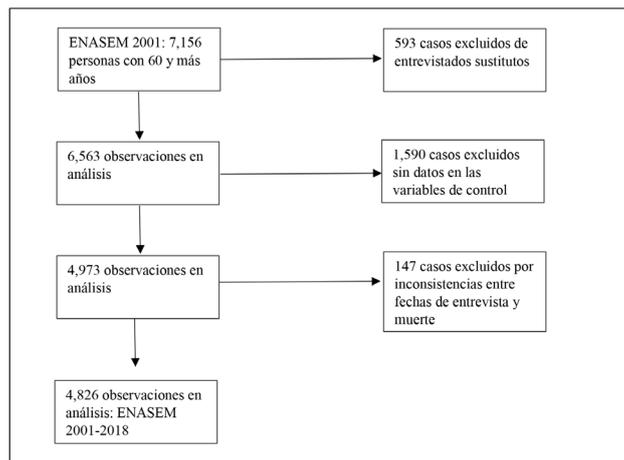
Los datos provienen del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001-2018. El ENASEM es un estudio longitudinal con diseño probabilístico y representatividad a nivel nacional de la población residente en México con 50 y más años de edad en el 2001, así como de los cónyuges o parejas de los entrevistados principales sin importar la edad de estos. El ENASEM es un estudio con entrevista basal en el 2001 con una muestra original de 15.146 individuos y re-entrevistas en 2003, 2012, 2015 y 2018, siendo en 2012 cuando se incorpora una nueva cohorte de entrevistados al estudio con 50 – 59 años de edad. Las bases de datos del ENASEM son de uso público, y es un estudio aprobado por los comités de ética de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México^{27,31}.

Muestra de análisis

El ENASEM contiene datos para 7.156 entrevistados directos con 60 y más años de edad en 2001, por lo cual son el primer criterio de definición de la muestra. De acuerdo con la OMS⁴, este es el criterio utilizado en México para definir el límite inferior de las personas mayores. No se emplearon observaciones de entrevistados sustitutos que no contienen información para algunas de las variables del análisis (n= 593), y no se consideraron las observaciones sin datos para las variables de análisis (n= 1,590) (figura 1). El tamaño de la muestra analítica fue de 4,826 observaciones (2,398 muertes en el periodo de seguimiento). Los datos del ENASEM son de uso público y fueron obtenidos con consentimiento informado^{27,31}.

Figura 1. Selección de la muestra analítica del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001-2018.

Fuente. Elaborado a partir de la muestra analítica seleccionada del ENASEM 2001 – 2018.31



Variables de análisis

Muerte. La muerte del entrevistado principal es la variable dependiente del estudio y se evaluó con el reporte del entrevistado sustituto en la ronda de 2003, 2012, 2015 o 2018 según el caso. Las estimaciones son por mortalidad general, pues el ENASEM no está vinculado a los registros oficiales de mortalidad de México, como en su caso sí lo hacen estudios similares como el Health and Retirement Study de los Estados Unidos de América³². La variable se evaluó de forma dicotómica (muerte, otro caso).

Caídas recurrentes. Esta es la variable independiente del estudio. Para determinar la presencia y frecuencia de caídas se utilizó el reactivo del ENASEM, ‘¿Se ha caído en los últimos dos años?’, que permite conocer si hubo o no eventos². Luego, con el reactivo ‘¿Cómo cuantas veces ha ocurrido esto (número de veces)?’ se construyeron diversas variables categóricas para determinar la presencia de caídas. Entonces, para determinar el efecto de las caídas en el riesgo de muerte, se evaluó el efecto de una caída o más. Luego se estimó el efecto de dos o más caídas^{10,12,13}. Finalmente se estudió el efecto de tres o más caídas en el riesgo de muerte. Los resultados mostraron que solo el efecto ajustado de tres caídas o más fue significativo en el riesgo relativo de muerte, por lo cual estos son los criterios para el análisis posterior (Tabla 1).

Variables de control. Se emplearon diversas variables como controles estadísticos que se han aso-

ciado con las caídas en diversas poblaciones^{2,19,33}, incluida la población mexicana⁷. Estas variables son: un conjunto de EC que se evalúan como multimorbilidad, obesidad, síntomas depresivos, dependencia funcional o restricciones en las ABVD, debilidad visual, dolor crónico, fracturas, incontinencia urinaria, actividad física, sexo, edad, escolaridad y situación conyugal.

Multimorbilidad. En el ENASEM se evaluaron siete enfermedades por autorreportes: diabetes, enfermedad cardíaca, artritis, hipertensión arterial, enfermedad respiratoria, cáncer y enfermedad cerebrovascular. Estas enfermedades se definieron con la pregunta: ¿Alguna vez un médico le ha dicho que Usted tiene...? Entonces, se crearon variables dicotómicas para cada enfermedad (enfermedad, otro caso). Luego, se definió una variable categórica para la multimorbilidad³⁴ (sin EC, una EC, 2 y más EC o multimorbilidad). IMC. Se estimó el índice de masa corporal (IMC) (peso(kg) / talla(m²)) según las categorías propuestas por la OMS35: (IMC 18,5 – 24,9 kg/m², IMC <18,5 kg/m², IMC 25,0 – 29,9 kg/m², IMC >30,0 kg/m²) con lo cual se definió la obesidad como IMC>30,0 kg/m². Los datos de peso y altura se obtuvieron por autorreportes, sin embargo, se ha probado su consistencia respecto de la antropometría entre adultos en México³⁶.

Síntomas depresivos. En el ENASEM se adaptó una versión corta de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D -9) que ha sido

validada entre adultos mexicanos (α de Cronbach= 0,74 y punto de corte >5 con sensibilidad de 80,7% y especificidad de 68,7%)³⁷. A partir de los 9 reactivos se construyó una variable dicotómica con el punto de corte >5 positivos³⁷ (síntomas depresivos, sin síntomas depresivos). Dependencia funcional. Se evaluaron las restricciones en las ABVD según el índice de Katz et al³⁸. En el ENASEM se preguntó por cinco ABVD: comer, levantarse de la cama, usar el sanitario, bañarse y caminar en el mismo cuarto. La variable se evaluó de forma dicotómica⁷ (al menos una ABVD, sin ABVD).

Debilidad visual. Esta variable se evaluó con la pregunta del ENASEM '¿Cómo es su visión (con lentes)?' y opciones de respuesta: excelente, muy buena, buena, regular, mala, legalmente ciego. Las respuestas se dicotomizaron⁷ (debilidad visual (regular, mala, legalmente ciego), sin debilidad (excelente/muy buena/buena)). **Dolor crónico.** La variable se construyó con el reactivo del ENASEM '¿Sufre de dolor físico a menudo?' La variable se evaluó de forma dicotómica²⁰ (tiene dolor, sin dolor). **Fracturas.** La variable se dicotomizó (al menos una fractura sin fracturas) a partir del reactivo del ENASEM: 'Después de haber cumplido 50 años ¿se ha fracturado algún(os) hueso(s) incluyendo la cadera?' **Incontinencia urinaria.** Para definir esta variable²² (tiene incontinencia, sin incontinencia) se recurrió al reactivo: 'Durante los últimos 2 años ¿ha tenido pérdida involuntaria de orina?' **Actividad física.** La variable se dicotomizó (no realiza, sí realiza) de acuerdo con la pregunta: 'En promedio durante los dos últimos años, ¿ha hecho ejercicio o trabajo físico pesado tres veces por semana o más?'

Sexo. Esta variable se generó considerando que el riesgo de mortalidad general es más alto en hombres²⁵, por lo cual la variable se evaluó como (hombre, mujer). **Edad.** La variable se evaluó de forma continua⁷. **Escolaridad.** Mediante el número de años de escolaridad aprobados la variable se categorizó (6 y más años, 1-5 años, 0 años). **Situación conyugal.** La variable se categorizó (casado/unido, soltero, viudo/divorciado/separado). Todas las variables se evaluaron en el ENASEM 2001.

Análisis estadístico

Análisis descriptivo. Se presentan las distribuciones de las variables del estudio y se reportan los porcentajes para las variables categóricas o la media y desviación estándar para la variable continua (edad). Mediante estadísticos basados en χ^2 para las varia-

bles categóricas o de análisis de varianza (ANOVA) para la edad, se estimaron diferencias significativas para las variables de análisis según las personas declararon no tener caídas, una-dos caídas y quienes reportaron tres o más caídas en el ENASEM 2001 (Tabla 2).

Análisis de la mortalidad. El riesgo de muerte se cuantificó con un análisis de supervivencia en el cual el evento de interés es la muerte del entrevistado principal, y el tiempo de exposición se estimó como la diferencia temporal entre la fecha de la entrevista basal y la fecha de la muerte o la fecha de la última entrevista para los sobrevivientes o las censuras. El ENASEM recopiló la fecha de muerte según el año y mes de ocurrencia, por lo que para asignar día se generó una función aleatoria según el mes de ocurrencia. Los tiempos empatados se trataron con el algoritmo de Efron. Se estimó la función no paramétrica de Kaplan-Meier según la variable independiente (Figura 2) y se evaluó la proporcionalidad de esta variable y las de control con el estadístico de Mantel-Cox (χ^2). Luego, el riesgo de mortalidad se calculó con regresiones semiparamétricas de Cox [$h(t,x,\beta) = h_0(t)\exp(\beta x)$]. Entonces, con la variable seleccionada como caídas recurrentes (una caída, dos o más caídas, tres o más caídas) se estimó el riesgo relativo de mortalidad ajustado según un procedimiento iterativo en el que el modelo A solo incluye la variable independiente, modelo B que ajusta el modelo A por las variables de control (Tabla 3). Los modelos A y B se evaluaron con el estadístico de Akaike (AIC) en el que el valor más alto indica que la ecuación tuvo mayor verosimilitud. Se utilizó como estadístico de interpretación el riesgo relativo (RR) dado el objetivo de la investigación.

RESULTADOS

En la tabla 1 es posible observar el cálculo de los riesgos de mortalidad sin ajustar (modelo A) y ajustado (modelo B) para determinar los efectos de la experiencia de caídas en el riesgo de muerte. Estos resultados indican que, si bien en las tres definiciones empleadas hubo un efecto en la mortalidad, al ajustar por las variables de control únicamente la definición de tres o más caídas como recurrentes fue estadísticamente significativo en el riesgo de muerte.

Tabla 1. Riesgos de mortalidad asociados a la presencia de caídas en la muestra analítica del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001 - 2018.

	Modelo A			Modelo B		
	RR	P> z	IC 95%	RR	P> z	IC 95%
Variable independiente						
Caídas (Ref. Sin caídas)						
Una caída	1.15	0.001	1.06–1.25	1.07	0.136	0.98–1.16
N= 4,826						
AIC	38,126.76		37,042.92			
Caídas (Ref. Sin caídas)						
Una caída	1.06	0.311	0.94–1.20	1.04	0.485	0.92–1.18
Dos o más caídas	1.20	0.000	1.10–1.32	1.08	0.122	0.98–1.19
N= 4,826						
AIC	38,125.53		37,044.68			
Caídas (Ref. Sin caídas)						
Una-dos caídas	1.07	0.166	0.97–1.18	1.02	0.711	0.92–1.26
Tres o más caídas	1.28	0.000	1.15–1.43	1.15	0.017	1.02–1.29
N= 4,826						
AIC	38,120.95		37,041.50			

Nota. AIC= Akaike Information Criterion (en inglés).

RR= Riesgo relativo.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%.

P>|z| = Significancia del estadístico de prueba.

Fuente. Elaborado a partir de la muestra analítica seleccionada del ENASEM 2001 – 2018.31

La tabla 2 presenta el análisis descriptivo según las variables en el ENASEM 2001 y estratificando por las categorías: sin caídas, una-dos caídas, tres o más caídas. Se observan diferencias en la prevalencia de EC, incluida la multimorbilidad, entre quienes no tuvieron eventos y quienes reportaron una-dos caídas o tres o más eventos ($p= 0.000$). Las personas con caídas recurrentes tuvieron mayores prevalencias de síntomas depresivos, dependencia funcional, debilidad visual, dolor crónico, fracturas e incontinencia urinaria que quienes declararon una-dos caídas o

no tener eventos en el ENASEM 2001 ($p= 0.000$). En cuanto a las variables sociodemográficas, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres declaró experiencias de caídas recurrentes ($p= 0.000$). Las personas que tuvieron tres o más caídas tuvieron una edad promedio superior a quienes declararon una-dos o ninguna caída ($F= 26.32$, $p= 0.000$). Se encontraron diferencias estadísticas para la escolaridad y la situación conyugal ($p= 0.000$).

Tabla 2. Análisis descriptivo de la muestra analítica del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001.

	Sin caídas	Una-dos caídas	Tres o más caídas	Estadístico
Multimorbilidad				$\chi^2= 99.82, p= 0.000$
Sin EC	39.27	33.57	23.02	
Una EC	37.33	36.32	38.76	
2+ EC	23.39	30.12	38.23	
IMC				$\chi^2= 2.38, p= 0.882$
<18.5 kg/m ²	2.48	2.75	2.38	
18.5 – 24.9 kg/m ²	37.20	35.70	35.58	
25.0 – 29.9 kg/m ²	39.99	40.66	39.68	
>30.0 kg/m ²	20.33	20.90	22.35	
Síntomas depresivos				$\chi^2= 177.20, p= 0.000$
Síntomas	29.92	41.81	54.76	
Otro caso	70.08	58.19	45.24	
Dependencia funcional				$\chi^2= 131.18, p= 0.000$
Al menos una ABVD	7.38	10.27	21.56	
Sin ABVD	92.62	89.73	78.44	
Debilidad visual				$\chi^2= 45.52, p= 0.000$
Debilidad visual	43.79	45.17	57.41	
Otro caso	56.21	54.83	42.59	
Dolor crónico				$\chi^2= 135.35, p= 0.000$
Dolor crónico	35.70	47.92	57.14	
Otro caso	64.30	52.08	42.86	
Fracturas				$\chi^2= 168.28, p= 0.000$
Fracturas	10.68	22.32	27.38	
Otro caso	89.32	77.68	72.62	
Incontinencia urinaria				$\chi^2= 53.57, p= 0.000$
Incontinencia	7.55	10.45	16.14	
Otro caso	92.45	89.55	83.86	
Actividad física				$\chi^2= 1.73, p= 0.442$
Si realiza	29.45	27.72	27.65	
No realiza	70.55	72.28	72.35	
Sexo				$\chi^2= 157.58, p= 0.000$
Hombres	56.89	41.45	34.92	
Mujeres	43.11	58.55	65.08	$\chi^2= 178.44, p= 0.000$
Edad (continua)	68.17 (de= 6.78)	68.92 (de= 7.07)	70.20 (de= 7.66)	F= 26.32, p= 0.000

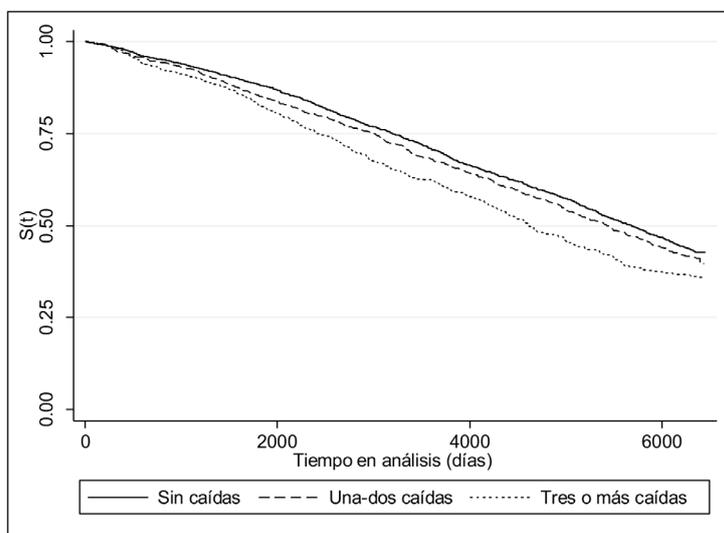
Escolaridad				$\chi^2= 49.02, p= 0.000$
6 y más años	38.05	33.57	25.13	
1-5 años	24.96	28.34	33.20	
0 años	36.99	38.09	41.67	
Situación conyugal				$\chi^2= 82.60, p= 0.000$
Casado/unido	67.90	57.04	54.23	
Viudo/divorciado	27.95	38.71	42.46	
Soltero	4.15	4.25	3.31	
N	2,941	1,129	756	

Nota. IMC= Índice de Masa Corporal, ABVD= Actividades Básicas de la Vida Diaria, de= desviación estándar.
Fuente. Elaborado a partir de la muestra analítica seleccionada del ENASEM 2001.31

Según el análisis de supervivencia, entre las personas de la muestra analítica, aquellos con tres o más caídas tuvieron una mayor mortalidad que sus pares sin caídas o con una-dos eventos ($\chi^2= 20.30, p= 0.000$). Es notorio incluso que el riesgo de mortalidad es constante e independiente en todo el tiempo de análisis por lo cual es propicio la estimación de una función de riesgos proporcionales como lo es la propuesta de Cox (Figura 2). Las pruebas de proporcionalidad de las variables de control fueron: multimorbilidad ($\chi^2= 97.71, p= 0.000$), IMC ($\chi^2= 50.23, p= 0.000$), síntomas depresivos ($\chi^2= 29.90,$

$p= 0.000$), dependencia funcional ($\chi^2= 181.63, p= 0.000$), debilidad visual ($\chi^2= 27.10, p= 0.000$), dolor crónico ($\chi^2= 1.40, p= 0.237$), fracturas ($\chi^2= 2.41, p= 0.121$), incontinencia urinaria ($\chi^2= 18.00, p= 0.000$), actividad física ($\chi^2= 61.20, p= 0.000$), sexo ($\chi^2= 49.87, p= 0.000$), edad ($\chi^2= 1144.79, p= 0.000$), escolaridad ($\chi^2= 44.14, p= 0.000$), situación conyugal ($\chi^2= 23.40, p= 0.000$). Los resultados muestran ausencia de proporcionalidad en t entre las categorías de las variables dolor crónico y fracturas, sin embargo, estas variables se incluyen para el análisis dada su consistencia en la literatura^{20,21}.

Figura 2. Estimador Kaplan-Meier para la mortalidad asociada con caídas en la muestra seleccionada del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001 - 2018.



Fuente. Elaborado a partir de la muestra analítica seleccionada del ENASEM 2001 – 2018.31

Los modelos de regresión de Cox permitieron cuantificar que el riesgo de muerte entre las personas con experiencia de caídas accidentales es mayor comparado con el riesgo de los individuos sin eventos. Sin embargo, los resultados de las estimaciones indican que solo el efecto de tres o más caídas es estadísticamente significativo en el riesgo de mortalidad. Entonces, con la definición de tres o más caídas como significativo en el riesgo de muerte, en la tabla 3 puede verse que, el riesgo de muerte de las personas con tres o más caídas en el ENASEM 2001 fue 28.0% mayor que el riesgo de mortali-

dad de quienes no declararon caídas (RR= 1.28, p= 0.000). Al incorporar las variables de control en el Modelo B, el riesgo de muerte es mayor en 15.0% de quienes tuvieron tres o más caídas que el riesgo de sus pares sin caídas (RR= 1.15, p= 0.017). Esta ecuación mostró además que factores como la multimorbilidad (RR= 1.72, p= 0.000), tener al menos una restricción en las ABVD (RR= 1.51, p= 0.000), no realizar actividad física (RR= 1.36, p= 0.000), el incremento de la edad (RR= 1.08, p= 0.000) o el sexo masculino (RR= 1.55, p= 0.000) son factores asociados con un mayor riesgo de mortalidad.

Tabla 3. Riesgos de mortalidad asociados a la presencia de tres o más caídas en la muestra analítica del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2,001 - 2018.

	Modelo A			Modelo B		
	RR	P> z	IC 95%	RR	P> z	IC 95%
Caídas (Ref. Sin caídas)						
Una-dos caídas	1.07	0.166	0.97-1.18	1.02	0.711	0.92-1.26
Tres o más caídas	1.28	0.000	1.15-1.43	1.15	0.017	1.02-1.29
Multimorbilidad (Ref. Sin EC)						
Una EC				1.30	0.000	1.18-1.43
2+ EC				1.72	0.000	1.54-1.91
IMC (Ref. 18.5 – 24.9 kg/m ²)						
<18.5 kg/m ²				1.21	0.105	0.96-1.52
25.0 – 29.9 kg/m ²				0.91	0.039	0.83-0.99
>30.0 kg/m ²				0.97	0.549	0.86-1.08
Síntomas depresivos (Ref. Sin síntomas)						
Síntomas				1.09	0.070	0.99-1.19
Dependencia funcional (Ref. Sin ABVD)						
Al menos una ABVD				1.51	0.000	1.33-1.71
Debilidad visual (Ref. Sin debilidad)						
Debilidad				0.98	0.633	0.90-1.07
Dolor crónico (Ref. Sin dolor)						
Tiene dolor				0.88	0.003	0.80-0.96
Fracturas (Ref. Sin fracturas)						
Al menos una fractura				0.96	0.498	0.86-1.07
Incontinencia urinaria (Ref. Sin incontinencia)						
Tiene incontinencia				0.99	0.921	0.87-1.13
Actividad física (Ref. Si realiza)						
No realiza				1.36	0.000	1.23-1.50

Sexo (Ref. Mujer)				
Hombre		1.55	0.000	1.41-1.70
Edad (Continua)				
		1.08	0.000	1.07-1.09
Escolaridad (Ref. 6 y más años)				
1-5 años		1.08	0.145	0.97-1.21
0 años		1.09	0.077	0.99-1.21
Situación conyugal (Ref. Casado/unido)				
Soltero		1.08	0.465	0.87-1.35
Viudo/divorciado/separado		1.09	0.074	0.99-1.20
N	4,826	4,826		
Verosimilitud	-19,058.47	-18,500.75		
AIC	38,120.95	37,041.50		

Nota. EC= Enfermedades crónicas; IMC= Índice de masa Corporal; ABVD= Actividades Básicas de la Vida Diaria; RR= Riesgo relativo.

AIC= Akaike Information Criterion (en inglés).

P>|z| = Significancia del estadístico de prueba.

Fuente. Elaborado a partir de la muestra analítica seleccionada del ENASEM 2001 – 2018.31

DISCUSIÓN

A nivel mundial, las caídas representan la segunda causa de muerte no intencional y se estima que anualmente ocasionan cerca de 646,000 defunciones³⁹. En poblaciones en proceso de envejecimiento como la mexicana, estudiar los efectos de las caídas sobre la mortalidad de las personas con 60 y más años de edad representa una fuente de conocimiento sobre las causas de muerte de esta población en un contexto en el que se espera que para 2050 hasta el 22.5% de la población sea adulta mayor²⁶. Según los resultados de esta investigación, la experiencia de dos caídas o más no fue significativa sobre el riesgo de mortalidad (RR sin ajustar= 1.07, RR ajustado= 1.02). Sin embargo, tres o más caídas se asoció a un riesgo de mortalidad mayor en 15.0% que el riesgo de quienes no declararon caídas en el ENASEM 2001 (RR sin ajustar= 1.28, RR ajustado= 1.15). Estos resultados vienen a destacarse dada las recientes estimaciones en las cuales se detectó el aumento de la tasa de mortalidad por caídas en México²⁸, o en naciones como Brasil²⁹, los Estados Unidos⁸ o España⁹.

Esta investigación mostró una prevalencia mayor de caídas entre las personas mayores a lo calculado en países como Brasil (27.6% para personas de

60 y más años)⁶, o en los Estados Unidos con una prevalencia del 28.7% aunque estas últimas estimaciones se realizaron en personas de 65 y más años⁵. Esto puede deberse a diferencias en el grupo etario estudiado, pero también en la forma de captar la frecuencia de las caídas ya que en México se empleó un reactivo referente a las experiencias en los dos últimos años, mientras que en los estudios revisados para Estados Unidos⁵ y para Brasil⁶ se pregunta respecto del último año. Estos resultados son contrastantes dado que se ha estimado que en México la prevalencia de caídas en el último año al reporte sería cercana al 67.2% entre personas de 50 y más años de edad¹¹. Sin embargo, la tasa de mortalidad en México²⁸ es inferior a las reportadas para Brasil²⁹ y los Estados Unidos⁸, lo cual puede indicar diferencias en los tratamientos y las políticas de atención a las consecuencias de las caídas entre las personas mayores¹⁵.

Esta investigación tiene fortalezas como emplear factores de riesgo asociados con la probabilidad de experimentar caídas. Estos factores pudieron acontecer posteriormente a las caídas con lo cual pueden disminuirse problemas de causalidad inversa, si bien existe la posibilidad contraria. Dado que la mortalidad por caídas recurrentes podría relacionarse con la definición empleada, como análisis de sensibili-

dad se evaluó las caídas recurrentes utilizando diversos criterios. Los resultados mostraron que en la muestra analizada únicamente 3 o más caídas se relacionan con un riesgo de muerte 15.0% mayor que quienes no declararon eventos. A pesar de que en parte de la literatura se ha definido la recurrencia de las caídas como dos o más eventos^{10,12,13}, el RR para esta definición no fue estadísticamente diferente de quienes declararon no haber experimentado eventos (RR= 1.08, IC95%= 0.98-1.19). En este sentido, el proceso de evaluación de diversas categorías en las caídas se realizó porque existe evidencia en la cual quienes reportan menor frecuencia de caídas tendrían mayores daños a la salud que aquellos con múltiples caídas o incluso porque se ha hipotetizado que la definición de una sola caída podría confundirse con su ausencia¹⁰. De manera tal que, al estimar que la presencia de tres o más caídas incrementa el riesgo de muerte, este criterio puede emplearse para definir prioridades en la atención en salud, en el destino de recursos y en el diseño de programas y políticas enfocadas en los adultos mayores con experiencia de caídas, así como de sus consecuencias o complicaciones como las relatadas en parte de la literatura^{2,17,18,20}.

A pesar de sus resultados, esta investigación tiene limitaciones como no incluir factores como el miedo a las caídas² dado que no está disponible en el ENASEM. No puede descartarse la presencia de sesgo de recuerdo que podría influir en la frecuencia reportada de caídas¹¹, dado que la forma en la que se obtuvo el número de caídas en los dos últimos años podría relacionarse con factores como el olvido o el no registro de experiencias de caídas menores. Otra limitación es que no pudo estimarse la obesidad dinapénica, pues en el ENASEM 2001 no recopiló pruebas de rendimiento físico o de marcha para estimar baja fuerza muscular y elevada masa grasa⁴⁰. Además, utilizar personas en edades relativamente jóvenes como lo es la edad 60 podría entenderse como una limitación, sin embargo, el objetivo de esta investigación fue determinar el efecto en el riesgo de muerte en un conjunto definido de personas como adultas mayores en México.

En conclusión, esta investigación mostró que la experiencia de tres o más caídas incrementan el riesgo de muerte entre las personas con 60 y más años de edad en México. Entonces, debe profundizarse la investigación sobre los efectos de las caídas en la salud de los adultos mayores, como insumos para el diseño de intervenciones que aminoren o traten las

consecuencias en la salud y en el riesgo de muerte de las personas de edades avanzadas.

No existe conflictos de interés por parte del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roe B, Howell F, Riniotis K, Beech R, Crome P, Ong BN. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. *J Clin Nurs*. 2009;18:2261-2272.
2. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658-669.
3. Sibley KM, Voth J, Munce SE, Straus SE, Jaglal SB. Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatrics*. 2014;14:22-33.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Génova: OMS; 2015.
5. Bergen G, Stevens MR, Burns ER. Falls and fall injuries among adults aged >65 years –United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:993-998.
6. Siqueira FV, Facchini LA, da Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saúde Publica*. 2011; 27(9):1819-1826.
7. Valderrama-Hinds LM, Al Snih S, Chen N-W, Rodriguez N, Wong R. Falls in Mexican older adults aged 60 years and older. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(11):1345-1351.
8. Burns E, Kakara R. Deaths from falls among persons aged>65 years – United States, 2007-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(18):1-6.
9. Padrón-Monedero A, Damián J, Martín MP, Fernández-Cuenca R. Mortality trends for accidental falls in older people in Spain, 200-2015. *BMC Geriatrics*. 2017;17:276-283.
10. Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing*. 2001;30-S4:3-7
11. Hestekin H, O'Driscoll T, Williams JS, Kowal P, Peltzer K, Chatterji S. Measuring prevalence and risk factors of

- rall-related injury in older adults in low-middle-income countries: results from the WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). World Health Organization; 2013.
12. Abreu DRO, Azevedo RC, da Silva AM, Oliveira Reiners AA, Almeida Abreu HC. Factors associated with recurrent falls in a cohort of older adults. *Cien Saude Colet.* 2016;21(11):3439-3447.
 13. Dai W, Tham Y-C, Chee M-L, Tan NYQ, Wong K-H, Majithia S, et al. Falls and Recurrent Falls among Adults in A Multi-ethnic Asian Population: The Singapore Epidemiology of Eye Diseases Study. *Sci Rep.* 2018;8:7575.
 14. Agudelo-Botero M, Giraldo-Rodriguez L, Muriillo-González JC, Mino-León D, Cruz-Arenas E. Factors associated with occasional and recurrent falls in Mexican community-dwelling older people. *PLoS ONE.* 2018;13(2):e0192926.
 15. Kalula SZ, Scott V, Dowd A, Brodick K. Falls and fall prevention programmes in developing countries: Environmental scan for the adaptation of the Canadian Falls prevention curriculum for developing countries. *J Safety Res.* 2011;42:461-472.
 16. Dunn JE, Rudberg MA, Furner SE, Cassel CK. Mortality, disability, and falls in older persons: The role of underlying disease and disability. *Am J Public Health.* 1992;82(3):395-401.
 17. Organización Mundial de la Salud. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age [Internet]. Génova: OMS; 2008 [consultado en Abril 2020]. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
 18. Himes C, Reynolds SL. Effect of obesity on falls, injury and disability. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(1):124-129.
 19. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas.* 2013;75:51-61.
 20. Blyth FM, Cumming R, Mitchell P, Wang JJ. Pain and falls in older people. *Eur J Pain.* 2007;11:564-571.
 21. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas.* 2015;82:85-93.
 22. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2009;55:89-96.
 23. Klenk J, Kerse N, Rapp K, Nikolaus T, Becker C, Rothebacher D, et al. Physical activity and different concepts of falls risk estimation in older people-results of the ActiFE-Ulm Study. *PLoS ONE.* 2015;10(6):e0129098.
 24. Gale CR, Cooper C, Sayer AA. Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing.* 2016;45:789-794.
 25. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography.* 2005;42(2): 189-214.
 26. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población de México y de las entidades federativas 2016 – 2050 [Internet]. México: CONAPO; 2018 [consultado en abril 2020]. Disponible en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
 27. Wong R, Michaels-Obregon A, Palloni A. Cohort profile: The Mexican Health and Aging Study (MHAS). *Int J Epidemiol.* 2017;46(2):e2.
 28. Méndez-Magaña A, Orozco-Valerio M, Celis A, Baez-Baez GL, Dávalos-Guzmán JC. Tendencia de mortalidad por caídas en México, 1979-2010. *Rev Invest Clin.* 2013;65(5):403-411.
 29. Antes DL, Schneider IJ, d’Orsi E. Mortality caused by accidental falls among the elderly: a time series analysis. *Revista Brasileira de Geriatr Gerontol.* 2015;18(4):769-778.
 30. Aranda M, López-Ortega M, Gutiérrez-Robledo LM. Prevalence and determinants of falls among older Mexicans: findings from the Mexican National Health and Nutrition Survey. En: Vega A, Markides K, Angel J, Torres-Gil F. (eds). *Challenges of Latino Aging in the Americas.* New York: Springer; 2017. p. 117-188.
 31. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (ENASEM). Archivos de Datos y Documentación (uso público). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México [Internet]. 2020 [consultado en Mar 2020]. Disponible en: www.ENASEM.org.
 32. Sonnega A, Faul JD, Ofstedal MB, Langa KM, Phillips JWR, Weir DR. Cohort profile: the Health and Retirement Study (HRS). *Int J Epidemiol* 2014;43(2):576-585.
 33. Chang VC, Do MT. Risk factors for falls among seniors: Implications for gender. *Am J Epidemiol.* 2015;181(7):521-532.

34. Willadsen TG, Siersma V, Koster-Rasmussen R, Jarbol DE, Reventlow S, Mercer SW, de Fine Olivarius N. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. *J Comorb.* 2018;8:1-9.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Génova: OMS; 1997.
36. Ortíz-Panoso E, Yunes-Díaz E, Lajous M, Romieu I, Monge A, López-Ridaura R. Validity of self-reported anthropometry in adult Mexican women. *Salud Public Mex.* 2017;59:266-275.
37. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cant  A, Ávila-Funes JA, García-Mayo EJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Publica Mex.* 2007;49(4):256-262.
38. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Cleveland JM. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.*1963;185:914-919.
39. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras [Internet]. Génova: OMS; 2018. [consultado en abril 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
40. Scott D, Sanders KM, Aitken D, Hayes A, Ebeling PR, Jones G. Sarcopenic obesity and dynapenic obesity: 5-year associations with falls risk in middle-aged and older adults. *Obesity.* 2014;22(6):1568-1574.

DOLOR Y CALIDAD DE VIDA: EL PROCESO DE RECEPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA AL INTERIOR DEL DISCURSO MÉDICO CHILENO

HEALTH AND QUALITY OF LIFE. THE RECEPTION AND CONSTRUCTION PROCESS OF FIBROMYALGIA DIAGNOSIS IN THE CHILEAN MEDICAL DISCOURSE

RESUMEN

Introducción: El presente artículo propone una revisión del proceso de recepción y construcción del diagnóstico de fibromialgia al interior del discurso médico chileno. Se plantea que, derivado de las discusiones que previamente se instalan en torno al fenómeno del dolor crónico, la amplia penetración de la fibromialgia entre los profesionales de la salud chilenos puede ser entendida en función de su estrecha ligazón a la noción de calidad de vida.

Material y métodos: Se revisó ochenta y un artículos editados en Chile en revistas especializadas del ámbito médico desde 1953 a 2018, tres libros y una guía clínica cuyo tema principal es el dolor crónico y la fibromialgia. Se realizó un análisis de contenidos utilizando una codificación abierta en tres etapas mediante el programa Atlas.ti

Resultados: La información obtenida permite desprender tres discusiones principales: factores biológicos involucrados en el dolor crónico y la fibromialgia, los aspectos subjetivos de quienes los padecen, y el ámbito interpersonal que se ve concernido en torno a dichos diagnósticos.

Discusión: Se constata que, al ser un diagnóstico que no presenta una clara etiología alojada en la biología de quien lo padece, la fibromialgia se transforma en el indicador de quienes no se adecúan a los comportamientos esperables según una adecuada calidad de vida. Aquello habilita al profesional tratante a intervenir buscando la modificación de comportamientos en diversos ámbitos de la vida del paciente, bajo el supuesto que aquello conducirá a una reducción del dolor.

Palabras claves: fibromialgia, calidad de vida, dolor crónico.

ABSTRACT

Introduction: The present work offers a revision of the construction and reception process of the fibromyalgia diagnosis in the Chilean medical discourse. It argues that, derived from previous discussions about chronic pain, the wide-ranging expansion of fibromyalgia diagnosis among Chilean health professionals could be understood in the context of quality of life considerations.

Material and methods: Eighty-three papers edited in Chilean medical journals were reviewed, from 1953 to 2018, as well as three books and one clinical guide whose principal subjects were chronic pain and fibromyalgia.

Results: The information was divided into four periods from which is possible to draw conclusions about key points in discussions concerning the construction of chronic pain and fibromyalgia, involving biological considerations, subjective aspects of those diagnosed with it, and interpersonal elements involved in these diagnoses.

Discussion: The information shows that, fibromyalgia, as a diagnosis without a clear etiology located inside the patient's biology, becomes the designated diagnosis of those whose behaviors do not fit with what defined as a good quality of life. This allows the health professional to suggest a range of behavioral modifications in the life of the fibromyalgia sufferer, assuming that behavioral modification will eventually lead to pain relief.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, pain.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de fibromialgia se ha transformado en un problema de salud relevante en el mundo. Tal como lo han constatado investigadores en diversos países, se trata de un síndrome con crecientes índices de prevalencia en población general, que tiende a afectar en mayor proporción a mujeres que a hombres¹⁻². Surgido como un síndrome cuyos primeros criterios diagnósticos fueron publicados por el Colegio Reumatológico Americano en 1990, según la última definición propuesta el año 2010, la fibromialgia se caracteriza por la presencia de dolor en distintas áreas del cuerpo (principalmente cuello, espalda, brazos o piernas) que habitualmente se acompaña de fatiga, sueño no reparador, dificultades en la memoria y la concentración, cuya duración es de al menos tres meses, y que no presenta una causa claramente identificable ni en la evaluación clínica ni en exámenes de laboratorio³.

Considerando tanto las voces detractoras como las que están a favor de la existencia de la fibromialgia como síndrome biomédico⁴, lo que este diagnóstico permite localizar es la operación a través de la cual la experiencia de dolor es traducida y delimitada en los términos propios del discurso biomédico contemporáneo. Según lo referido por diversos autores al interior de las ciencias sociales, la experiencia de dolor comporta una compleja realidad individual, social y política, en tanto parece siempre exceder los marcos simbólicos que buscan delimitarla⁵. Así, al ser puesto en palabras, el dolor supone un marco común de sentidos que dan cuenta del modo como en un determinado contexto se le otorga reconocimiento al sufrimiento que éste comporta. En consecuencia, la construcción de una entidad clínica que se proponga delimitar la experiencia de dolor como fenómeno biomédico supone, en último término, el intento por dar respuesta desde el marco de saber propio de las ciencias biomédicas, a preguntas relativas a qué se valida y qué no como experiencia legítima de sufrimiento en un determinado contexto, qué se entiende como esperable y deseable en cuanto a la conducta de quien sufre dolor, cuándo es legítimo solicitar ayuda para aliviarla, y cual o cuales actor(es) social(es) se arroga(n) la autoridad y el poder para sancionar y eventualmente aliviar dicha experiencia.

Lo que interesa en este artículo es revisar el modo como la fibromialgia ha sido tematizada al interior del discurso médico chileno, entendiendo que es en

dicho proceso donde se ha delimitado la existencia social de una particular experiencia de dolor. Por ello, lo que esta investigación propone es la pregunta en torno a qué alude y qué supuestos sostienen la existencia del diagnóstico de fibromialgia al interior de dicho discurso. Con ello, se asume que si bien la noción de fibromialgia y su propuesta de tratamiento surgen durante la década de los años ochenta desde la reumatología estadounidense, el modo como dicho diagnóstico es leído por los profesionales de la salud nacionales permite delimitar una trayectoria discursiva que problematiza y delimita la problemática clínica asociada a este diagnóstico, a partir de los supuestos que, en el contexto chileno, participan en la construcción de las experiencias de sufrimiento y dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tomando 1953 como año de inicio, en tanto es el momento en que el anestesiólogo estadounidense John Bonica desarrolla la distinción entre dolor agudo y dolor crónico, se revisó aquellas publicaciones editadas en Chile que hayan tenido como temática principal la problematización del dolor crónico y/o la fibromialgia, entendiendo que este diagnóstico responde a una manifestación clínica específica del fenómeno previamente delimitado como dolor crónico. Se decidió excluir de la muestra publicaciones no editadas en Chile, buscando con ello circunscribir lo más posible el material revisado al ámbito de las discusiones locales en torno a la temática específica que se investigó. En total, el corpus documental revisado consistió en 81 artículos aparecidos en revistas especializadas chilenas de publicación periódica desde 1953 hasta 2018, tres libros de divulgación científica publicados en Chile, y una guía clínica emanada por el Ministerio de Salud de Chile. La información fue analizada a través del método de análisis de contenido, contemplando para ello un proceso de codificación abierta en tres etapas: primero, la selección de los textos más relevantes para los objetivos de la investigación, luego la agrupación de la información en categorías que permitan reducir su complejidad y variabilidad, para finalmente incluir las categorías en unidades de registro manejables y homogéneas en cuanto a su amplitud y extensión^{6,7}. A partir de lo anterior, la información recopilada se organizó en cuatro períodos históricos que circunscriben las principales discusiones y puntos de tensión que configuran un

discurso específico sobre el dolor crónico primero, y luego la fibromialgia.

RESULTADOS

Período I: 1953-1975: El problema de la psicogénesis en el dolor reumático.

Durante el primer período es posible constatar la publicación de una serie de artículos que ponen en discusión la posibilidad de delimitar como fenómeno médico a quienes se quejan de dolor musculoesquelético de localización difusa, constante en el tiempo, y sin un elemento etiológico claramente visible según los métodos diagnósticos con los que cuenta la medicina de la época. Circunscrita principalmente al ámbito reumatológico, mediante el uso de términos como “dolor lumbociático”, “polimialgia reumática” o “reumatismo psicógeno” se discute la manera de traducir la experiencia de estos pacientes en términos que permitan hacerla inteligible dentro del marco comprensivo propio de esta disciplina. Es allí donde aparece con fuerza el recurso a los “factores psicógenos”, aludiendo con ello a dos órdenes específicos de fenómenos: en primer lugar, los factores psicógenos responden a un conjunto de diversas situaciones vitales de carácter conflictivo (por ejemplo, dificultades económicas, conflictos matrimoniales, muerte de un ser querido), los cuales operarían como gatillantes en la aparición de las enfermedades reumáticas^{8,9}. En segundo lugar, la idea de “factores psicógenos” alude a características de un modo de ser particular, propio de quienes padecen dolor reumático: “Los pacientes estudiados en nuestro servicio se caracterizaban por su inmadurez emocional (...) La enfermedad ha estallado o recidivado por sucesos que han puesto en peligro su seguridad emocional y su extrema dependencia”⁹. Enfrentadas a un suceso vital conflictivo, dichas personas reaccionarían con una hiperfunción de músculos del torso y las extremidades, lo que permitiría explicar su posterior patología reumática⁸.

Bajo los términos Reumatismo Psicógeno o Reumatismo No Articular Generalizado, distintos autores intentaron circunscribir la presencia de dolores musculares, articulares y/o óseos que no calzan con ningún cuadro conocido, cuyo examen tanto de laboratorio como físico aparece normal, y que responderían tanto en su causa, intensificación o duración a factores ubicados por fuera de los límites del cuerpo biológico⁹⁻¹¹. Se aprecia en estos casos un cierto

nivel de acuerdo respecto a la bipartición entre el ámbito somático del dolor, la mecánica biológica que parece no ser suficiente a la hora de explicar su aparición o eventual intensificación, y el ámbito de la subjetividad, entendiendo por ello tanto las características personales de quien padece este cuadro, como todo lo relativo a su historia de vida. En efecto, el dolor opera al modo de un signo localizable en el cuerpo de alguien que reacciona en forma desadaptativa respecto de un estresor psicosocial (como la muerte de un ser querido o una dificultad económica), o bien de alguien que presenta una manera de ser desadaptativa, una predisposición patológica hacia la interacción social (como es el caso de los trastornos de personalidad).

En 1968 con motivo del II Congreso Chileno de Anestesiología celebrado en Viña del Mar, el anestesiólogo estadounidense John Bonica dictó una conferencia titulada Tratamiento del Dolor. Según lo señala el presidente de la Sociedad Chilena de Anestesiología de la época, el doctor Sergio Jara, dicha visita se realizó en el marco de un “sincero anhelo de los especialistas chilenos” por traer al “prestigioso médico anestesiólogo de renombre internacional John Bonica de la Universidad de Washington”, lo cual sólo pudo concretarse gracias al apoyo de la firma Indura¹². En torno a dicha alocución se pueden extraer cuatro temas principales: En primer lugar, propone tematizar el fenómeno del dolor mediante un lenguaje compartido que sea transversal a las distintas áreas de la medicina, evitando con ello leerlo como fenómeno propio de alguna especialidad en particular¹³.

En segundo término, Bonica hace explícita su concepción del dolor como fenómeno que abarca distintos planos de análisis. Según refiere, el dolor presenta no sólo un plano fisiológico, sino se trataría también de una experiencia moral en tanto contribuye a la adquisición de los valores propios de un determinado contexto social, a través del fenómeno de la evitación que producen tanto el dolor del castigo como la sensación de culpabilidad¹³.

Una tercera consideración alude al hincapié en el hecho que el tratamiento del dolor requiere considerar la relación médico-paciente como un importante factor de ayuda a la acción de otras medidas terapéuticas: “En adición, el uso de la sugestión, distracción y otras medidas psicológicas constituyen una importante forma de tratamiento adjunto”¹³.

Por último, en la perspectiva de Bonica el dolor crónico tiene distintas formas de presentación clíni-

ca (los llamados pain syndromes). Al respecto, propone que los síndromes dolorosos miofaciales corresponden a uno de los problemas más importantes en la práctica clínica asociada al dolor crónico. Se trata de cuadros cuyo tratamiento debiera orientarse hacia el bloqueo de las zonas dolorosas mediante técnicas analgésicas asociado a fisioterapia con movilización de la zona afectada, e intervenciones psicológicas que enseñen al paciente a lidiar con su dolor¹³. Aquí, la idea de “lidiar con el propio dolor” implica una suerte de disociación de la experiencia de dolor entre, por un lado, el dolor mismo, y por otro, la persona que lo experimenta.

La intervención de John Bonica en Viña del Mar marca un importante hito en la manera como se continúa problematizando el dolor crónico entre los profesionales de la salud chilenos. En efecto, paulatinamente la discusión comienza a girar en torno a algunos de los elementos desarrollados por él. Así, se observa la intención de abordar al dolor ya no como fenómeno ligado a una disciplina en particular (reumatología o anestesiología), sino más bien como objeto transversal y común no sólo del saber médico, sino de todas las profesiones ligadas a la salud. En consecuencia, a comienzos de la década de los años setenta, el fenómeno del dolor comienza a ser tematizado por disciplinas médicas que previamente no habían participado de la discusión, como lo son la neurocirugía o la salud materno-infantil¹⁴. En estos casos se utilizan las distinciones terminológicas difundidas por John Bonica para referirse no sólo a las distintas formas de presentación clínica, sino también a las consideraciones que habría que tomar a la hora de proponer alguna forma de tratamiento.

Período II, 1976-1989: La relación médico-paciente y precisiones terminológicas en torno al dolor crónico.

Desde la segunda mitad de la década de los años setenta es posible localizar un paulatino cambio respecto a las discusiones que comienzan a dominar la manera de referirse a la salud y enfermedad en general, y al fenómeno del dolor crónico en particular. En efecto, el cambio epidemiológico evidenciado en la población chilena a partir de la segunda mitad del siglo XX implicó una importante disminución en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y un alza importante en la prevalencia de enfermedades crónicas¹⁵. Asociado a ello, paulatinamente ingresan al interior del saber médico chileno distin-

tos conceptos y nociones que buscan aprehender una nueva forma de conceptualización y manejo de este tipo de patologías. Nociones como “calidad de vida”, o la “relación médico-paciente” se instalan como ideas relevantes a tener en cuenta a la hora de planificar un abordaje terapéutico en el discurso de quienes publican sobre patologías crónicas. El fenómeno del dolor crónico no resulta ajeno a dicha tendencia, la cual incide no sólo en las maneras de referirse a dicho fenómeno, sino también en las propuestas de abordaje terapéutico que de allí se desprenden.

Durante este período, el dolor crónico es problematizado a partir de tres ejes. Primero, se observa que la mayor preocupación de quienes abordan este fenómeno sigue siendo la posibilidad de distinguir claramente su presentación aguda, esto es, el dolor acotado a una zona específica del cuerpo cuya duración e intensidad está en estrecha relación con una lesión a nivel tisular, respecto del dolor crónico, el cual no cumple con ninguna de las características propias de su expresión aguda: “La primera y más esencial pregunta es si nos encaramos con dolores atribuibles a una entidad patológica definida o si éstos son la expresión de un estado psicógeno”¹⁶. Se observan varios esfuerzos por precisar los términos neurofisiológicos que, se supone, se encontrarían involucrados en el dolor crónico. Así, el término *trigger point*, que más tarde será utilizado para caracterizar a la fibromialgia, se propone como concepto que permitiría delimitar con alguna precisión aquellas zonas del cuerpo, los puntos gatillo, en las cuales fenómenos como el reumatismo muscular o la fibromiositis irradian dolor hacia otros lugares del cuerpo^{16,17}. En la misma línea, se plantea que muchos de aquellos dolores considerados como psicógenos pudiesen tener algún mecanismo biológico como factor etiológico el cual, en virtud de la ignorancia que aún persiste en torno a los aspectos metabólicos del dolor, podría ser mal interpretado o desestimado falsamente. Es por ello por lo que la perspectiva de trabajo multidisciplinaria se ve como una manera de soslayar las limitaciones que una u otra especialidad médica pudiesen tener respecto a la conceptualización de dicho fenómeno: “La intención fue entonces, y sigue siéndolo en esta versión escrita, presentar en forma sencilla los fundamentos psicofisiológicos de la experiencia dolorosa, insistiendo en sus múltiples componentes y en la necesidad de una consideración multidisciplinaria”¹⁸.

Hasta fines de los años ochenta se intenta precisi-

sar el marco de signos y síntomas que habitualmente acompañan al fenómeno del dolor crónico, los cuales incluyen una constelación de signos vegetativos (trastornos del sueño y apetito, estreñimiento, disminución de la libido), alteraciones a nivel del ánimo (principalmente irritabilidad), aumento de la preocupación por el cuerpo y reducción de las relaciones interpersonales. Desde esta forma de referirse al dolor no se deja de mantener la distinción mente/cuerpo que viene operando en referencia a este fenómeno: "(...) una teorización razonable debiera intentar dilucidar la posición del dolor "psíquico" en relación con él [el aspecto somático], sus rasgos comunes y su recíproca influencia"¹⁸.

Desde un segundo eje, se pesquiza un renovado acento en las características personales que determinarían la experiencia de quien padece dolor crónico. Se trata, por ejemplo, de atender a los modos de expresión que permitirían diferenciar al dolor referido cuando se trata de un dolor que presenta algún correlato orgánico, respecto de aquellos dolores en los que dicho correlato se encuentra ausente¹⁷. Como tercer eje de análisis, se instala la relevancia de la relación médico-paciente en el manejo terapéutico de quienes padecen dolor crónico. Mantener en todo momento un trato respetuoso hacia el paciente, ser cálido, y darse el tiempo de explicarle en forma clara y simple lo que le ocurre son algunas de las sugerencias que se proponen en orden a mejorar la relación entre el médico y el paciente: "Finalmente, la relación médico-paciente puede resumirse en la acción de llevar a cabo con el enfermo como quisiéramos que se llevara con nosotros o con nuestros hijos"¹⁵. Según se sigue de esta perspectiva, es por medio de la vinculación con el paciente que el médico podrá ejercer su función curativa con mayores probabilidades de éxito terapéutico, lo que supone la relevancia de expresar un genuino interés no sólo hacia la enfermedad de éste, sino más bien respecto de la posibilidad de contribuir con su bienestar personal.

Desde comienzos de los años ochenta, cobra relevancia el papel que jugaría el médico, ya no como un simple especialista técnico de la enfermedad, sino en función de características personales que facilitarían o no la posibilidad de establecer un vínculo con el paciente^{15,19}. Así la subjetividad del propio médico es entendida a partir de una actitud de empatía y genuino interés ya no por la sola existencia de una eventual materialidad biológica de la enfermedad, sino por la vida del paciente en su glo-

balidad, esto es, sus aspectos emocionales, sociales y sus condiciones materiales de vida. De esta manera, la subjetividad del médico tratante comienza a ser entendida como un recurso explicativo de la eventual evolución clínica del paciente. Así, dicha evolución dependerá siempre de cómo el médico se vincula e interesa respecto de las condiciones de vida del paciente: "Es bien sabido que la atención asidua, aún desprovista de instancias sugestivas o de intencionada penetración psicológica, tiende a mitigar el dolor"¹⁶.

Período III, 1990-2000: Surgimiento de la ACHED y expansión de un lenguaje común en torno al dolor crónico y la fibromialgia.

Durante la década de los años noventa se vislumbran dos importantes acontecimientos que proponen modificaciones respecto a las condiciones institucionales a partir de las cuales se generan maneras de hablar sobre el dolor: La aparición de los primeros dispositivos específicamente dedicados al tratamiento del dolor (Unidades de Dolor), y la creación de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED). Ambas instancias surgen al alero de un grupo de profesionales médicos chilenos seguidores del modelo propuesto por John Bonica y la *International Association For The Study of Pain* (IASP por sus siglas en inglés) en Estados Unidos a partir de la segunda mitad del siglo XX.

La formación de la primera Unidad de Dolor en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 1991, junto con la puesta en marcha de la Unidad de Tratamiento de Dolor del Hospital Militar de Santiago en 1990 motivó la publicación de distintos artículos donde se relata el paulatino proceso de implementación y posterior funcionamiento de dispositivos específicos de tratamiento del dolor en varias ciudades del país^{20,21}.

Según se lee en los artículos que abordan esta temática, surge un marcado interés por articular un conjunto de prácticas protocolizadas para el manejo del dolor de la mano de la construcción de un lenguaje común a todas las especialidades médicas, por ejemplo a través de la difusión de la definición estandarizada propuesta por la IASP para la experiencia de dolor: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño"²².

La subjetividad en juego de quien padece dolor crónico respondería a la existencia de una mane-

ra de ser (llamada trastorno de personalidad, inmadurez emocional o conductas desadaptativas) que explica la existencia de un patrón de mal uso del propio cuerpo y que generaría, además, complicaciones en el ámbito de las relaciones interpersonales. A su vez, aquellos pacientes que presentan dolor crónico tenderían a experimentar gran inhabilidad para expresar sus sentimientos, junto a una alta comorbilidad con sintomatología depresiva²³. Se trataría de personas que exageran frente a sus dificultades, esto es, su queja es siempre excesiva y no se condice a ojos del profesional tratante con la realidad de su padecimiento, la cual está siempre dada por la existencia material de una lesión tisular que opere al modo de factor etiológico. Desde esta lógica se entiende que quien experimenta dolor crónico sería alguien que presenta un modo de reaccionar siempre excesivo, eventualmente hostil, y con un inadecuado manejo emocional del que, tanto la intensidad como la duración del fenómeno del dolor crónico, serían la consecuencia visible para el especialista tratante: "Presentan una escasa capacidad de fantasear en la vida, con un pensamiento de tipo concreto-utilitario"²³.

Respecto al plano interpersonal, se mantiene la relación médico-paciente como factor relevante en el manejo clínico de los cuadros clínicos asociados a dolor crónico, en tanto las características personales de quienes los padecen son descritas como eventualmente problemáticas a la hora de iniciar un proceso terapéutico. Por esta razón resultaría de crucial importancia el establecimiento de una buena relación médico-paciente a la hora de planificar un tratamiento en todos aquellos casos ligados al fenómeno del dolor crónico: "La naturaleza del síntoma, las características del paciente y la reacción emocional del médico hacen, sin embargo, altamente probable el establecimiento de una relación tensa y mutuamente frustrante"²⁴.

Un amplio espectro de comportamientos comienzan a verse concernidos en la experiencia de dolor crónico a partir de la década de los años noventa, implicando con ello un cambio respecto de la posición del médico tratante hacia dicho fenómeno: si durante los primeros años revisados en esta investigación hasta comienzos de los años noventa, las discusiones en el ámbito de las prácticas terapéuticas giraban respecto a la búsqueda de la alteración biológica subyacente, durante la década de los años noventa el foco de las intervenciones médicas apunta a la pedagogía en torno a la normalización de

un espectro amplio de conductas (alimentación, uso del tiempo libre, consumo de drogas, etc.): "No basta el conocimiento de la patología orgánica, se requiere además que los miembros del equipo tengan competencias en el manejo de los aspectos psicológicos e interaccionales que la situación del paciente con dolor crónico necesita"²⁵.

El foco de la terapéutica asociada a los cuadros de dolor crónico está puesto en ubicar al profesional tratante en el rol de educador en relación a un amplio espectro de conductas que incidirían en la aparición o en la intensificación del dolor. Se trata de un rol pedagógico que adopta el profesional tratante, bajo el supuesto que este fenómeno sería la señal de quien no conduce su vida de acuerdo con un conjunto de normativas específicas: "En este sentido tiene especial importancia lo que se logra en el aspecto educativo, como modificación de conductas. Se pueden intentar clases de control de dolor, en las que se aclaran conceptos erróneos y se disminuye la angustia por la propia enfermedad"²⁶.

Puesto que siempre en el fenómeno del dolor crónico interactuarían tres planos heterogéneos entre sí (biología, variables personales, variables contextuales), la terapéutica requiere situarse desde una perspectiva multidisciplinaria: "(...) una aproximación multidisciplinaria y un enfoque holístico en el cual participen profesionales de las ciencias médicas y sociales"²⁷. En el dolor crónico, se propone como objetivo relevante la pesquisa de factores como antecedentes psiquiátricos previos, problemas vocacionales o laborales, modelos familiares de dolor o enfermedad crónica, buscando con ello "(...) entender el rol que ocupa el dolor en la vida del paciente y ayudar en la selección del mejor tratamiento para cada paciente en particular"²⁷.

Período IV, 2001-2018: El problema de la "calidad de vida" en la aproximación terapéutica al dolor crónico y la fibromialgia.

A contar de la década de los dos mil, la fibromialgia es leída como un diagnóstico que presenta diversos ejes posibles de análisis. En cuanto a su prevalencia, por ejemplo, se trata de un diagnóstico que al año 2006 abarcó el 9,28% del total de pacientes atendidos en la unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, siendo además el que presentó un mayor incremento en cuanto a su incidencia en dicha unidad²⁸.

La característica principal de este cuadro es la presencia de dolor difuso en los tejidos blandos, el que

frecuentemente es descrito como un dolor quemante, intenso o muy terrible, habiendo un examen físico sin alteraciones. En cuanto al tratamiento de este cuadro, se propone que debe ser multidisciplinario, incluyendo manejo farmacológico, ejercicio físico y disminución de los factores contribuyentes: “El control del dolor en el largo plazo dependerá de educar al paciente, autorresponsabilidad y el desarrollo de una relación de largo plazo médico-paciente”²⁹.

La lectura de la fibromialgia se encuentra imbuida por supuestos como la optimización de la calidad de vida o el rol de pedagogo del profesional tratante en el trabajo clínico de este cuadro, el que debiese estar dirigido hacia la disminución de los factores contribuyentes: “El control del dolor en el largo plazo dependerá de educar al paciente, autorresponsabilidad y el desarrollo de una relación de largo plazo médico-paciente”²⁹. Sin entrar en mayores precisiones respecto a este punto, por el término “factores contribuyentes” se entiende todos aquellos aspectos relacionados con actitudes, estilo de vida, o condiciones del medio físico o social, que contribuyen a mantener o intensificar la experiencia de dolor en el paciente, y que pueden ser modificados por medio de educar al paciente en estrategias de autorresponsabilidad.

Parece existir un consenso entre los profesionales de la salud chilenos, respecto a que el objetivo principal de cualquier tratamiento para la fibromialgia es la mejoría en la calidad de vida del paciente. Aquello implica aspectos como aliviar la sensación de dolor, recuperar el sueño reparador, recuperar los niveles de funcionalidad premórbida, y manejar los factores psicosociales que pudiesen interferir en la mantención o exacerbación del cuadro clínico: “El alta significará el retorno a su domicilio o significará la reinserción familiar, laboral y social del paciente”³⁰. Por ello, un rol fundamental del profesional tratante es la promoción de cambios en el estilo de vida, lo que es entendido como mantener una dieta equilibrada, eliminar la cafeína, reducir el estrés cotidiano y mejorar las habilidades de adaptación al contexto social, buscando con ello un manejo analgésico que permita restaurar niveles previos de funcionalidad: “El objetivo del tratamiento se orienta a restaurar la funcionalidad, su autonomía y control analgésico, entre otros”³¹.

A mediados de la década del dos mil se publican algunos artículos que vuelven a discutir la influencia que tendrían lo que denominan “factores psicosociales” en la cronificación de la experiencia de dolor³².

Así, en la perpetuación de la experiencia dolorosa confluirían variables de orden biofísico, psicosocial, económico y laboral, siendo además una conducta habitualmente observable en estos pacientes el consumo de diversos medicamentos analgésicos, junto con el abuso de los sistemas de salud, o “doctor shopping”³³. Dado que no se explica cuál es el abuso o qué es lo que resulta abusivo de quienes padecen dolor, en línea con la idea previa de la supuesta ganancialidad asociada a los diagnósticos de dolor crónico, el “abuso” en el uso de los sistemas de salud permite ver el supuesto de una demanda siempre excesiva e inadecuada que no se correspondería con un uso adecuado de los servicios de salud a los ojos de los profesionales tratantes.

DISCUSIÓN

Según lo trabajado por diversos autores, el discurso biomédico responde siempre a un ordenamiento de enunciados socio-históricamente situado que construye la realidad que busca representar³⁴⁻³⁷. Desde dicha perspectiva, la aparición de la noción de fibromialgia en el discurso médico chileno a comienzos de los años noventa puede ser leída como una operación que permitió darle existencia, en términos de problemática biomédica, al malestar de personas que, a través de la experiencia de dolor, pasan a transformarse en pacientes cuya demanda de atención adquiere un lugar legítimo al interior de dicho discurso. Se trata de una operación de traducción del dolor que conlleva una serie de consecuencias en la experiencia de quienes lo padecen. En efecto, fuertemente influenciada por los profesionales agrupados en la ACHED, puede decirse que la construcción de la noción de fibromialgia al interior del discurso médico chileno conlleva los siguientes supuestos: 1) Se trata de un síndrome transversal a diversas disciplinas de la salud (entre otras, reumatología, anestesiología, psiquiatría, psicología, kinesiólogía, fisioterapia) por lo que cualquier especialista de estas disciplinas se encuentra eventualmente habilitado para intervenir terapéuticamente en torno a ella. 2) Se asume que quien padece fibromialgia presenta un conjunto de características personales que serían disfuncionales respecto al logro de una adecuada calidad de vida, y que influirían de manera importante en la aparición y mantención del cuadro clínico. De este modo, la fibromialgia se ubica como la manifestación de un dolor que sería el signo de quien, debido a una inadecuada relación

hacia su propio cuerpo, hacia sus vínculos interpersonales o hacia sus rendimientos productivos, no se adecúa a los comportamientos esperables según la lógica de la buena calidad de vida. 3) Puesto que se trata de un síndrome cuya complejidad requiere la participación de diversas disciplinas de la salud, el tratamiento recomendable para este cuadro consiste en una aproximación multidisciplinaria donde el foco esté puesto en construir una relación con el paciente que permita la enseñanza de nuevas maneras de relacionarse y sobrellevar su dolor, a fin de recuperar la funcionalidad esperable para conseguir una mejor calidad de vida. Desde esta perspectiva, el rol del profesional tratante es principalmente un rol pedagógico que busca modificar conductas en un amplio espectro de áreas (tiempo libre, hábitos de sueño, alimentación, etc.) en orden a lograr comportamientos más adaptativos que eventualmente reduzcan el dolor propio de este cuadro.

El diagnóstico de fibromialgia permite darle un lugar en el saber biomédico a quienes padecen un dolor cuya etiología no responde claramente a los supuestos propios de dicho discurso, otorgando con ello existencia social y un cierto grado de legitimidad a la queja de dichas personas³⁸. Paradójicamente, dicha legitimidad parece quedar en entredicho en tanto se trata de un diagnóstico cuya etiología no se encuentra ubicada en algún factor claramente objetivable al interior del cuerpo biológico. Se trata entonces de un síndrome que obliga a poner bajo el escrutinio del saber médico un conjunto diverso de áreas de la vida (alimentación, hábitos de sueño, uso del tiempo libre, relaciones interpersonales, consumo de alcohol y drogas), a fin de aprender comportamientos que permitan “relacionarse” y “sobrellevar” el propio dolor. En último término, la subjetividad de quien padece fibromialgia termina siendo subdividida en dos ámbitos distintos: aquella que padece del dolor y se queja de ello, y aquella que, de la mano del profesional tratante, aprende cómo relacionarse con dicho dolor de una manera más funcional y adaptativa.

CONSIDERACIONES FINALES

En los cuatros períodos propuestos en la revisión documental, es posible circunscribir un derrotero particular en la operatoria de construcción del diagnóstico de fibromialgia en el contexto de los profesionales de la salud chilenos. En una relación de continuidad con las discusiones que localizan al dolor crónico como un fenómeno cuya extensión e intensidad no es comprensible a partir de la presencia de alguna lesión tisular, la fibromialgia se ubica también como parte de aquellos cuadros clínicos cuya sintomatología, principalmente dolor, no se relaciona con alguna alteración claramente localizable en los límites de la materialidad del cuerpo biológico. De allí que la construcción de dicho diagnóstico supone ubicar al dolor propio de este cuadro como el signo ya no de una biología alterada, sino más bien como el indicador de personas que presentan una relación hacia su propio cuerpo, hacia su contexto social y hacia sus rendimientos productivos, tal que les impide alcanzar los comportamientos y rendimientos esperables propios de aquello que se entiende como buena calidad de vida.

En definitiva, pensar la sostenida alza en la prevalencia del diagnóstico de fibromialgia desde la perspectiva revisada en este artículo implica considerar que, más que un paulatino aumento de personas que padecen esta forma específica de dolor se trata más bien de un esfuerzo por darle existencia, en la forma de un síndrome biomédico, a un número cada vez mayor de personas cuyo malestar termina siendo leído como el resultado de comportamientos de un cierto ideal de vida. Queda entonces como horizonte por explorar en una futura investigación el modo como aquello incide finalmente en las prácticas actuales de quienes padecen este cuadro, de quienes se interesan por abordarlo clínicamente, y de todos aquellos que de distintas maneras se vinculan a dichas personas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés respecto de los contenidos abordados en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fillingim R. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain*. 2000;4(1):24-30.
2. Queiroz L. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2013 Aug;17(8):356.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10.
4. Quintner J, Cohen M. Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet*. 1999 Mar 27;353(9158):1092-4.
5. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. New York, NY: Basic Books; 1988.
6. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En: Delgado J, Gutiérrez J (Coords). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1995. p. 177-224.
7. Canales M. Análisis sociológico del habla. En: Canales M (Coord.) *Escucha de la Escucha: análisis e interpretación en la investigación cualitativa*. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2013. p. 171-188.
8. Toledo A, Ronban E. Diagnóstico radiológico del dolor lumbociático. *Rev Méd Chile*. 1953;12(31):10-13.
9. Arcaya A. Factores psicogénicos en el reumatismo. *Rev Méd de Chile*. 1953;12(31):72.
10. France O. Polimialgia reumática. *Boletín de la Sociedad Chilena de Reumatología*. 1966;3(4):28-29.
11. Bravo J. Reumatismos Sicogénicos. *Boletín de la Sociedad Chilena de Reumatología*. 1969;3(7):14-17.
12. Jara S. Discurso del presidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile. *Rev Chilena de Anestesia*. 1970;20(6):14-15.
13. Bonica J. Tratamiento del dolor. *Rev Chilena de Anestesia*. 1970;20(6):109-120.
14. Fuentes E. Dolor-Síntoma versus Dolor-Enfermedad. *Rev Chilena de Anestesia*. 1972;22(6):511-515.
15. Soto S. La relación médico-paciente. *Rev Méd Chile*. 1976;9(104):664-669.
16. Ferrer S, Mellado L. Mialgias. *Rev Méd Chile*. 1985;9(113):897-905.
17. Aris H. Reumatismos psicogénicos. *Rev Médica Chile*. 1984;12(112):1248-1255.
18. Lolás, F. Aspectos Psicofisiológicos del Dolor. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1985.
19. Goic A. Salud y calidad de vida. *Rev Méd Chile*. 1981;5(109):467-473.
20. Espejo A, Asenjo F, Velasco M, Hernández X. Clínica del dolor Hospital Militar. 18 meses de funcionamiento. *Boletín El Dolor*. 1991;1(1):3-4.
21. Bilbeny N, Urra X. Unidad de dolor. *Rev Hospital Clínico Universidad de Chile*. 1992;4(3):126-132.
22. Paeile C, Saavedra H. (Eds). *El dolor, aspectos básicos y clínicos*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 1990.
23. Zaninovic D. Psicología del dolor. *Rev El Dolor*. 2001;36(10):27-33.
24. Eva P. Implicancias neuropsicológicas del dolor. En: Paeile C, Saavedra H (Eds.). *El dolor aspectos básicos y clínicos*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1990. p. 185-196.
25. Muñoz A, Tapia P. Dolor agudo y dolor crónico. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1999.
26. Saavedra H, Paeile C, Bilbeny N. Centros de tratamiento del dolor. En: Paeile C, Bilbeny N, eds. *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. 2ªed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1997. p.551-558.
27. López S. Evaluación psicológica, psicosocial y terapéutica del paciente con dolor. En: Paeile C, Bilbeny N, eds. *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. 2ª ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1997. p. 268-280.
28. Jaque J, Pacheco S, Miranda J, Plaza G, Muñoz A. Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). *Rev El Dolor*. 2007;47(16):14-17.
29. Fuentealba C. Síndrome fibromiálgico. *Rev Chilena Reumatol*. 2005;21(4):235-236.
30. Muñoz E. Psicología del dolor. Modelo multidimensional de dolor crónico. Epistemología, proceso psicodiagnóstico y terapéutica. *Revista El Dolor*. 2002; 39(11):22-29.

31. Norambuena X. Fibromialgia juvenil. Resumen de la conferencia presentada en Curso de Columna y Reumatología. *Rev Chilena Reumatol.* 2009;21(4):164-166.
32. Guic E, Rebolledo P, Galilea E, Robles I. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Rev Méd Chile.* 2002;12(130):1411-1418.
33. Rico M. El dolor y su cronificación: entendiendo el problema. *Revista El Dolor.* 2005;44(14):52-54.
34. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 2003.
35. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 1971.
36. Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del sol; 1999.
37. Rose N. Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria; 2012.
38. Fassin, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Rev Colom Antropol.* 2004;40:283-318.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 51-62

MORTALIDAD EVITABLE EN LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL, COLOMBIA, 2017 Y 2018

AVOIDABLE MORTALITY IN PERINATAL AND NEONATAL MORTALITY CARE, COLOMBIA, 2017 AND 2018

RESUMEN

Introducción: La mortalidad perinatal y neonatal representa la calidad de la atención en el periodo anteparto, parto y en la etapa neonatal; también refleja las condiciones sociales, económicas, biológicas, conductuales políticas, ambientales y el acceso a los servicios de salud, siendo características relacionadas con la mortalidad evitable. El objetivo de este trabajo es describir el comportamiento de la mortalidad evitable en el periodo perinatal y neonatal para Colombia en el año 2017 y 2018 de acuerdo con las metodologías disponibles en la literatura.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las muertes perinatales y neonatales tardías registradas en Colombia para 2017 y 2018. La fuente de información se obtiene a través de la notificación individual semanal de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Resultados: La proporción más alta de mortalidad evitable a través de la aplicación del proyecto europeo AMIEHS (Amenable Mortality in the European Union: towards better Indicators for the Effectiveness of Health Systems) fue del 84,3% para el 2017 y el 83,9% para el 2018.

Discusión: En Colombia, la aplicación de la metodología del proyecto AMEHIS evidenció que el 84% de las mortalidades perinatales y neonatales notificadas pudieron ser evitadas, con una tasa 13,6 muertes por 1.000 nacidos vivos. Esto ratifica la necesidad de fortalecer las estrategias orientadas a impactar de manera positiva los determinantes sociales, por medio de acciones de promoción y prevención, detección temprana y atención integral.

Palabras clave (DeCS): Mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, vigilancia en salud pública.

ABSTRACT

Introduction: perinatal and neonatal mortality reflects the quality in the antepartum, delivery, and neonatal care period; it also reflects social, economic, biological, political, behavioral, and environmental conditions as well as access to health service characteristics related to avoidable mortality. The objective of this study is to describe the avoidable mortality behavior in the perinatal and neonatal period in Colombia in 2017 and 2018 based on methodologies discussed in the literature.

Materials and methods: a descriptive cross-sectional study of perinatal and late neonatal deaths registered in Colombia in 2017 and 2018 was made. Information was obtained through the weekly individual notification of cases to the Public Health Surveillance System (Sivigila).

Results: the highest proportion of avoidable mortality by implementing the European project AMIEHS (Amenable Mortality in the European Union: Towards better Indicators for the Effectiveness of Health Systems) was 84.3% for 2017 and 83.9 % for 2018.

Discussion: in Colombia, the application of AMEHIS project methodology showed that 84% of the perinatal and neonatal reported mortalities could be avoided, with a rate of 13.6 deaths per 1,000 live births. This confirms the need to strengthen strategies to positively influence social determinants through promotion, prevention, early detection, and comprehensive care.

Keywords (DeCS): Perinatal mortality, neonatal mortality, public health surveillance.

Nathaly Rozo-Gutiérrez
Greace Ávila-Mellizo
Instituto Nacional de Salud.
Dirección de Vigilancia y Análisis
del Riesgo en Salud Pública. Equipo
de Maternidad Segura. Bogotá
(Colombia).
gavilam@ins.gov.co

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal es la que ocurre entre las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; y la mortalidad neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida.¹ En la literatura disponible se ha descrito que cada año a nivel mundial, la mortalidad neonatal representa el 40% de las muertes en menores de 5 años a nivel mundial^{2,3} y los fallecimientos perinatales oscilan entre 5 a 8 millones^{4,5}.

De esta forma, la mortalidad perinatal y neonatal representa la calidad de la atención en el periodo anteparto, parto y en la etapa neonatal. También es considerado un indicador que refleja las condiciones sociales y económicas en que se desarrolla la gestación; así como factores del ambiente familiar y otros factores esenciales para la atención materno-infantil⁶. Lo anterior explica su ocurrencia frecuente en los países con bajos y medios ingresos y con menos atención integral prenatal, intraparto y en el postparto⁷.

En este sentido la mortalidad perinatal y neonatal es uno de los problemas de salud pública que genera mayor carga en el indicador de años de vida perdidos por muerte prematura, por lo que es necesario realizar un análisis de evitabilidad, siendo una oportunidad para el desarrollo de intervenciones hacia la prevención y la evaluación de la atención aplicada al binomio madre-hijo y dirigidas hacia la reducción de estos desenlaces fatales⁸.

La mortalidad evitable corresponde a aquellas definidas como prevenibles, tratables, o ambas. La mortalidad tratable hace referencia a una defunción que se pudo haber evitado a la luz de los conocimientos médicos y la tecnología disponible actualmente. Los fallecimientos considerados prevenibles están relacionados con los conocimientos e intervenciones intersectoriales de los determinantes de la salud¹¹.

De esta forma, la mortalidad evitable está relacionada con las condiciones sociales, económicas, biológicas, conductuales, políticas, ambientales y los servicios de atención de salud. Para este último componente se ha descrito el acceso y la cobertura, junto con la calidad de control del embarazo, atención adecuada durante el parto, diagnóstico oportuno y otras acciones que tengan en cuenta diferentes factores de riesgo como la edad gestacional de la madre, nivel socioeconómico, nivel de educación

y condiciones de salud de la madre, entre otros.^{9,10}

En Colombia la mortalidad perinatal y neonatal tardía se ha establecido como un evento de interés en salud pública, con el propósito de identificar las características epidemiológicas, sociales, clínicas y demográficas de la población afectada junto con los determinantes identificados durante el proceso de análisis de los casos¹², para la definición de estrategias de prevención que faciliten el cumplimiento del tercer objetivo de desarrollo sostenible, que tiene dentro de sus metas poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, con una tasa de al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal en el país, que para el año 2017 fue de 16,0 por 1000 nacidos vivos (10.552 casos)¹³. Las causas de defunción relacionadas con partos prematuros, complicaciones en el parto (incluida la asfixia perinatal), infecciones neonatales y los defectos congénitos, son aquellas causas que, según la OMS, ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos. Se pretende describir el comportamiento de la mortalidad evitable en el periodo perinatal y neonatal tardía para Colombia en el año 2017 y 2018 de acuerdo con las metodologías disponibles en la literatura, con el objetivo de reducirlas a través de estrategias focalizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las muertes perinatales y neonatales tardías registradas en Colombia para 2017 y 2018. La fuente de información se obtiene a través de la notificación individual semanal de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento: mortalidad perinatal y neonatal tardía realizada por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel nacional, las cuales identifican y configuran el caso, de acuerdo con los criterios clínicos establecidos para el evento:

- Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento
- La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta mortalidad se divide en: 1) muertes neonatales tempranas: ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días), 2) muertes neo-

natales tardías: son las ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28º día de vida (7-27 días)²⁸.

La información notificada se somete a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se realiza la validación y filtro de los datos, se eliminan aquellos notificados con ajuste D o 6, es decir los casos que por error se notificaron dado que no cumplían los criterios clínicos para mortalidad perinatal y neonatal tardía; para los casos repetidos se tuvo en cuenta el registro de la institución que certificó la defunción en RUAF verificando si el registro correspondía a un embarazo simple o múltiple. Por último, se recodificaron variables para el grupo de edad de la madre.

Con base en la causa básica de mortalidad perinatal y neonatal tardía registrada en el momento de la notificación del evento al sistema de vigilancia de Colombia, se utilizaron cinco formas o métodos para construir las listas de enfermedades evitables. Posteriormente se compararon para elegir el mejor método:

- Lista 1 Nolte y Mckee (2004)¹⁴: basado en el trabajo y revisión desarrollado por Tobias y Jackson (2001), Mackenbach y Charlton y cols (1988), donde establecen una lista de 34 causas de muerte evitables consideradas susceptibles al cuidado sanitario. Esta herramienta es utilizada por la Organización Mundial de la Salud para el cálculo del indicador “muertes por causas potencialmente tratables por atención oportuna a la salud”¹⁵.
- Lista 2 Gispert y cols. (2006): es el resultado de un consenso de los profesionales de la salud, estadísticos y actores de salud pública con el objetivo de seleccionar una lista de enfermedades que, de acuerdo con los avances de la medicina actual, no deberían ocurrir.
- Lista 3 AMIEHS (2011): es una lista construida de causas o condiciones de mortalidad evitable (en concreto tratable) que puedan estar vinculadas a una determinada intervención, con base en el proyecto europeo AMIEHS (*Amenable Mortality in the European Union: towards better Indicators for the Effectiveness of Health Systems*) para el período 2001-2009.
- Lista 4 Plug in (2012): basado en el trabajo realizado por Rutstein y cols. (1976) se desarrolla una lista de causas de muerte susceptibles a la intervención médica.
- Lista 5 Gómez Ruben (2006): autor colombiano

que desarrolla la propuesta de causas de mortalidad evitable con base en las contribuciones realizadas por Taucher y Holland, donde las enfermedades fueron agrupadas de acuerdo con A) defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo, B) defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz, C) defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental, D) Defunciones evitables por medidas mixtas, E) defunciones difícilmente evitables en la actualidad, que incluyen defunciones por causas mal definidas y otras causas¹⁶.

Se calcularon frecuencias, proporciones y se construyeron tablas según causa básica de la defunción y las cinco metodologías de clasificación; departamento/distrito de residencia, grupos de edad de la madre, pertenencia étnica, tipo de seguridad social en salud y momento de la ocurrencia de la muerte. Se estimó la tasa mortalidad perinatal y neonatal tardía y la tasa específica de mortalidad por causas evitables de acuerdo con las cinco metodologías de clasificación.

Consideraciones éticas

El presente estudio corresponde a un estudio sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, por ser descriptivo retrospectivo basado en la revisión de bases de datos; se respetó la confidencialidad de los datos individuales y la transparencia en la información, dado que no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

RESULTADOS

Para el 2017 se realizó la notificación de 10.552 defunciones perinatales y neonatales tardías con una tasa de 16,0 muertes por 1.000 nacidos vivos. En el 2018 fueron notificadas 10.003 muertes perinatales y neonatales tardías con una tasa de 15,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Al realizar la aplicación de las metodologías descritas sobre mortalidad evitable (ME) se observa que la tasa más alta de ME se obtuvo a través de la aplicación del proyecto europeo AMIEHS con 13,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017 y 13,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa el 84,3% del total de las mortalidades notificadas para el 2017 y el 83,9% para el 2018 (Tabla N°1).

Tabla N°1. Análisis del comportamiento de mortalidad evitable en la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía con la aplicación de cinco metodologías, Colombia, 2017 y 2018

Metodologías Mortalidad Evitable (ME)	2017													
	Mortalidad evitable					Mortalidad no evitable			Otro			Total general		
	Casos	%	Tasa de MPNT	RR	IC 95%	Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT
Lista 1 Nolte y Mckee (2004)	8149	77,2	12,4	0,9	0,86-0,88	1693	16,0	2,6	710	6,7	1,1	10552	100,0	16,1
Lista 2 Gispert y cols. (2006)	8079	76,6	12,3	0,9	0,85-0,88	1763	16,7	2,7	710	6,7	1,1	10552	100,0	16,1
Lista 3 AMEIHs (2011)	8899	84,3	13,6	0,9	0,90-0,93	943	8,9	1,4	710	6,7	1,1	10552	100,0	16,1
Lista 4 Plug in (2012)	296	2,8	0,5	0,05	0,05-0,06	9546	90,5	14,5	710	6,7	1,1	10552	100,0	16,1
Lista 5 Gómez Ruben (2006)	7016	66,5	10,7	0,8	0,78-0,81	2826	26,8	4,3	710	6,7	1,1	10552	100,0	16,1
Metodologías Mortalidad Evitable (ME)	2018													
	Mortalidad evitable					Mortalidad no evitable			Otro			Total general		
	Casos	%	Tasa de MPNT	RR	IC 95%	Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT
Lista 1 Nolte y Mckee (2004)	7792	77,9	12,0	0,9	0,86-0,89	1487	14,9	2,3	724	7,2	1,1	10003	100,0	15,4
Lista 2 Gispert y cols. (2006)	7730	77,3	11,9	0,9	0,86-0,89	1549	15,5	2,4	724	7,2	1,1	10003	100,0	15,4
Lista 3 AMEIHs (2011)	8397	83,9	12,9	0,9	0,90-0,93	882	8,8	1,4	724	7,2	1,1	10003	100,0	15,4
Lista 4 Plug in (2012)	300	3,0	0,5	0,06	0,05-0,06	8979	89,8	13,8	724	7,2	1,1	10003	100,0	15,4
Lista 5 Gómez Ruben (2006)	6615	66,1	10,2	0,8	0,78-0,81	2664	26,6	4,1	724	7,2	1,1	10003	100,0	15,4

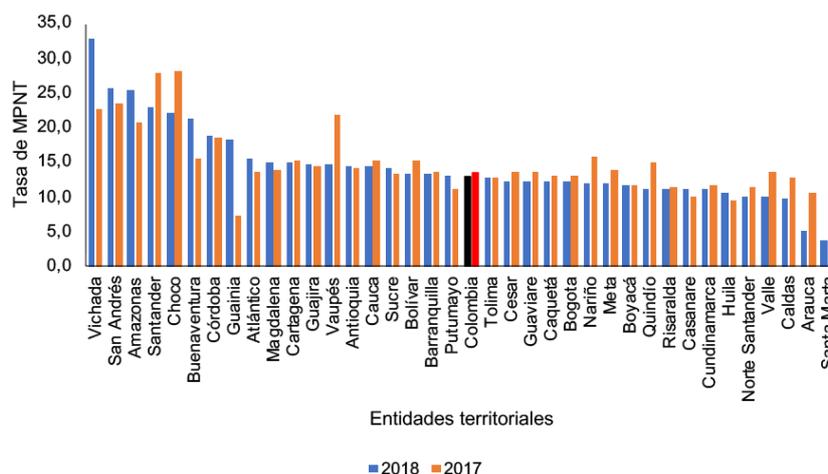
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2018- DANE ND 2017-2018. Elaboración propia

Al realizar el análisis de la mortalidad por entidad territorial de residencia con la aplicación de las cinco metodologías descritas, se observa que la lista 1, 2 y 3 tienen comportamientos similares. Sin embargo, la lista 3 AMEIHs concentra los mayores porcentajes y tasas de mortalidad perinatal para las entidades territoriales en el 2017 y 2018. Chocó (29,3 muertes por 1.000 nacidos vivos), Vaupés (24,0 muertes por 1.000 nacidos vivos), San Andrés y Amazonas (22,2 muertes por 1.000 nacidos vivos), Vichada (21,9 muertes por 1.000 nacidos vivos) son

los departamentos con las mayores tasas de mortalidad evitable (Figura N°1).

De acuerdo con lo anterior, la Lista 3 (2011) es la que concentra las mayores proporciones y tasas de mortalidad evitable para el 2017 y 2018. Por grupos de edad de la madre se observa que la tasa más alta de mortalidad evitable se concentra en las menores de 15 años con 50,1 muertes por 1.000 nacidos vivos para el 2017, y en las mujeres de 40 años y más con 27,2 muertes por 1.000 nacidos vivos para el 2018 (Tabla N°2).

Gráfica N°1. Análisis del comportamiento de mortalidad evitable (ME) según entidad territorial de residencia con la aplicación del proyecto europeo AMIEHS, Colombia, 2017 y 2018



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2018- DANE ND 2017-2018. Elaboración propia

Tabla N°2. Tasa de mortalidad evitable según AMIEHS (2011) por grupos de edad de la madre, Colombia, 2017 y 2018

Grupo de edad de la madre	2017			2018		
	Mortalidad evitable			Mortalidad evitable		
	Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT
Menor de 15 años	295	2,8	50,1	120	1,2	22,1
15 a 19 años	1819	17,2	14,1	1718	17,2	13,9
20 a 24 años	2339	22,2	12,3	2228	22,3	11,9
25 a 29 años	1799	17,0	11,6	1789	17,9	11,4
30 a 34 años	1299	12,3	12,3	1237	12,4	11,8
35 a 39 años	931	8,8	16,3	893	8,9	15,7
40 y más años	416	3,9	28,5	412	4,1	27,2
Total general	8899	84,3	13,6	8397	83,9	12,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2018- DANE ND 2017-2018. Elaboración propia

De acuerdo con la pertenencia étnica de la madre se observa que la tasa de mortalidad evitable más alta se reporta en la indígena para el 2017 y 2018, con 19,8 y 18,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

La tasa de mortalidad evitable más alta según el tipo de seguridad social en salud se concentra en la población no afiliada para el 2017 y 2018, con 34,7 y 16,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

De acuerdo con el momento de ocurrencia de la muerte se observa que la tasa más alta se reporta en las muertes fetales anteparto (6,6 y 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y neonatales tempranas para el 2017 y 2018 (3,7 y 3,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), respectivamente.

Teniendo en cuenta esta metodología se realiza el análisis de las causas de muerte agrupadas, que describe las mayores tasas de mortalidad perinatal y neonatal tardía en las afecciones originadas en el

periodo perinatal (otros recién nacido pretérmino, hipoxia intrauterina) con 8,1 muertes por 1.000 nacidos vivos, seguido de complicaciones de embarazo, parto y puerperio (parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta) con 3,8 muertes por 1.000 nacidos vivos (Tabla N°3).

Al realizar el análisis agregado de los periodos perinatales según la Matriz BABIES para la mortali-

dad evitable se observa que la tasa más alta se relaciona con las deficiencias de la salud de la madre con 7,6 muertes por 1.000 nacidos vivos en las 2017 y 7,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2018. Seguido por el bajo acceso, cobertura y calidad de los cuidados prenatales con 2,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en las 2017 y 2,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2018

(Tabla N°4).

Tabla N°3. Agrupación de las causas de muerte evitable según AMIEHS (2011), Colombia, 2017 y 2018

Códigos CIE10	Agrupación de causas de muerte evitable según AMIEHS (2011)	Mortalidad evitable 2017			Mortalidad evitable 2018		
		Casos	%	Tasa de MPNT	Casos	%	Tasa de MPNT
P000-P969	Afecciones originadas en el período perinatal	5267	49,9	8,0	4937	49,4	7,5
P209	Hipoxia intrauterina, no especificada	724	8,1	1,1	795	9,5	1,2
P072	Inmadurez extrema	624	7,0	1,0	723	8,6	1,1
P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	362	4,1	0,6	295	3,5	0,5
P210	Asfixia del nacimiento, severa	306	3,4	0,5	363	4,3	0,6
J449	Bronquitis crónica, enfisema y obstrucción pulmonar crónica	1	0	0,0	--	--	--
J129-J150-J150-J158-J159-J170-J173-J180-J181-J189	Bronquitis y neumonía	31	0,3	0,0	41	0,4	0,1
W015-W019-W180-W081-W149	Caídas accidentales	2	0	0,0	3	0	0,0
I210-I238-I259	Cardiopatía isquémica	3	0	0,0	2	0	0,0
I071	Cardiopatía reumática crónica	2	0	0,0	--	--	--
E101-E122-E127-E131-E136	Diabetes mellitus	5	0	0,0	3	0	0,0
I609-I610-I612-I615-I618-I619-I629	Enfermedades cerebrovasculares	15	0,1	0,0	8	0,1	0,0
I119-I10Z	Enfermedades hipertensivas	1	0	0,0	2	0	0,0
K449-K450	Hernia abdominal	2	0	0,0	3	0	0,0
B230	Infeción por VIH	1	0	0,0	--	--	--
I500-I501-I509-I514-I517-I518-I519-I517	Insuficiencia cardíaca	26	0,2	0,0	19	0,2	0,0
N178-N179-N180-N188-N19X	Insuficiencia renal	17	0,2	0,0	13	0,1	0,0
Q000-Q999	Malformaciones congénitas	787	7,5	1,2	622	6,2	1,0
Q200-Q249	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	216	2	0,3	185	1,8	0,3
G008-G009	Meningitis bacteriana	--	--	--	2	0	0,0

O009-O0998	Mortalidad materna (complicaciones del embarazo, parto y puerperio)	2492	23,6	3,8	2519	25,2	3,9
O60X	Parto prematuro	570	6,4	0,9	695	8,3	1,1
O459	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación	137	1,5	0,2	117	1,4	0,2
O689	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	127	1,4	0,2	131	1,6	0,2
O439	Trastorno de la placenta, no especificado	119	1,3	0,2	168	2,0	0,3
O429	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	107	1,2	0,2	111	1,3	0,2
R95X	Muerte súbita infantil	27	0,3	0,0	35	0,3	0,1
C509	Tumor maligno de mama femenino	1	0	0,0	--	--	--
C220-C229	Tumor maligno del hígado	2	0	0,0	2	0	0,0
	Sin información	--	--	--	1	0	0,0
Total general		8898	84,3	13,6	8397	83,9	12,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2018- DANE ND 2017-2018. Elaboración propia

Tabla N°4. Tasa de mortalidad evitable según AMIEHS (2011) de acuerdo con el análisis de los periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES, Colombia, 2017 y 2018

Periodo de riesgo	Mortalidad evitable		Mortalidad no evitable		Otro		Total general	
	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT
Salud materna	4938	7,6	369	0,6	351	0,5	5658	8,7
Cuidados prenatales	1884	2,9	137	0,2	249	0,4	2270	3,5
Atención del parto	313	0,5	43	0,1	31	0,0	387	0,6
Atención del recién nacido	1129	1,7	221	0,3	58	0,1	1408	2,2
Atención del neonato-AIEPI	634	1,0	174	0,3	21	0,0	829	1,3

Periodo de riesgo	Mortalidad evitable		Mortalidad no evitable		Otro		Total general	
	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT	Casos	Razón de MPNT
Salud materna	4738	7,3	362	0,6	379	0,6	5479	8,5
Cuidados prenatales	1746	2,7	139	0,2	209	0,3	2094	3,2
Atención del parto	295	0,5	25	0,0	33	0,1	353	0,5
Atención del recién nacido	1010	1,6	196	0,3	70	0,1	1276	2,0
Atención del neonato-AIEPI	608	0,9	160	0,2	33	0,1	801	1,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2018- DANE ND 2017-2018. Elaboración propia

DISCUSIÓN

Para Colombia la mortalidad perinatal y neonatal tardía según la metodología del proyecto europeo AMIEHS obtuvo la tasa más alta de muerte evitable de 13,6 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que representa el 84,3% del total de las defunciones notificadas. De acuerdo con el análisis temporal y geográfico de la mortalidad evitable realizado en España entre 1990 y 2011 las tasas de mortalidad más alta fueron reportadas con base en AMIEHS. Sin embargo, afirman que, al comparar la información y su cambio relativo para cada una de las listas consideradas, se han apreciado diferencias que indican que la consideración de una u otra lista no resulta indiferente en cuanto a resultados¹⁷.

No obstante, es importante tener en cuenta que para Colombia la selección de la metodología AMIEHS en el análisis de la mortalidad evitable para la mortalidad perinatal-neonatal fue el criterio de impacto, porque a través de la estimación de la tasa de mortalidad y la proporción se observa la magnitud de la muerte durante el 2017 y 2018, sumado a la frecuencia con la que ocurre¹⁸. Lo anterior refleja un escenario de oportunidad para la prevención de ocurrencia de estas defunciones que concentran la mayor cantidad de años de vida perdidos por muerte prematura, y prioriza para el país este análisis como una estrategia para evaluar la calidad de los servicios de salud por medio de la planificación de acciones que puedan reducir estas mortalidades. Lo descrito anteriormente podría contribuir en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con 1) poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos, 2) reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar¹⁹.

La comparación de la proporción de muertes evitables perinatales y neonatales tardías obtenida en este estudio muestra similitudes con otros realizados en Brasil que obtuvieron entre el 80,0 y 81,2% de los decesos prevenibles y evitables²¹. Colombia en un artículo de la región Caribe afirma que cerca del 80,0% y 90,0% de las defunciones ocurridas en menores de cinco años son evitables²².

En contraste países como Perú reportaron 48,0% de muerte evitable en el periodo neonatal²³; Tanzania ha obtenido cerca del 62%-66% de todas las muertes evitables en el periodo intraparto y neonatal²⁴. Otra investigación desarrollada en Brasil reportó que el 63,1% de las muertes fueron evitables²⁵. Bahía Solano ha reportado el 70,6% de muertes evitables en la etapa infantil y su tendencia va en aumento debido a inadecuada atención a la mujer durante la gestación y el parto. Se sugieren obstáculos en la asistencia materno-infantil, así como también evaluación incompleta en la admisión de la gestante, dificultad de acceso a la maternidad y demora en iniciar la reanimación neonatal en la sala del parto son fallas registradas en la asistencia a la gestante y al recién nacido²⁶.

De esta forma, se ha descrito en la literatura que para el 2010 la tasa de mortalidad evitable mostró que los mayores logros fueron reportados por Chile, Costa Rica, México y Brasil donde reportaron tasas por debajo del 10% con respecto al total de defunciones en la población general²⁷. Dicha proporción está por debajo de lo reportado para Colombia de muerte evitable con respecto al total de defunciones perinatales y neonatales tardías (84,3%), lo que justifica la necesidad de continuar trabajando en la disminución de inequidades en salud y en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de acuerdo con las características poblacionales.

Las entidades territoriales de Chocó, Vaupés, San Andrés, Amazonas y Vichada reportan las tasas más altas de mortalidad evitable según AMIEHS para perinatal y neonatal con respecto al total de las mortalidades notificadas para este evento. Lo anterior puede estar atribuido a que estos departamentos están ubicados en las regiones Atlántica, Pacífica y Orinoquia, las cuales reportan las proporciones más altas de hogares con bajo logro educativo (51,6%, 51,7% y 58,1% respectivamente), hogares con inasistencia escolar (51,1%, 44,2%, 48,6% respectivamente), rezago escolar (29,2%, 25,2%, 25,9 respectivamente) y no afiliación al sistema de seguridad social en salud (5,7%, 5,3%, 4,1% respectivamente)²⁸.

Con relación a la medición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) Chocó (79,1%), Vaupés (54,7%), San Andrés (40,8%), Amazonas (44,4%) y Vichada (66,9%) superan el comportamiento nacional del 27,7%. Así como también concentran las proporciones más altas de personas en miseria con respecto a la nacional (10,6%): Chocó (32,2%), Vau-

pés (29,8%), San Andrés (6,9%), Amazonas (15,0%) y Vichada (46,0%)²⁹.

La mortalidad evitable para mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia durante el 2017 y 2018 según AMIEHS reportó las tasas más altas en las madres con edades extremas: menores a 15 años (50,5 muertes por 1.000 nacidos vivos) y de 40 años y más (27,2 muertes por 1.000 nacidos vivos), pertenencia étnica indígena (19,8 y 18,4 muertes por 1.000 nacidos vivos), afiliados al régimen subsidiado (14,3 y 14,0 muertes por 1.000 nacidos vivos). Lo que corresponde a características sociales y demográficas que denotan pobreza multidimensional en que crecen y se desarrollan las mujeres en edad fértil y mujeres gestantes en nuestro país^{30,31}. Un estudio desarrollado en Brasil afirma que las muertes perinatales persisten en las mujeres con edad reproductiva media, de bajo nivel socioeconómico, de grupos étnicos específicos, con poca educación y residencia en zonas vulnerables³².

Con relación al momento de ocurrencia de la defunción, la tasa de muerte evitable es mayor en las defunciones fetales anteparto (6,6 y 6,3 muertes por 1.000 nacidos vivos), lo que tiene una posible relación con las deficiencias en la salud materna (razón de mortalidad evitable 7,6 muertes por 1.000 nacidos vivos) junto con el bajo acceso, cobertura y calidad de los programas de atención prenatal (razón de mortalidad evitable 2,9 muertes por 1.000 nacidos vivos). Lo anterior coincide con lo reportado por la literatura, la cual ha descrito que los factores de riesgo identificados como modificables deben ser identificados y controlados desde la etapa preconcepcional, tales como la edad de embarazo de la mujer, hábitos de fumar, estados nutricionales, presencia de enfermedades crónicas (diabetes o hipertensión arterial), ausencia de controles prenatales, cortos periodos intergenésicos, duración de la gestación y multiplicidad de esta, antecedente de muerte fetal³³⁻³⁹.

De acuerdo con las causas agrupadas de muerte evitable según AMIEHS se concentra la tasa más alta en las relacionadas con el periodo perinatal (8,0 y 7,5 muertes por 1.000 nacidos vivos): complicaciones en el embarazo, infecciones en el periodo perinatal, trastornos metabólicos, endocrinos, hemorrágicos, hematológicos, duración corta de la gestación y del crecimiento fetal, respiratorios, cardiovasculares y traumatismos del nacimiento en la mortalidad. Este panorama coincide con otros estudios reportados por Dinamarca y Brasil, donde establecen que

la prematuridad y las infecciones son los principales factores de riesgo de defunción potencialmente evitables^{40, 41}.

En el informe de mortalidad evitable en Colombia 1998-2011 publicado por el Instituto Nacional de Salud realizan una descripción de las causas de mortalidad en el periodo perinatal y neonatal de forma similar con lo mencionado en este documento, donde reportan que las complicaciones de parto prematuro, encefalopatía por asfixia y trauma al nacer, sepsis y otras enfermedades infecciosas del recién nacido son evitables en un 100,0% porque reflejan la calidad de la atención desde la prevención de la complicación, la identificación y resolución de la misma⁴².

De igual forma, para este estudio se destaca que las causas básicas de defunción en lo relacionado con el periodo perinatal se concentran principalmente en hipoxia intrauterina, inmadurez extrema, sepsis bacteriana del recién nacido y asfixia al nacimiento. Lo que coincide con lo reportado por un estudio realizado en Salaam (Tanzania). Así mismo, en dicho estudio se resalta que la calidad de la atención de salud está relacionada con lograr el equilibrio entre el número de trabajadores de la salud proveedores de la atención, los recursos disponibles y el volumen de pacientes de la institución⁴³.

Se debe agregar que el sistema de referencia debe ser simplificado, fácil y rápido, lo que otorga la posibilidad de la intervención desde la complicación obstétrica o perinatal que podría reducir la posibilidad de muerte. Por otro lado, la atención integral se debe complementar con intervenciones poblacionales orientadas a la promoción de la salud desde lo preconcepcional, pero también con acciones focalizadas a la atención especial de causas comunes o frecuentes de defunción en el periodo perinatal y neonatal⁴³.

Adicionalmente, una investigación desarrollada en Londres puso en evidencia los principales factores que influyen en la evitabilidad de las mortalidades, haciendo referencia al diagnóstico inadecuado (5,0%), tratamiento inadecuado (51,0%), retraso en el diagnóstico (22,0%) o tratamiento (31,0%), falla en la prevención, reconocimiento o tratamiento complicaciones (34,0%), deficiencias en el manejo de la atención, como la coordinación de diferentes niveles de atención (17,0%), así como algunas características del paciente, especialmente los factores psicosociales y comportamiento de búsqueda de atención médica (20,0%)⁴⁴.

CONCLUSIONES

En Colombia se evidenció, a través de la aplicación del método utilizado en el proyecto europeo AMIEHS, que el 84,3% del total de las mortalidades perinatales y neonatales notificadas pudieron ser evitadas, con una tasa 13,6 muertes por 1.000 nacidos vivos. Lo que ratifica la necesidad de fortalecer las estrategias orientadas a impactar de manera positiva los determinantes sociales, por medio de acciones de promoción y prevención, detección temprana y atención integral.

Las principales características sociales y demográficas de las mortalidades evitables tienen una probable relación con la pobreza multidimensional: indígenas, madres en edades extremas y afiliadas al régimen subsidiado.

Se relacionan las tasas más altas de mortalidad evitable de las entidades territoriales como Chocó, Vaupés, San Andrés, Amazonas, Vichada con las proporciones más altas de hogares con bajo logro educativo, hogares con inasistencia escolar, no afiliación al sistema de seguridad social en salud y necesidades básicas insatisfechas.

Las deficiencias en la salud materna y el bajo acceso, cobertura y calidad de los programas de atención prenatal concentraron las mayores tasas y proporciones de la mortalidad evitable para las fetales anteparto, por lo que es relevante fortalecer la educación y concientización sobre la importancia de la cobertura y calidad de los programas de atención prenatal, capaces de identificar factores de riesgo modificables a los que puede estar expuesta la gestante, tales como enfermedades crónicas, consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas, desnutrición, entre otros. Esto con el objetivo de reducir las complicaciones originadas durante el periodo perinatal y a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. International statistical classification of diseases and related health problems CIE10: instruction manual. Genova: OMS; 2011. 152 p.
- Jehan I, Harris H, Salat S, Zeb A, Mobeen N, Pasha O, McClure E, Moore J, Wright L, Goldenberg R. Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population-based cohort study in urban Pakistan. *Bull World Health Organ.* 2009;87:130-138
- Paudel M, Javanparast S, Dasvarma G, Newman L. A qualitative study about the gendered experiences of motherhood and perinatal mortality in mountain villages of Nepal: implications for improving perinatal survival. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(163):1-18.
- Bandaa M, Kazembe L, Lewyckad S, Kingd C, Phirre T, Masachef G, Kazembeg P, Mwasambo CH. Spatial modelling of perinatal mortality in Mchinji, Malawi. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology.* 2016;16(1):50-58
- Merdassa E, Molla M, Sibley L. Determinants of perinatal mortality among cohorts of pregnant women in three districts of North Showa zone, Oromia Region, Ethiopia: Community based nested case control study. *BMC Public Health.* 2018; 18:2-11.
- Bandaa M, Kazembe L, Lewyckad S, Kingd C, Phirre T, Masachef G, Kazembeg P, Mwasambo CH. Spatial modelling of perinatal mortality in Mchinji, Malawi. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology.* 2016;16(1):50-58
- Woods J, Heazell A. Stillbirth: is it preventable?. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2018;28(5):148.154.
- de Oliveira L, Wanick S, Rocha M. Causas básicas de las muertes neonatales en Brasil: conocer para prevenir. *Rev Cubana Pediatr.* 2006;78(4):1-11.
- Gómez-Arias RD, Bonmati A, Pereyra-Zamora P, Rodríguez-Ospina F, Agudelo-Londoño SM. Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia, 1985-2002. *Colombia Médica.* 2009;40(4):1-11.
- Franco F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La mortalidad en México, 2000-2004 "muertes evitables: magnitud, Distribución y tendencias". México D.F: Secretaria de Salud de México; 2006. 370 p.
- Martinez A. Análisis temporal y geográfico de la mortalidad evitable en España 1990-2011. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2015.
- Colombia. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Bogotá: Minsalud; 2017. 19 p.
- Colombia. Instituto Nacional de Salud. Evento del informe - Mortalidad perinatal y neonatal tardía Colombia. Bogotá: Minsalud; 2017. 19 p.
- Nolte E; McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.

15. Organización Mundial de la Salud. Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Washington, D.C.: OPS; 2017. 145 p.
16. Gómez-Arias RD, Nolasco Bonmatí A, Pereyra-Zamora P, Arias-Valencia S, Rodríguez-Ospina FL, Aguirre DC. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):385–97
17. Juanatey A. Análisis temporal y geográfico de la mortalidad evitable en España 1990-2011 [Internet]. Santiago de Compostela: USC; 2015 [consultado el 25 de octubre 2018]. Disponible en: http://eio.usc.es/pub/mte/descargas/ProyectosFinMaster/Proyecto_1256.pdf.
18. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública Méx*. 2000;42(4):337-348.
19. Naciones Unidas. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL; 2016 [consultado el 16 de noviembre 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf.
20. da Silva M, Rodrigues M, de Oliveirac C, do Bonfime C. Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0084
21. de Oliveira L, Wanick S, de Albuquerque M. Causas básicas de las muertes neonatales en Brasil: conocer para prevenir. *Rev Cubana Pediatr*. 2006; 78(4): 1-11.
22. Arrieta A, Florez A, Alvis N. Impacto de la mortalidad evitable en los patrones de mortalidad de la región Caribe, 1999—2014. *Rev Econ Caribe*. 2018; 1 (1): 1-24.
23. Perú. Ministerio de Salud. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012 [Internet]. Lima: MINSAL; 2013 [consultado el 24 de octubre 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2745.pdf>.
24. Nyamtema AS, Mwakatundu N, Dominico S, Mohamed H, Pemba S, Rumanyika R, et al. Enhancing Maternal and Perinatal Health in Under-Served Remote Areas in Sub-Saharan Africa: A Tanzanian Model. *PLoS ONE*. 2016; 11(3): e0151419.
25. Soares B, dos Santos E, Carvalho MA. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?. *Health Affairs*. 2012;31(9): 2114-2122.
26. Teixeira L, dos Santos T, de Aguiar M, Santos R, Pinto E. Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016 jul.-set.;10(3):1-10.
27. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: Banco Mundial; 2017 [consultado el 24 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464811777.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
28. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [consultado 16 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.
29. Dirección Nacional de Estadística (Chile). Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de diciembre de 2011. Resultados Censo general 2005 [Internet]. Bogotá: DANE; 2011 [consultado el 16 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.
30. Navarro C, González E, Schmidt J, Meneses JF, Martínez J, Ramírez R. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutr Hosp*. 2015;32(3):1091-1098.
31. Rodríguez- Balderrama PJ, Ostia – Garza RD, Villarreal -Parra M, Tijerina -Guajardo M. Risk factors and the relation of lactic acid to neonatal mortality in the first week of life. *Medicina Universitaria*. 2016;18(70): 3-9.
32. da Silva M, Rodrigues M, de Oliveirac C, do Bonfime C. Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0084
33. Woolner A, Bhattacharya S. Obesity and stillbirth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015; 29(3):415-426
34. Woods J, Heazell A. Stillbirth: is it preventable?. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*. 2018;28(5):148-154.
35. Lawn J, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Ma-

- thers C. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(1):587-603.
36. Getiye Y, Fantahun M. Factors associated with perinatal mortality among public health deliveries in Addis Ababa, Ethiopia, an unmatched case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:245
37. Laughon K, Reddy U, Sun L, Zhang J. Precursors for Late Preterm Birth in Singleton Gestations. *Obstet Gynecol*. 2010;116(5):1047-1055.
38. Fuster V. Biodemographic Analysis of Factors Related to Perinatal Mortality in Portugal (1988–2011). *Int J Pediatr*. 2016;1:1-12.
39. da Silva M, Rodrigues M, de Oliveirac C, do Bonfime C, Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0084
40. Kruse A, Phuong C, Stensballe L, Pedersen F, Greisen G. Identification of important and potentially avoidable risk factors in a prospective audit study of neonatal deaths in a paediatric hospital in Vietnam. *Acta Paediatrica*. 2013; 103: 139-144.
41. de Oliveira L, Wanick S, de Albuquerque M. Causas básicas de las muertes neonatales en Brasil: conocer para prevenir. *Rev cubana Pediatr*. 2006; 78(4): 1-11.
42. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011 [Internet]. Bogotá: INS; 2014 [consultado el 16 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>.
43. Kidanto HL, Massawe SN, Nyström L, Lindmark G. Analysis of Perinatal Mortality at a Teaching Hospital in Dar es Salaam, Tanzania, 1999-2003. *Afr J Reprod Health*. 2006;10(2):72-80.
44. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 63-75

EVALUACIÓN DEL ACCESO A ANTIRRETROVIRALES EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA BAJO LA LEY CHILENA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, 1984-2018

EVALUATION OF THE ACCESS TO ANTIRETROVIRALS BY PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS UNDER THE CHILEAN LAW OF EXPLICIT HEALTH GUARANTEES, 1984-2018

RESUMEN

Introducción: Las intervenciones estructurales que garantizan el tratamiento antirretroviral (TARV) en la prevención combinada se proponen para cerrar la brecha entre el testeo y el tratamiento, manteniendo a las personas en el continuo de atención.

Materiales y Métodos: Experimento natural que utiliza la Ley 19.966 de 2005 que otorga tratamiento y protección financiera a las personas viviendo con VIH/sida (PVVS). Se emplearon datos oficiales agregados del Ministerio de Salud de Chile. Se utilizó un diseño de series de tiempo interrumpidas para determinar el efecto de la intervención en el acceso a antirretrovirales, la morbimortalidad y los casos de sida. Además, se evaluó el impacto de la Ley con un pronóstico empleando un modelo autorregresivo de media móvil (ARIMA), a fin de contrastarlo con los casos observados.

Resultados: Después del 2005, se incrementó anualmente el número de PVVS en TARV (2268; IC 95%: 1502,23-3034,31), las defunciones por sida disminuyeron (-17,6; IC 95%: -31,3- -3,8) y los egresos hospitalarios aumentaron (70,86; IC 95%: 9,13-132,59). El pronóstico señaló que, en ausencia de la Ley, de manera estimada 99 321 PVVS ($P<0,001$) no hubiesen accedido a TARV y se hubiesen presentado 657 casos más de sida ($P<0,001$).

Discusión: Con la Ley GES se logró un aumento sustancial del acceso de las PVVS al TARV y una disminución en su morbimortalidad vinculada al incremento en la cobertura. No obstante, la disminución de los casos de sida estaría por debajo de lo esperado debido a brechas en el continuo de atención de las PVVS.

Palabras clave: política de salud, terapia antirretroviral altamente activa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sistemas de salud, Chile

ABSTRACT

Introduction: Structural interventions that guarantee antiretroviral treatment (ART) in combination prevention are proposed to bridge the gap between testing and treatment, keeping people on the continuum of care.

Materials and Methods: A experiment that applies Law 19.966 of 2005 that grants treatment and financial protection to people living with HIV/AIDS (PLWHA) was used. Aggregated official data from the Chilean Ministry of Health were used. An interrupted time-series design was used to determine the effect of the intervention on antiretroviral access, morbidity and mortality, and AIDS cases. Additionally, the impact of the Law was evaluated with projections using an autoregressive moving average model (ARIMA), to contrast it with the observed cases.

Results: After 2005, the number of PLWHA on ART increased annually (2,268; 95% CI: 1502,23-3034,31), deaths from AIDS decreased (-17.6; 95% CI: -31,3- -3,8) and hospital discharges increased (70.86; 95% CI: 9.13-132.59). The projections indicated that, in the absence of the Law, an estimate of 99 321 PLWHA ($P<0.001$) would not have accessed ART and there would have been 657 more cases of AIDS ($P<0.001$).

Discussion: The GES Law achieved a substantial increase in PLWHA access to ART and a decrease in their morbidity and mortality linked to the increase in coverage. However, the decline in AIDS cases would be lower than expected due to gaps in the continuum of care for PLWHA.

Keywords: health policy, highly active antiretroviral therapy, acquired immunodeficiency syndrome, health systems, Chile

Yordanis Enríquez-Canto
Giovani Díaz-Gervasi
Universidad Católica
Sedes Sapientiae.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Lima, Perú

Luis Menacho-Alvirio
Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Facultad de Salud Pública y
Administración.
Lima, Perú.

Miguel Bravo-Barrera
Universidad de Chile, Facultad de
Medicina. Santiago, Chile.
yenriquez@ucss.edu.pe

INTRODUCCIÓN

El programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) propone las intervenciones estructurales que garantizan el tratamiento antirretroviral (TARV) en la prevención combinada para cerrar la brecha entre el testeo y el tratamiento, manteniendo a las personas en el continuo de atención^{1,2}. En América Latina (AL) se han implementado intervenciones estructurales para garantizar el acceso al TARV^{1,3}. Sin embargo, en países de la Región donde el tratamiento es universal, existen diferencias importantes en el continuo de atención del VIH⁴⁻⁶.

En el 2019 en AL vivían 2,1 millones de personas con VIH/sida (PVVS), de ellas 74 000 en Chile (3,5%)⁷. En este país la epidemia se concentra en hombres que tienen sexo con hombres para quienes la prevalencia fue del 20,21% (2018) en comparación con el 1,1% en trabajadoras sexuales⁸. Los nuevos casos de VIH en Chile experimentan un incremento superior al 10% anual contrario a la tendencia de estabilización en AL (2% de aumento)^{1,7}. En este sentido, la tasa de notificados pasó de 17,5/100 000 habitantes (2010) a 37,5 (2019)^{7,8}. Igualmente, se incrementaron los casos de sida de 702 (2010) a 1298 (2018)⁹. La tasa de defunciones por sida disminuyó de 3,0/100 000 habitantes en el 2000 a 2,6 en el 2018⁹, mientras que las PVVS con acceso a TARV se incrementaron de 1577 (2000) a 50 270 en el 2019¹⁰.

En Chile, el VIH/sida se incorporó entre las patologías con garantías explícitas en salud (GES) para tratamiento, oportunidad y protección financiera con la Ley 19.966 aprobada el 23 de diciembre de 2005¹¹. Esta ley abarca enfermedades que causan una gran cantidad de muertes, pérdida en los años de vida y que disponen de tratamientos efectivos¹¹. La Ley comprende acciones en materia de prevención como descarte y consejería a gestantes y a población con mayor riesgo de exposición¹¹. Las garantías en salud para las PVVS incluyen el acceso al diagnóstico, la medicación antirretroviral, el monitoreo de la carga viral y niveles de linfocitos CD4 conjuntamente a exámenes de resistencia a antirretrovirales¹¹. La protección financiera implica un copago del usuario del 20% del tratamiento y de los exámenes de laboratorio¹¹.

Un elemento crucial para lograr una atención integral a las PVVS es el abastecimiento de antirretrovirales¹². El TARV aumenta la supervivencia¹³, redu-

ce la morbimortalidad¹⁴ incrementando la calidad de vida¹², por lo que Chile ha buscado a través de la Ley GES asegurar su acceso. En este sentido, el presupuesto dedicado a la inversión en tratamiento creció de 63 millones en 2017 a 98 millones de pesos chilenos en el 2018⁸. Chile ha dado pasos importantes respecto a los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA. En el 2019 un estimado del 90% de PVVS conocía su estatus, un 68% recibía TARV y un 62% alcanzó la supresión viral⁷. La garantía de acceso a los antirretrovirales es una intervención estructural indispensable en la lucha contra el VIH/sida^{2,15}. La Ley 19.966 es uno de los hitos que habría tenido impacto en los dos últimos objetivos¹³. Sin embargo, aún existen brechas relevantes en el continuo de atención que facilita el monitoreo de las PVVS desde la detección de la infección hasta la supresión de la carga viral¹⁶. Estas deben ser cerradas para caminar hacia el cumplimiento de la meta 95-95-95 para el año 2030^{3,16}.

Durante las próximas décadas se debería continuar trabajando en garantizar el acceso al TARV. Las leyes que aseguran su abastecimiento deberían ser adecuadamente evaluadas. Hasta este momento no se ha estimado de manera detallada el impacto de la Ley GES en el acceso al tratamiento de las PVVS. Es importante valorar su contribución en relación con el impacto que ha tenido en los objetivos 90-90-90 y proponer ajustes para el cumplimiento de las metas del 2030. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la Ley 19.966 de Garantías Explícitas en Salud (GES) respecto al acceso al TARV, la morbimortalidad y los casos de sida entre 1984 y 2018 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se empleó un experimento natural (EN) con diseño de series de tiempo interrumpidas (STI)^{17,18}. Ambos pueden ser enfocados en intervenciones que buscan mejorar la salud de la población¹⁷. La política pública evaluada fue la Ley GES que garantiza el acceso a TARV en Chile¹¹.

Se manejaron series temporales de datos agregados del año 1984 al 2018 del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). La información, proveniente del Instituto de Salud Pública (ISP) y del sistema de vigilancia, es generada a partir de datos nacionales recolectados y consolidados anualmente. Las variables dependientes consideradas fueron: los casos notificados

de VIH confirmados por el ISP a nivel nacional^{9,10}. Los casos registrados en estadio sida de acuerdo con criterios clínicos e inmunológicos establecidos⁹. La cobertura de TARV que señala el porcentaje de adultos y niños con infección avanzada de VIH que recibe tratamiento, respecto a la cantidad estimada de personas con infección a nivel nacional¹⁹. Para el número anual de PVVS en tratamiento se consideró la información del Departamento de Epidemiología (MINSAL)⁹ y del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS)¹⁰.

En cuanto a los egresos hospitalarios para PVVS se utilizó información de la base de datos del DEIS con el uso de los códigos CIE-10 del B20 al B24, para todos los grupos de edades¹⁰. Para las defunciones por sida se examinó la información de bases de datos de los certificados de defunción reportada por el DEIS que consideró los códigos CIE-9 (hasta 1996): 279.5-279.7 y CIE-10 del B20 al B24 (desde el 1997)^{9,10}.

Los resultados se presentaron de forma consolidada y por sexo. Calculamos medias, frecuencias y porcentajes. Asimismo, la regresión logarítmica lineal con punto de unión se empleó en el análisis de tendencias determinando el cambio porcentual anual (CPA) para cada período con el software Joinpoint Regression Program 4.7.0.0®.

Se analizó la estacionariedad de las series de tiempo aplicando la prueba Dickey-Fuller. El efecto de la Ley 19.966 se evaluó, primeramente, con el enfoque de mínimos cuadrados lineales en una serie de tiempo interrumpida determinando tendencias y cambios inmediatos significativos¹⁸. Igualmente, se estimaron coeficientes produciendo errores estándares Newey-West y se consideraron intervalos de confianza al 95%.

En segundo lugar, se empleó un modelo autorregresivo integrado de media móvil (ARIMA)²⁰. Con su uso se evitó la sobreestimación de la significancia estadística del efecto de la intervención producida por la autocorrelación. El efecto de la Ley GES en las variables de interés se evaluó estimando un pronóstico como si esta no se hubiese puesto en práctica. Estos pronósticos se compararon con los valores y con casos anuales reportados luego de su introducción, calculando así un estimado de los casos evitados. Se empleó el software Stata 14® para estos análisis.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae considerando que se trató de un análisis de información agregada y pública con datos anonimizados.

RESULTADOS

En el período 1984-2018, en Chile, se reportó un total de 27 935 casos confirmados de VIH, 19 432 nuevos casos en estadio sida y 10 896 defunciones atribuidas a esta enfermedad. La intervención estudiada consideró un lapso de 14 años (2005-2018). Durante el período previo (1984-2004), se reportaron 6999 casos de VIH, 7589 casos de sida y 4893 defunciones por sida. Paralelamente, las PVVS en TARV resultaron 7085 en el 2005 y sumaron 50 270 en el 2019. Asimismo, la cobertura de TARV en el 2018 casi se duplicó (63%) respecto al 2005 (34%). En la Figura 1 se observa la modificación de los criterios de acceso al TARV comenzando con un recuento de CD4 inferior a 200 cel/mm³ en 1993, hasta menos de 500 cel/mm³ en 2013, con la paulatina introducción de cuatro guías clínicas terapéuticas.

La Tabla 1 pormenoriza las tendencias para las variables estudiadas mediante regresión segmentada. En los casos de VIH se señalan cinco segmentos temporales estadísticamente significativos. En el período 1985-1987 el cambio porcentual fue de 395,8% (IC 95%:275,9-553,9). Sin embargo, entre el 2007-2011 el CPA fue de 17,7% (IC 95%:2,6-5,3) disminuyendo a más de la mitad (6,9%; IC 95%:3,0-10,9) al final del período (2011-2018). Para el total de casos de sida resultaron cuatro los segmentos con significancia estadística. Entre ellos, el segmento 1984-1988 con un incremento anual de 101,9% (IC 95%:86,7-117,8). Mientras que, para el segmento 2009-2018, el CPA aumentó anualmente en un 4,8% (IC 95%:2,6-7,2). Con posterioridad al año 2009 la tendencia al crecimiento de los casos de sida es análoga a los casos de hombres 4,71% (IC 95%:2,1-7,4). Sin embargo, los casos de sida en mujeres presentan como punto de unión el año 1991 con un CPA de 6,7% (IC 95%:4,9-8,5).

Por otro lado, se verificaron dos puntos de inflexión en la tendencia del número de PVVS en TARV para el año 1995 y para el 2003. Durante el período 2003-2018 el CPA resultó de 15,5% (IC 95%:14,7-16,8). Tres de las tendencias de las defunciones por sida resultaron estadísticamente significativas. Para el segmento temporal 1990-1995 el incremento del CPA fue de 38,5% (IC 95%:31,7-45,7) disminuyendo posteriormente entre el 2004-2017 (2,7%; IC 95%:1,5-3,9). Sin embargo, las defunciones por sida en mujeres entre el 1996-2017 se incrementaron 2,88% (IC 95%:0,6-5,2) anualmente.

Tabla 1. Tendencias de las principales variables en Chile (1984-2018), análisis de regresión lineal segmentada

	Años	CPA	Valor de P	IC 95%	Inflexión	IC 95%
Casos de VIH						
Tendencia 1	1985-1987	395,81	0,000	275,9-553,9	-	-
Tendencia 2	1987-1991	60,91	0,000	40,1-84,8	1987	1987-1988
Tendencia 3	1991-2002	16,48	0,000	14,0-19,0	1991	1990-1993
Tendencia 4	2002-2007	-4,43	0,290	-12,4-4,3	2002	1993-2005
Tendencia 5	2007-2011	17,79	0,023	2,6-35,3	2007	1998-2009
Tendencia 6	2011-2018	6,90	0,001	3,0-10,9	2011	2004-2016
Casos de VIH en hombres						
Tendencia 1	1985-1987	350,79	0,000	236,4-504,0	-	-
Tendencia 2	1987-1991	62,40	0,000	40,3-88,0	1987	1987-1988
Tendencia 3	1991-2003	14,78	0,000	12,5-17,1	1991	1990-1993
Tendencia 4	2003-2007	-9,26	0,179	-21,6-5,0	2003	1993-2005
Tendencia 5	2007-2011	22,00	0,010	5,4-41,2	2007	2000-2009
Tendencia 6	2011-2018	6,84	0,002	2,7-11,1	2011	2005-2016
Casos de VIH en mujeres						
Tendencia 1	1987-1997	37,00	0,000	31,5-42,7	-	-
Tendencia 2	1997-2018	5,72	0,000	4,3-7,2	1997	1995-1999
PVVS en TARV						
Tendencia 1	1993-1995	3,88	0,767	-18,9-33,0	-	-
Tendencia 2	1995-2003	43,34	0,000	38,7-48,2	1995	1995-1996
Tendencia 3	2003-2018	15,57	0,000	14,7-16,8	2003	2002-2005
Casos de sida						
Tendencia 1	1984-1988	101,96	0,000	86,7-117,8	-	-
Tendencia 2	1988-1991	57,86	0,001	24,3-100,5	1988	1986-1991
Tendencia 3	1991-2002	4,14	0,000	2,2-6,1	1991	1989-2004
Tendencia 4	2002-2006	-4,84	0,394	-15,6-7,2	2002	1993-2007
Tendencia 5	2006-2009	21,41	0,105	-4,4-54,2	2006	2003-2012
Tendencia 6	2009-2018	4,87	0,000	2,6-7,2	2009	2007-2016
Casos de sida en hombres						
Tendencia 1	1984-1990	92,07	0,000	83,4-101,1	-	-
Tendencia 2	1990-2001	5,47	0,000	3,3-7,7	1990	1986-1991
Tendencia 3	2001-2006	-4,68	0,260	-12,6-3,9	2001	1990-2004
Tendencia 4	2006-2009	21,32	0,155	-7,6-59,3	2006	2001-2008
Tendencia 5	2009-2018	4,71	0,000	2,1-7,4	2009	2004-2016

Casos de sida en mujeres						
Tendencia 1	1985-1991	90,47	0,000	61,5-124,6	-	-
Tendencia 2	1991-2018	6,70	0,000	4,9-8,5	1991	1990-1992
Defunciones por sida						
Tendencia 1	1990-1995	38,53	0,000	31,7-45,7	-	-
Tendencia 2	1995-2001	8,26	0,004	2,9-13,9	1995	1993-1997
Tendencia 3	2001-2004	-10,00	0,338	-28,2-12,8	2001	1998-2003
Tendencia 4	2004-2017	2,71	0,000	1,5-3,9	2004	2002-2010
Defunciones hombres						
Tendencia 1	1990-1995	37,51	0,000	30,6-44,8	-	-
Tendencia 2	1995-2001	7,60	0,008	2,2-13,3	1995	1993-1997
Tendencia 3	2001-2004	-10,47	0,327	-29,0-12,8	2001	1998-2003
Tendencia 4	2004-2017	2,56	0,000	1,3-3,8	2004	2002-2010
Defunciones mujeres						
Tendencia 1	1990-1996	53,76	0,000	32,9-77,93	-	-
Tendencia 2	1996-2017	2,88	0,013	0,6-5,2	1996	1994-1998
Egresos hospitalarios						
Tendencia 1	2001-2010	-2,02	0,019	-3,6 - -0,4	-	-
Tendencia 2	2010-2018	5,41	0,000	3,3-7,5	2010	2007-2012
Egresos hospitalarios mujeres						
Tendencia 1	2001-2014	-3,93	0,000	-5,6 - -2,2	-	-
Tendencia 2	2014-2018	14,41	0,016	2,9-27,2	2014	2011-2016
Egresos hospitalarios hombres						
Tendencia 1	2001-2009	-1,95	0,080	-4,1-0,3	-	-
Tendencia 2	2009-2018	5,26	0,000	3,3-7,3	2009	2005-2011

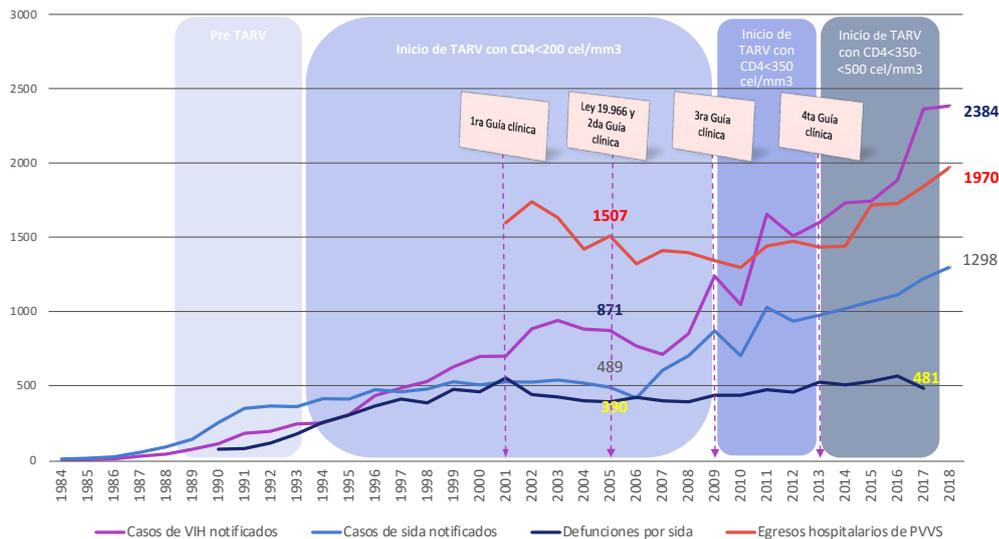
VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; CPA, cambio porcentual anual estimado; IC95%, intervalo de confianza al 95%.
 Fuente: elaboración propia a partir de los resultados presentados en este estudio.

Tabla 2. Efecto de la introducción de la Ley 19.966 en el 2005 en las variables de estudio. Análisis de series de tiempo interrumpidas (1984-2018)

	1984-2005			2005			2006-2018			posestimación		
	β_1	IC 95%	Valor de P	β_2	IC 95%	Valor de P	β_3	IC 95%	Valor de P	β_4	IC 95%	Valor de P
Casos de VIH estadio sida	30,09	22,27-37,92	0,000	-176,05	-279,95-72,15	0,002	31,40	19,19-43,60	0,000	61,50	53,85-69,14	0,000
Casos de VIH estadio sida hombres	26,22	19,27-33,17	0,000	-168,43	-260,2- -76,60	0,001	25,47	14,38-36,56	0,000	51,69	44,63-58,75	0,000
Casos de VIH estadio sida mujeres	3,87	2,85-4,89	0,000	-7,62	-25,69-10,44	0,396	5,92	3,78-8,70	0,000	9,80	7,91-11,70	0,000
Defunciones por sida	30,31	16,45-44,16	0,000	-183,4	-330,16- -36,6	0,016	-17,56	-31,28- -3,84	0,014	12,74	9,01-16,47	0,000
Defunciones por sida hombres	25,8	13,38-38,21	0,000	-168,57	-300,17- -36,2	0,014	-15,09	-27,42- -2,75	0,019	10,70	7,11-14,29	0,000
Defunciones por sida mujeres	4,51	2,92-6,10	0,000	-14,82	-31,79-2,13	0,084	-2,47	-4,16- -0,77	0,006	2,03	1,50-2,57	0,000
PVVS en TARV	483	286,81-678,63	0,000	-2119	-6363,50-2125,49	0,312	2268	1502,23-3034,31	0,000	2751,4	2066,48-3435,51	0,000
Egresos hospitalarios	-29,1	-96,25-38,05	0,368	-197,9	-498,22-102,42	0,179	70,86	9,13-132,59	0,027	41,76	17,81-65,71	0,000
Egresos hospitalarios hombres	-16,2	-85,31-52,91	0,623	-193,77	-439,03-51,49	0,112	58,87	-5,93-123,69	0,072	42,67	28,56-56,79	0,000
Egresos hospitalarios mujeres	-12,9	17,40- -8,39	0,000	-4,12	-73,31-65,05	0,900	11,98	0,30-23,66	0,045	-0,91	-11,03-9,20	0,849

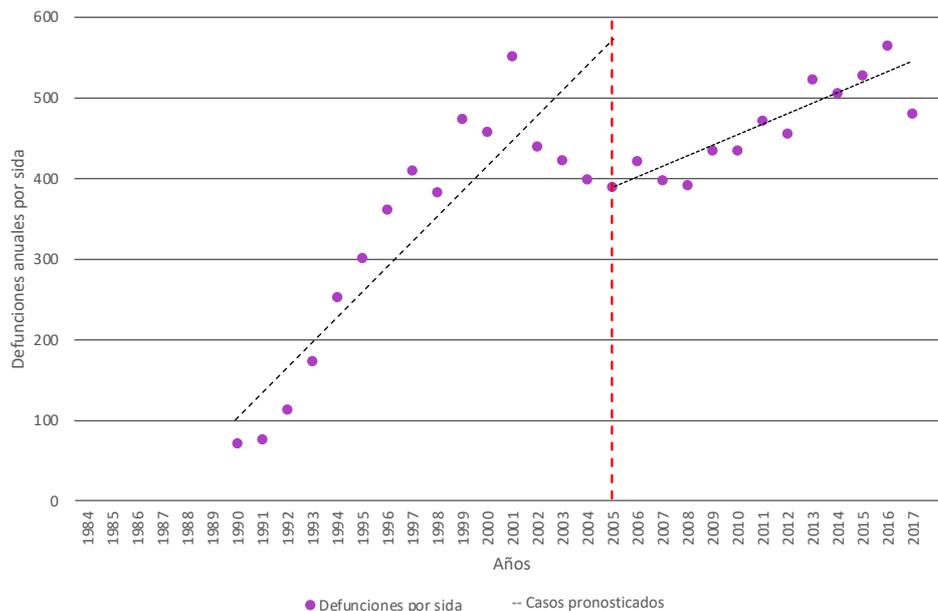
β_1 , pendiente antes de la intervención; β_2 , cambio de nivel en el período inmediatamente posterior al inicio de la intervención; β_3 , término de interacción entre el tiempo desde el inicio del estudio y la variable que representa los períodos pre y post intervención indicando efecto en el tiempo; β_4 , tendencia calculada del modelo mediante la combinación lineal de coeficientes ($\beta_1 + \beta_3$); VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; PVVS, Personas viviendo con VIH/sida; TARV, Tratamiento antirretroviral. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados presentados en este estudio.

Figura 1. Evolución de las series temporales, modificaciones en los criterios de ingreso a TARV, introducción de la Ley 19.966 y de las guías clínicas en Chile (1984-2018)



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Figura 2. Serie de tiempo interrumpida para evaluar el efecto de la Ley 19.966 en las defunciones por SIDA



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

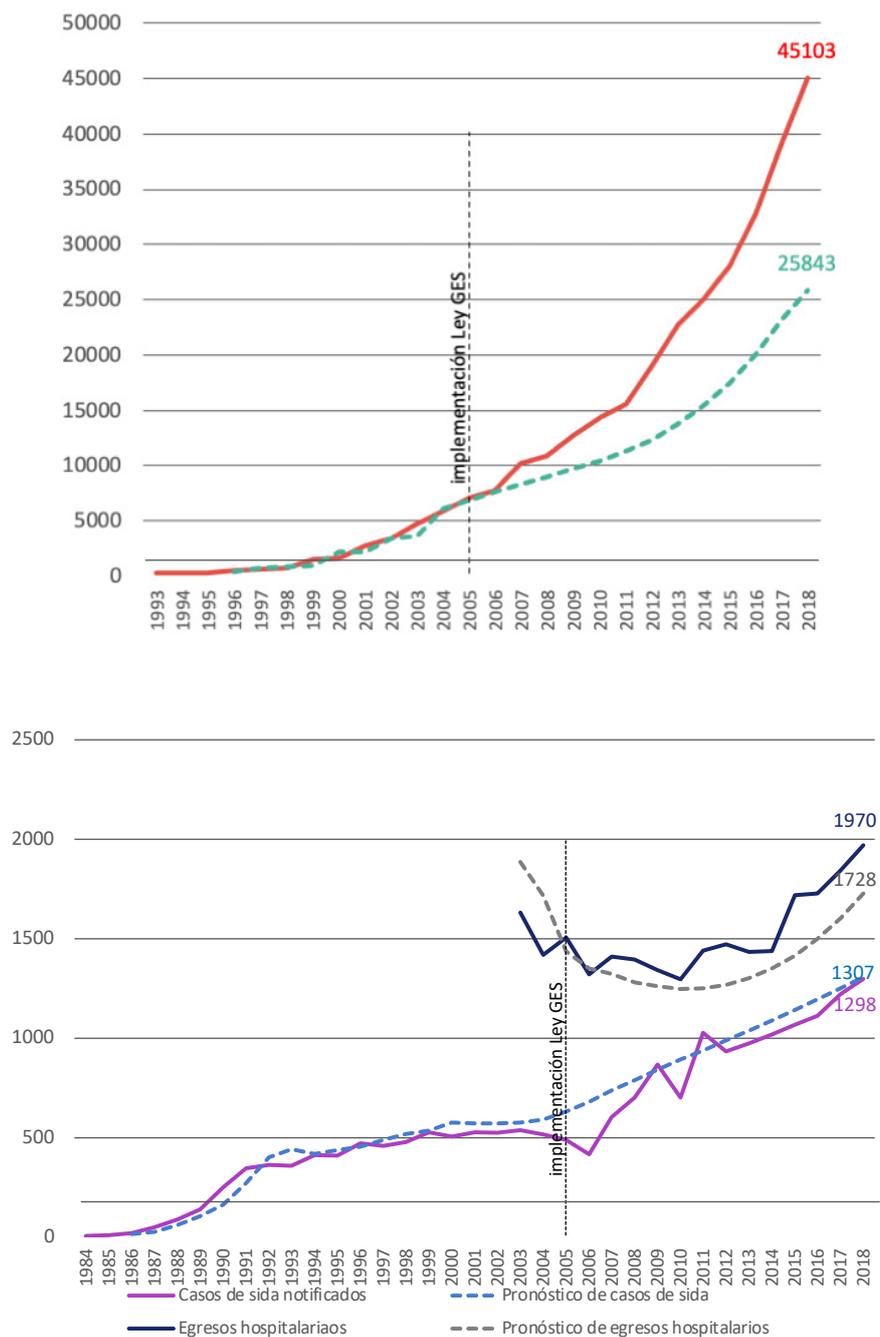
Por su parte, la pendiente en los egresos hospitalarios de PVVS presentó como punto de unión el año 2010 (IC 95%:2007-2012). Durante el período 2001-2010 hubo un decremento del CPA en los egresos de pacientes de 2,2% (IC 95%:-3,6- -0,4) y posteriormente, la tendencia cambió incrementándose anualmente en un 5,4% (IC 95%:3,3-7,5). Sin embargo, para los egresos de mujeres el incremento fue mayor (14,4%, IC 95%:2,9-27,2) a partir del año 2014 (IC 95%:2011-2016) y en los hombres a partir del 2009 (IC 95%:2005-2011).

Realizamos el análisis de STI para evaluar el efecto de la Ley 19.966. Los coeficientes negativos y positivos representan, respectivamente, una disminución o un aumento en las pendientes de las series analizadas y se observan en la Tabla 2. En Chile, el número de PVVS en TARV se incrementó de 483 por cada año anterior a la intervención (IC 95%: 286,81-678,63; $P=0,001$) a 2268 personas en TARV por cada año transcurrido después del 2005 (IC 95%: 1502,23-3034,31; $P<0,001$). Los casos en estadio sida experimentaron en el 2005 una disminución significativa (-176,1; IC 95%:-279,9- -72,15; $P=0,002$). A pesar del incremento en los casos de VIH después del 2005, los casos de sida no mostraron el mismo patrón de incremento, ya que antes se observó un aumento de 30,1 casos anuales versus 31,4 casos más por cada año posterior (IC 95%:19,2-43,6; $P<0,001$). Durante el 2005 no hubo cambios significativos en el número de egresos hospitalarios; después hubo un incremento de 71 casos por cada año posterior a la intervención. Finalmente, las defunciones por sida mostraron un decremento signi-

ficativo en el 2005 (-183,4; IC 95%: -330,2- -36,6; $P=0,016$), como se aprecia en el cambio de nivel en la Figura 2. Igualmente, estas disminuyeron en 17,6 casos por cada año a partir del 2006 (IC 95%: -31,3- -3,8; $P=0,014$).

Luego, se desarrolló un pronóstico con ARIMA para las PVVS en TARV, los egresos hospitalarios de PVVS y para los casos de sida esperados en los 14 años (2005-2018) correspondientes a la puesta en vigor de la Ley GES. Para las PVVS en TARV el mejor modelo fue (5,3,1) (log:-127,68; AIC: 273,36; $P<0,001$). En el período 2005-2018 fue reportado un acumulado de 290 623 casos en tratamiento. Mientras que se pronosticó un total acumulado de 191 302 personas en TARV. En ausencia de la Ley GES, de manera estimada, 99 321 PVVS no hubiesen tenido acceso a TARV. Asimismo, para los casos de sida el mejor modelo fue (1,2,8) (log:-191,04; AIC:394,08; $P<0,001$). Entre el 2005 y el 2018 se registraron 12 433 casos, sin embargo, el modelo ARIMA pronosticó 13 090 casos de sida. Estimamos 657 casos de sida evitados con un promedio anual de 47 casos para el mismo período. Respecto a los egresos hospitalarios de PVVS entre el 2005 y el 2018 se reportaron 21 315. En ausencia de la Ley se pronosticaron 19 313 egresos de PVVS. En un escenario de ausencia de la Ley 19.966, de manera estimada, 2002 PVVS menos hubiesen tenido un egreso hospitalario en el mismo período. El mejor modelo para esta serie fue (1,2,1) (log: -98,04; AIC: 204,09; $P=0,048$). Para las tres series, en la Figura 3, se aprecia una contrastación de los casos observados y los pronosticados.

Figura 3. Casos observados y pronosticados de acceso a TARV, de SIDA y de egresos hospitalarios mediante ARIMA en Chile (1993-2018)



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio confirman que la Ley 19.966 es una política pública que permite el acceso de las PVVS al TARV con oportunidad y protección financiera, mediante el Régimen General de Garantías en Salud. Con la Ley GES el acceso de las PVVS a TARV fue de un 34,2% más respecto a la predicción realizada mediante los modelos ARIMA en ausencia de esta. En base a predicciones similares, los egresos hospitalarios de las PVVS se incrementaron un 9,4%; mientras que los nuevos casos de sida evitados corresponden a un 5,02%. Asimismo, se detectó un efecto en la morbilidad, con un decremento anual de las defunciones por sida con posterioridad al 2005, mientras que los egresos hospitalarios de PVVS se incrementaron.

Tanto la serie de tiempo interrumpida como la predicción con los modelos ARIMA muestran un incremento en el acceso a TARV a partir de la introducción de la Ley 19.966. En el 2019 Chile alcanzó un 68% en el acceso a la terapia con niveles superiores a la media regional (60%), ubicándose al nivel de Argentina (67%) y Brasil (69%)⁷. Estos niveles pudieran conectarse a experiencias legislativas importantes como la Ley 24.455 de 1995 en Argentina²¹ y la Ley 9.313 de 1996 en Brasil²² pioneras en AL. Ambas intervenciones estructurales otorgan obligatoriedad de cobertura universal y gratuita para el tratamiento de las PVVS²². A este fin, en Brasil, se producen versiones genéricas de antirretrovirales de primera generación^{22,24}.

La morbilidad aminoró después del 2005 reflejándose en una disminución de las defunciones y en un incremento en los egresos hospitalarios de las PVVS. Se ha señalado una baja en la mortalidad posterior al 2003 con la introducción de la triterapia y a la paulatina modificación de los criterios clínicos de ingreso a TARV¹³. El decremento coincide con el comienzo de la medicación precoz y con recuentos de CD4 mayores¹³. Esta expansión de la cobertura de TARV puede estar relacionada a la disminución de la morbilidad^{12,14}. El decremento en las hospitalizaciones posterior a la introducción del TARV ha sido reportado en los Estados Unidos²⁵. Mientras, un estudio español en PVVS con riesgo de infarto al miocardio recibiendo TARV encontró un incremento en los egresos hospitalarios debido a una mejoría en su condición inmunológica y virológica²⁶. Se señala una disminución del 24% en la tasa de hospitalización de PVVS, y del 56% en la tasa de letalidad en-

tre el 2000 y el 2006, periodo incluido en el marco de la ley GES²⁷.

A pesar del incremento en el acceso al TARV, el número de casos evitados de sida parece haber sido modesto. Por su parte, un estudio peruano evidenció un decremento del 45,8% en los casos de sida como resultado de un programa nacional que incluye acceso gratuito al TARV²⁸. Considerando un mismo período de tiempo, en el estudio peruano²⁸ se calcularon los casos evitados a partir de una estrategia nacional; mientras que en este estudio, a través de la introducción de la Ley GES. Cabe destacar que en el manejo adecuado de la infección por VIH/sida solo el tratamiento no garantiza una respuesta completa a la demanda de atención integral de las PVVS^{12,23,29}. En este sentido, la intervención requiere un abordaje que incluya promoción y prevención de la salud, implementación oportuna de estrategias basadas en evidencia y una oferta accesible al tratamiento^{1,3,29}.

En relación con lo anterior, un análisis de la cascada o continuo de atención puede ayudar a entender mejor porqué el impacto de la Ley GES no ha sido mayor^{6,16}. En primer lugar, el acceso tardío al diagnóstico e inicio del tratamiento aumentan las probabilidades de tener más casos de sida^{8,13}. Según datos del 2011 en Chile una alta proporción de PVVS (80%) se presentó para iniciar TARV con síntomas de enfermedad avanzada y con recuentos de CD4 <200 células/mm³³⁰. El diagnóstico tardío sigue siendo un reto ya que el 30% de las PVVS se encontraba en una etapa avanzada al momento del diagnóstico³. Los niveles de CD4 <200 células/mm³ son un parámetro complementario en la estimación de falta de diagnóstico conectado a inicios tardíos de TARV^{23,31}. En Chile, se reporta retraso en la confirmación de los exámenes por el ISP y en la asignación del centro de salud⁸. Igualmente, dilación en el inicio de la terapia, por lo que el componente de oportunidad de la Ley 19.966 pudiera no alcanzar su objetivo^{8,11}.

En segundo lugar, la permanencia del prerrequisito para el inicio del TARV con un umbral de CD4 <350 células/mm³⁶. En el 2015 la OMS recomendó que las PVVS iniciasen TARV independientemente del recuento de CD4³², en pos de disminuir la morbilidad³³. En Chile, las pautas nacionales de tratamiento del VIH (2005-2017) recomendaban el inicio del TARV en personas con recuentos de CD4 <350 células/mm³. Luego, el tratamiento para personas con recuentos de CD4 entre 350 y 500 células/mm³ dependía del criterio médico³⁴. Hasta el

2017 Chile resultaba el país latinoamericano con el umbral más bajo para iniciar TARV²⁹.

En tercer lugar, la retención en la atención del VIH y la adherencia al TARV son críticas para lograr la supresión viral, disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida^{1,14,35}. En un estudio latinoamericano se informó acerca de la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta el último mes de toma de TARV: en Chile el 39,9% señaló que había consumido el 100% de la medicación, frente a un 53% de encuestados argentinos⁴. Otro estudio de la Región reportó que la retención en la atención del VIH en Chile fue del 77%, y la supresión viral del 74%⁵. A pesar de la mejora en la cobertura del tratamiento aún existen brechas en el continuo de atención del VIH que necesitan ser abordadas para una optimización en el control de la pandemia.

Entre las limitaciones conviene señalar que no fueron abordados otros determinantes de las variables desenlace. Asimismo, en este experimento natural no es posible descartar el sub-reporte de casos, ni determinar brechas en el acceso a TARV por sexo por ausencia de datos desagregados. No obstante las limitaciones, esta tipología de diseño constituye una alternativa al experimento aleatorio en la evaluación de políticas públicas de salud¹⁷. Asimismo, es el primer estudio en realizar una predicción del impacto de la Ley GES en el acceso al TARV, disminución de casos de sida y morbimortalidad de las PVVS en Chile.

Los resultados ponen de manifiesto un aumento

sustancial del acceso de las PVVS al TARV luego del 2005. Igualmente, la disminución en la morbimortalidad de PVVS se vincula a la introducción de la Ley GES y al incremento en la cobertura que esta ha favorecido. El efecto positivo y continuado desde el 2005 fue determinado con un experimento natural con diseño de series de tiempo interrumpidas y predicción con ARIMA. No obstante, el impacto de las garantías en salud respecto a la disminución de los casos de sida estaría por debajo de lo esperado debido a brechas en el continuo de atención de las PVVS.

A fin de satisfacer las necesidades de prevención, la Ley 19.966, como intervención estructural debería formar parte del enfoque de la prevención combinada conjuntamente a las intervenciones biomédicas y conductuales^{1,3,29}. Para alcanzar los objetivos 90-90-90 se recomienda seguir potenciando la cobertura con antirretrovirales hasta alcanzar un acceso universal, gratuito y oportuno en Chile. Asimismo, es crucial reducir las brechas en la cascada de atención con respecto al diagnóstico e inicio del tratamiento del VIH. Igualmente, para asegurar una mayor reducción de la morbimortalidad, se debería aminorar la brecha en la retención y la adherencia al TARV. Por último, potenciar las iniciativas eficaces de prevención del VIH entre las poblaciones vulnerables y asumir el enfoque de inicio inmediato del tratamiento (*test-and-treat strategy*) con la finalidad de reducir los casos de sida.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran ausencia de conflicto de interés con relación al presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. HIV Prevention in the Spotlight. An analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbean [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2017 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34381/9789275119792-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
2. Iskarpatyoti BS, Lebov J, Hart L, Thomas J, Mandal M. Evaluations of structural interventions for HIV prevention: a review of approaches and methods. *AIDS and Behavior*. 2018;22(4):1253-64. doi:10.1016/j.addr.2016.04.016.
3. UNAIDS. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2018 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf.
4. Magidson JF, Biello KB, Safren SA, Rosenberger JG, Novak DS, Mayer KH, Mimiaga MJ. Engagement in HIV care and sexual transmission risk behavior among men who have sex with men using online social/sexual networking in Latin America. *AIDS care*. 2015;27(8):1055-62. doi:10.1080/2F09540121.2015.1017796.
5. Rebeiro PF, Cesar C, Shepherd BE, et al. Assessing the HIV Care Continuum in Latin America: progress in clinical retention, cART use and viral suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):e20636. doi:10.7448/IAS.19.1.20636.
6. Piñeirúa A, Sierra-Madero J, Cahn P, Palmero RN, Buitrago EM, Young B, Del Río C. The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *The Lancet Infectious Diseases*. 2015;15(7):833-9. doi:10.1016/S1473-3099(15)00108-5.
7. Unaid.org [Internet]. Ginebra: Datos del VIH/SIDA en Chile; c2020 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
8. Mix Jiménez C, Bellolio Avaria J, Castro González JL, et al. Informe de la comisión especial investigadora de la actuación del ministerio de salud y demás organismos públicos competentes en relación a la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH/sida [en Internet]. Santiago de Chile: Cámara de Diputados; 2019 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=49505&formato=pdf>.
9. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2018 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2019 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/Informe_Anuar_Situacion_Epidemiol%C3%B3gica_del_VIH_en_Chile_2018_Rev.pdf.
10. MINSAL. [en Internet]. Santiago de Chile: Chile. Departamento de Estadística e Información de Salud. Estadísticas de hechos vitales. c2020. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>. Acceso el 19 de agosto de 2020.
11. Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Ley 19.966/Decreto 228-2005. Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, (Enero de 2006).
12. Eisinger RW, Fauci AS. Ending the HIV/AIDS pandemic. *Emerging infectious diseases*. 2018;24(3):413-16. doi:10.3201%2Fid2403.171797.
13. Cortés CP, Lizana D, Northland R, Wolff R. M. Evolución de mortalidad, abandono, traslado y retención a corto, mediano y largo plazo en pacientes con infección por VIH: Fundación Arriarán 1990-2015. *Rev. méd. Chile*. 2018;146(3):290-299. doi:10.1097%2FCOH.0000000000000564.
14. Montaner JS, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, Wood E, Kerr T, Shannon K, Moore D, Hogg RS. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. *PLoS One*. 2014;9(2):e87872. doi:10.1371/journal.pone.0087872.
15. Sipe TA, Barham TL, Johnson WD, Joseph HA, Tungal-Ashmon ML, O'Leary A. Structural interventions in HIV prevention: a taxonomy and descriptive systematic review. *AIDS and Behavior*. 2017;21(12):3366-430. doi:10.1007%2Fs10461-017-1965-5.
16. Seckinelgin H. People don't live on the care cascade: The life of the HIV care cascade as an international AIDS policy and its implications. *Global Public Health*. 2020;5(3):321-33. doi:10.1080/17441692.2019.1673784.
17. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. *International Journal of Social Research Methodology*. 2019;22(1):19-35. doi:10.1080/13645579.2018.1488449.

18. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol.* 2017;46(1):348-355. doi: 10.1093/ije/dyw098.
19. Banco Mundial [Internet]. Washington: EUA; c2020 [consultado el 19 de agosto 2020]. Cobertura del tratamiento antirretroviral (% de las personas que viven con el VIH). Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.HIV.ARTC.ZS?locations=CL>.
20. León-Álvarez AL, Betancur-Gómez JI, Jaimes-Barragán F, Grisales-Romero H. Clinical and epidemiological rounds. *Time series. Iatreia.* 2016;29(3):373-381. doi:10.17533/udea.iatreia.v29n3a12.
21. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23661. Ley 24455/1995. Congreso de la Nación, (Marzo de 1995)
22. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Ley 9.313, Presidencia de la República, (Noviembre de 1996).
23. Luz PM, Veloso VG, Grinsztejn B. The HIV epidemic in Latin America: accomplishments and challenges on treatment and prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS.* 2019;14(5):366-373. doi:10.1097%2F-COH.0000000000000564.
24. Parker R. Brazil and the AIDS Crisis. In: Derby L, ed. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History.* Oxford: Oxford University Press; 2020. p.1-26. doi:10.1093/acrefore/9780199366439.013.865
25. Ewing AC, Datwani HM, Flowers LM, Ellington SR, Jamieson DJ, Kourtis AP. Trends in hospitalizations of pregnant HIV-infected women in the United States: 2004 through 2011. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2016;215(4):499-e1. doi:10.1016/j.ajog.2016.05.048.
26. Masiá M, Padilla S, García JA, Bernardino JI, Campins AA, Asensi V, Gutiérrez F, Cohort of HIV Adults of the AIDS Research Network (CoRIS) study. Decreasing rates of acute myocardial infarction in people living with HIV: a nationwide cohort study in Spain, 2004–2015. *Hiv Medicine.* 2018;19(7):491-6. doi:10.1111/hiv.12616.
27. Bitrán R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff.* 2010;29(12):2161-2170. doi:10.1377/hlthaff.2010.0972.
28. Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi GM, Menacho Alvirio LA. Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2020;44:e27. doi:10.26633/RPSP.2020.27.
29. UNAIDS. Ending AIDS, Progress towards: the 90-90-90 targets [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2017 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
30. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Shepherd BE, et al. Cross-Sectional Analysis of Late HAART Initiation in Latin America and the Caribbean: Late Testers and Late Presenters. *PLoS One.* 2011;6(5):e20272. doi:10.1371/journal.pone.0020272.
31. Beltrán C, Zitko P, Wolff M, Bernal F, Asenjo A, Fernández AM, Miles A, Barthel E, Wilson G. Evolución de las características epidemiológicas y clínicas de pacientes adultos del programa nacional al inicio de la terapia anti-retroviral en la Cohorte Chilena de SIDA, 2001-2015. *Rev. chil. infectol.* 2016;33(Suppl 1):2-10. doi:10.4067/S0716-10182016000700001.
32. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [consultado el 19 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>.
33. Ford N, Migone C, Calmy A, Kerschberger B, Kanfers S, Nsanzimana S, Mills EJ, Meintjes G, Vitoria M, Doherty M, Shubber Z. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS (London, England).* 2018;32(1):17-23. doi:10.1097%2F-QAD.0000000000001671.
34. Chile. Ministerio de Salud. Guía clínica: síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA 2010. Serie Guías Clínicas MINSAL [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2010 [consultado en agosto 2020]. Disponible en: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf.
35. Umeokonkwo CD, Onoka CA, Agu PA, Ossai EN, Balogun MS, Ogbonnaya LU. Retention in care and adherence to HIV and AIDS treatment in Anambra State Nigeria. *BMC infectious diseases.* 2019;19(1):e654. doi:10.1186/s12879-019-4293-8.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 76-85

SEGUNDAS VÍCTIMAS: CALIDAD DE SOPORTE PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON LAS CONSECUENCIAS DEL EVENTO ADVERSO

SECOND VICTIMS: PERCEIVED SUPPORT QUALITY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE CONSEQUENCES OF THE ADVERSE EVENT

RESUMEN

Introducción: Las segundas víctimas son aquellos trabajadores de salud que están involucrados en un Evento Adverso (EA) y presentan afección física, emocional, psicológica y/o laboral. Para evitar estas afecciones, es importante recibir medidas de soporte. El objetivo de este artículo es determinar qué relación existe entre las consecuencias de un EA sobre las segundas víctimas y la calidad de las medidas de soporte percibidas en instituciones de salud públicas y privadas de la Región Metropolitana durante el segundo semestre del año 2018.

Materiales y método: Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal. A través de una plataforma online se aplicó una encuesta sociodemográfica e instrumento SVEST que consta de nueve dimensiones relacionadas con consecuencias del EA y calidad del soporte percibido ($\alpha=0,826$).

Resultados: Muestra de 301 trabajadores de salud entre institución pública y privada, el 39,2% se involucró en un EA y de estos, el 73,0% manifestó ser Segunda Víctima. De estas segundas víctimas, 69,1% pertenece al sexo femenino y el 45,7% se desempeña como Profesional de Enfermería. Existe una relación negativa entre calidad de soporte percibido y consecuencia psicológica y laboral del EA (Público y Privado $p<0,05$) y un aumento del riesgo de tener consecuencias graves al recibir una baja calidad de soporte (OR=3,8; IC 95% 1.32-11.47).

Discusión: Es de gran importancia conocer este fenómeno y entregar medidas de soporte adecuadas a la Segunda Víctima, para disminuir el impacto físico, psicológico, emocional y/o laboral que conlleva involucrarse en un EA.

Palabras claves: Segundas Víctimas, Eventos Adversos, Seguridad del paciente, Calidad Asistencial, SVEST.

ABSTRACT

Introduction: The second victims are those health workers who are involved in an Adverse Event (AE) and display physical, emotional, psychological and / or work-related symptoms. To avoid these conditions, it is important to receive supportive measures. The objective of this article is to determine the relationship between the consequences of an AE on the second victims and the quality of the support measures received in public and private health institutions of the Metropolitan Region during the second semester of 2018.

Materials and Method: Quantitative, exploratory, descriptive, correlational and transversal study. Through an online platform, a sociodemographic survey and SVEST instrument was conducted, consisting of 28 items on the Likert scale (1-5) and nine dimensions related to the consequences of the AE and the quality of the perceived support ($\alpha = 0.826$).

Results: Of a sample of 301 health workers in public and private institution, 39.2% were involved in an EA and of these, 73.0% manifested symptoms of Second Victims. Of these second victims, 69.1% were female and 45.7% worked in the Nursing Profession. There is a negative relationship between the quality of perceived support and the psychological and occupational consequence of AD (Public and Private $p < 0.05$) and an increased risk of having serious consequences when receiving low quality of support (OR=3,8; IC 95% 1.32-11.47)

Discussions: It is of great importance to recognize this phenomenon and deliver adequate support measures to the Second Victim, in order to reduce the physical, psychological, emotional and / or work impact involved in being involved in an AD.

Keywords: Second Victims, Adverse Events, Patient Safety, Quality Assurance, SVEST.

Francisca Mallea-Salazar,
Ignacio Ibaceta-Reinoso.
Enfermeros universitarios,
Universidad San Sebastián.
Santiago, Chile.
fmalleasalazar@gmail.com

Carlos Vejar-Reyes
Magíster en Salud Pública,
Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En la estrecha relación existente entre trabajadores de salud con el paciente en un contexto asistencial, pueden ocurrir diversas situaciones que conllevan una situación no esperada de la atención, los cuales son llamados “Eventos Adversos” (EA). Estos se definen como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente y asociado a la asistencia sanitaria y no a la enfermedad de base¹ que le ha provocado muerte, lesión, incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria, alterando así el cuidado integral de este paciente.

En base a la epidemiología nacional, el Hospital Padre Hurtado² identificó una tasa de incidencia de EA en pacientes de 8,3 por cada 100 altas, sin mortalidad asociada. Además, Lancis y Asenjo³ detectaron que la mayor incidencia de EA cometidos por parte de los profesionales de salud es en la Unidad de Paciente Crítico (UCI) con una tasa de 21,43 por cada 100 altas.

Cuando ocurre un EA, todo el apoyo se destina al paciente afectado a quien se le nombrará como “Primera Víctima” del suceso. Sin embargo, el trabajador de salud que está involucrado en dicho EA se les otorga el nombre de “Segunda víctima” y este se define como todos aquellos trabajadores de salud que están involucrados directa o indirectamente en un EA, un error médico y/o una lesión hacia el paciente, y que producto del suceso, presentan alguna afección física y/o psicológica que altera su quehacer profesional³.

Según White et al.⁴ los profesionales de salud experimentan una angustia emocional y física con sentimientos de culpa, ira y miedo, acompañado en algunos casos de cuestionamientos de la competencia clínica y la capacidad para seguir prestando los servicios de salud.

Los países que han implementado la cultura de Calidad y Seguridad Asistencial proponen otorgar medidas de soporte a las segundas víctimas, integrando programas de apoyo emocional en las instituciones de salud. Un ejemplo de medidas de soporte es el programa *Resilience in Stressful Events* (RISE) implementado por Edrees et. al⁵ en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Maryland.

En base a lo expuesto, se aprecia la importancia de estudiar a las segundas víctimas y a la vez la implementación en medidas de soporte en las instituciones de salud. Por esta razón, el objetivo de esta investigación es determinar qué relación existe entre las consecuencias de un EA sobre las segundas víctimas y la calidad de las medidas de soporte percibidas en instituciones de salud públicas y privadas de la Región Metropolitana durante el segundo semestre del año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal con enfoque cuantitativo y exploratorio. Se ejecutó un muestreo no probabilístico y por conveniencia en dos instituciones, una perteneciente al sector público y otra al sector privado de salud, en la Región Metropolitana de Chile. Se encuestó a un total de 301 trabajadores de salud, 176 pertenecientes a la institución pública (IPU) y 125 a la privada (IPR). Considerando los criterios de inclusión y exclusión expuestos en la tabla N°1, se encuestó sólo a trabajadores de salud que desempeñan sus labores en la institución evaluada, que tuvieran contacto directo con los pacientes y que acepten el consentimiento informado.

Tabla N° 1: Criterios de Inclusión y exclusión de la investigación.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Enfermeros(as), Médicos Cirujanos, Matrones(as) y Técnicos de enfermería de nivel superior que desempeñen sus labores en la institución evaluada, ya sea pública o privada donde se desarrolle la investigación.	Todo profesional y técnico de salud que no trabaje como prestador de servicios de atención intrahospitalaria y que no tengan contacto directo con los pacientes.
Todo profesional de salud que se considere segunda víctima.	Profesionales que no hayan estado involucrados en algún EA o no se consideren segundas víctimas
Todo profesional de salud que haya firmado el consentimiento informado y que haya respondido la encuesta en su totalidad.	Profesionales que no hayan firmado el consentimiento informado y que no hayan respondido la encuesta en su totalidad.

Los datos se recolectaron mediante una encuesta autoaplicada en plataforma online que constó de dos partes: Caracterización sociodemográfica y el instrumento *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST). Los participantes ingresaban desde sus celulares escaneando un código QR o desde sus computadores mediante un link que direcciona a la encuesta, ahí tenían acceso al consentimiento informado, donde podían voluntariamente aceptar o rechazar su participación de la investigación.

Entre las variables sociodemográficas se consideró sexo, rango de edad, modalidad de turno, complejidad del servicio, y profesión, participación en un EA y sintomatología de Segunda Víctima. Para mayor claridad, Prada, Pérez y Rivera⁶ dividen en tres categorías los servicios de salud según la complejidad:

Baja Complejidad: Atención otorgada por personal general técnico y auxiliar de baja resolución.

Mediana Complejidad: Atención otorgada por personal especializado y tecnología de mediana complejidad.

Alta Complejidad: Personal altamente especializado y tecnología de la más alta complejidad.

Las variables relacionadas con la Segunda Víctima fueron: el impacto del EA y la calidad de las medidas de soporte recibidas posterior al EA, las cuales son evaluadas a través del instrumento "SVEST", el cual ha sido validado psicométricamente en diversas culturas y ha sido sometido a pruebas de análisis factorial confirmatorio.

Según Brunelli, Estrada y Celano⁷ dicho instrumento consta de 28 ítems que se agrupan en 9 dimensiones relacionadas al impacto del EA en la segunda víctima y su percepción sobre la calidad de las medidas de soporte. Estas se detallan a continuación:

1. Cuatro dimensiones relacionadas con el impacto del EA sobre la salud de la segunda víctima:

- Estrés físico: Alteraciones tales como taquicardia, alteraciones del sueño, náuseas, agotamiento, falta de apetito, entre otros.
- Estrés psicológico: Alteraciones tales como, estrés emocional, depresión, ansiedad, miedo, vergüenza, entre otros.
- Autoeficacia profesional.
- Ausentismo y Abandono laboral.

2. Cuatro dimensiones relacionadas con las medidas de soporte recibidas posterior a un EA:

- Apoyo entre colegas
- Apoyo de supervisores
- Apoyo recibido por la institución
- Apoyo obtenido fuera del trabajo (amigos y/o familiares).

3. Deseabilidad de recibir medidas de soporte.

Estos ítem son medidos en escala de Likert de 1 a 5 puntos, donde 1 significa "Muy en desacuerdo" y 5 significa "Muy de acuerdo". Las puntuaciones mayores a 4 en cada dimensión indican mayor estrés en respuesta al EA y mayor percepción de calidad sobre las medidas de soporte brindadas.

Para la aplicación del SVEST, se solicitó la adaptación al español realizada por Brunelli et.al⁷. Como dicho instrumento no está validado en Chile, la adaptación se sometió a revisión por 4 expertos en el área de Calidad y Seguridad Asistencial y posteriormente se realizó un pretest con la participación de 34 trabajadores de salud, de los cuales 10 cumplieron con los criterios de inclusión. Con la evaluación del pretest, se obtiene un alfa de Cronbach de 0,826.

Al finalizar la recolección de datos, se utilizó el programa Excel para realizar un análisis univariado, empleando frecuencias (n) y porcentajes. Posteriormente, a través del programa estadístico SPSS versión 23, se realizó un análisis comparativo entre ambas muestras (sector público y privado) mediante pruebas de Levene y pruebas T, con el objetivo de establecer diferencias estadísticamente significativas.

Para el análisis bivariado, se utilizaron tablas de contingencia y pruebas de Chi-cuadrado y si existe una relación estadísticamente significativa, se aplicaron pruebas direccionales para establecer si es un relación positiva o negativa. Finalmente, se realizó un análisis inferencial mediante el Odds Ratio (OR) entre variables.

Cabe destacar que este estudio garantiza en todo momento la privacidad y anonimato de los datos recolectados y que el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité de Ética de la Universidad San Sebastián y por el Comité Ético Científico de la institución pública y privada de Salud.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra estudiada.

Según lo expuesto en la Tabla N°2.1, de la muestra

total (n=301), el 77,0% es de sexo femenino, 46,0% de los encuestados tiene entre 30 y 44 años, 68,4% trabaja en cuarto turno, 44,2% en servicio de alta complejidad, 41,9% es Técnico en Enfermería y 36,2% se desempeña como Enfermera/o.

Tabla N° 2.1: Características Sociodemográficas, muestra total de la investigación.

	IPU (n=176)		IPR (n=125)		Total (n=301)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	127	72,2	104	83,2	231	76,7
Masculino	49	27,8	21	16,8	70	23,3
Rango de edad	n	%	n	%	n	%
18 y 29 años	75	42,6	46	36,8	121	40,2
30 y 44 años	72	40,9	67	53,6	139	46,2
45 y 59 años	27	15,3	12	9,6	39	12,9
>60 años	2	1,1	0	0,0	2	0,7
Modalidad de turno	n	%	n	%	n	%
Cuarto turno	119	67,6	87	69,6	206	68,4
Tercer turno	0	0,0	1	0,8	1	0,3
Turno diurno	34	19,3	20	16,0	54	17,9
Turno modificado	23	13,1	17	13,6	40	13,4
Tipo de servicio	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	75	42,6	58	46,4	133	44,2
Mediana complejidad	72	40,9	44	35,2	116	38,5
Baja complejidad	29	16,5	23	18,4	52	17,3
Profesión	n	%	n	%	n	%
Enfermero/a	63	35,8	46	36,8	109	36,2
Médico Cirujano	24	13,6	16	12,8	40	13,3
Técnico de Enfermería de nivel superior	73	41,5	53	42,4	126	41,9
Matrón/a	5	2,8	7	5,6	12	3,9
Otro	11	6,3	3	2,4	14	4,7

En la tabla N°2.2, se observa que del total de la muestra (n=301), el 39,2% se involucró en un EA y

de estos involucrados el 73,0% manifestó sintomatología de Segunda Víctima.

Tabla N° 2.2: Características relacionadas al EA.

	IPU (n=176)		IPR (n=125)		Total (n=301)	
	n	%	n	%	n	%
Participación en un EA						
Sí	70	36,9	48	38,5	118	39,2
No	106	60,4	77	61,5	183	60,8
Notificación del EA	n	%	n	%	n	%
Sí	59	92,2	44	93,6	103	92,8
No	5	7,8	3	6,4	8	7,2
Síntomas de Segunda Víctima	n	%	n	%	n	%
Sí	43	67,2	38	80,8	81	73,0
No	21	32,8	9	19,2	30	27,0

No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras ($P < 0,05$). La segunda parte de la encuesta fue aplicada solamente a aquellos profesionales que manifestaron haber tenido sintomatología de Segunda Víctima posterior al EA ($n=81$).

Tabla N° 2.3: Características Sociodemográficas de profesionales caracterizados como Segundas víctimas.

	IPU (n=43)		IPR (n=38)		Total (n=81)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	28	65,1	28	73,7	56	69,1
Masculino	15	34,9	10	26,3	25	30,9
Rango de edad	n	%	n	%	n	%
18 y 29 años	14	32,6	15	39,5	29	35,9
30 y 44 años	21	48,8	17	44,7	38	46,2
45 y 59 años	7	16,3	6	15,8	13	16
>60 años	1	2,3	0	0	1	1,2
Modalidad de turno	n	%	n	%	n	%
Cuarto turno	31	72,1	24	63,2	55	67,9
Tercer turno	0	0	1	2,6	1	1,2
Turno diurno	8	18,6	13	34,2	21	25,9
Turno modificado	4	9,3	0	0	4	5
Tipo de servicio	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	17	39,5	22	57,9	39	48,2
Mediana complejidad	20	46,5	9	23,7	29	35,8
Baja complejidad	6	14	7	18,4	13	16
Profesión	n	%	n	%	n	%
Enfermero/a	20	46,5	17	44,7	37	45,7
Médico Cirujano	4	9,3	8	21,1	12	14,7
Técnico de Enfermería de nivel superior	15	34,9	10	26,3	25	30,8
Matrón/a	4	9,3	3	7,9	7	8,8

En base a los resultados expuestos en la tabla N°2.3, se analiza que del total de profesionales caracterizados como Segundas víctimas (n=81), el 69,1% pertenece al sexo femenino, predomina el rango etario entre los 30 y 44 años representados por el 46,2%. En relación con la modalidad de trabajo, el 45,7% se desempeña como profesional de Enfermería, 48,2% trabaja en un servicio de alta complejidad y 67,9% mediante la modalidad de sistema de cuarto turno.

Resultados por dimensión evaluada en el Instrumento SVEST.

Según la Tabla N°3, del total de Segundas Víctimas (n=81) el 80,9% manifiesta tener estrés psicológico posterior al EA, destacando la sintomatología más frecuente que es sentir vergüenza con 72,1% en IPU y un 63,1% en IPR. Además, de la muestra (n=81) el 40,8% indica tener manifestaciones físicas principalmente sentirse agotado luego de un EA, representado por el 88,3% en IPU y 73,7% en IPR.

En cuanto a la Autoeficacia Profesional, la principal sintomatología luego de un EA corresponde a sensación de inseguridad acerca de las propias habilidades profesionales con un 55,8% en IPU y un 39,5% en IPR.

El 26,8% de las Segundas Víctimas (n=81) indica tener deseos de ausentarse de sus labores luego del EA (43,0% en IPU y 10,5% IPR). Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de acuerdo de ambas instituciones ($p<0,05$; IC: 0,42 - 2,396).

Las medidas de soporte brindadas por los colegas son las más aceptadas por las Segundas Víctimas (n=81) con 76,4% entre ambas instituciones. Destaca que hablar de lo que pasó con sus colegas le generó alivio tiene una preferencia de 83,7% en IPU y 76,3% en IPR.

El 56,2% de las Segundas Víctimas (n=81) considera de calidad el apoyo brindado por el supervisor/a jefe. En este aspecto, la afirmación “siento el supervisor tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones” tiene una aprobación de 67,4% en IPU y 68,4% en IPR.

El apoyo brindado por la institución solo obtiene la aprobación del 32,7% en promedio en ambas instituciones, destacando que “en mi institución se entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda” obtiene mayor aprobación con un 39,5% en IPU y 41,2% en IPR.

Por último, las Segundas Víctimas (n=81) reciben una alta calidad de apoyo por familiares/amigos con 83,7% en IPU y 60,6% de IPR. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de acuerdo de ambas instituciones ($p<0,05$; IC: 0,472 - 2,405).

La deseabilidad de recibir medidas de soporte para la Segunda Víctima (n=81) obtiene el 78,4% en IPU y 64,6% en IPR. Además, en IPU el 93,0% desea tener como apoyo un programa de asistencia psicológica o de consejería fuera de la institución y en IPU el 81,6% desea establecer una conversación con el supervisor sobre el incidente.

Tabla N° 3: Porcentajes promedio de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” según dimensión en Institución Pública y Privada.

Dimensión	IPU	IPR	Promedio
Estrés psicológico	80,2	81,6	80,9
Estrés Físico	42,8	38,8	40,8
Autoeficacia profesional	44,8	32,2	38,5
Ausentismo laboral	43,0	10,5	26,8
Abandono laboral	15,1	10,5	12,8
Calidad de soporte recibido por los colegas	79,7	73,0	76,4
Calidad de soporte recibido por el supervisor	55,2	57,2	56,2
Calidad de soporte recibido por la institución	33,7	31,6	32,7
Calidad de soporte recibido por amigos/ familiares	83,7	60,6	72,2
Deseabilidad de recibir apoyo luego de un EA	78,4	64,6	71,5

La tabla N°4 compara los resultados obtenidos en Chile con las anteriores aplicaciones del SVEST. Su construcción fue en base a la tabla elaborada por Brunelli, Estrada y Celano⁷ y se considera el promedio de respuesta por cada dimensión, donde un valor igual o mayor a 4 indica que el encuestado está de acuerdo con haber sufrido un alto impacto posterior al EA y una alta calidad de medidas de soporte.

Al realizar análisis cruzados mediante las tablas de contingencia, considerando las variables socio-demográficas como independiente y las dimensiones del SVEST como dependiente no se obtienen relaciones estadísticamente significativas. En cuanto a la tabla N°5, el 71,6% de las Segundas víctimas

(n=81) manifestaron estrés psicológico, de los cuales el 67,2% pertenece al sexo femenino y el 32,7% al masculino.

Es importante destacar que, en el ámbito laboral, del total de Segundas Víctimas (n=81), en la Institución Pública el 32,6% reciben una alta calidad de apoyo y no sufren consecuencias graves posterior al EA. Por otra parte, en la Institución Privada, el 44,7% reciben una calidad de soporte moderada y tienen consecuencias bajas posterior al EA. Existe una relación ($p < 0,05$) entre estas variables con $\chi^2 = 13,061$ en IPU $y = 9,575$ en IPR con una relación negativa entre variables (d de Somers: -0,026 y -0,363 respectivamente), reflejando que, a mayor calidad del soporte recibido, menor es la consecuencia laboral del EA.

Tabla N°4: Promedio de respuestas obtenidas según dimensión y su desviación estándar (DS)

Dimensión	Argentina	EE. UU.	Corea	Chile
Estrés psicológico	4,0 (1,0)	2,6 (1,0)	3,4 (0,7)	4,0 (0,7)
Estrés físico	2,2 (1,1)	2,3 (1,0)	3,0 (0,8)	3,1 (0,9)
Autoeficacia profesional	2,2 (1,3)	2,5 (0,8)	3,2 (0,5)	2,0 (1,1)
Abandono laboral	1,5 (0,9)	2,0 (1,1)	3,1 (0,9)	2,0 (1,0)
Ausentismo laboral	1,2 (0,6)	1,8 (1,0)	--	2,5 (1,1)
Apoyo de colegas	3,1 (1,1)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	3,9 (0,0)
Apoyo de supervisor	3,3 (1,2)	1,8 (0,8)	2,5 (0,5)	3,4 (1,0)
Apoyo de institución	2,3 (1,4)	2,3 (0,8)	2,6 (0,6)	2,9 (1)
Apoyo de amigos/familiares	3,0 (1,4)	2,4 (1,0)	2,4 (0,7)	3,9 (1,1)

Tabla N°5: Tabla de contingencia entre las variables sexo y estrés psicológico por el EA.

Sexo	Estrés Psicológico			Total
	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	
Femenino	0% (0)	30,4% (17)	69,6% (39)	100% (56)
Masculino	4% (1)	20% (5)	76% (19)	100% (25)
Total	1,2% (1)	27,2% (22)	71,6% (58)	100% (81)

DISCUSIÓN

Del total de encuestados (n=301), según la variable sexo, 72,2% son de sexo femenino y 27,8% del sexo masculino en IPU, por su parte, en IPR el 83,2% pertenece al sexo femenino y 16,8% al masculino. Estos resultados son cercanos a los observados a nivel nacional, según registros de trabajadores de salud al año 2017 en la Superintendencia de Salud⁸, un 66,9% son mujeres y un 33,1% hombres. Se manifiesta que no existen diferencias significativas en ambos grupos. ($p>0,05$)

En cuanto al rango etario, en la IPU el 42,6% está entre los 18 y 29 años y el 53,6% está entre los 30 y 44 años en la IPR. No se puede establecer una diferencia entre los datos obtenidos y la situación nacional, ya que no hay registros en Chile respecto al rango etario.

En la IPU, el 41,9% es Técnico en Enfermería de nivel superior, 35,8% de Enfermeras/os, 13,6% rol Médico Cirujano y Matrón/a con el 2,8%. En la IPR, los valores son similares representados por 42,4%, 36,8%, 12,8% y 5,6% respectivamente. En relación con ambas instituciones, los resultados obtenidos son muy similares a los del estudio realizado por Van Gerven et. al⁹, donde el 61,4% corresponde a profesional de Enfermería, 18,1% a Médicos y 3,9% a Matron/a. Cabe destacar que actualmente en Chile no existen estudios sobre Segundas víctimas con los cuales se puedan comparar los resultados obtenidos en este estudio.

De la muestra total (n=301), un 39,2% manifestó haber estado involucrado en un EA, de ellos el 36,9% en IPU y un 38,5% en IPR, lo cual se condice con lo descrito por Van Gerven et al.⁹, donde cerca del 50% de los trabajadores de salud han estado involucrado directa e indirectamente en un EA a lo largo de su carrera.

Al analizar los rangos de edad y la experiencia luego de estar involucrado en un EA, se obtuvo que más del 50% de los EA se concentró entre los 18 y 44 años. Estos datos se pueden comparar con el estudio realizado por Van Gerven et. al⁹, donde el rango <25 años tiene el 3,1%, entre los 25 y 34 años el 17,4%, entre los 35 a 44 años un 23,1% y entre los 45 a 54 años posee un 26,8% de ocurrencia en EA.

De los encuestados involucrados en un EA, el 73,0% manifestó ser Segunda Víctima (n=81), lo cual se relaciona con el estudio realizado el año 2018 por Brunelli et. al⁷, quien indica que existe una prevalencia de Segundas Víctimas del 75% en España y un 66% en EE. UU.

Respecto a la relación que existe entre el sexo y las consecuencias físicas, emocionales y/o psicológicas, el 69,1% de las Segundas Víctimas (n=81) corresponde al sexo femenino y el 30,9% al sexo masculino. Estos datos tienen directa relación con los obtenidos el año 2016 por Van Gerven et. al⁹, el cual menciona que el 72,3% de la muestra pertenece al sexo femenino y el 27,7% al masculino.

El promedio de respuesta obtenido según la aplicación del SVEST es en las dimensiones “Estrés psicológico”, “Estrés Físico” y “Abandono Laboral” con un 4.0, 3.1 y 2.0 respectivamente, lo cual evidencia resultados mayores a los obtenidos en EE. UU, Corea y Argentina, lugares donde fue previamente aplicado este instrumento.

En la dimensión del estrés psicológico destaca el ítem “Sentí tristeza por la experiencia del Evento Adverso” en la IPU y IPR con un 97.7% y un 92.1% respectivamente, además, el 84,1% de los profesionales sintió miedo luego de verse involucrado nuevamente en un EA. Las cifras son superiores a las descritas por Scott et. al³, donde los profesionales de EE. UU presentan sensación de tristeza en un 68% de los casos e ideas intrusivas de verse involucrado en un EA de un 52%.

La dimensión de estrés físico para el ítem “Verse involucrado en un EA fue agotador” obtuvo un promedio de respuestas del 81%. Según Scott et. al³ los síntomas físicos más frecuentes son fatiga extrema 52%, taquicardias 42%, aumento de la presión arterial 42%, tensión muscular 39% y taquipnea 35% y estas manifestaciones se pueden presentar de manera individual o en conjunto.

En la IPR el 68,4% de las Segundas Víctimas manifiesta que los supervisores de los servicios tienen en consideración la complejidad de los pacientes al verse involucrados en un EA y el 65,1% que este no culpa a los individuos del equipo de salud. En la IPU el 65,1% de los encuestados manifiesta que los supervisores culpan a los individuos cuando ocurre un EA⁹.

Los resultados obtenidos en ambas instituciones respecto a la calidad de soporte, el 62% no recibe ningún tipo de apoyo luego de un EA, lo cual se relaciona con el estudio de Van Gerven et. al⁹, en el año 2016, donde el 53,8% de los profesionales manifiesta no recibir ningún tipo de apoyo.

En cuanto a la calidad de las medidas de soporte, Chile presenta un promedio muy similar a los demás países, destacando el ítem de apoyo brindado por parte de la institución con un promedio de 2.9 (DS

1,1) en comparación a Argentina con 2,3 (DS 1,4), EE. UU. con 2,3 (DS 1,8) y Corea con 2,6 (DS 0,6), refiriendo que la opción más seleccionada es “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

El 38,3% de la muestra involucrada en un EA (n=118), refiere recibir apoyo por parte de los colegas, amigos, familia o institución y de ellos el 3,7% percibe la calidad del apoyo como baja, el 53,1% como moderada y el 43,2% restante como alta. En este instrumento se incluyó por primera vez la dimensión “percepción de la calidad de apoyo recibido”, ya que es necesario identificar si el apoyo que se está entregando a los profesionales, cumple con las características de un apoyo efectivo. En las aplicaciones anteriores del instrumento SVEST, no existe registro sobre la percepción que tienen las Segundas Víctimas respecto a este ítem, por lo cual no se pueden contrastar estos resultados.

Al realizar un análisis inferencial entre la Calidad de soporte percibido (Baja y moderada) y Consecuencias del EA (Leves, Moderadas y graves) se obtienen resultados del Odds Ratio (OR) de 3,8 (IC 95% 1.32-11.74), lo cual indica que existe hasta 4 veces mayor probabilidad de tener consecuencias graves cuando se percibe una calidad de soporte baja.

Respecto a la dimensión “Deseabilidad de recibir medidas de soporte”, del total de la muestra (n=81), el 77,3% manifiesta la necesidad de recibir apoyo por parte de un compañero. Este resultado es muy similar al obtenido en el estudio de Burlison et al¹². en año 2014, donde el 80,5% de los profesionales prefieren establecer una conversación respecto a lo ocurrido con un colega que sea de su estima.

Respecto a la autoeficacia profesional, del total de Segundas Víctimas (n=81), en la IPR el 60,5% manifiesta no tener cuestionamiento de su autoeficacia profesional y 78,9% no siente deseos de abandonar su lugar de trabajo, en comparación a IPU, donde el 52,3% tiene cuestionamiento de la autoeficacia luego de estar involucrado en un EA y de ellos el 69,8% ha considerado abandonar su trabajo. Esto se condice con el estudio realizado en 2015 por Mira et al¹⁰, donde un 32,8% de los encuestados presentó dudas sobre su autoeficacia profesional y también el estudio de Burlison et. al¹², quien detalla que las Segundas Víctimas manifiestan sintomatología que pudiese conllevar consecuencias en su bienestar emocional, físico y psicológico.

En conclusión, de los trabajadores que manifestaron ser Segunda Víctima, la sintomatología más

predominante es estrés físico y psicológico. Además, los trabajadores de salud afirman que sienten efectivas las formas de apoyo recibidas por parte de sus compañeros de trabajo como también de su supervisor, en las que destacan sentirse comprendidos y apoyados sin repercusiones laborales luego del EA. Ante esta situación Quillivan et. al¹¹ enfatiza la importancia de brindar apoyo de los pares sin repercusiones laborales a la Segunda Víctima, para así disminuir la cultura punitiva y la sintomatología asociada luego de la ocurrencia del EA. También Cabilan & Kynoch¹³, afirman que las medidas de soporte como el apoyo emocional, son prioridad para disminuir la repercusión en la salud física, mental y emocional de los trabajadores involucrados. Además, la ausencia de apoyo entre colegas y supervisores puede afectar profundamente el afrontamiento efectivo de las Segundas Víctimas, conllevando una mayor angustia o una prolongada recuperación posterior al EA.

Por otro lado, se destaca que para los trabajadores de la IPU es beneficioso recibir uno o dos días libres posterior al EA, no obstante, en la IPR consideran que recibir días libres posterior al EA no tiene mayor importancia en la sintomatología asociada. También destacan medidas de apoyo tales como tener un compañero para conversar de lo ocurrido y programar una cita con un consejero de su institución.

En base al estudio realizado, se logra visualizar por primera vez en Chile el concepto de Segunda Víctima y las repercusiones que tiene en los trabajadores de salud. Si bien la muestra no es extrapolable a otros centros, entrega referencias del fenómeno descrito para que las instituciones de salud implementen medidas de soporte acorde a las necesidades de los profesionales.

Las limitaciones este estudio se relacionan principalmente a la epidemiología para sustentar el tema planteado, ya que a nivel nacional no existen estudios en torno a las segundas víctimas, aunque sí a nivel internacional. Otra limitación fue el desconocimiento, por parte de los participantes respecto al término “Segunda Víctima” al momento de aplicar el instrumento, esto causó rechazo en participar del estudio debido a la connotación negativa que tiene el verse involucrado en un EA. Es importante que los profesionales reconozcan el concepto de Segunda Víctima, para lo que se debe incorporar en las asignaturas de pregrado los conceptos de primera, segunda y tercera víctima, fortaleciendo así los conocimientos de calidad y seguridad asistencial.

A modo de sugerencia, se enfatiza en realizar una nueva aplicación del instrumento SVEST a través de un diseño metodológico longitudinal, con un muestreo probabilístico e incluso un estudio de casos y controles posterior a la implementación de medidas de soporte, para lograr mayor especificidad de las estrategias que se deben considerar en los profesionales de salud, posterior a un EA.

AGRADECIMIENTOS

A todos los docentes que contribuyeron a nuestro conocimiento y desarrollo profesional. En especial a nuestro tutor don Carlos Vejar Reyes, por confiar en nuestro proyecto de investigación y permitir explorar nuestro potencial en investigación. A Dra. Marcela Potin y nuestra docente Mat. Alejandra Valdés, por creer en nuestro proyecto y representarlo en los comités de ética de sus instituciones de Salud estudiadas. A la Sra. María Victoria Brunelli, por facilitarnos el instrumento SVEST validado y traducido al español. Por último, pero no menos importante a nuestros compañeros de investigación en la Tesina para obtener el grado de Licenciados de Enfermería: Nerio Bastidas, Valentina Echevarría, Thalía Millán, Daniela Núñez y Andrés Ubilla.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores participantes de esta investigación declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argentina. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad; 2010 [consultado nov 2020]. Disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/observatoriodecalidad/files/2014/06/INFORME_IBEAS1.pdf
2. Saavedra C. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el caso del hospital Exequiel González Cortés [Tesis de Magíster]. Santiago: Universidad de Chile; 2014 [consultado diciembre 2020]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116866/cfsaavedra_cv.pdf;sequence=1
3. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall W. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009 june;18(5):325-330.
4. White A, Brock D, McCoher P, Hofeldt R, Edrees H, Shannon S, Gallagher T. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthhc Risk Manag*. 2015;34(4):30-40.
5. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu A. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 march; 6(9):1-12.
6. Prada S, Pérez A, Rivera A. Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017;16(32):51-65.
7. Brunelli M, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2014;1-5.
8. Chile. Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2017 [consultado en noviembre 2020]. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/664/articulos15833_recurso_1.pdf
9. Van Gerven E, Bruyneel L, Pañella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BJM Open*. 2016 february;6(1):1-10.
10. Mira J, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, Ferrús L. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *JMIR*. 2017 june;19(06):1-14.
11. Quillivan R, Burlison J, Browne E, Scott S. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 august; 42(8):377-384.
12. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf*. 2014;13(2):93-102.
13. Cabilan C, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(9):2333-2364.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 86-95

EXPERIENCIA COMUNITARIA EN LA POLICLÍNICA DE SAN ANTONIO, CANELONES, URUGUAY: ALGO MÁS QUE UNA HUERTA

COMMUNITY EXPERIENCE IN SAN ANTONIO PRIMARY CARE HEALTH SERVICE, CANELONES, URUGUAY: "MORE THAN A GARDEN"

RESUMEN

Introducción. Este artículo presenta una sistematización del Proyecto Redes, Salud y Alimentos llevado adelante por un equipo interdisciplinario de docentes de la Universidad de la República (Udelar) en 2018 en la localidad de San Antonio, Departamento de Canelones, Uruguay. El proyecto tuvo como objetivo promover la creación de un espacio para la promoción integral de la salud y la agroecología desde el enfoque de la Ecosalud. A nivel académico el proyecto se propuso promover la producción de conocimiento interdisciplinario en torno a los ejes de salud humana, construcción social de la salud y producción agroecológica de alimentos.

Material y métodos. En el territorio, desde un enfoque de Ecosalud, se generaron acciones de prevención y promoción de la salud a partir de una concepción holística y sistémica de las relaciones ambientales y humanas. Se incorporó la perspectiva agroecológica, considerando a los alimentos y su sistema de producción como determinantes de la sustentabilidad ambiental y de la seguridad y soberanía alimentaria.

Resultados. Como resultados destacamos el logro de los objetivos de promover la participación e integración del saber comunitario y haber creado un espacio de promoción de la salud integral, en sintonía con los pilares de la Carta de Shangai, "Promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible".

Discusión. Esta experiencia es una respuesta a los desafíos que enfrenta la academia, en su afán de aportar al desarrollo de la sociedad. Sus desarrollos pueden verse también son pilares teóricos y ejes de acción de una nueva Salud Pública.

Palabras clave: cultivos, salud, promoción de la salud.

Community experience in San Antonio Primary Care Health Service, Canelones, Uruguay: "More than a garden".

ABSTRACT

Introduction. This article presents a systematization of the Networks, Health and Food Project carried out by an interdisciplinary team of teachers from the University of the Republic (Udelar) in 2018 in the town of San Antonio, Department of Canelones, Uruguay. The main goal was to create a program of health promotion and agroecology from the Eco-health perspective. At an academic level, the project set out to promote the production of interdisciplinary knowledge around the axes of human health, social construction of health and agroecological food production.

Materials and methods. From an Ecohealth approach, health prevention and promotion actions on location were generated from a holistic and systemic conception of the relationship between humans and the environment. The agroecological perspective was incorporated, considering food and its production system as determinants of environmental sustainability and food security and sovereignty.

Results. As results we highlight the importance of participation and integration of community knowledge and having created a space for the promotion of comprehensive health, in tune with the pillars of the Shanghai Charter, "Health promotion in the 2030 Agenda for sustainable development".

Discussion. This experience is a response to the challenges facing the academy, in its desire to contribute to the development of society. Its developments can also be seen as theoretical support and lines of action of a new Public Health.

Keywords: gardening, health, health promotion.

Graciela Castellano
Gabriel Barrero

Depto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Valentina Pereyra

Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay.

Silvana Machado

Departamento de Sistemas Ambientales. Facultad de Agronomía. Universidad de la República. Uruguay.

Carolina Arbelo

Coordinación de actividades clínicas. Responsable de actividades grupales con pacientes en Policlínica San Antonio, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Lucía Gadola

Profesora de Yoga. Responsable de actividades grupales de yoga para usuarios de la Policlínica.

INTRODUCCIÓN

Los apuntes que siguen surgen del trabajo compartido en el marco del Proyecto Redes, Salud y Alimentos en la localidad de San Antonio, Departamento de Canelones, Uruguay. El proyecto involucró a un equipo docente interdisciplinario de la Universidad de la República (Medicina, Agronomía y Ciencias Sociales), el personal de salud de la Policlínica de San Antonio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), y colectivos sociales organizados de la localidad junto con vecinos/as de la misma, con la propuesta de contribuir a la conformación de un espacio comunitario para la promoción integral de la salud. Contó con financiación en el marco del programa para el Fortalecimiento de Grupos Interdisciplinarios, Espacio Interdisciplinario (Udelar, 2018). El presente artículo pretende compartir la experiencia realizada para aportar a la reflexión, en el marco amplio de la Salud Pública, sobre los procesos de trabajo en torno a la temática salud y ambiente en comunidades rurales y al desarrollo de procesos de extensión universitaria en estos espacios.

San Antonio es una localidad con aproximadamente 1500 habitantes¹, donde las actividades rurales (agrícolas y ganaderas) destinadas al autoabastecimiento y, en su mayor proporción, a proveer al Área Metropolitana de Montevideo, constituyen el centro de su desarrollo económico y social. En los últimos años, fenómenos relacionados a la falta de oportunidades laborales, pérdida de calidad de empleo, escaso reconocimiento social del trabajo rural, escasa diversidad de actividades culturales y recreativas, y la consecuente emigración de la población –principalmente hacia Montevideo– como forma de acceder a nuevas y más variadas ofertas laborales, educativas y culturales-recreativas², han movilizad o a diferentes grupos de vecinos y vecinas de la comunidad a reflexionar en torno a estos procesos.

En este contexto, la Policlínica de San Antonio se ha conformado en un ámbito catalizador de distintos intereses y colectivos de la zona. En el marco de la Policlínica se planifican y desarrollan acciones conjuntas con colectivos de mujeres y de jóvenes que abordan, relacionando, la salud-ambiente, el trabajo rural, la identidad rural y la soberanía alimentaria.

La Policlínica de San Antonio se constituyó en un terreno propicio para el involucramiento colaborativo del equipo interdisciplinario de la Udelar. Las

acciones se llevaron adelante desde una perspectiva de extensión universitaria crítica; es decir, acciones orientadas a aportar en la generación de condiciones para el cambio social. Concretamente, el objetivo general del proyecto se orientó a contribuir, desde una perspectiva comunitaria, a la promoción integral de la salud en la localidad de San Antonio. Para el cumplimiento de este objetivo se plantearon tres objetivos específicos: (a) contribuir a la creación de una huerta comunitaria, autogestionada, en el predio de la Policlínica; (b) promover espacios de reflexión e intercambio en torno a la relación salud-ambiente, trabajo e identidad rural, y soberanía alimentaria; y (c) potenciar espacios terapéuticos, holísticos, para pacientes de la Policlínica.

Enmarcamos el proyecto en términos de actividades de Salud Pública orientadas a la Promoción de la salud, entendida de acuerdo a la Declaración de Shangai, “Promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (OMS)³.

En este artículo presentamos una sistematización del trabajo realizado, de forma de aportar además a las reflexiones sobre experiencias de extensión universitaria en el medio rural en torno a las temáticas salud y ambiente. El artículo se estructura en cuatro puntos. En el primero se presenta el enfoque conceptual de la experiencia, desarrollando los presupuestos teóricos/metodológicos asumidos; en el segundo, se realiza una descripción general del proyecto desarrollado y los actores participantes del mismo; en el tercero se presentan y analizan las principales actividades llevadas adelante; y, finalmente, en el cuarto punto se comparten algunas conclusiones y desafíos de la experiencia y el trabajo universitario en estos contextos.

Enfoque conceptual de la experiencia.

Las acciones se concibieron, de forma articulada, en torno a tres ejes teórico-metodológicos (Eco-salud, Agroecología, y Concepción integral de la salud), que se describen a continuación.

a) Ecosalud

El Enfoque Ecosistémico para la Salud (Ecosalud) vincula los determinantes sociales y ambientales de la salud humana con conceptos relativos a la ecología y la teoría de sistemas. Pone énfasis en la influencia de las interacciones entre las dimensiones ecológicas y socio-económicas sobre la salud, así como el modo en que impacta la acción humana sobre los ecosistemas⁴. La Ecosalud promueve ac-

ciones estructuradas en torno a seis principios básicos: pensamiento sistémico, investigación transdisciplinaria, participación social, sustentabilidad, equidad social y de género, y conocimiento para la acción⁴. La participación social y los conocimientos de cada comunidad respecto a la salud y los ecosistemas son el centro de toda acción. Este enfoque apuesta al diálogo de saberes y a la producción de conocimiento socialmente apropiable, conocimiento capaz de integrarse a las prácticas sociales –no limitado a circular endógenamente en el mundo académico^{5,6}.

Asimismo, de acuerdo a la Declaración de Shanghai, asumimos una perspectiva de la promoción de la salud entendida como aquellas “Intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.”³

b) Agroecología

La perspectiva agroecológica considera a los alimentos y su sistema de producción como determinantes de la sustentabilidad ambiental, seguridad alimentaria y buena nutrición. La soberanía alimentaria se concibe como derecho de los pueblos a alimentos nutritivos, culturalmente apropiables y producidos a través de métodos sostenibles y saludables^{7,8}; involucra “la producción de alimentos y la relación con los territorios” dentro de un campo relacional de la vida cotidiana dada por su diversidad cultural, material y social^{9,10}. La agroecología en Uruguay tiene un desarrollo de más de tres décadas⁷; sus aportes conceptuales, metodológicos, productivos y organizacionales son una referencia para la producción de alimentos, la seguridad y soberanía alimentaria de la población nacional. Este es un abordaje que asume la prevención y la promoción de la salud humana ligándolas al sentido de la vida rural y campesina.

c) Concepción integral de la salud

La concepción integral de la salud parte de la necesidad de implementar prácticas para la promoción, la prevención y la atención de la salud que asuman las vivencias subjetivas de las personas respecto a la dimensión salud-enfermedad. En los últimos años numerosas publicaciones han evidenciando la necesidad de un abordaje complementario a las prácticas tradicionales de tratamiento, que tenga

en cuenta los aspectos ligados al estrés y que ofrezca estrategias de fortalecimiento de las capacidades propias de autocuidado con el objetivo de recuperar un equilibrio perdido.

Como ejemplo de dicho abordaje se encuentra el “Programa de reducción del estrés basado en el cultivo de la atención” o *mindfulness* (comprensión clara o atención plena). *Mindfulness* se viene desarrollando desde la década de 1980 a partir de los trabajos del Dr. Jon Kabat-Zinn, quien fundó el Programa Reducción del Estrés basado en Atención Plena (Mindfulness-Based Stress Reduction -MBSR) en la Universidad de Massachusetts¹¹. El programa es básicamente una intervención de tipo educativo que se sustenta en la promoción de la resiliencia y los recursos innatos en un marco de trabajo grupal y participativo¹⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para situar y conocer la experiencia es importante comenzar por su origen. El interés de trabajo en la comunidad de San Antonio surge de vínculos previos que tenían algunas integrantes del equipo docente con la Policlínica ASSE de San Antonio. Estos vínculos, junto con el conocimiento previo del territorio del equipo de ASSE, hizo que iniciáramos la discusión en torno a ciertas demandas de la población con relación a las temáticas de salud, alimentos, intercambios generacionales, entre otros, y poder pensar la posibilidad de generar espacios para trabajar estas inquietudes.

a) Actores participantes

Las acciones desplegadas en el marco del proyecto involucraron además del equipo universitario –conformado por médicos/as, agrónomos/as y sociólogos/as, docentes de distintos servicios de la Udelar– a un conjunto de actores colectivos, organizados, que se describen a continuación.

Mujeres Unidas de San Antonio (MUSAS). Es un grupo de mujeres rurales (productoras familiares), creado en el año 2004, el que en 2017 obtuvo un predio del Instituto Nacional de Colonización (INC), para la “producción hortícola combinada con producción animal de ganado y cerdos”¹⁵ constituyéndose, de esta manera, en el primer grupo sólo integrado por mujeres en acceder a tierras del INC.

Mujeres con los pies y las manos en la tierra. Es un grupo de mujeres rurales coordinado por el equipo

de salud de ASSE San Antonio, constituido por diferentes colectivos de mujeres como las MUSAS, mujeres de la Sociedad Fomento Rural de SA, mujeres no nucleadas que desarrollan su actividad laboral vinculadas a la producción familiar y mujeres de la comunidad en general¹⁵.

Jóvenes: Tocá y Pasá. Es un colectivo autogestionado de jóvenes que surgió en 2015 con el fin de asumir un rol central y activo en la comunidad, haciéndolos partícipes en las tomas de decisiones^{16,2}.

Policlínica de San Antonio, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La Policlínica de ASSE de San Antonio se ha venido conformando en un espacio catalizador de distintos intereses y colectivos locales. En el transcurso de los últimos años, en ella se ha creado un grupo de meditación para el abordaje integral de patologías prevalentes, dolor crónico, ansiedad y depresión. En la actualidad se trabaja con un grupo de mujeres rurales en torno a la salud mental y espiritual, en el marco del apoyo a la autogestión de las mujeres rurales en su proceso de cambio y conquista de espacios de toma de decisión.

Finalmente, sin pertenecer a un grupo en específico, queremos destacar la participación de vecinos y vecinas de la comunidad que acudieron y compartieron diferentes talleres, instancias de trabajo en la huerta y actividades abiertas a la comunidad.

b) Sobre la organización del proyecto

Es importante hacer una breve mención a la organización y coordinación del proyecto, pues en este punto también radica el principio de horizontalidad y la apuesta al intercambio y creación en conjunto entre los diferentes actores que nos propusimos desde un principio.

Si bien fue un proyecto que se planteó objetivos específicos desde el inicio (explicitados en el capítulo anterior), también fue abierto y flexible a la adaptación a los intereses, demandas y propuestas de los actores participantes. La coordinación de las actividades fue orientada en conjunto entre el equipo de ASSE y Udelar, pero siempre atendiendo a las propuestas de los y las participantes de la comunidad. En este sentido, además de las actividades estipuladas en el cronograma inicial, enfocadas en los espacios de talleres de salud, huerta y alimentos, también se generaron espacios de intercambio sobre el rumbo del proyecto que oficiaron como ámbitos de coordinación de las actividades y toma de deci-

siones.

c) La sistematización como base para futuras reflexiones

La sistematización de las experiencias es un aspecto central en los proyectos de salud pública con énfasis en la promoción, también en los procesos de extensión universitaria y, el trabajo comunitario en general. La misma permite generar aprendizajes desde las prácticas y estimular la producción de conocimientos con pertinencia social incorporando a los sujetos sociales involucrados¹⁷. De acuerdo con Coppens y Van de Valde¹⁸ entendemos que no existe un método de sistematización que sea válido y adecuado para todas las experiencias, sino orientaciones y lineamientos generales que deben ser re-creados según el tipo de práctica y las condiciones de quien va a sistematizar.

Para nuestro caso se triangularon medios y técnicas a fin de registrar las diferentes actividades, evaluar el proceso y resultados del proyecto, así como poder relevar opiniones y vivencias de los actores involucrados. A continuación se detallan los principales medios implementados:

- Registro de campo (fotográfico y notas de campo de todas las actividades realizadas).
- Jornadas de intercambio y evaluación del curso del proyecto con los diferentes participantes del mismo.
- Reuniones sistemáticas de coordinación y evaluación continua del equipo técnico y docente.
- Entrevistas grupales e individuales con miembros de los diferentes grupos participantes.
- Evaluaciones escritas anónimas en buzón a todos los participantes de los grupos de meditación y yoga.
- Jornada de evaluación y cierre abierta a todos los participantes.
- Jornada de evaluación y cierre a la interna de los equipos técnicos y docentes.
- Redacción de informe final donde se sistematizó tanto los registros realizados como los insumos provenientes de las técnicas implementadas para revelar impresiones y vivencias de los participantes.

RESULTADOS

Los tres ejes teórico-metodológicos (Eco-salud, Agroecología y concepción integral de la salud) se materializaron en acciones concretas, que asumieron sentido en torno a la concepción y creación de una huerta comunitaria y autogestionada. La huerta se creó en el predio de la Policlínica de San Antonio. A continuación expondremos algunas de las actividades desarrolladas en torno a los tres ejes y cómo se fueron entrelazando.

a) Creación de la huerta

La creación de la huerta en el predio de la Policlínica se constituyó en el espacio físico donde se transversalizaron, a partir de la reflexión colectiva, los saberes, las trayectorias, las vivencias y los aprendizajes. Se concibió atendiendo a principios agroecológicos y aspectos “culturalmente sensibles”¹⁰. El diseño de la huerta con forma de flor –con un fogón en su centro, del que nacen los canteros–, el

tipo de cultivo seleccionado y la intervención armónica sobre el entorno fueron aspectos medulares del proceso de intervención conjunta. En los canteros se incorporaron plantas con propiedades repelentes de insectos, aromáticas o de uso medicinal. Se procuró en el diseño la circulación franca alrededor de los cultivos y jerarquizar el acceso principal a la huerta. La centralidad del fogón respondió a una demanda del colectivo de jóvenes: contar con un espacio propio de encuentro. El fogón se constituyó así en un “satisfactor sinérgico”, entendiendo como tales a aquellos factores que por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. En este caso la necesidad de organizar el diseño de los canteros en torno al fogón, y el fogón como centro de encuentro.



Fig.1. Jornada de trabajo en la huerta



Fig. 2. Fogón central de la huerta.



Fig.3. Cartel señalizador en la entrada de la huerta.

b) Historia de las plantas

En el marco de una convocatoria abierta a toda la comunidad de San Antonio se realizó una jornada de implementación de la huerta. A esta jornada asistieron miembros de los colectivos de mujeres “Mujeres Unidas de San Antonio”, “Mujeres con los pies y las manos en la tierra”, jóvenes del colectivo “Tocá y pasá” y vecinos y vecinas usuarios de la policlínica.

La definición de los cultivos se concretó en el taller *Nuestras plantas, nuestra historia*. Como consigna, cada participante del taller debía asistir con semillas, plantines o matas de plantas alimentarias o medicinales, conservadas en el seno familiar y/o con significativo valor histórico, tanto personal como comunitario. Las plantas y semillas fueron mapeadas por los participantes ubicándolas en una carta geográfica de la localidad. Las narrativas personales co-

lectivizadas se sintetizaron en una revalorización de las especies locales, en lo que hace a su importancia en términos nutricionales, de la salud humana y ambiental, así como en términos del papel en la cultura, la identidad y el afecto a nivel local, familiar e individual de las personas.

Se recibieron variedades hortícolas de sandía (*Citrullus vulgaris*), frutilla (*Fragaria spp.*), zapallos (*Cucurbita pepo*), arvejas (*Pisum sativum*), rabanitos (*Raphanus sativus*), rúcula (*Eruca sativa*); variedades medicinales y aromáticas como caléndulas (*Calendula officinalis*), menta (*Mentha piperita*, *Mentha pulegium*), palma imperial (*Tanacetum vulgare*), ortiga (*Urtica urens*), lavanda (*Lavandula sp.*), romero (*Rosmarinus officinalis*), cedrón (*Aloysia triphylla*); y árboles tradicionales como el laurel (*Laurus nobilis*) y de la flora nativa ubajay (*Hexachlamys edulis*).

porque por ejemplo más que nada lograr herramientas para conocerse a uno mismo. Capaz que las tenía ya, pero no sabía cómo utilizarlas o manejarlas y relacionarlas con las demás personas o con uno mismo.” (Paciente 2)

Mayor capacidad para manejar situaciones de estrés: El programa desarrollado también propuso el trabajo en torno al desarrollo de herramientas para manejar situaciones de stress y sus efectos.

“Las discusiones son más manejables, como por ejemplo la ira o el enojo se pueden manejar más”. (Paciente 4)

El valor del grupo como espacio de contención y soporte: Los pacientes valoran la creación de este espacio como un lugar de contención, de apoyo emocional y de protección.

“Y bueno acá por ejemplo siempre llegamos, nos saludamos; siempre hay un abrazo de por medio bien grande, entre todos, abrazo de equipo. Después aramos un círculo de piedras que tratemos... y prendemos palo santo... alguna piedra o objeto que quieras limpiar o cargar de buena energía que vos quieras llevar a tu casa. Y también hay compañeros que han viajado y han traído piedras que nos han ido regalando. Y después hablábamos de cómo nos ha ido en la semana, como nos hemos sentido...” (Paciente 5)

d) Talleres salud-alimentos

En paralelo a las actividades en la huerta y a los grupos de salud se buscó generar una instancia articuladora en donde se pudieran poner en común reflexiones sobre la salud, la huerta y la importancia de ambas en la construcción de proyectos comunitarios que apuesten a la agroecología y a un concepto de salud integral. De esta manera se propuso la realización de los talleres Salud y Alimentos. Los talleres se orientaron por tres líneas de trabajo, y se estructuraron en base a los criterios teórico-metodológicos propuestos para el proyecto. Participaron del taller en su mayoría mujeres de la localidad, miembros de los colectivos que ya mencionamos. La convocatoria fue amplia como habitualmente, a usuarios y usuarias de la policlínica y a toda la comunidad de San Antonio.

En primer lugar se buscó fomentar prácticas e intercambio de conocimientos respecto al tema salud y ambiente.

A modo de ejemplo, una de estas instancias de

reflexión estuvo guiada por algunas preguntas disparadoras tales como “¿Por qué nos enfermamos?”.

Algunas de las respuestas fueron: “alimentación, malos hábitos, bajas defensas, stress, agrotóxicos, automedicación, deterioro de la naturaleza, consumo”. Se concluyó entonces que muchas de las enfermedades se debían a los estilos de vida y el ambiente y se trabajó sobre ello. En la misma actividad otra de las preguntas disparadoras fue: “¿Qué precisamos para vivir bien? Las respuestas de las mujeres fueron breves pero contundentes: “salud, aire puro, hacer lo que nos gusta, agua limpia, amor, afecto y buena alimentación”. Por último, cuando se indagó sobre las expectativas del taller y del proyecto hablaron de la importancia de compartir, enseñar, trabajar el vínculo entre las generaciones y no dejar que se pierdan saberes y conocimientos “de las abuelas/os”.

En segundo lugar, los talleres Salud y Alimentos giraron en torno a la articulación específica de la huerta y los debates sobre salud; se realizaron talleres específicos a cargo del equipo del proyecto sobre nutraceuticos, alimentos cuyas características nutricionales y funcionales proporcionan beneficios que contribuyen a mejorar la salud, y por tanto reducir el riesgo de padecer enfermedades²¹.

DISCUSIÓN

La construcción de conocimiento socialmente valioso, así como la apuesta a la integración del saber comunitario, fuente de empoderamiento y promotor de autonomía y desarrollo, son desafíos que enfrenta la academia, en su afán de aportar al desarrollo de la sociedad. También son pilares teóricos y ejes de acción de una nueva Salud Pública, alineados con los principios de la Carta de Shangai.

El equipo trabajó desde una perspectiva ética política clara: aportar a la construcción de una sociedad más humana y más justa, y promover un paradigma de desarrollo sustentable y respetuoso de la vida. La creación de la huerta comunitaria, circular, rodeada de los saberes y las historias, promotora del diálogo y la participación, trasciende la experiencia concreta; constituye una metáfora del camino a seguir.

Nuestros hallazgos coinciden con otros autores como Chierrito y cols²², quienes concluyen que las experiencias de huertas comunitarias facilitan la restauración psicológica, la calidad de vida, la dieta saludable y la economía familiar. Así como Herrera Giraldo y cols, quienes concluyen que la estrate-

gia de intervención centrada en la promoción de la huerta comunitaria permitió incrementar la disponibilidad de verduras, empoderar a la comunidad, y crear redes sociales²³.

La creación de círculos de trabajo con pacientes y el estímulo a la recuperación de los recursos naturales conduce por el camino del respeto, la promoción de la salud, la autonomía y el cuidado de la vida. También la consideración del alimento, fruto de la tierra, trabajada desde la perspectiva agroecológica, como fuente de salud y prevención de enfermedades. La participación y el mayor sentido de autonomía de los colectivos participantes, especialmente el grupo de jóvenes y mujeres, constituye un logro significativo de la intervención. El apoyo al equipo de salud de la policlínica, la creación de vínculos de colaboración y consultoría también se constituye en un factor de sostenibilidad del proyecto.

En el proceso de trabajo también nos enfrentamos a dificultades, desafíos y tensiones propios de un abordaje que implica trabajar entre muchos y armonizar las diferentes disciplinas y trayectorias. Asimismo, existieron obstáculos y asociados a las restricciones formales y económicas de proyectos universitarios que responden a lógicas institucionales, con plazos y financiación acotados.

Con el proyecto nos propusimos plantar una semilla que con el paso del tiempo se traduzca en más autonomía de la comunidad, y mayor autocuidado del lugar donde se vive.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ine.gub.uy [Internet]. Montevideo: Instituto Nacional de Estadísticas; c2021 [consultado el 03 de enero de 2021]. Disponible en: www.ine.gub.uy
2. Colectivo Tocá y Pasá. Proyecto Tocá y Pasá - CONCAUSA 2030 [video]. 23 de mayo de 2018. [consultado el 20 de diciembre 2020]. Disponible en: www.youtube.com/watch?v=lv_WIKPE4fc
3. WHO. Health Promotion, Shangai Declaration [Internet]. Shanghai: World Health Organization; 2017 [consultado el 10 de febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
4. Lebel J. Health: An Ecosystem Approach. Ottawa: IDRC; 2003.
5. Holt-Giménez E. Sistemas Alimentarios Sustentables : La Necesidad de Movimientos Sociales [Internet]. Belgique: CETRI; 2013 [consultado el 10 de febrero 2020]. Disponible en: <https://www.cetri.be/Sistemas-Alimentarios-Sustentables?lang=fr>
6. Kaplún G. La integralidad como movimiento instituyente en la universidad [Internet]. Montevideo: Universidad la Republica; 2012 [consultado el 10 de febrero 2020]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/17061/1/9-13-1-SM.pdf>
7. Bellenda B, Galván G, García M, Gazzano I, Gepp V, Linari G, et al. Agricultura urbana agroecológica: más de una década de trabajo de Facultad de Agronomía (Udelar) junto a diversos colectivos sociales. *Agrociencia Uruguay*. 2018;22(1).
8. Caporal FR, Costabeber JA, Paulus G. Agroecologia como matriz disciplinar para um novo paradigma de desenvolvimento rural [Internet]. Brasilia: UFSM; 2006 [consultado el 10 de febrero 2020]. Disponible en: <https://www.portalces.org/sites/default/files/migrated/docs/1211.pdf>
9. Caporal FR, Paulus G, Castabeber JA. Agroecologia :umaciência do campo da complexidade [Internet]. Brasilia: Dosautores; 2009 [consultado el 10 de enero 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/29566706/Agroecologia_uma_ci%C3%AAncia_do_campo_da_complexidade
10. Altieri MA. Agroecología. Bases Científicas de la Agricultura Alternativa. Valparaíso: CETAL; 1985.
11. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 1a ed. New York: Delacourt; 1990.
12. J K-Z. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982; 4(33):33-42.
13. Elliot S, Dacher E. Integral Health: a path to human flourishing. Laguna Beach: BHP; 2006.
14. Fernández Jose MM, Dibar H. Introducción a la medicina familiar. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República; 1998.
15. colonizacion.com.uy [Internet]. Montevideo: Instituto Nacional de Colonización; c2018 [consultado el 03 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.colonizacion.com.uy/>
16. Movimiento M de SA en. No Title [Internet].

2020. Available from: <https://www.facebook.com/Mujeres-de-San-Antonio-en-movimiento-115074709028886/%0A>
17. Berruti L, Cabo M, Dabezies MJ. Sistematización de experiencias de extensión. Cuadernos de Extensión [Internet]. 2017 [consultado el 12 de diciembre de 2020]; 3:94 p. Disponible en: https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Cuaderno-n_3-Sistematizaci_n-de_experiencias-de-extensi_n.pdf
18. Coppens F, Van de Velde H. Sistematización. Texto de referencia y consulta. Esteli: CICAP; 2005.
19. Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(4):183–92.
20. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1992 Jul;149(7):936–43.
21. Brower V. Nutraceuticals: poised for a healthy slice of the healthcare market?. *Nat Biotechnol*. 1998;16:728–31.
22. Chierrito E, Yaegashi S, Franci R, Paccola E DSA. Environmental perception and affectivity: experiences in a community garden. *Ambiente & Sociedade* [Internet]. 2018 [consultado el 03 de enero de 2021];21:e01232. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/rjLkyX7dsrW9Q5mXP7m3HJD/?lang=en>
23. Herrera Giraldo SL, Panader Torres A, Cárdenas Cárdenas LM, Agudelo Cely NA. Promoción de una alimentación saludable: experiencia en Tunja, Colombia. *Av Enferm* [Internet]. 2012 [consultado el 27 de junio de 2020];30(1):55-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35436>

TEMA DE ACTUALIDAD

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 96-104

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (SARS-COV-2) EN EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

IMPACT OF THE CORONAVIRUS PANDEMIC (SARS-COV-2) ON THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP OF CANCER PATIENTS

RESUMEN

El síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus (SARS-CoV-2) ha generado una pandemia que ha requerido ajustes significativos en los sistemas de salud mundiales, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

Para patologías crónicas no transmisibles, como las oncológicas, esta pandemia ha tenido repercusiones importantes especialmente a nivel primario de atención. Se ha afectado el manejo oncológico integral, desde la detección precoz, el tratamiento, los exámenes de control y el seguimiento de los pacientes. Entre ellos destaca la disminución, a nivel mundial, del número de procedimientos diagnósticos digestivos, de imágenes, citológicos, quirúrgicos, de tratamiento sistémico, consultas e interconsultas oncológicas.

Diversas organizaciones han recopilado cifras de ello y han proyectado cifras de como la disminución de diagnóstico oportuno o el retraso y/o interrupción del tratamiento repercutirán en un aumento de la morbimortalidad. Por ello, han elaborado guías de recomendaciones para minimizar el riesgo de contagio por coronavirus, para retomar a la brevedad el nivel de atención.

Esta revisión ejemplifica el impacto de la pandemia de COVID-19 en el manejo habitual de los pacientes con patologías oncológicas, lo que permitirá dimensionar su efecto, así como delinear un plan multidisciplinario de recuperación y puesta al día en el manejo integral de los pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2) has generated a pandemic which has required significant adjustments in health systems across the globe, both at the hospital and outpatient levels.

For chronic non-communicable diseases, such as cancer, this pandemic has had important repercussions, especially at the primary care level. Comprehensive cancer management has been affected, including early detection, treatment, control and the monitoring of patients. There has been a significant decrease worldwide in the number of digestive diagnostic procedures, imaging, cytological studies, surgical and systemic treatment, as well as oncologic visits. Several organizations have gathered information about this and projected figures on how the decrease in timely diagnosis or the delay and / or interruption of treatment will lead to an increase in morbidity and mortality. For this reason, they have guidelines to minimize the risk of contagion by coronavirus, to resume the level of care as soon as possible.

The objective of this review is to estimate the impact of the COVID-19 pandemic on the routine management of patients with oncological pathologies, which will make it possible to measure its effect, as well as to develop a multidisciplinary plan for adjusting the comprehensive management of cancer patients.

Palabras clave: SARS-CoV-2 Pandemic, Impact, Oncology, Diagnosis, Treatment.

Juan Pablo Miranda-Olivares

Servicio Oncología
Hospital Clínico de la
Fuerza Aérea de Chile.
juanpablomirandaolivares@gmail.com

María Teresa Lira-Correa

Unidad de Investigación Clínica
Hospital Clínico de la
Fuerza Aérea de Chile.

Jimena Bermúdez-Valenzuela

Servicio Gastroenterología
Hospital Clínico de la
Fuerza Aérea de Chile.

Felipe Celedón-Porzio

Departamento Cirugía
Hospital Clínico de la
Fuerza Aérea de Chile

INTRODUCCIÓN

El Síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus (SARS-CoV-2) continúa propagándose a nivel mundial a un alto ritmo, con la aparición de nuevas olas.^{1,2} En Chile, el último reporte epidemiológico (Nº 67, del 9 noviembre 2020) evidencia que a la fecha han ocurrido 593.431 casos de COVID-19 en el país.³

La infección por COVID-19 ha impuesto una carga sin precedentes sobre los sistemas de salud a nivel mundial, generando repercusiones importantes para las patologías no transmisibles, como las cardiovasculares^{4,5,6} y las oncológicas, tanto a nivel mundial¹ como nacional.⁷ Esto ha sido especialmente marcado a nivel primario de atención debido a la necesidad de priorizar la atención esencial y/o de mayor complejidad.^{1,8}

En el caso de los pacientes oncológicos, esto ha afectado todo el espectro de manejo, desde la detección precoz, el tratamiento, los exámenes de control y el seguimiento de los pacientes.^{7,8} Jazieh y cols.⁹ entregan datos de este impacto a nivel global a través de un cuestionario electrónico enviado a centros oncológicos (356 centros de 54 países de los seis continentes, que suman 700.000 nuevos pacientes con cáncer al año). La mayoría de ellos (88%) informó dificultades para dar atención durante la pandemia. Un 51% reportó reducción de estrategias preventivas, no obstante 54% de los centros notificaron casos de infección por COVID-19 entre sus pacientes y 45% entre su personal. El 46% de los centros informó que más del 10% de sus pacientes había faltado al menos a un ciclo de terapia.⁹

Esto también es percibido de manera deletérea por los pacientes. Una encuesta fue enviada en línea a 5.302 pacientes con cáncer para conocer el impacto de COVID-19 en la atención oncológica desde su perspectiva.¹⁰ El 30% de los pacientes reportó alteraciones en su tratamiento y/o seguimiento oncológico. Un 55% de los pacientes con retraso de su tratamiento y un 63% de los pacientes con suspensión del mismo, estaban muy preocupados por estas consecuencias de la pandemia de COVID-19.¹⁰

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La revisión de la literatura deja al descubierto desafíos particulares para el manejo integral de la patología oncológica en este contexto; no sólo durante la pandemia, sino que a mediano y largo plazo.

En primer lugar, la evidencia disponible muestra que los pacientes oncológicos serían más vulnerables a la infección, con una mayor necesidad de asistencia respiratoria y peores desenlaces, incluyendo tasas de mortalidad más elevadas.^{1,11,12} El metaanálisis de El Gohary y cols. mostró que los pacientes con cáncer tenían un mayor riesgo de mortalidad (OR 3,23 IC 95% 1,71-6,13), enfermedad severa (OR 3,91, IC 95% 2,70-5,67) y necesidad de ventilación mecánica (OR 4,86, IC 95% 1,27 a 18,65) comparado con pacientes sin cáncer.¹³ Adicionalmente, los pacientes con cáncer presentan más secuelas, especialmente quienes reciben terapia sistémica.⁸

En segundo lugar, en muchos países, incluido Chile,⁷ los servicios y/o programas de pesquisa y diagnóstico se han reducido o suspendido, sumado al temor de las pacientes a exponerse a acudir a centro asistenciales. Esto sin duda afectará la detección y pesquisa precoz.^{1,8}

Adicionalmente algunos protocolos o flujos de tratamiento, como por ejemplo las cirugías o la radioterapia, se han modificado para minimizar el riesgo de exposición de los pacientes al SARS-CoV-2.¹ Esto también se refleja en la disminución de referencias o interconsultas.⁸ El *Cancer Research* del Reino Unido estima que las reducciones en las referencias han bajado en un 7% a nivel general y hasta en un 70% las derivaciones urgentes de pacientes con cáncer por parte de médicos de atención primaria, lo que podría significar que se están diagnosticando aproximadamente 2.000 cánceres menos por semana.¹⁴ A esto se suma que, en promedio, uno de cada 5 pacientes oncológicos debuta con sintomatología por la que acuden a un servicio urgencia y las visitas a emergencia han caído entre un 30% y un 42%, como lo demuestra un estudio de la *Center of Control Disease and Prevention* (CDC); de un promedio de 2,1 millones de consultas por semana en 2019 a 1,2 millones en el mismo periodo (marzo – abril) del 2020.¹⁵

Por último, también ha habido repercusión en los ensayos clínicos, con la suspensión de estudios que podrían beneficiar a pacientes en el corto plazo y afectar el desarrollo de terapias a largo plazo.¹

Tanto el retraso en el diagnóstico como en el tratamiento de la patología oncológica tendrá efectos muy relevantes en las tasas de mortalidad y calidad de sobrevida de los pacientes. El metaanálisis de Hanna y cols. en Canadá evaluó el retraso del inicio de terapia oncológica (quirúrgica, sistémica,

radioterapia) para los cánceres más frecuentes (vejiga, mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y cabeza y cuello) en 34 estudios publicados en 2 décadas (2000 a 2020). Un retraso de solo 4 semanas en la terapia oncológica ya se asocia de manera significativa a una mayor mortalidad en 13 de las 17 indicaciones estudiadas.¹⁶ El estudio DATA-CAN, efectuado en Estados Unidos y Gran Bretaña, estima mediante modelos un total de 6.270 muertes en exceso en 1 año en Inglaterra y 33.890 muertes en exceso en los EE. UU de pacientes con cáncer y multimorbilidad, debido a los dramáticos cambios en los servicios oncológicos secundarios a la pandemia.¹⁷

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

La mayoría de las endoscopias, especialmente las de vías altas, generan aerosoles lo que aumenta el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2.^{1,18} De manera similar, las colonoscopias también tienen riesgo debido a la excreción fecal del virus;1 un estudio chileno demostró la presencia de ARN viral en las deposiciones en 50% de los pacientes infectados.¹⁹ Esto ha generado consenso en las recomendaciones de diversas entidades (*American College of Gastroenterology, European Society of Gastrointestinal Endoscopy, Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy*) de suspender o retrasar las endoscopias electivas.²⁰⁻²² No obstante, esto ha tenido repercusiones significativas en la detección de pacientes con cáncer digestivo. Un estudio de la UK National Endoscopy Database mostró que el número de procedimientos endoscópicos bajó a niveles de 5 a 20% de lo habitual entre enero y mayo 2020, con lo que el número semanal de cánceres detectados disminuyó en un 58%, oscilando entre el 19% (pancreatobiliar) y el 72% (colorrectal).²³

En Chile, Cuadrado y cols.⁷ estudiaron las repercusiones de la pandemia en el acceso a servicios

ambulatorios oncológicos. A través de la revisión de la emisión de bonos electrónicos, evaluaron la variación promedio semanal entre marzo y agosto del 2020 con igual período anterior. Las prestaciones disminuyeron entre un 55 y 64%, donde la mayoría corresponde a exámenes de diagnóstico y de seguimiento de cáncer.⁷

Destacan por ejemplo la disminución semanal de 9.000 a 1.500 mamografías semanales, así como de 7.000 a 1.000 procedimientos endoscópicos para detección de cáncer gástrico.⁷ La Tabla 1 resume la variación porcentual y la estimación de exámenes no realizados a consecuencia de ello.

Considerando la incidencia nacional de cáncer de mama y el número de exámenes no realizados, existe la probabilidad que no se haya detectado un alto número de casos en el período estudiado. Esto es muy relevante ya que el diagnóstico y tratamiento precoz son claves en esta patología. Uchida²⁵ en una revisión de datos nacionales presenta la tasa de detección de cáncer mamario en población mayor de 40 años. En mamografías efectuadas a 2.749 beneficiarias de una Isapre se detectaron 34 cánceres, con una tasa de 12,3/1000. Esto es similar a los datos de la misma Uchida en otra población cerrada de 922 mujeres, donde se encontraron 10 cánceres (10,8/1000) y 5 lesiones de alto riesgo. Extrapolando este dato, podrían haber más de 1.400 pacientes no diagnosticadas entre marzo y agosto 2020 basado en los hallazgos de Cuadrado y cols.

Algo similar ocurre con la eventual disminución de pesquisa de cáncer gástrico. De acuerdo al estudio chileno de Calvo y cols.²⁵ en 4.145 procedimientos endoscópicos, realizados entre 1996 y 2000, se encontraron 52 tumores gástricos. Esto podría implicar que más de 1.200 casos de cáncer gástrico podrían estar sin diagnóstico en los más de 100 mil procedimientos no efectuados.

Tabla 1. Variación porcentual y estimación de exámenes de screening oncológico no realizados.

Examen	Diferencia porcentual con mismo periodo (2018 – 2019)	Reducción promedio exámenes semanales	Estimación exámenes no realizados en el período (mar-ago 2020)
Sigmoidoscopia y Colonoscopia	-63,9%	-4.000	33.119
Endoscopias altas	-61,6%	-4.000	100.638
Mamografías	-60,5%	-5.325	127.800
Ecografía mamaria	-54,6%	-4.405	105.726
Papanicolau	-54,2%	-4.088	98.119

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

La actividad quirúrgica también se ha visto reducida, en parte por la necesidad de ventiladores y para utilizar los pabellones como unidades de cuidados críticos adicionales para pacientes con COVID-19.¹ De acuerdo a la *National Health Service* de Inglaterra,²⁶ la suspensión de cirugías electivas por 3 meses (abril – junio 2020) en los hospitales permitió liberar más de 30.000 camas y 1.200 ventiladores.²⁷ No obstante, desde el punto de vista oncológico, se ha demostrado que una demora de 3 meses en la cirugía de cánceres en estadio 1 a 3 causa alrededor de 4.700 muertes atribuibles por año en ese país.²⁸

Por su parte, Chang y cols.²⁹ refieren una disminución semanal promedio significativa en la resección curativa de tumores, de un 39% ($P < .001$) en un centro terciario de cirugía oncológica en Estados Unidos, con algunas variaciones según el tipo de tumor.

La caída en la cirugía en cáncer de mamas en zonas de alto impacto del COVID -19 ha llegado a cifras alarmantes, como por ejemplo en Lombardía Italia con una reducción del 84%.³⁰ En China, una encuesta nacional que incluyó 8.397 pacientes en el primer trimestre de 2020, mostró no solamente una disminución de los procedimientos quirúrgicos en el cáncer de mama del 16,4% (diciembre de 2019) al 2,6% (febrero de 2020), sino que también un retraso en los plazos desde la cirugía hasta el inicio de la terapia adyuvante (de 3,5 a 18, 5 días promedio)³¹

En el caso de la cirugía digestiva oncológica, la pandemia además ha alterado la vía de abordaje, ya que la cirugía mínimamente invasiva con neumoperitoneo es considerada un procedimiento generador de aerosol.¹¹ Por ejemplo, en un estudio efectuado en todos los hospitales³⁶ que tratan el cáncer colorectal en el Reino Unido e Irlanda, hubo una disminución significativa de cirugía laparoscópica y un 41,7% de los centros optaron por operar todos los casos con cirugía abierta.³²

Finalmente, los pacientes también se han mostrado más reacios a someterse a una cirugía oncológica. Debido a ello, muchos centros han utilizado quimioterapia neoadyuvante, radioterapia u hormono-terapia como terapias alternativas a la postergación de los procedimientos quirúrgicos.¹

TERAPIA SISTÉMICA

Para algunos autores, el tratamiento sistémico, como la quimioterapia, expondría a los pacientes a

un mayor riesgo de infección y peores desenlaces de COVID-19.¹ Para otros, como lo referido por Pinato y cols, la administración de quimioterapia e inmunoterapia no producen cambios en la mortalidad.³³ El riesgo asociado a terapias biológicas con anticuerpos monoclonales es menos claro, ya que algunos fármacos como el Tocilizumab y Baricitinib han demostrado utilidad para tratar la tormenta inflamatoria observada en COVID-19.¹

El estudio de la *COVID Research Collaborative* sobre los efectos de la pandemia en el manejo del cáncer colorectal a nivel nacional en Reino Unido e Irlanda, evidenció que la quimioterapia se suspendió por completo en el 30,6% de los hospitales y la terapia biológica en el 45,7%.³² La administración de terapia neoadyuvante gold standard se mantuvo sólo en el 5-6% de los hospitales y sólo el 19,4% de los hospitales proporcionaron todos los tratamientos sistémicos dentro de los 31 días posteriores a la decisión de tratar.³² Por su parte el NHS de Inglaterra reportó una disminución del 60% en las citas de quimioterapia para pacientes con cáncer en comparación con los niveles anteriores a COVID-19.³⁴ La revisión del estudio DATA-CAN que analizó los registros clínicos de más de 3 millones de adultos, demuestran caídas en las admisiones para quimioterapia similares (reducción del 45-66%).¹⁷

CONSULTAS MÉDICAS Y REFERENCIA DE PACIENTES

Como se comentó anteriormente, la referencia de pacientes se ha visto afectada,^{8,14} así como también la asistencia a los controles habituales o programados. Los pacientes no han podido o han estado reacios a asistir a las consultas médicas por temor al contagio al interactuar con otros.^{8, 12}

Al igual que para el manejo y control de otras enfermedades crónicas, en la consulta oncológica ha habido un aumento de la Telemedicina, con triage telefónico, mensajes a los teléfonos móviles y consultas por video.^{1,8,12,35,36} No obstante, es necesario evaluar caso a caso la relación riesgo-beneficio de esta alternativa, como por ejemplo el riesgo de disminuir oportunidades para detectar síntomas de recurrencia,^{1,35} o el riesgo de “exclusión digital” para quienes no tienen a Internet, de adultos mayores o en pacientes con comorbilidades en las cuales es sabido hay niveles más bajos de alfabetización digital.^{1,8,12} Existen algunas guías con recomendaciones de cómo implementar y en quienes aplicar esta

modalidad en oncología, como las desarrolladas por Liu y cols, en Kaiser Permanente.³⁶

RADIOTERAPIA

Tanto la radioterapia como la quimioterapia se administran a intervalos para detener la proliferación de células tumorales, permitiendo la reparación de las células normales. Su retraso posibilita la repoblación de células tumorales. Se ha demostrado que el aumento de tiempo de espera para Radioterapia aumenta el riesgo de deterioro de control locoregional afectando la supervivencia global.^{35,37}

En una encuesta realizada por la *American Society for Radiation Oncology* que incluyó 22 centros, el 85% de ellos refirió una disminución de aproximadamente un tercio a las citas de radioterapia oncológica.³⁸

Por su parte, Xie y cols. uno de los primeros en reportar el efecto de la pandemia en la radioterapia analizó el primer trimestre 2020 de los pacientes atendidos en el Hospital Zhongnan de la Universidad de Wuhan encontrando que un 53,6% no pudieron asistir a radioterapia debido a la cuarentena.³⁹

CONCLUSIÓN

Las enfermedades oncológicas constituyen una preocupación creciente de la salud pública. En la actualidad, el cáncer es la segunda causa de muerte en Chile, y en aumento permanente.^{40,41} El año 2019 superó a las causas cardiovasculares a nivel nacional, no obstante, el año 2020 volvió al segundo lugar, probablemente por el riesgo competitivo de la mortalidad por COVID-19.⁴² Adicionalmente, el índice comparativo de morbimortalidad por cáncer (tasa nacional/ tasas regionales por sexo) muestra diferencias por región y por sexo.⁴⁰ El incremento sostenido de su incidencia y la diversidad regional significarán mayores exigencias para poner al día su manejo global debido a la pandemia.

La infección por COVID-19 tiene efectos deletéreos en todo el espectro de la atención de salud de los pacientes oncológicos. Existen en la actualidad diversas guías y recomendaciones^{1,7,11,12,20-22,29,36,43-45} para disminuir el riesgo de infección, buscando el balance riesgo-beneficio que la demora o los cambios en la terapia, seguimiento y/o diagnóstico, pueden ocasionar en la morbimortalidad de este grupo especial de pacientes.

No obstante, revisiones sistemáticas de las recomendaciones han mostrado deficiencias metodológicas en la prueba de sus resultados.⁴⁶ Muchos de los estudios se basaron en revisiones retroactivas del impacto de retrasar la terapia, en condiciones diferentes a las restricciones y dificultades que impone la pandemia. Es difícil estimar su aplicabilidad cuando la atención está afectada de manera multifactorial por la prioridad en la asignación y redistribución de recursos, de personal a la atención de los pacientes COVID, de falta de implementos de protección personal, y de profesionales contagiados (lo que impacta en los comités multidisciplinares o en la atención directa), sumado a factores relacionados con la restricción de movilidad y el temor de los pacientes.

Adicionalmente, hay estudios contradictorios respecto a las recomendaciones de diferir su tratamiento, como es el caso de la cirugía oncológica.⁴⁷ Algunas series preliminares han comparado hallazgos histopatológicos en períodos pre y durante la pandemia, reportando, por ejemplo, un aumento significativo en la tasa de tumores T3-4 ($p = 0,049$) en cáncer de cabeza y cuello.⁴⁸ También se encontró un aumento significativo de la etapificación N ($p = 0,024$) de los pacientes con cáncer de la cavidad oral entre ambos períodos.⁴⁸ Choi y cols.⁴⁹ presentan el mismo hallazgo en pacientes con cáncer colorectal, con un aumento de la proporción de pacientes con N1b o mayor. Durante el período COVID reportan un aumento de casos en estadios más avanzados, reflejado en un mayor número de pacientes que no se sometieron a resección tumoral, mayor proporción de terapia paliativa (ostomía o bypass), un aumento significativo de quimioterapia neoadyuvante ($p = 0,039$) y de cirugía más agresiva, con resección combinada de órganos adyacentes al tumor ($p = 0,017$).⁴⁹

Vanni y cols.⁵⁰ describen los hallazgos de pacientes con cáncer de mama, con un número significativamente mayor de ganglios centinela positivos durante el brote de COVID-19. Esto condujo a un mayor número de pacientes con disección axilar, lo que implica un cambio sustantivo en el enfoque terapéutico, la incidencia de complicaciones y eventualmente, la sobrevida libre de enfermedad. El análisis multivariado demostró que el tiempo de espera para la cirugía fue un factor predictivo estadísticamente significativo en el compromiso de los ganglios linfáticos.⁵⁰ Esto es concordante con el estudio de Tevetoglu, donde el tiempo promedio desde

el inicio del primer síntoma hasta el ingreso en el periodo previo a la pandemia fue de $16,6 \pm 5,9$ semanas (rango 6-18 semanas), en cambio durante la pandemia fue de $19,01 \pm 4,6$ semanas (rango 11-32 semanas) ($p = 0,02$).⁴⁸

A juicio de muchos, aún no pasado el tiempo suficiente para dimensionar a mediano y largo plazo el efecto de la pandemia en el estadio, pronóstico y sobrevida del paciente oncológico.^{49, 51-53}

Algunos autores están desarrollando modelos de sobrevida y progresión de enfermedad, considerando diferentes períodos de interrupción o retraso en el diagnóstico y tratamiento de algunas patologías oncológicas, así como el efecto de estrategias de puesta al día.⁵¹⁻⁵³

Estimar el impacto de la Pandemia de COVID-19 en las prestaciones diagnósticas, de tratamiento y seguimiento habituales de los pacientes con patologías oncológicas es un imperativo. Esto permitirá dimensionar su efecto de manera más objetiva para delinear un plan multidisciplinario de recuperación y puesta al día en el manejo integral de estos pacientes.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés. No tiene financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richards, M., Anderson, M., Carter, P. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat Cancer* 1, 565–567 (2020). <https://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y>
2. Maragakis L. First and Second Waves of Coronavirus. John Hopkins Health site 2020 Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/first-and-second-waves-of-coronavirus> (Accedido 11 nov, 2020)
3. MINSAL. Informe epidemiológico Enfermedad por SARS CoV-2N° 67 del 09 nov 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Informe-Epidemiologico-67.pdf> (Accedido 11 nov, 2020)
4. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet*. 2020 Jul 14 396(10248) doi:10.1016/S0140-6736(20)31356-8
5. Bhatia RT, Gati S, Papadakis M, Sharma S. The Impact of COVID-19 on the Continuity of Cardiovascular Care. *Eur Heart J*. 2020 Oct 6:ehaa742. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa742
6. De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP, et al. Società Italiana di Cardiologia and the CCU Academy investigators group. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *Eur Heart J*. 2020 Jun 7;41(22):2083-2088. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa409.
7. Cuadrado C, Flores S, Vidal F, Pacheco J, Fuentes A, Martínez S. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Proyecto CoV-IMPACT-C. 20 Octubre 2020. Disponible en: https://www.uchile.cl/documentos/descarga-el-informe-de-la-escuela-de-salud-publica_169852_0_2246.pdf (Accedido 10 nov, 2020)
8. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol*. 2020 Jun;21(6):748-750. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30242-4.
9. Jazieh AR, Akbulut H, Curigliano G, et al. 1678P_PR The impact of COVID-19 pandemic on cancer care: A global collaborative study. *Ann Oncol*. 2020;31:S1209-S1210. doi:10.1016/jannonc.2020.08.2325
10. de Joode K, Dumoulin DW, Engelen V, Bloemendal HJ, Verheij M, van Laarhoven HWM, et al. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on cancer treatment: the patients' perspective. *Eur J Cancer*. 2020 Sep;136:132-139. doi: 10.1016/j.ejca.2020.06.019.
11. Ghidinelli F, De Pascale S, Romario UF. COVID-19: Effect on patients with gastrointestinal cancer and surgery. *Int J Surg*. 2020;82:32-33. doi:10.1016/j.ijsu.2020.08.026
12. Shirke MM, Shaikh SA, Harky A. Implications of Telemedicine in Oncology during the COVID-19 Pandemic. *Acta Biomed*. 2020 Sep 7;91(3):e2020022. doi: 10.23750/abm.v91i3.9849.
13. El Gohary GM, Hashmi S, Styczynski J, Kharfan-Dabaja MA, Alblooshi RM, de la Cámara R, Mohamed S, Alshabani A, Cesaro S, Abd El-Aziz N, Almaghrabi R, Gergis U, Majhail NS, El-Gohary Y, Chemaly RF, Aljurf M, El Fakih R. The risk and prognosis of COVID-19 infection in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2020 Jul 30:S1658-3876(20)30122-9. doi: 10.1016/j.he

- monc.2020.07.005.
14. Mahase E. Cancer treatments fall as referrals are slow to recover. *Cancer Research UK. BMJ* 2020;371:m3958 Disponible en: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3958> (Accedido 11 nov, 2020)
 15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6923e1.htm> (Accedido 11 nov, 2020)
 16. Hanna T King W, Thibodeau S, Jalink M, Paulin G, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 371 <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087> (Accedido 11 nov, 2020)
 17. Lai AG, Pasea L, Banerjee A, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *medRxiv*; 2020. doi: 10.1101/2020.05.27.20083287
 18. Rana SS. Risk of COVID-19 Transmission During Gastrointestinal Endoscopy. *Journal of Digestive Endoscopy*. 2020;11(1):27-30. doi:10.1055/s-0040-1712076
 19. Díaz LA, García-Salum T, Fuentes-López E, Ferrés M, Medina RA, Riquelme A. Symptom Profiles and Risk Factors for Hospitalization in Patients With SARS-CoV-2 and COVID-19: A Large Cohort From South America. *Gastroenterology*. 2020;159(3):1148-1150. doi:10.1053/j.gastro.2020.05.014
 20. American College of Gastroenterology (ACG). Gastroenterology Professional Society Guidance on Endoscopic Procedures During the Covid-19 Pandemic; 2020. Disponible en: <https://gi.org/media/covid-19-and-gi/> (Accedido 11 nov, 2020)
 21. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://www.esge.com/esge-and-esgena-position-statement-on-gastrointestinal-endoscopy-and-the-covid-19-pandemic/> (Accedido 11 nov, 2020)
 22. Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE). Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/69/6/991>. (Accedido 11 nov, 2020)
 23. Rutter M, Matthew T, Rogers P, L. Impact of the COVID-19 pandemic on UK endoscopic activity and cancer detection: A National Endoscopy Database Analysis. *Gut. gutjnl*-2020. doi 10.1136/gutjnl-2020-322179 (Accedido 11 nov, 2020)
 24. Uchida S, Marcela. (2008). MAMOGRAFIA DE SCREENING Y REALIDAD CHILENA. *Rev Chil Rad* 14(3):130-134. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082008000300005>
 25. Calvo B, Alfonso, Pruyas A, Martha, Nilsen V, Eva, & Verdugo L, Patricia. (2001). Pesquisa poblacional de cáncer gástrico en pacientes sintomáticos digestivos, período 1996-2000. *Rev Med Chil* 129 (7): 749-755. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000700007>
 26. Iacobucci G. Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *BMJ*. 2020 Mar 18;368:m1106. doi: 10.1136/bmj.m1106. PMID: 32188602.
 27. Al-Jabir A, Kerwan A, Nicola M, et al. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg*. 2020;79:168-179. doi:10.1016/j.ijsu.2020.05.022
 28. Sud A, Jones ME, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, Nicol DL, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol*. 2020 Aug;31(8):1065-1074. doi: 10.1016/j.annonc.2020.05.009.
 29. Chang EI, Liu JJ. Flattening the curve in oncologic surgery: Impact of Covid-19 on surgery at tertiary care cancer center 2020. *J Surg Oncol*. 2020;10.1002/jso.26056. doi:10.1002/jso.26056
 30. Veronesi P, Corso G. Impact of COVID-19 pandemic on clinical and surgical breast cancer management. *EClinicalMedicine*. 2020;26:100523. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100523
 31. Li J, Wang H, Geng C, Liu Z, Lin Y, Nie J, Sun G, et al. Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. *EClinicalMedicine*. 2020 Sep 24;26:100503. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100503.
 32. COVID Research Collaborative (CRC). The impact of the COVID-19 pandemic on colorectal cancer service provision. *Br J Surg*. 2020 Aug 28;10.1002/bjs.11990. doi: 10.1002/bjs.11990.

33. Pinato DJ, Zambelli A, Aguilar-Company J, Bower M, Sng C, Salazar R, et al. Clinical portrait of the SARS-CoV-2 epidemic in European cancer patients. *Cancer Discov.* 2020 Jul 31;CD-20-0773. doi: 10.1158/2159-8290.CD-20-0773.
34. Shubber N, Sheppard J, Alradhawi M, Ali Y. The impacts of the novel SARS-CoV-2 outbreak on surgical oncology - A letter to the editor on "The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: A review". *Int J Surg.* 2020;79:109-110. doi:10.1016/j.ijso.2020.05.032
35. Kumar D, Dey T. Treatment delays in oncology patients during COVID-19 pandemic: A perspective. *J Glob Health.* 2020;10(1):010367. doi:10.7189/jogh.10.010367
36. Liu R, Sundaresan T, Reed ME, Trosman JR, Weldon CB, Kolevska T. Telehealth in Oncology During the COVID-19 Outbreak: Bringing the House Call Back Virtually. *JCO Oncol Pract.* 2020 Jun;16(6):289-293. doi: 10.1200/OP.20.00199
37. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol.* 2008 Apr;87(1):3-16. doi: 10.1016/j.radonc.2007.11.016.
38. American Society for Radiation Oncology (ASTRO). COVID-19's Impact on Radiation Oncology: Initial Results of a Nationwide Physician Survey May 2020. Disponible en: <https://www.astro.org/ASTRO/media/ASTRO/News%20and%20Publications/PDFs/ASTRO-COVID19Survey1-ExecSummary.pdf> (Accedido 11 nov, 2020)
39. Xie C, Wang X, Liu H, et al. Outcomes in Radiotherapy-Treated Patients With Cancer During the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA Oncol.* 2020;6(9):1457-1459. doi:10.1001/jamaoncol.2020.2783
40. MINSAL: Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf (accedido 19 mayo 2021)
41. INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD BOLETÍN N° 12.292-11. 2019 Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=21116&prmTIPO=INFORMEPLY>. (accedido 19 mayo 2021)
42. DEIS. Estadística de defunciones por casusa básica de muerte. Disponible en:
43. https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_1_16102396688650/DEF?publish=yes (Accedido 17.05.2021)
44. European Society for Medical Oncology (ESMO) Cancer patient management during the covid-19 pandemic 2020 Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic> (Accedido 16 nov, 2020)
45. American Society of Clinical Oncology (ASCO). ASCO Special Report: A Guide to Cancer Care Delivery During the COVID-19 Pandemic. Disponible en: <https://www.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/2020-ASCO-Guide-Cancer-COVID19.pdf> (Accedido 16 nov, 2020)
46. American Society for Radiation Oncology (ASTRO). COVID-19 Recommendations and Information 2020. Disponible en: <https://www.astro.org/Daily-Practice/COVID-19-Recommendations-and-Information> (Accedido 16 nov 2020)
47. Pacheco RL, Martimbianco ALC, Roitberg F, Ilbawi A, Riera R. Impact of Strategies for Mitigating Delays and Disruptions in Cancer Care Due to COVID-19: Systematic Review. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:342-352. doi:10.1200/GO.20.00632
48. Xia L, Talwar R, Chelluri RR, Guzzo TJ, Lee DJ. Surgical Delay and Pathological Outcomes for Clinically Localized High-Risk Prostate Cancer. *JAMA Netw Open.* 2020 Dec 1;3(12):e2028320. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28320.
49. Tevetoğlu, F., Kara, S., Aliyeva, C. et al. Delayed presentation of head and neck cancer patients during COVID-19 pandemic. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00405-021-06728-2>
50. Choi, J.Y.; Park, I.J.; Lee, H.G.; Cho, E.; Kim, Y.I.; Kim, C.W.; Yoon, Y.S.; Lim, S.-B.; Yu, C.S.; Kim, J.C. Impact of the COVID-19 Pandemic on Surgical Treatment Patterns for Colorectal Cancer in a Tertiary Medical Facility in Korea. *Cancers* 2021, 13, 2221. <https://doi.org/10.3390/cancers13092221>
51. Vanni G, Tazzioli G, Pellicciaro M, Materazzo M, Paolo O, Cattadori F, Combi F, Papi S, Pistolesse CA, Cotesta M, Santori F, Caspi J, Chiaravalloti A, Muscoli S, Lombardo V, Grasso A, Caggiati L, Raselli R, Palli D, Altomare V, D'Angelillo RM, Palombi L, Buonomo OC. Delay in Breast Cancer Treatments During the First COVID-19 Lockdown. A Multicentric Analysis of 432 Patients. *Anticancer Res.* 2020 Dec;40(12):7119-

7125. doi: 10.21873/anticancerres.14741.
52. Kregting, L.M., Kaljouw, S., de Jonge, L. et al. Effects of cancer screening restart strategies after COVID-19 disruption. *Br J Cancer* 124, 1516–1523 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01261-9>
53. Turnbull C. Effect of COVID-19 on colorectal cancer care in England. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021 Mar;6(3):152-154. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00017-0.
54. Sud A, Jones ME, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, Nicol DL, Jhanji S, Boyce SA, Gronthoud F, Ward P, Handy JM, Yousaf N, Larkin J, Suh YE, Scott S, Pharoah PDP, Swanton C, Abbosh C, Williams M, Lyratzopoulos G, Houlston R, Turnbull C. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol.* 2020 Aug;31(8):1065-1074. doi: 10.1016/j.annonc.2020.05.009.

TEMA DE ACTUALIDAD

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 105-112

EFFECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL TRABAJO EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

THE IMPACT OF WORK-RELATED PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

RESUMEN

Durante los últimos años, las enfermedades cardiovasculares (en adelante ECVs) en Chile se han situado como la primera causa de muerte y discapacidad. Frente a esta situación, el Ministerio de Salud ha generado programas de control de los factores de riesgo comunes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no se ha considerado los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo, los que según la tendencia internacional se han validado como parte de los factores causantes de enfermedades cardiovasculares.

Este documento tiene por objetivo evidenciar la importancia que tienen los factores de riesgos psicosociales laborales (en adelante FRPSL) para el desarrollo de ECVs, reflexionando sobre la experiencia en otros países y comparando esas realidades con la mirada actual en el control de las enfermedades cardiovasculares en Chile.

Las experiencias revisadas validan a los factores de riesgo comunes como los principales para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, pero avalan que los factores de riesgo psicosociales de origen laboral mantienen una relación tanto directa como indirecta con el desarrollo y/o agravamiento de estas patologías, pese a que en Chile esto aún no se reconozca en términos legales.

Palabras clave: Factores Psicosociales Laborales, Enfermedad Cardiovascular, Estrés laboral, Karoshi.

ABSTRACT

In Chile, in recent years, cardiovascular diseases (hereinafter CVD) have been the leading cause of death and disability. Faced with this situation, the Ministry of Health has developed programs to control the common risk factors for the development of cardiovascular diseases, however, the work-related psychosocial risk factors have not been considered, which according to the international trend, have been validated as part of the causative factors of cardiovascular diseases.

This study aims to highlight the importance of work-related psychosocial risk factors (hereinafter PWF) for the development of CVD, reflecting on the experience in other countries, comparing these realities with the current perspective in the control of cardiovascular diseases in Chile.

The evidence confirms common risk factors as the key to the development of cardiovascular diseases. However, it guarantees that work-related psychosocial risk factors maintaining a relationship both directly and indirectly with the manifestation of these diseases, in spite of this is not recognized legally in Chile yet.

Keywords: Occupational Psychosocial Factors, Cardiovascular Disease, Work stress, Karoshi.

Christian Moretti

Terapeuta Ocupacional, PhD(C)
en Epidemiología y Salud Pública,
University College London
cmoretti.anfossi@gmail.com

Francisca Cisterna

Hospital San Juan de Dios,
La Serena

Felipe Pérez

Director Segmentos HSEC Mutual
de Seguridad Asesorías

INTRODUCCIÓN

Las condiciones políticas y económicas a las que se ve enfrentado un país en un momento puntual están relacionadas con las causas de enfermedad o muerte que afectan a su población¹. Diversos estudios, han confirmado que la relación entre salud y enfermedad está determinada en gran medida por las formas de producción y consumo de las sociedades². En efecto, desde una perspectiva epidemiológica, la diferencia en las características de los problemas de salud que enfrentan la población puede ser explicada desde las propias características de los grupos sociales y las determinantes que enfrentan³. En consecuencia, organismos internacionales como la OMS, han declarado su preocupación por el impacto que tienen las crisis económicas y los escenarios políticos en la salud de la población, independiente de los niveles de desarrollo económico de los países. Además, indican, por ejemplo, que los problemas relacionados al aumento del desempleo, los sistemas de protección social o la gestión en los sistemas de pensiones, generan efectos inevitables en la salud⁴.

Asimismo, en el año 2009, más del 50% de la población mundial residía en zonas urbanas, pasando de una economía agraria a una urbana⁵. Esto también se ha reflejado en la manera de producir y en las condiciones y exigencias laborales, cambiando de una predominancia y valoración del esfuerzo físico, a uno de tipo mental⁶. Todos estos fenómenos han llevado a variaciones en los niveles de ingresos, hábitos de trabajo, hábitos alimenticios, niveles educativos y de actividad física, marcando una clara tendencia al aumento de algunas enfermedades, como es el caso de los denominados problemas de salud crónicos no transmisibles, los cuales provocan cada año 41 millones de muertes, según estimaciones de la OMS para el año 2018, lo que representa un 71% del total de muertes⁷.

Chile no ha estado ajeno a este fenómeno, experimentando un aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Así, las ECVs se sitúan como primera causa de muerte en el país⁸, lo que concuerda con las tendencias mundiales que muestran a este grupo de patologías como la principal causa de muerte y discapacidad⁵.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, diversos organismos internacionales han trabajado en el desarrollo de estrategias que permitan orientar el diseño de políticas públicas dirigidas a reducir las muertes y secuelas provocadas por las ECVs, como

la Estrategia Regional para la Prevención y Control, elaborada por la OMS-OPS⁹.

En Chile, el Ministerio de Salud ha generado programas para el abordaje de las ECVs que apuntan al control de los factores de riesgo considerados comunes, es decir: tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, hipertensión arterial, glicemia alterada, dislipidemia y baja actividad física¹⁰. No obstante, pese a los avances en salud ocupacional, aún no se han incorporado los factores de riesgo asociado al trabajo a las estrategias en salud cardiovascular, aun cuando la evidencia internacional ha demostrado su relación.

Entre estos factores, destacan los Factores de Riesgo Psicosocial de origen Laboral (FRPSL), que hacen referencia a los elementos de la dinámica organizacional que pueden tener efectos negativos en la salud de los trabajadores y trabajadoras. En efecto, en la actualidad el 36% de los diagnósticos asociados a enfermedades profesionales en Chile corresponde a enfermedades mentales relacionadas a los factores de riesgo psicosociales, y genera cerca de 50.000 días perdidos al año¹¹. Incluso con estas cifras.

En contraste, en otros países, particularmente el mundo oriental, desde la década de 1970 se reconoce la importancia de los FRPSL para el desarrollo de ECVs. En Japón, existe un término médico-social denominado "Karoshi"¹² que se utiliza para casos de muerte o discapacidad a consecuencia de ECVs¹³ que tienen como antecedente el exceso de trabajo. Proviene de las palabras japonesas "Karo" que significa exceso de cansancio y "Shi" muerte.

Este documento tiene por objetivo evidenciar la importancia que tienen los factores de riesgos psicosociales laborales (FRPSL) para el desarrollo de ECVs y el desafío de integrar ambos elementos en las políticas públicas en la materia. La información presentada fue extraída de documentos publicados en bases de datos electrónicas, más una búsqueda manual en listas de referencias de artículos relacionados y en sitios web de las instituciones y organismos referentes en la materia.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN CHILE Y TENDENCIAS INTERNACIONALES

Las ECVs constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial¹⁴, y representan el 30% de los decesos en el mundo¹⁵. Según la Organización Mundial de la Salud, las ECVs son un "grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos", y que de acuerdo

a la evidencia, están vinculados a un conjunto de comportamientos y elecciones de estilo de vida que promueven el desarrollo y la manifestación clínica de las ECVs⁵. Los más importantes son: dieta poco saludable, inactividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol¹⁴, en su conjunto llamados “factores de riesgo tradicionales”.

En Chile, el foco de las estrategias para el control de las ECVs está puesto en los factores de riesgo tradicionales y pese a que en el Programa de Salud Cardiovascular del Ministerio de Salud se indica que las enfermedades de origen mental se presentan de forma concomitante en las ECVs, no se han incluido los trastornos de salud mental de origen laboral¹⁰.

El escenario latinoamericano no presenta mayores diferencias al chileno, a excepción del contexto colombiano, que ha sido pionero en incluir en la lista de enfermedades laborales desde el año 2014, las enfermedades del sistema cardiovascular y cerebrovascular, en la que se incluyen como factores etiológicos los factores psicosociales asociados a la gestión organizacional, condiciones de la tarea, condiciones del medio ambiente de trabajo, entre otros¹¹.

Por otro lado, en Japón desde la década de 1970 se ha relacionado la muerte súbita por ECV con el exceso de trabajo¹⁷, reportándose el primer caso en 1969 con la muerte repentina de un trabajador de veintinueve años⁵. A este primer caso se le llamó “muerte ocupacional repentina” y después de cinco años la familia recibió una indemnización. A finales de la década de 1980, varios ejecutivos jóvenes murieron repentinamente en Japón sin presentar los típicos factores de riesgo para ECVs. Estos eventos llamaron la atención de los medios de comunicación, y fue en 1982, luego de la publicación del primer libro titulado “Karoshi”, que este tipo de casos fueron rápidamente etiquetados con este nombre¹⁷. En 1987 se publicaron en Japón las primeras estadísticas respecto a este fenómeno, y ante las peticiones de la ciudadanía, el Ministerio del Trabajo decidió establecer una normativa sobre las compensaciones por estos eventos. En 1988 se instauró el Consejo Nacional de Defensa de las Víctimas de Karoshi y en 1991 se introdujo al idioma inglés¹⁷. Entre los años 2002-2005, aproximadamente trescientos casos de ECVs fueron reconocidos como Karoshi en Japón¹³.

Actualmente, la muerte por ECVs relacionadas al trabajo es un tema de importancia internacional, que ha traspasado las fronteras y ha aumentado la concientización de éste, debido a los casos presen-

tados en países de Asia del Este, en los cuales se ha estudiado en profundidad las condiciones que preceden un ECV¹⁸ y la relación con los factores de riesgo de origen laboral. Lamentablemente esta realidad contrasta con la situación de nuestro país, donde según el Decreto Supremo 109 de 1968¹⁹ los eventos cardiovasculares no están considerados como enfermedades profesionales y, por tanto, su estudio, tratamiento y compensación quedan excluidos del marco legal regulatorio.

FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIAL RELACIONADOS AL TRABAJO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Como se mencionó, la literatura ha reconocido que existe una variedad de hábitos y estilos de vida que se relacionan con el desarrollo y la manifestación clínica de una ECV²⁰. Los factores de riesgo tradicionales o comunes han sido reconocidos como los principales precursores y, por lo tanto, han sido el centro de las estrategias de prevención²¹. Esto parece lógico, considerando que la mayoría de las personas que desarrolla una ECV presenta al menos uno de estos factores de riesgo⁵. Sin embargo, los factores de riesgo tradicionales, por si solos no logran explicar totalmente la prevalencia e incidencia que tienen estas enfermedades en la población, y hay cada vez mayor conciencia de que los atributos psicosociales relacionados al trabajo pueden actuar como mediadores, e incluso directamente como factores causales²²⁻²⁴.

Tradicionalmente se creía que la salud mental y la salud cardiovascular estaban conectadas solo por los comportamientos derivados de trastornos mentales. Por ejemplo, se pensaba que la relación se producía porque una persona deprimida o ansiosa tendía a buscar alivio en el tabaco, el alcohol o en el consumo de alimentos grasos. Sin embargo, ese pensamiento ha cambiado, y se ha logrado demostrar que también hay conexiones fisiológicas directas²⁵, tal como lo exponen las investigaciones de Schnall²⁶, que en una revisión de doscientos estudios, ratifica la relación entre la exposición a factores psicosociales como parte de los elementos causantes de las ECVs.

En el Informe del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Medicina del Trabajo, se define a los FRPSL como “interacciones entre el trabajador, su medio ambiente, la satisfacción

en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”²⁷.

En nuestro país, se ha reconocido la existencia de los factores psicosociales como agentes de riesgo para la salud mental de los trabajadores, y desde el año 2013 existe la obligación para empleadores de evaluar la exposición de riesgos psicosociales de sus trabajadores, por medio de un Protocolo de Vigilancia. Esta iniciativa del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social ha representado un esfuerzo importante en el camino por reconocer los factores en el trabajo relacionados al estrés. No obstante, dado que las enfermedades cardiovasculares no están clasificadas dentro de las enfermedades profesionales (ocasionadas por el trabajo), es necesario generar iniciativas para reconocer su relación con los FRPSL.

En la literatura, es posible identificar cinco condiciones de riesgo psicosocial en el trabajo, que se han asociado al desarrollo de ECVs:

Tensión Laboral: Es una de las variables más utilizadas en la evaluación de estrés psicosocial²⁸. Según este modelo de Karasek, la tensión laboral es la consecuencia de una combinación de alta demanda laboral y bajo control individual sobre esas demandas^{5,22}. En una investigación publicada por la Red Europea del Corazón, se declara encontrar que esta combinación era un factor de riesgo significativo para los ataques cardíacos²⁹. La hipótesis de “alta demanda / bajo control de trabajo” se ha probado en diferentes poblaciones y se ha demostrado que predice las ECVs y la mortalidad por estas¹⁵.

Desequilibrio esfuerzo-recompensa: En el modelo de Siegrist³⁰, la falta de coincidencia entre el alto esfuerzo, la baja recompensa y el estilo de afrontamiento exhaustivo (o exceso de compromiso) de los individuos conduce a efectos adversos para la salud, ya que viola las expectativas centrales sobre la reciprocidad y el intercambio adecuado en el trabajo²². Se ha demostrado que este modelo tiene una capacidad significativa para predecir ECV⁵. Otros estudios realizados en Europa como los de Engum²¹ y Heraclides³² han expuesto que los empleos de baja recompensa, el trabajo por turnos y el trabajo nocturno aumentan el riesgo de ECV.

Largas jornadas de trabajo: Actualmente, se reconoce que las largas horas de trabajo represen-

tan un peligro para la salud de los trabajadores y sus familias³³. Existe evidencia sólida que sugiere que las largas horas de trabajo aumentaron el riesgo de ECVs^{22,15}. En un meta-análisis de 4 estudios prospectivos realizado el 2012, se observó un riesgo relativo de 1,39 (IC del 95%: 1,12 a 1,72) para las personas que tienen largas jornadas de trabajo (sobre 48 o 55 horas a la semana) en comparación con aquellas con jornadas estándar, mientras que el riesgo relativo correspondiente en los 7 estudios de casos y controles fue mayor, 2,43 (IC del 95%: 1,81 a 3,26)²².

Inseguridad laboral: Existen estudios publicados que examinan la relación entre la inseguridad laboral y la enfermedad coronaria, que muestran que existe una asociación entre estos²². Un análisis de 22,400 empleados mostró que la mortalidad cardiovascular fue 2.0 veces más alta después de una reducción importante de personal (intervalo de confianza del 95% 1.0 a 3.9)³⁴.

Trabajo por turnos: El trabajo por turnos se define como “el trabajo que ocurre fuera del horario de trabajo típico durante el día” y está asociado con un mayor riesgo de enfermedades, como las ECVs³⁵. El trabajo en turnos nocturnos produce una desalineación del sistema de cronometraje circadiano endógeno, asociado con alteraciones en una amplia gama de parámetros fisiológicos de riesgo para las ECV^{35,36}.

ESTRÉS LABORAL Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo y Salud (ENETS) para el año 2011, los chilenos asocian como principales síntomas del trabajo, la sensación continua de cansancio, dolores de cabeza, problemas para dormir y sentirse tenso o irritable³⁷. Todos estos síntomas están a la base de las afecciones relacionadas al estrés³⁸. Esto se ve reflejado en las estadísticas que revelan un alza de 82% experimentada entre el 2005-2007 por licencias médicas referidas a trastornos mentales, tales como: depresión, ansiedad y estrés, entre veinte y cuarenta años, es decir población laboralmente activa³⁹.

Para la OMS, el estrés laboral es “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar las situaciones”⁴⁰.

Cuando una persona se ve enfrentada a un evento de estrés, se activa en el cerebro el eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical (HPA) y el sistema simpático-adrenal-medular (SAM)⁴¹, los que regulan la secreción de cortisol y catecolaminas respectivamente. El cortisol, es la respuesta endocrina primaria del eje HPA, regula una amplia gama de procesos fisiológicos, incluido el metabolismo de las grasas y proteínas. Por otro lado, la activación del SAM se asocia con la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), que al interactuar con el sistema nervioso autónomo, ejercen efectos reguladores en muchos sistemas de órganos del cuerpo, incluido el sistema cardiovascular. Por lo tanto, en un evento de estrés, el cuerpo secreta rápidamente noradrenalina, adrenalina y cortisol, causando un aumento en la presión sanguínea, liberación de glucosa y ácidos grasos libres⁴². En estas condiciones, el cuerpo reacciona para resolverlo, sin embargo, si no lo logra, se prolonga el estímulo estresor o queda un estrés residual, lo que puede causar respuestas psicofisiológicas o enfermedades orgánicas⁴². En los periodos de estrés crónico, donde existe una activación repetida o prolongada del HPA y el SAM, se altera el control de otros sistemas fisiológicos y esto podría aumentar el riesgo de una variedad de trastornos psiquiátricos y físicos, aumentando el riesgo de sufrir un evento cardiovascular⁴¹. La adrenalina y la noradrenalina se asocian con hipertensión, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. El cortisol se ha relacionado con ECVs, diabetes tipo 2, la función inmune reducida y deterioro cognitivo²⁴.

En este escenario, una de las fuentes más estudiadas de estrés crónico es el trabajo¹⁵, por lo que ha habido un aumento reciente en la investigación clínica en riesgos y enfermedades laborales para definir las conexiones entre las condiciones de trabajo y las ECVs¹⁵. Lundberg y Hellstrom reafirmaron esta evidencia⁴³, encontrando que mujeres que trabajaban regularmente más de 50 horas a la semana tenían el doble de niveles de cortisol en comparación con las mujeres con una carga de trabajo más moderada.

Por otro lado, Backé E.⁴⁴, realizó asociaciones entre diferentes modelos de estrés en el trabajo, la morbilidad y mortalidad para ECVs, evidenciando que los factores psicosociales para estrés laboral son de gran importancia en la etiología de las ECVs. Además, diversos trabajos, como los de Affleck⁴⁵, que incorporan la percepción de las personas que han sufrido alguna ECVs indican que los pacientes enumeraron las causas de sus infartos agudos de mio-

cardio, identificándose en mayor frecuencia al estrés como factor de riesgo.

Además, la evidencia ha mostrado que los estados emocionales pueden actuar como obstáculos para la adherencia al tratamiento⁵. Asimismo, existen estudios que respaldan que las condiciones de trabajo pueden influir en la posibilidad de manifestar conductas y hábitos reconocidos como de riesgo para una ECV^{39,44}.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es evidente que existen diferencias entre la importancia asignada a los FRPSL para el desarrollo de ECVs en el mundo oriental u otros países pioneros en occidente, y el enfoque adoptado en nuestro país. Si bien las condiciones de vida y de trabajo en estos espacios son diferentes, la evidencia ha mostrado que luego de reconocer a los factores comunes como los principales factores de riesgo para el desarrollo de una ECVs, los FRPSL también mantienen una relación directa con la manifestación de éstas.

Asimismo, si bien el Karoshi puede ser situado como un caso extremo de incidencia de los FRPSL en las ECVs, en Latinoamérica, con excepción de algunos países, al no estar integrados en los procesos de estudios de enfermedades profesionales, no se realizan investigaciones para ahondar si dichos factores han estado presentes en las víctimas de ECVs. La importancia de este documento está en otorgar la relevancia de los efectos de los FRPSL en las ECVs, teniendo en cuenta que en la actualidad nuestro país presenta grandes alzas de muertes y personas con discapacidad a consecuencia de ECVs y un incremento en las tasas de trastornos mentales asociados al trabajo⁴⁶.

En la actualidad, es importante que se tome mayor conciencia de la relación entre exposición a FRPSL y ECVs en términos preventivos. Como ha planteado la literatura¹¹ es importante que los prestadores de salud examinen el papel del estrés laboral en la vida de los pacientes y el grado en que los pacientes perciben su estrés en el trabajo como coagente de su riesgo cardíaco en general. Al mismo tiempo, tener en cuenta que sólo el exceso de trabajo, fatiga o estrés, de forma independiente o sumado a los factores de riesgo comunes, podrían ser indicadores de alerta frente a un evento cardiovascular.

Debido a que en Chile no existen casos documentados de muertes por ECV relacionadas al trabajo, ni estudios en profundidad de los FRPSL en las perso-

nas afectadas de ECVs, no es posible definir responsabilidades que vayan más allá de las medidas de autocuidado, a diferencia de lo que pasa en países de Asia del Este o Europa, donde las indemnizaciones a las familias de las víctimas de ECV de origen laboral son una realidad.

El desarrollo de este documento es sencillo y aco- tado, y adolece, por tanto, de una sistematización en la búsqueda, extracción y análisis de la informa- ción. Junto con eso, requiere de profundización de la temática en el contexto local. Sin embargo, tiene la ventaja de entregar información significativa que permita motivar a la comunidad científica a levantar evidencia local que pueda dar pie a nuevas estrate- gias para incluir en las políticas públicas nacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kondo N, Oh J. Suicide and karoshi (death from overwork) during the recent economic crises in Japan: the impacts, mechanisms and political responses. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64:649-650.
- Blanch J. Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la nueva gestión. *FOCAD*. 2011; 14:3-26.
- Tomasina F. Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Rev. Salud Pública*. 2012; 14 (1):56-67.
- Chan M. El efecto de las crisis mundiales en la salud: dinero, clima y microbios. Speech presented at; 2009; Discurso en el vigésimo tercer Foro sobre asuntos de interés mundial Berlín, Alemania.
- Neylon A, Canniffe C, Anand S, Kreatsoulas C, Blake G, Sugre D. A Global Perspective on Psychosocial Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. Symposium on Psychosocial Factors in Cardiovascular Disease. 2013;55(6):574-581.
- Boksem M, Tops M. Mental fatigue: Costs and benefits. *Brain Research Reviews*. 2008;59(1):125-139.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles, nota descriptiva (2018). [Internet]. [Consultada el 09 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Panorama de la mortalidad y mapas de calor sobre defunciones. Santiago: INE; 2016 p. 9-18.
- Organización Panamericana de la salud (OPS). Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas [Internet]. Washington: OPS; 2007 [Consultado el 09 de noviembre de 2019]. Disponible en <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf?ua=1>
- Ministerio de Salud. Orientación Técnica. Programa de Salud Cardiovascular. Gobierno de Chile. Santiago: 2017.
- Superintendencia de Seguridad Social. Informe anual. Estadísticas de seguridad y salud en el trabajo. Santiago: SUSESO; 2018.
- Fukuoka Y, Dracup K, Sivarajan E, Ohno M, Hirayama H, Shiina H. Do Japanese workers who experience an acute myocardial infarction believe their prolonged working hours are a cause? *International Journal of Cardiology*. 2004;100(1):29-35.
- Iwasaki K, Takahashi M, Nakata A. Health problems due to long working hours in Japan: working hours, workers' compensation (Karoshi), and preventive measures. *Ind Health*. 2006;44(4):537-40.
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet][Consultado el 18 de diciembre del 2019] Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Gatchel, R., & Schultz, I. (Eds.). *Handbook of Occupational Health and Wellness 2012*. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4839-6>.
- Ministerio del Interior. Programa de vigilancia epidemiológico para riesgo cardiovascular. Bogotá: Ministerio del interior; 2016 p. 1-20.
- Nishiyama K y Johnson J. Karoshz-Death From Overwork: Occupational Health Consequences Of Japanese Production Management. *International Journal of Health Services*. 1997;27(4):625-641.
- Yang Z, Yang B, Li J. Perspectives on compensation and legislation of death due to work overload—karoshi. *Q J Med*. 2015;108:349-350.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto 109 - Aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 16.744. Chile: Gobierno de Chile; 2006.
- Moretti C. Duración de la Jornada Laboral: Implicancias Sanitarias y Político-Económicas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2015; 15(1):57 - 64.

21. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;11-17;364(9438):937-52.
22. Kivimäki M, Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep*. 2015;17(9):630. doi:10.1007/s11886-015-0630-8
23. Kivimäki, Mika, Marianna Virtanen, Marko Elovainio, Anne Kouvonen, Ari Väänänen, and Jussi Vahtera. "Work Stress in the Etiology of Coronary Heart Disease—a Meta-analysis." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32, no. 6 (2006): 431-42. <http://www.jstor.org/stable/40967596>.
24. Iso H., Dale C., Yamamoto, et al. Perceived Mental Stress and Mortality From Cardiovascular Disease Among Japanese Men and Women *Circulation*. 2002; 106:1229-1236. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000028145.58654.41>
25. American Heart Association. Mental Health and Heart Health | American Heart Association. 2018. [Consultado el 18 de diciembre de 2019] Disponible en: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/mental-health-and-wellbeing/mental-health-and-heart-health>
26. Schnall P, Dobson M, Landsbergis P. Globalization, Work, and Cardiovascular Disease. *International Journal of Health Services*; 2016.0(0): 1–37. DOI 10.1177/0020731416664687
27. Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Factores Psicosociales en el Trabajo: naturaleza, incidencia y prevención Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984. Pág. 3.
28. Karasek, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979.
29. International Labour Office. SOLVE: integrating health promotion into workplace OSH policies: trainer's guide. In *International Labour Office Geneva*. 2012. Disponible en: www.ilo.org/publns
30. Siegrist, J., Dittmann, K. & Weidemann, H. (1982). The role of psychosocial risks in patients with early myocardial infarction. *Acta Nerv Super (Praha)*, 24(1), 14-24.
31. Engum A. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;62(1):31-8
32. Heraclides A, Chandola T, Witte DR, Brunner EJ. Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2230-5.
33. International Labour Organization. Working Time Arrangements. 2019.
34. Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-Town prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2004; 328(7439), 555–558.
35. Kervezee, L., Kosmadopoulos, A., & Boivin, D. B. Metabolic and cardiovascular consequences of shift work: The role of circadian disruption and sleep disturbances. *European Journal of Neuroscience*. 2018; 1–17. <https://doi.org/10.1111/ejn.14216>
36. Kervezee, L., Cuesta, M., Cermakian, N., & Boivin, D. B. Simulated night shift work induces circadian misalignment of the human peripheral blood mononuclear cell transcriptome. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2018; 115(21), 5540–5545. <https://doi.org/10.1073/pnas.1720719115>
37. Gobierno de Chile. Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS). Santiago: Ministerio de Salud; 2011 p. 61-66.
38. Griffiths, Amanda, Leka, Stavroula & Cox, Tom. (2004). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales / Stavroula Leka, Amanda Griffiths, Tom Cox. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
39. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Salud Ocupacional (2013). Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en El Trabajo [Internet] 2013. Portal web MINSAL, Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf> [Consulta: Abril, 2015].
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). La organización del trabajo y el estrés: la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar

- las situaciones. Francia: OMS; 2004 p. 1 - 37.
41. Wiley A, Galit A, Berliner S, Shapira I, Melamed S. The effect of Job Strain on Risk Factors for Cardiovascular Disease. *International Handbook of Work and Health Psychology*, Third Edition. 2009; ISBN: 978-0-470-99806-9.
42. Der-Shin Ke. Overwork, stroke, and Karoshi-death from overwork. *Acta Neurologica Taiwanica*. 2012;21(2):54-59.
43. Craig C. Lundberg. Surfacing Organisational Culture. *Journal of Managerial Psychology*.1990;5(4):19-26.
44. Backé E, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85:67-79.
45. Affleck G, Tennen H, Croog S y Levine S. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987;55(1), 29-35.
46. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable [Internet]. Washington: OPS; 2011 [citado 8 May 2015]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5884&Itemid=1926&lang=es

TEMA DE ACTUALIDAD

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 113-124

REDUCCIONISMO BIOMÉDICO Y PATOLOGIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL ¿ESTAMOS SOBREMEDICALIZANDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA?

BIOMEDICAL REDUCTIONISM AND PATHOLOGIZATION IN MENTAL HEALTH CARE. ARE WE OVERMEDICALIZING IN PRIMARY CARE?

RESUMEN

La inserción de la salud mental en una atención primaria (APS) integradora ha sido una política exitosa para reducir la brecha en el tratamiento de personas que padecen trastornos mentales (TMs). Sin embargo, las consecuencias de este progreso pudiesen estar yendo más allá de las deseables. Este despliegue sustancioso de la atención de salud mental podría estar también estimulando la medicalización la vida cotidiana de las personas de manera más activa y en consecuencia coadyuvar a desactivar la potencia socializadora y transformadora del malestar en la sociedad. En este trabajo me propongo comprender cómo los programas de salud mental en APS pudiesen estar contribuyendo a transformar en problemas médicos expresiones del diario vivir que no lo son. Luego de examinar algunos aspectos de las políticas relacionadas con la salud mental, informes e investigaciones, sugiero que el diseño del plan de Garantías Explícitas en Salud, las tecnologías utilizadas para integrar y desarrollar la atención de salud mental, y ciertas circunstancias derivadas de este proceso, podrían estar estimulando la sobrevivencia de un modelo biomédico reduccionista y patologizador que respaldaría prácticas medicalizadores. Algunas sugerencias son esbozadas para el desarrollo de una política y práctica en salud que reconozca e integre la posibilidad para mitigar los potenciales efectos negativos de este fenómeno.

Palabras claves: medicalización, reduccionismo, patologización, salud mental, atención primaria, Chile.

ABSTRACT

The insertion of mental health in comprehensive primary care (PC) has been a successful policy to reduce the gap in the treatment of people with mental disorders (MDs). However, the consequences of this progress may exceed what is desirable. This substantial deployment of mental health care could also be stimulating the medicalization of people's daily lives in a more active way and consequently help to deactivate the socializing and transformative power of discomfort in society. In this work, I intend to understand how the mental health programs in PC could be contributing to transform expressions of daily living into medical problems that are not. After examining some aspects of mental health related policies, reports, and research, I suggest that the design of the Explicit Health Guarantees plan, the technologies used to integrate and develop mental health care, and certain circumstances derived from this process, could be stimulating the survival of a reductionist and pathologizing biomedical model that would support medicalizing practices. Some suggestions are outlined for the development of health policy and practice that recognises and integrates the possibility to mitigate the potential adverse effects of this phenomenon.

Keywords: medicalization, reductionism, pathologization, mental health, primary care, Chile

Jorge Crespo-Suárez
Atención Primaria de Salud
(CESFAM) y Universidad de
Magallanes, Punta Arenas,
Región de Magallanes
jlcsgm@gmail.com

La atención de salud mental (ASM) en Chile

En 2001 el sistema de salud chileno comenzó a implementar un nuevo modelo de salud basado en el paradigma biopsicosocial¹. En 2005, la Atención Primaria de Salud (APS) inició su transformación desde el tradicional modelo biomédico hacia el llamado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). En este contexto, estimaciones de una alta prevalencia de Trastornos Mentales (TMs) no tratados y una muy baja cobertura de la red pública, pusieron en primer plano la necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud mental y de integrarlos a la APS². La segunda versión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, desarrollada entre 2001 y 2002, se haría eco del llamado mundial³ a reducir la brecha en el tratamiento y aumentar la oferta de servicios⁴. En 2001 se creó el Programa Nacional para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria⁵, el cual fue fortalecido luego con la creación del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Entre 2004 y 2014, el impacto de la reforma del sistema de salud y del desarrollo de la política de salud mental en APS fue notable. El número de centros de APS con ASM integrada aumentó de 472 a 832. Todos los Centros de Salud Familiar (CESFAMs) contaban con un psicólogo en el equipo y, como promedio, 20 horas semanales para consultas médicas de salud mental⁶. Hoy en día prácticamente todos los CESFAMs del país cuentan con Programas de Salud Mental (PSMs) con sus recursos asignados⁷. Desde 2004, la ASM en la APS pública ha gestionado una parte importante de la demanda existente en la población. Entre 2006 y 2018 el número total de personas ingresados al plan GES en servicios de salud pública con diagnóstico de trastorno depresivo superó el millón⁸.

El actual Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025⁹ ha reafirmado el carácter comunitario del modelo de atención y está más a tono con los nuevos objetivos de la reforma de salud y de la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ha incorporado en la agenda nacional de salud, con mucho más énfasis que los anteriores, la importancia de la promoción de la salud mental, la participación de las comunidades, la inclusión y respeto de los derechos de las personas con discapacidad mental, el continuo mejoramiento de la calidad y la equidad en la atención, el enfoque de los determinantes sociales, y el rol clave de la

APS y otros sectores de la sociedad.

Sin embargo, a pesar del progreso conseguido, ampliar la oferta de servicios de salud mental y llevarla a la APS ha recibido críticas y producido ciertos problemas que aún requieren discusión¹⁰. Se ha señalado que esta política impone el modelo de psiquiatría occidental a culturas no occidentales con tradiciones, creencias y respuestas propias a los problemas de salud mental¹¹⁻¹³, desencadenando amplios procesos de medicalización¹⁴⁻¹⁶.

En Chile a pesar de existir un consenso oficial acerca de los beneficios de un sistema de salud reformado^{17,18} y de una más amplia y actualizada política de salud mental^{4,19}, algunos análisis y estudios han cuestionado y puesto en evidencia que:

- el MAIS sufre en un escenario²⁰ que al mismo tiempo sostiene la sobrevivencia del tradicional reduccionismo biomédico²¹⁻²³,
- las inequidades en la ASM son aún más notables luego de los avances de la reforma de salud.^{24,25}
- la prevalencia de los TMs en la población general es alta y la brecha en el tratamiento es aún significativa²⁶,
- y el estigma y discriminación que sufren las personas con discapacidades mentales no han cedido como se esperaba²⁷⁻²⁹.

Un informe de 2014 del Ministerio de Salud⁶ logró exponer que en la APS la calidad de los tratamientos y los recursos disponibles era desigual a lo largo del país, el acceso a los servicios bajo en el caso de niños y adolescentes y mayor en el sistema privado que en el público, escasa la participación de los usuarios, comunidades y otras instituciones, y exiguo el número de profesionales involucrados en investigaciones en temas de salud mental.

Estas críticas a la política de salud mental global, junto a los problemas de la integración efectiva de ASM en APS en Chile, justifican mayores esfuerzos para explorar su potencial repercusión social. En este trabajo busco comprender cómo los PSMs en la APS en Chile podrían estar desencadenando procesos de medicalización que transforman el estrés cotidiano de las personas en patología mental. Pretendo examinar cómo las tecnologías implementadas y circunstancias que tienen lugar a partir de la integración de la salud mental en la APS propician la inserción en el régimen médico de esfuerzos y malestares del diario vivir que no merecen ser considerados TMs.

Para desplegar el análisis utilizaré material de carácter público, como documentos que exponen aspectos de la política de salud mental, guías clínicas, informes e investigaciones que proporcionan evidencia acerca de temas relacionados con la integración de la ASM. La exploración de este material se concentrará en resaltar aquellos aspectos que podrían estar guiando la ASM por un camino biomédico reduccionista y patologizante, no respecto a aquellas personas con TMs sin tratamiento que nutren los justos reclamos del movimiento por la salud mental global, sino de aquellos cuyo malestar, singular o colectivo, legítimo, cotidiano, esperable y alejado de constituir un proceso mórbido, es definido como un problema médico o disfunción psicobiológica interna, y es intervenido médicamente.

Dada su relevancia epidemiológica³⁰, los trastornos depresivos fueron un problema de salud priorizado dentro del plan GES desde sus inicios. El abordaje de esta patología marcó desde temprano el funcionamiento de los PSMs insertados en APS. Por esta razón, el examen de lo establecido en el plan GES y en las Guías Clínicas (GCs) elaboradas a nivel central para el diagnóstico e intervención de los trastornos depresivos será objeto de frecuente examen. Este artículo amplía un trabajo de recapitulación e indagación crítica iniciado hace dos años y publicado recientemente, que a la luz de nuevas experiencias e insights me ha permitido incorporar otros argumentos e insights.

Medicalización

Medicalizar supone concentrar el conocimiento médico alrededor de ciertos fenómenos sociales que son, así, transformados en objetos de la medicina³¹, o tratados como problema médico³². La transformación de lo no médico en objeto médico se considera impulsada por la hegemonía y poder del modelo biomédico en salud¹⁴. Para este modelo los malestares y síntomas de las personas están asociados a una disfunción en la estructura y funcionamiento del organismo, y constituyen una enfermedad en curso³³. Desaparecen como fenómenos sociales³⁴ también con el respaldo, crédito y autoridad de los avances tecnológicos que el modelo logra exhibir.

A lo largo del tiempo, la medicalización ha ido en aumento estimulada por muy variadas fuerzas: intereses políticos, ambiciones económicas, aumento de las especialidades médicas y expansión del conocimiento científico, descubrimiento de nuevas causas de enfermedades y riesgos para la salud, y

más potentes demandas de personas, comunidades y organizaciones por el derecho a la atención de salud³⁵. Muchos ámbitos de la vida humana y preocupaciones sociales han sido arrastrados al campo de la medicina^{32,36}: el nacimiento, la infertilidad, la sexualidad, la locura, el consumo de alcohol y otras drogas, las dificultades de aprendizaje, la timidez, la ansiedad, la tristeza, los duelos, el estrés, los problemas para dormir o comer, las diferencias de género, la homosexualidad, entre muchos más.

Se ha planteado^{15,25,34,37-44} que la medicalización indiscriminada motivada por los juegos de poder y control que incitan determinados e imponentes intereses políticos, ideológicos y económicos produce daño en los individuos y grupos humanos. Patologiza y estigmatiza las experiencias y actividades ordinarias, promueve dependencia de las estructuras y saberes formales, desactiva las luchas sociales, incrementa el gasto en salud, y contribuye al aumento de la inequidad en el acceso a los servicios. La medicalización desde arriba⁴¹, ejercida desde posiciones de poder individuales e institucionales, es la modalidad objeto de exploración en este trabajo.

Reduccionismo y patologización en los PSMs en la APS

En esta sección pretendo exponer por qué considero que existen una serie de factores o circunstancias que favorecen la persistencia de un modelo médico que concibe los TMs como expresión de una disfunción biológica, y una importante tendencia a percibir y significar injustificadamente como enfermedad mental, los síntomas, quejas, demandas, preocupaciones, conductas y rendimientos de las personas.

La contribución biomédica del GES

Desde décadas recientes, la psiquiatría como disciplina médica, se ha adherido con firmeza a un enfoque biomédico de los TMs. Grandes expectativas, esfuerzos y recursos se han destinado a demostrar que los TMs son verdaderas enfermedades del cerebro⁴⁵⁻⁴⁹. Luego, si por un lado el sistema de salud se ha esforzado por desplazar el modelo biomédico reduccionista de la atención de salud, por el otro la psiquiatría se ha enfrascado en dar sustento científico a un paradigma neurobiológico muy proclive a la realización de diagnósticos individualizados y sesgados a favor de intervenciones biológicas.

La plan GES⁵⁰ obligó al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y a las Instituciones de Salud Previsional

(Isapres) a asegurar paquetes de prestaciones para problemas de salud priorizados. Durante dos décadas, 85 patologías han sido incorporadas a las garantías. En relación con la salud mental, solo cuatro patologías han sido incluidas: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, y consumo prejudicial o dependencia de riesgo bajo o moderado de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años⁵¹. Para cada problema de salud existe una lista de beneficios específicos relativos a su diagnóstico y tratamiento⁵¹. El examen de este catálogo de beneficios para los TMs priorizados permite apreciar la dominancia de la perspectiva biomédica.

Los beneficios del GES no son tan amplios y ni específicos para el caso de las intervenciones psicosociales como para las intervenciones biológicas. Para los trastornos depresivos, por ejemplo, en la medida que el diagnóstico progresa en severidad, el manejo biológico de la intervención se expande notablemente desde la recomendación de cuatro psicofármacos para tratar el trastorno depresivo moderado y seis para los cuadros graves, hasta 22 para el tratamiento de cuadros con sintomatología psicótica, alto riesgo suicida o refractario, en fases aguda o crónica. En cuanto a las intervenciones psicosociales, dicha lista no es ni abundante ni específica. Las intervenciones son nombradas general y vagamente como 'consulta o control médico', 'consulta o control por psicólogo clínico', 'consulta de salud mental por otros profesionales', 'intervención psicosocial grupal', 'visita integral de salud mental', y 'consultoría de salud mental por psiquiatra' solo para el trastorno depresivo moderado. En este sentido, tanto para usuarios como para profesionales, resulta mucho más claro el beneficio a recibir u otorgar, cuando se trata de una intervención farmacológica. En el caso de las intervenciones psicosociales, la fuente de información para esclarecer su definición, contenido y aporte debe ser buscada en otro sitio.

Ninguno de estos documentos deja claro cómo un médico va a sostener una perspectiva integrativa en un control de salud mental. Por lo que es probable que se vaya a concentrar en el mejor descrito arsenal de terapias biológicas con que cuenta, y que le harán sentir más legitimado dentro del modelo médico en el que se ha formado⁵². Esta circunstancia podría condicionar, en parte, que los usuarios de los PSMs sean sujetos de terapias biológicas en mayor medida que de intervenciones psicosociales. Se conoce⁶

que hasta un 70% de los pacientes ambulatorios del sector público podría no estar participando en este tipo de intervenciones, y hay evidencia de una tendencia dramática al aumento del consumo de psicofármacos en la población chilena⁵³.

Reduccionismo biomédico en las GCs

Las GCs del GES son el producto de una estructura vertical y su destino es transformarse en un estándar^{54,55} que resuma la mejor evidencia disponible en temas como la detección, diagnóstico e intervención de los problemas de salud priorizados. Siguiendo el patrón de los beneficios del GES para los trastornos depresivos, la GC correspondiente³⁰ es más específica y se explaya más en lo referido a tratamientos biológicos, que a intervenciones psicosociales. En una subsección persuasivamente titulada 'Tratamiento Farmacológico Efectivo', los tipos de drogas, sus propiedades farmacocinéticas, dosis necesarias, efectos adversos, interacciones, toxicidad y vida media, son detallados de forma tal que los médicos de APS cuentan con una clara guía para diseñar intervenciones biológicas. En cambio, la evidencia sobre las intervenciones psicosociales es descrita en forma tan general que profesionales sin previa y/o suficiente capacitación no podrían asumirlas confiadamente. Nuevamente, el camino biomédico invita mejor a ser transitado.

Las GCs del GES para los TMs tampoco han sido elaboradas con amplia participación y representación de actores locales, pacientes, comunidades, grupos étnicos, y disciplinas profesionales. Es infrecuente la inclusión, por ejemplo, de antropólogos, sociólogos, químicos farmacéuticos, y profesores. Una evaluación realizada hace pocos años⁵⁵ sugirió que estos documentos incluyeran la perspectiva de pacientes y otros profesionales del sector de la salud. La GC para el tratamiento de la depresión³⁰ fue confeccionada por un grupo de 26 expertos que incluyó a nueve psiquiatras, ocho psicólogos, dos médicos generales, dos enfermeras, dos matronas, dos trabajadores sociales y un médico de familia. La revisión final del documento fue encomendada a dos psiquiatras, uno expresidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y el otro, al momento, presidente de la joven Sociedad Chilena de Trastorno Bipolar. Luego, pareciese que el poder para recomendar oficialmente cómo se van a comprender y tratar los TMs está fundamentalmente en manos de profesiones biomédicas, y en particular de la psiquiatría.

El predominio de la intervención biomédica en el uso de psicofármacos

La prescripción frecuente de psicofármacos en la ASM podría ser el resultado de una APS sesgada hacia el enfoque biomédico. En el año 2000 fue realizado un estudio acerca del abuso de benzodiazepinas en APS⁵⁶. Luego de entrevistar a 188 pacientes de centros urbanos y rurales de la región Metropolitana, los investigadores encontraron que del 82% de los pacientes que estaba usando algún tipo de psicofármaco, el 30.5% estaba usando benzodiazepinas. De aquellos que habían dejado de usar psicofármacos, el 88% había estado usando benzodiazepinas. El estudio reveló que el consumo de psicofármacos era iniciado mayormente por prescripción médica, y que duraba, como promedio, 6.9 años. Esta abundante prescripción de benzodiazepinas por médicos generales fue también puesta en evidencia en la investigación realizada por Yates y Katril⁵⁷. A partir del análisis de 2146 recetas de benzodiazepinas recolectadas en farmacias privadas de la ciudad de Concepción, y encuestas a 199 clientes, entre 2003 y 2007, las investigadoras encontraron que los médicos generales eran responsables del 50% de las recetas retenidas en las farmacias, en cada año examinado.

Otro ejemplo que problematiza la sobreprescripción de psicofármacos en la APS es la investigación realizada por Olivera en 2005⁵⁸. Al aplicar los criterios diagnósticos del DSM-4 a una muestra de 111 usuarios del programa de salud mental de un centro de APS de la Región Metropolitana, Olivera encontró que el 10% sufría dependencia a benzodiazepinas. Pero lo más sorprendente fue que la mayoría de los pacientes había comenzado el consumo por prescripción médica, y que en un tercio de este grupo el psicofármaco no se justificaba.

De categorías diagnósticas a entidades naturales

Las nosologías psiquiátricas descriptivas, como la CIE-10 y el DSM-5, se basan en la combinación complementaria de los enfoques categorial y dimensional para la elaboración consensuada de criterios diagnósticos de entidades discretas⁵⁹. Las categorías de TMs que proponen se derivan de la identificación de signos y síntomas que, cumpliendo ciertas condiciones, se supone manifiestan e indican patología.

Sin embargo, pese al avance de la investigación neurocientífica de las últimas décadas, no existe aún evidencia de que muchas de las categorías de TMs

reflejen una disfunción biológica subyacente⁴⁵. La falta de marcadores biológicos ha sido reconocida por la misma *American Psychiatric Association*⁶⁰, y la insistencia en postular que los TMs son entidades naturales cuyo mecanismo etiológico está aún por revelarse en las obscuras entrañas del cerebro, ha llegado a ser interpretada como una especie de fantasía que encubre la complejidad del objeto de estudio⁶¹. Esto ha instigado el debate sobre la validez de los diagnósticos psiquiátricos. Algunos autores han señalado, por ejemplo, su naturaleza subjetiva⁴⁷, su carácter metafórico con poder de hacer creer que a ellos subyace una entidad física⁴¹, su origen ideológico al servicio de intereses políticos y económicos⁶², o que son construcciones históricas y culturales fruto de tensiones sociopolíticas³².

Luego, es controvertido afirmar categóricamente que las categorías de TMs, al menos muchas de las más comunes, constituyen entidades naturales que existen con independencia del orden social y cultural, y que pueden explicarse vía un mecanismo causal específico⁶³. No obstante, cuando estas tecnologías se definen como clasificaciones médicas⁶⁴ y son rutinariamente utilizadas en contexto médico, las interpretaciones y supuestos se sesgan fácilmente a favor de asumir que sirven para identificar y describir entidades esencialistas que responden a un determinismo biológico³⁷. El estatus médico de que gozan y el incuestionable valor práctico que poseen⁶⁵ contribuiría de manera importante a que sean aceptadas como enfermedades biomédicas.

Los problemas de salud mental priorizados en el plan GES están definidos desde y bajo la influencia de estas nosologías descriptiva occidentales. Las GCs para el tratamiento de los trastornos depresivos³⁰, el trastorno bipolar⁶⁶ y el abuso y dependencia de alcohol y otras drogas⁶⁷ se basan en la CIE-10 y el DSM versión IV-TR. La tercera edición de la GC para el tratamiento del trastorno esquizofrénico⁶⁸ utiliza la CIE-10 y la versión 5 del DSM. Es de esperar que cualquier actualización de las GCs siga el rumbo de estos manuales.

Con la institucionalización de estos sistemas de clasificación en los CESFAMs, se espera que los profesionales asuman y emitan, sea vía digital o en papel, un diagnóstico de acuerdo con criterios CIE-10/DSM-5. Cuando la ficha clínica es electrónica, cosa que se ha generalizado de manera importante a lo largo del país, es imperativo para el cierre de la intervención que se seleccione un diagnóstico CIE-10, sea en estado de sospecha o confirmado. Esto ha

instalado una tecno-sugestiva coyuntura que permite etiquetar rápidamente muchos de los padecimientos y quejas de las personas. Dada esta circunstancia, no es infrecuente que muchos diagnósticos psiquiátricos se realicen en una primera consulta o control de salud mental de 30 minutos, o incluso en una atención rápida de 15 minutos; o hallar fichas clínicas con verdaderos collages diagnósticos. Constatar esta situación cuestionaría la confianza y validez del diagnóstico de los TMs en la APS.

Del esquivo límite entre lo que es y no es un TM

En el prólogo a la edición en español de la Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10⁶⁹, el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría del momento, alertaba que las clasificaciones basadas en síntomas podían psiquiatrizar conductas no patológicas y clasificar como enfermos a personas que no lo estaban. Trece años después, en el DSM-5 se sigue reconociendo que a pesar de la alta confiabilidad que ofrecen los criterios diagnósticos desarrollados, mejorar su validez es tarea aún pendiente⁶⁴. Por tanto, en los más influyentes manuales de clasificación de los TMs, los límites entre patología y normalidad son aún difusos^{37,65,70}. Esto sesga hacia la patologización cualquier práctica clínica en salud mental predominantemente orientada por estos instrumentos. Varios factores coadyuvan a ello.

Primero, estos instrumentos no son compendios de psicopatología humana donde se puedan encontrar amplias explicaciones y fundamentos a los fenómenos patológicos que describen, ni claras fronteras entre estos y el funcionamiento normal. Las nosologías descriptivas evaden explicaciones teóricas y proposiciones etiológicas bajo el supuesto pragmático de que un enfoque ateórico y fenomenológicamente orientado es el mejor camino hacia la objetividad y confianza en la identificación de entidades discretas. Los criterios diagnósticos que proponen provienen de la observación y el reporte subjetivo de signos y síntomas que son, supuestamente, la manifestación de un proceso patológico subyacente, cuyo mecanismo no es prioridad delinear. Pero al enclaustrarse el diagnóstico en este nivel estrictamente fenomenológico, muchas categorías se nutren y comparten un espectro de manifestaciones heterogéneo que no encuentra coherencia en algún tipo de propuesta etiológica. Más bien, la evaden o enmascaran tras la pretensión de que constituyen enfermedades del cerebro.

Por esta razón se ha señalado^{71,72} que las cate-

gorías diagnósticas de los sistemas de clasificación ateóricos basados en síntomas, tienen problemas de validez. Idea que puede enlazarse a la indicación de Poland et al.⁷² de que tanto el DSM-5 como la CIE-10 encuadran los TMs en un dominio sobresimplificado en aras de la operatividad. Para los autores, estas taxonomías no estarían dando cuenta, íntegramente, de la ambigüedad causal de la realidad clínica de los TMs, de la organización jerárquica de sus ámbitos, de su carácter multidimensional, de la interacción constante de sus componentes, de su sensibilidad al contexto en que se producen, de su capacidad de cambio y de variabilidad, de la influencia de la gerencia misma de las personas, del matiz normativo, interpersonal y personal que pueden tener sus atributos, y de la comparecencia de lo normal y lo anormal bajo las mismas condiciones.

Segundo, los enfoques categoriales y dimensionales en que se basan estas nosologías pueden conducir a patologizar conductas normales. Si bien la presencia de determinados signos y síntomas indica categóricamente patología, también requieren ser evaluados sobre la base de diferentes continuos cuantitativos (ej. severidad, duración). Lo dimensional permitiría amortiguar el acceso a una realidad clínica y humana que no es ni dicotómica ni impermeable, y que un estricto enfoque categorial fallaría en aprehender⁷³. No obstante, si en un contexto biomedicalizado el rigor del enfoque categorial podría llevar a obviar los comportamientos no percibidos como sintomáticos (falsos negativos), o a diagnosticar directamente cualquier conducta literalmente entendida como patológica (falsos positivos), la perspectiva dimensional puede proyectarlos sobre un continuo sintomatológico que los asimile siempre como manifestación de una alteración (patologización).

Así, en la práctica clínica cotidiana de APS, usualmente apremiada y condicionada por diversos factores, cuando el profesional que diagnostique privilegie la aproximación categorial, uno o más síntomas podrían terminar consagrados como marcadores inequívocos de una determinada categoría de TM. Cuando se incline hacia lo dimensional, entonces las opciones se abren para atribuir a una o a varias categorías, esa amplia gama de conductas que fueron ubicadas en un largo y ancho pasillo sintomatológico. Si el humor depresivo es síntoma de trastorno depresivo, podría serlo en un continuo de severidad que vaya desde el simple sollozo hasta la melancolía. En cualquier punto de esta banda

dimensional, dicha variación cuantitativa indicaría trastorno.

Tercero, en la CIE-1074 y en el DSM-564 la relación entre la definición de TM y los criterios diagnósticos de cada categoría es inconsistente, lo que es requerido para poder establecer cuándo estamos frente a una patología, o no^{37,70}. Un TM es definido como una agrupación de síntomas, un síndrome, que refleja una disfunción en el individuo o perturbación clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional, y la conducta. No obstante, en la presentación de las categorías específicas de cada TM, los criterios diagnósticos basados en signos objetivos y síntomas subjetivos son los que deciden tanto la condición patológica en sí misma, como el tipo de patología en cuestión. La disfunción reflejada y subyacente, al conducir a la polémica etiológica, no participa explícitamente en el establecimiento de criterios diagnósticos. Esto ha conducido a destacar que en las nosologías no se pueda hablar, en estricto rigor, de otro trastorno que el de los mismos signos y síntomas identificables⁷⁵; lo que, en contextos médicos, privilegiaría tratamientos focalizados más decididamente en la atenuación o eliminación de síntomas mediante el empleo de intervenciones farmacológicas.

En su conjunto, estos problemas de los manuales conducen a una redundancia patologizante que estrecha peligrosamente el concepto de normalidad: gozar de salud mental es vivir libre de signos y síntomas porque manifestarlos, en cualquier punto de un espectro siempre patológico, es presentar un TM. Los sistemas de clasificación descriptivos poseen este “poder” interno de acaparar un abanico cada vez mayor de comportamientos humanos.

Los PSMs absorben esta redundancia a través de las GCs GES cuando estas se diseñan sin ofrecer un concepto de TM que aterrice al lector respecto a qué es, antes que nada, un TM, y qué no lo es. La definición de TM debiese sentar las bases para diferenciar patología y normalidad con cierta claridad. Sin embargo, disolverlo en una alusión exclusiva a lo sintomático libera la mencionada redundancia patologizante. Por ejemplo, la GC para el tratamiento de los trastornos depresivos iguala la manifestación sintomática o sindrómica de la categoría diagnóstica a la definición misma de TM: “La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas... Es definida operacionalmente... como una alteración patológica del estado de ánimo...”³⁹, p 12.

El sentido común de la práctica clínica cotidiana indica que signos y síntomas no pueden ser arrojados a una dimensión exclusivamente patológica y ser, en consecuencia, atribuidos a una disfunción subyacente. En muchas ocasiones, los comportamientos que describen son la respuesta psicofisiológica correspondiente, necesaria y adaptativa, a una determinada experiencia o acontecimiento. Para Horwitz y Wakefield^{76,77}, por ejemplo, una depresión como reacción normal a una experiencia de pérdida y un trastorno depresivo como disfunción de un sistema psicológico o biológico, pueden producir manifestaciones sintomáticas similares: dos semanas o más de tristeza, anhedonia, abulia, dificultades de concentración, falta de apetito o aumento con impacto en el peso, y malestar clínicamente significativo.

La ausencia de una frontera más o menos precisa entre una reacción sintomatológica normal y otra que exprese disfunción o patología, no está presente en la citada GC GES³⁰. Desde el mismo título –Depresión en personas de 15 años y más– se diluye el límite entre un estado depresivo patológico y uno que no lo es. También en la introducción se da curso a esta tendencia cuando se plantea que “la depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo”³⁰, p 12. No dice: el trastorno depresivo refleja una disfunción en... que se manifiesta mediante.... Solo refuerza lo ya insinuado en el título: depresión es igual a trastorno depresivo. Un crudo vistazo cuantitativo al uso de los términos muestra que la palabra ‘depresión’, sola y como sustantivo, aparece 686 veces a lo largo del documento, mientras que la palabra trastorno aparece solo 238 veces y no siempre en conexión con alguna categoría de trastorno afectivo. Esta GC tampoco presenta una sección o espacio dedicado a aclarar las conveniencias y diferencias en el uso de los términos depresión y trastorno depresivo. Considero que abusar de este término por fuera del contexto que define lo que es un TM invita a asociar cualquier reacción psicofisiológica frente a las experiencias de pérdida que sufren las personas a lo largo su ciclo vital, con enfermedad o pérdida de la salud. En concordancia con esta constatación, quizás las actuales estadísticas pudiesen ser desafiadas sugiriendo que quizás en la APS la mayoría de las personas está siendo atendida por depresión, y muy pocas por un episodio depresivo que deba considerarse trastorno.

CONCLUSIONES

Respecto al fenómeno de la medicalización, Conrad³² sugiere que, una vez introducidas ciertas categorías diagnósticas –y normalizadas junto a las tecnologías que las acompañan– el abanico de problemas al que son atribuidas tiende a expandirse. Esto puede amplificarse para sugerir que, si bien la política de integrar la ASM en la APS puede considerarse un éxito del sistema de salud para ofrecer atención accesible a personas que sufren de trastornos mentales no tratados, es muy probable que este progreso tenga lugar al costo de procesos de medicalización ‘desde arriba’ que generan, rutinariamente, un número importante de falsos positivos, diagnósticos piadosos o convenientes, e intervenciones innecesarias o desenfocadas. Las consecuencias igualmente podrían estar yendo más allá, hasta impactar el gasto en salud mental, socavar la confianza en el sistema, profundizar las inequidades en el acceso a los servicios, y desempoderando a las personas al alienarlas de las significaciones y escenarios donde sus tensiones surgen, pueden encontrar o producir soluciones y, eventualmente, impulsar cambios sociales.

Este trabajo parte, justamente, de la preocupación por entender cómo los PSMs en la APS, al comenzar a absorber una proporción importante de la prevalencia de TMs en la comunidad, podrían en alguna medida estar cementando las dificultades cotidianas de la vida en una terminología patologizadora y reduccionista fuertemente legitimada por el aval del contexto médico en que se despliegan. El análisis realizado me permite sugerir que, factores como el modelo de enfermedad mental dominante en la psiquiatría, el plan GES y las GCs, la accesibilidad de los psicofármacos en la APS, y la institucionalización de los sistemas de clasificación de los TMs, podrían estar contribuyendo a que el padecer no patológico de las personas esté siendo frecuentemente interpretado como signo y prueba de enfermedad, y sometido a intervención médica.

El actual modelo dominante de enfermedad mental en la psiquiatría podría impedir el despliegue efectivo de un enfoque integral y comunitario sobre los problemas de salud, al insistir en que constituyen patologías determinadas biológicamente y que las intervenciones biológicas –psicofarmacológicas– son el *sine qua non* de los planes de intervención. El GES y las GCs, siendo vehículos de este modelo, y gracias a la autoridad de que gozan para liderar el

diseño de políticas, organización de servicios, y definición de intervenciones en la ASM, podrían estar imponiendo tal perspectiva sobre la horizontalidad del MAIS, propio de la APS²⁰.

La institucionalización de las nosologías psiquiátricas descriptivas en la APS, orienta las prácticas en salud mental sobre los mismos sesgos, falencias y alcances de dichas tecnologías, replicando el empuje a medicalizar que es inherente a estas, al menos hasta el momento actual del desarrollo que han alcanzado. Especial impacto tendrían, por ejemplo, la supuesta universalidad de sus criterios, el supuesto carácter esencialista de las categorías diagnósticas, los límites de un sistema ateorico y basado en síntomas, los vicios a que pueden conducir los enfoques categoriales y dimensionales, y la simplificación pragmática del ámbito de los TMs. La validez aun insatisfactoria de las categorías diagnósticas que proponen estas taxonomías se refleja en GCs muy comprometidas en este aspecto, pudiendo hacer del diagnóstico de un TM en la APS una práctica aún más subjetiva, mucho más fácil de manipular, y más ideológicamente orientada que quizás en otros contextos médicos.

La consideración de estos aspectos permite esbozar algunas sugerencias orientadas a acotar el efecto medicalizador que podría producirse, sistemáticamente, en la ASM en APS:

Primero, sería relevante explicitar y revisar los fundamentos del modelo de enfermedad mental que sustenta la definición y el despliegue de las prioridades y beneficios del GES. Las GCs podrían responder más críticamente a las falencias y supuestos de los influyentes manuales de clasificación en los que se basan. Requeriría mayor atención el establecimiento y descripción de una clara distinción entre lo que se defina como TM, como categoría diagnóstica, como signo y síntoma, y como vivencia estresante no patológica consustancial a las rutinas de la vida, el enfrentamiento a eventos adversos, o a los desafíos del ciclo vital. De esta manera los equipos de salud podrían contar con una guía más crítica y preventiva sobre potenciales sesgos pro-medicalización.

Segundo, en las GCs podría también dedicarse espacio advertir sobre los efectos posibles de una práctica diagnóstica sesgada categorial y/o dimensionalmente, así como a clarificar las convenciones adoptadas sobre el uso de términos relevantes. Esto podría mitigar la posibilidad de que, por falta de una frontera conceptual y terminológica clara entre patología y normalidad, los recursos invertidos no

estén yendo a parar a los más necesitados ni estén siendo utilizados de la mejor manera.

Tercero, las GCs podrían desplegar más equilibradamente el rol, recursos, fundamentos y evidencias de las intervenciones en la ASM, con énfasis en los aspectos psicosociales de las intervenciones médicas. El reconocimiento e incorporación de una perspectiva integrativa, coherente con el MAIS, requiere que en estos instrumentos se plasme un mayor esfuerzo por presentar y explicar los alcances, fundamentos teóricos, técnicos, y prácticos de los aspectos psicosociales de cualquier intervención. No hacerlo cedería al actual modelo de enfermedad mental dominante –sobre todo cuando proyecte su reduccionismo en una modalidad eliminativa– toda la autoridad y protagonismo en la organización de los servicios y en la orientación de las prácticas.

Cuarto, es importante desarrollar en los equipos de APS la capacidad para realizar más y mejores análisis locales del funcionamiento y resultados de los programas de salud mental. Esto podría ayudar a mantenerles alerta e informados acerca de la magnitud y características de procesos de medicalización en curso, y facilitarles implementar estrategias oportunas y sistemáticas. Para ello, la capacitación –y certificación– de referentes y jefes de programas en materia de gestión y administración de programas de salud mental podría ser fundamental.

Finalmente, fomentar el debate y la investigación es una estrategia esencial para comprender cómo las complejas dinámicas de los servicios y equipos de salud regulan el fenómeno de la medicalización en la ASM en APS. La evidencia levantada desde el lugar donde ocurren las prácticas concretas podría producir incontables y provechosos insights para orientar políticas, programas, servicios y prácticas hacia una atención más comprometida con la calidad, la equidad, la eficiencia, el cambio y el progreso social.

AGRADECIMIENTOS:

A colegas, usuarios de centros de APS, familiares y amigos por las múltiples vías, formas y experiencias en que contribuyeron a que pudiese perfilar este trabajo.

Trabajo realizado sin financiamiento externo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Sin conflictos de interés que reportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depaux R, Camodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino a Centro de Salud Familiar. Depux R, editor: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud; 2008.
2. Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Epidemiology of mental disorders, Use of service, and treatment gap in Chile. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(1):7.
3. Patel V, Prince M. Global mental health: A new global health field comes of age. *JAMA*. 2010;303(19):1976–7.
4. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18:346–58.
5. Alvarado R, Rojas G, Minoletti A, Alvarado F, Domínguez C. Depression program in primary care. The Chilean experience. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(1):38–47.
6. Ministerio de Salud [MINSAL]. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS. Santiago: Ministerio de Salud; 2014.
7. Minoletti A, Sepúlveda R. Situación de la atención de salud mental en el sistema público chileno en comparación con otros países. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 2017;13(1):75–81.
8. Casos GES acumulados a septiembre de 2019 [Internet]. Superintendencia de Salud,. 2019 [cited 5/2/20]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonDocumentos>.
9. Ministerio de Salud [MINSAL]. Plan Nacional de Salud Mental. Pública SdS, editor. Santiago. Chile: Ministerio de Salud; 2017 May 2017. 155 p.
10. Saraceno B, Barbui C. Global mental health: achievements, concerns and (unanswered) questions. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(6):493–4.
11. Summerfield D. “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. *BMJ*. 2013:f3509.
12. Whitley R. Global Mental Health: Concepts, conflicts and controversies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(4):285–91.

13. White R. The globalisation of mental illness. 2013. p. 182-5.
14. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*. 2014(0):1.
15. Clark J. Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health. *Global Health Action*. 2014;7:24000-.
16. Summerfield D. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ (Clinical Research Ed)*. 2008;336(7651):992-4.
17. Téllez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública*. 2006;1(2).
18. Annick M. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Pública de México*. 2002;44:60-8.
19. Aguayo E, Rojas V. Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud. *Asistenciales SdR*, editor: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud; 2016.
20. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Centro de Políticas Públicas UC*. 2010;5(38).
21. Castillo-Sepúlveda J, Espejo M, Tapia J, Catalán M, Toro J, Gálvez M. Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*. 2017;16(3):6-16.
22. Castillo-Sepúlveda J. Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile. *Revista de Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas*. 2018.
23. Carrasco J, Yüing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*. 2014;13:98-108.
24. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *American Journal of Public Health [Internet]*. 2006 [cited 2016 Aug 20]; 96(1):[109-13 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470439/>.
25. Busta Cornejo C. La medicalización del malestar como proceso generador de desigualdad en el sistema de salud chileno / The medicalization of malaise as a generator of inequality in the Chilean health system. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia*. 2017;28:19.
26. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: Salud mental mañana. *Acta Bioethica*. 2016;22:51-61.
27. Concluding observations on the initial report of Chile [Internet]. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 2016 [cited 25th June 2016]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/096/83/PDF/G1609683.pdf?OpenElement>.
28. Minoletti A, Cea JC, Gaete B, Gómez M, Monares P, Sandoval M, et al. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago: Chile: Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental; 2014 25th June 2016.
29. Corporación de Usuarios, Familiares y Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica de Chile,. Evaluación de la aplicación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Chile. 2015.
30. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 y más años. 2nd ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
31. Foucault M. Right of death and the power over life. *History of Sexuality An Introduction*. I. New York: Pantheon; 1978. p. 133-60.
32. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
33. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7479):1398-401.
34. Zola IK. In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine* (1967). 1975;9(2):83-7.
35. Van Dijk W, Faber MJ, Tanke MAC, Jeurissen PPT, Westert GP. Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. *International Journal of Health Policy & Management*. 2016;5(11):619-22.
36. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care, And Philosophy*. 2016;19(2):253-64.

37. Horwitz AV. *Creating mental illness*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 2002. xi, 289-xi, p.
38. Illich I. *Medical nemesis. The expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.
39. Padmanabhan D. From distress to disease: a critique of the medicalisation of possession in DSM-5. *Anthropology & Medicine*. 2017;24(3):261-75.
40. Rosenhan DL. On Being Sane in Insane Places. *Science*. 1973;179(4070):250.
41. Szasz T. *The medicalisation of everyday life. Selected Essays*. Szasz T, editor. New York: Syracuse University Press; 2007.
42. Yankovsky S. Mental Health Care, Diagnosis, and the Medicalization of Social Problems in Ukraine. *Disability and the Global South*. 2014;1(2).
43. Sedler MJ. Medicalisation in psychiatry: the medical model, descriptive diagnosis, and lost knowledge. *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2016;19(2):247–52.
44. Clark J. The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. *Plos ONE*. 2013;10.
45. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(7):846-61.
46. Wyatt WJ, Midkiff DM. Biological psychiatry: A practice in search of a science. *Behavior & Social Issues*. 2006;15(2):132-51.
47. Double D. The Limits Of Psychiatry. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;324(7342):900–4.
48. Double D. Biomedical Bias of the American Psychiatric Association. *Ethical Human Sciences and Services*. 2004;6:153-9.
49. Gambrill E. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World* 2014. 13-36 p.
50. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud, [Law 19966. Establishes an explicit guarantees in healthcare regime] (2004).
51. Ministerio de Salud [MINSAL]. Listado de prestaciones específico. Régimen de garantías explícitas en salud. Anexo decreto supremo n°3. Chile: Ministerio de Salud; 2016.
52. Escobar M E. Las terapias biológicas psiquiátricas en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2010;48:245-8.
53. Jirón M, Machado M, Ruiz I. Consumo de anti-depresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista médica de Chile*. 2008;136:1147-54.
54. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez F, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;41:1.
55. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. *Revista médica de Chile*. 2016;144:862-9.
56. Galleguillos T, Risco L, Garay JL, González M, Vogel M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista Médica de Chile*. 2003;131(5):535–40.
57. Yates T, Catril P. Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2009;47:9–15.
58. Olivera V M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2009;47:132–7.
59. DSM-5's Integrated Approach to Diagnosis and Classification [press release]. 2013.
60. American Psychiatric Association [APA]. American psychiatric association statement on diagnosis and treatment of mental disorders. Release no. 03-39: APA; 2003 [updated 31/7/2019; cited 31/7/2019 31/7/2019]. Available from: <http://www.critpsynet.freeuk.com/APA.htm>.
61. Decoteau CL, Sweet PL. Psychiatry's little other: DSM-5 and debates over psychiatric science. *Social Theory & Health*. 2016;14(4):414-35.
62. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*. 2010;8(4):370–82.
63. Haslam N. Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing. *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds. Philosophical psychopathology*. Cambridge, MA, US: MIT Press; 2014. p. 11-28.

64. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed. Association AP, editor. Arlington, VA: American Psychiatric Association Edition; 2013.
65. Hyman SE. The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6(1):155-79.
66. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE. Tratamiento de personas de 15 años y más con trastorno bipolar. 1st ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
67. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. 2nd ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
68. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años. Actualización en psicoterapia. 1st ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2017.
69. World Health Organisation [WHO]. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Editorial Médica de Investigación; 2000.
70. Wakefield JC. Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016;12(1):105-32.
71. Poland J. Deeply Rooted Sources of Error and Bias in Psychiatric Classification. In: Kincaid H, Sullivan JA, editors. *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*: The MIT Press; 2014. p. 0.
72. Poland J, Eckardt BV. Mapping the Domain of Mental Illness. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. International perspectives in philosophy and psychiatry*: Oxford University Press; 2013.
73. Widakowich C. El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *ALCmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2012;17(4):365-74.
74. World Health Organization [WHO]. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
75. Ward T, Clack S. From symptoms of psychopathology to the explanation of clinical phenomena. *New Ideas in Psychology*. 2019.
76. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press; 2007.
77. Horwitz AV, Wakefield JC. *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. New York: Oxford University Press; 2012.

CARTA AL EDITOR

Rev Chil Salud Pública 2021,
Vol 25(1): 125-125

¿EXISTEN PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE FUERZA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES CHILENOS?

ARE THERE STRENGTH TRAINING PROGRAMS FOR HEALTH PROMOTION IN CHILEAN OLDER ADULTS?

Sr. Editor

La alta prevalencia de inactividad física en los adultos mayores (AM) chilenos acelera el proceso de envejecimiento, limitando su independencia y calidad de vida. Según el último Censo¹ y Encuesta Nacional de Salud, el 16,2% de la población total del país corresponden a personas de 60 años y más, de las cuales alrededor del 90% son declaradas como sedentarias². En este contexto, el entrenamiento de fuerza resulta fundamental para el mantenimiento de unidades motoras rápidas³, capacidad funcional y prevención de la fragilidad en esta población, ya que ha demostrado ser un potente agente protector frente a las afecciones del envejecimiento sedentario y sus morbilidades, mejorando además, habilidades como la marcha y el equilibrio⁴. El desarrollo y preservación de estas destrezas motrices se traduce en una mayor eficacia frente a eventos imprevistos como caídas y lesiones, lo que aumenta el pronóstico de recuperación, preservando la independencia y calidad de vida⁵. En nuestro país, las entidades gubernamentales se han esforzado en implementar programas de actividad física y hábitos saludables, con el fin de promover el cuidado integral de los AM. Sin embargo, a nivel nacional no existen programas anticipatorios y modelos de periodización del entrenamiento de la fuerza para el AM que contemplen los componentes de la carga y principios del entrenamiento, generando un vacío en este ámbito que impide el fomento y desarrollo masivo de este tipo programas. Por esta razón, resulta prioritario diseñar e implementar metodologías adaptadas que consideren fases y bloques con volúmenes e intensidades progresivas, considerando series, repeticiones y un carácter del esfuerzo acorde a la capacidad funcional de los AM. En el marco actual del envejecimiento en Chile, resulta imperioso reestructurar los programas existentes, con el fin de promover los beneficios del entrenamiento de la fuerza con un rol preventivo en la salud de los AM chilenos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno de los autores presenta conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENSO. Entrega final de resultados. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Gobierno de Chile; 2017. Accedido: 13, Octubre, 2020. <https://www.censo2017.cl/>
2. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Primeros resultados. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile; 2017. Accedido: 13, Octubre, 2020. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
3. Drey M, Sieber CC, Degens H, et al. Relation between muscle mass, motor units and type of training in master athletes. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2016;36(1):70-76. doi:10.1111/cpf.1219
4. Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización [Physical exercise in the frail elderly: an update]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(2):74-81. doi:10.1016/j.regg.2014.07.003
5. Fragala MS, Cadore EL, Dorgo S, et al. Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and Conditioning Association. *J Strength Cond Res*. 2019;33(8):2019-2052. doi:10.1519/JSC.0000000000003230

E. Jofré-Saldía

Facultad de Ciencias Médicas,
Laboratorio de Ciencias de la
Actividad Física, el Deporte y la
Salud, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Santiago de Chile.
Instituto del Deporte, Universidad
de las Américas (UDLA), Chile.
emiliojofre@me.com

A. Villalobos-Gorigoitía

Programa de Fisiología y Biofísica,
Instituto de Ciencias Biomédicas
(ICBM), Facultad de Medicina,
Universidad de Chile, Chile.

C. Fariás-Valenzuela

Facultad de Ciencias Médicas,
Laboratorio de Ciencias de la
Actividad Física, el Deporte y la
Salud, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Santiago de Chile.
Facultad de Educación,
Departamento de Didáctica de la
Expresión Musical, Plástica y
Corporal, Universidad de Granada,
Granada, España.

C. Cifuentes-Zapata

Instituto del Deporte, Universidad
de las Américas (UDLA), Chile.

J. Romagnoli

Facultad de Ciencias Médicas,
Laboratorio de Ciencias de la
Actividad Física, el Deporte y la
Salud, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Santiago de Chile.

CARTA AL EDITOR

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(1): 126-126

LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN CHILENA

THE HEALTH OF INTERNATIONAL MIGRANTS IN THE NEW CHILEAN CONSTITUTION

Señor editor,

El 25 de octubre 2020, Chile dio el primer paso para cambiar su Constitución¹. Los esfuerzos para dismantelar una de las principales herencias del pasado autoritario del país y entablar un nuevo comienzo deben hacerse cuidando los derechos garantizados de los no-nacionales presentes en el territorio chileno, incluyendo a las personas migrantes internacionales, cualquier sea su estatus migratorio. La actual Constitución no diferencia entre nacionales y no-nacionales en su garantía de derechos constitucionales, incluso el derecho a la salud.

El derecho a la salud, sin embargo, tal como está definido, se limita al derecho de elegir entre una cobertura y provisión privada o pública². En este contexto, Chile tiene un sistema de salud fragmentado que exacerba las inequidades sociales en salud³. Asimismo, el enfoque de la actual Constitución no aborda los determinantes sociales de la salud. En este sentido, una definición más comprensiva e inclusiva del derecho constitucional a la salud en la nueva Constitución es de suma importancia⁴.

Garantizar el derecho constitucional a la salud puede traer temores en torno a gastos públicos y el deseo de limitarlo a la población nacional. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, la nueva Constitución debe ser un marco que contribuya a crear estructuras legales y sociales que promuevan la salud poblacional, lo cual implica considerar los determinantes sociales de la salud y no excluir en base a la nacionalidad, país de origen, estatus migratorio, género, necesidades o resultados de salud y estatus socioeconómico.

Para que la nueva Constitución sea reflejo de las expectativas de un país más justo y equitativo no solamente para las chilenas y los chilenos sino que para toda la población presente en Chile, se debe garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes internacionales.

Financiamiento: Fondecyt Regular 1201461, ANID, Chile.

Conflicto de intereses: Las autoras no reportan conflicto de interés

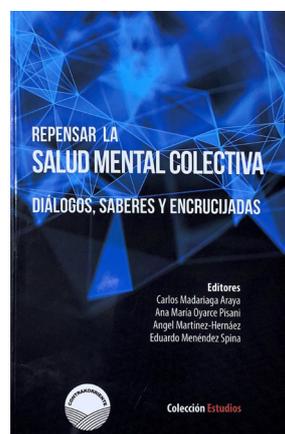
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicio Electoral de Chile [Internet]. Plebiscito Nacional 2020 fue la mayor votación de la historia de Chile [cited 2021 Feb 12]. Recuperado de: <https://www.plebiscitonacional2020.cl/plebiscito-nacional-2020-fue-la-mayor-votacion-de-la-historia-de-chile/>
2. Decreto 100, fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución política de la República de Chile (September 2005).
3. Crispi F, Cherla A, Vivaldi EA, Mossialos E. Rebuilding the broken health contract in Chile. *Lancet* 2020; 395:1342.
4. Allard Soto R, Hennig Leal M, Galdámez Zelada L. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales* 2016; 14:95-138. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002016000100004&script=sci_abstract

Alice Blukacz
Báltica Cabieses

Programa de Estudios Sociales
en Salud, Instituto de Ciencias e
Innovación en Medicina, Facultad de
Medicina Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo.
a.blukacz@udd.cl

REPENSAR LA SALUD MENTAL COLECTIVA. DIÁLOGOS, SABERES Y ENCRUCIJADAS. RETHINKING COLLECTIVE MENTAL HEALTH. DIALOGUES, KNOWLEDGE AND CROSSROADS



“Repensar la Salud Mental Colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas” es un libro fundamental editado por tres de los más grandes exponentes de la antropología médica hispanoparlante —una de las cuales es chilena— y uno de los psiquiatras más prestigiosos en el ámbito de la salud colectiva y los derechos humanos en Latinoamérica. Con una mirada profundamente decolonial y una textura muy propia de lo que hemos llamado sur global, sus trayectorias han estado abocadas a la construcción de una forma otra de conocer y de producir, reproducir y reparar el mundo en el que vivimos. La selección que hacen de los escritos de reconocidas autoras y autores que dan forma a este libro, son ensamblajes delicadamente compuestos de trabajos científicos, colectivos e implicados en y con distintas comunidades

y territorios, que permiten que este libro pueda ser leído como un todo, perfectamente hilvanado.

A lo largo de los capítulos, el libro nos va colocando en el centro mismo de un debate urgente y necesario acerca del papel de la salud mental en el contexto de crisis del actual modelo civilizatorio. Los efectos de dicho modelo y de la crisis que ha acarreado, son visibles en la degradación y expoliación del medio ambiente y la naturaleza, en la honda crisis humanitaria y migratoria en diversos lugares del mundo, y en la salud de las poblaciones, que expresan con diferentes lenguajes e idiomas, las aflicciones y el sufrimiento social, configurando, cada vez con más frecuencia, enfermedades y dolencias propias del agotamiento.

El recorrido que nos proponen comienza con una panorámica crítica acerca del paradigma biomédico de la psiquiatría actual, develando sus raíces coloniales y de gobernabilidad de la vida, para proponer un abordaje desde la salud mental colectiva. Luego nos introduce de manera certera, rigurosa y profundamente revolucionaria en el debate de la interculturalidad en salud, el cual se despliega desde la perspectiva de la lucha por una ciudadanía ampliada y un Estado que convierta la interculturalidad en su praxis cotidiana. Esto mismo es el punto de partida para problematizar la depresión como un etnodiagnóstico de occidente, cuya hegemonización ha dejado en las sombras otras formas de comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención, en este caso el mapuche, que parecieran apuntar a los aspectos más fundamentales y estructurales en la producción de la salud y la enfermedad, develando los efectos que ha provocado la crisis del modelo civilizatorio. Esto se retoma luego en relación al pueblo Aymará, abriendo una arista respecto de las políticas sanitarias en específico. Destaca la revisión y actualización del conocido trabajo “Morir de alcohol” realizada por el propio autor, que constituye un punto de inflexión

María Sol Anigstein

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina y Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

en el libro, ya que, al tiempo que problematiza los usos sociales de esta bebida, inicia un debate con las propuestas de Foucault, pero sobre todo con la utilización que las actuales corrientes psicoterapéuticas hacen de ellas, revelando rastros de la subsistencia de un colonialismo epistémico. Los siguientes capítulos nos presentan la discusión en torno a los determinantes y la determinación social de la salud, para luego reflexionar acerca de experiencias de salud comunitaria, políticas de salud mental en Chile y los efectos de la Pandemia por COVID-19 en la salud mental. Es muy destacable la inclusión de dos capítulos que realizan una reflexión robusta respecto de la relevancia del enfoque etnográfico como modelo de aproximación dialógica que, a modo de interfaz permeable, genera puntos de encuentro de

saberes, un “estar entre”, de manera de procurar un necesario descentramiento de las miradas hegemónicas, en que el nomadismo de las epistemes propicia la reconstrucción y respeto al entramado de lo singular, lo situado, lo cotidiano.

Se trata de un libro que es una bocanada de aire fresco para comprender los procesos de salud-enfermedad-atención en disputa y no solamente como efectos de las condiciones materiales de existencia o de la mirada biomédica colonial. En definitiva, nos lleva a la comprensión de que todo núcleo de sanación es relacional, social y situado, lo que desde la propuesta de este libro implica cuestionar las formas de ciudadanía, los derechos que estas implican y los modelos de desarrollo en los cuales vivimos.

Repensar la Salud Mental Colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas

Carlos Madariaga, Ana María Oyarce, Angel Martínez-Hernández, Eduardo Menéndez (editores).

Editorial Contrakorriente, Santiago de Chile 2021.

RC
SP | REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

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