

RC SP

REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

Volumen 27
N° 01/2023



Escuela
de Salud
Pública

DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

Aniversario

80

1943 - 2023

Director institucional

Óscar Arteaga

Editor

Álvaro Lefio

Editores asociados

Alejandra Fuentes-García

Jorge Gaete

Carlos Madariaga

Jadwiga Pieper

Coordinación editorial

Jorge Gaete

Referencia, indexación y publicación

Katherine Rivas

Marisol Negrete

Diseño y diagramación

Paola Videla

Traducción

Jadwiga Pieper

Secretaria

Pamela Sánchez

Representante legal

Miguel O’Ryan

Portada vol. 27 N°1 2023

Fotografía portada:

Cuerpo Docente Estadística (1960)

Unidad de Bioestadística de la Escuela de Salubridad Universidad de Chile.

Albino Bocaz, Hugo Behm, José M. Ugarte, Renate Plaut, Erica Taucher, Teodoro Zenteno, Adela Legarreta.

Domicilio

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile

Av. Independencia 939, Santiago de Chile

Fono (56) 22 9786967

E-mail: revistasp@med.uchile.cl

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

La Revista Chilena de Salud Pública

está registrada en las bases de datos

Lilacs, Dialnet, Latindex y DOAJ.



EDITORIAL

A ochenta años de la creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Álvaro Lefio

After eighty years of the creation of the School of Public Health from the University of Chile

5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Medidas sanitarias y evolución de las tendencias de casos confirmados de COVID-19, Ñuble, Chile

Adolay Sobarzo, Eduardo Gutiérrez, María Hortencia Alarcón, Ramon C. Gelabert, Ismael Morales-Ojeda.

Health measures and evolution of trends in confirmed cases of COVID-19, Ñuble, Chile

7

Gestión de reembolsos de seguros complementarios de salud en Chile: barreras y necesidades que enfrentan profesionales de salud y pacientes

Michael Braun, Macarena Hirmas-Adaury, María Ximena Sgombich-Mancilla, Daniel Jofré-Vidal, Maurizio Mattoli-Chiavarelli, Ignacio M. Haeussler-Risco, Alejandro Mauro Lalanne.

Managing reimbursement of complementary health insurances in Chile: barriers and needs faced by health professionals and patients

13

Parto prematuro durante el primer año de la pandemia por COVID-19 en la Región de la Araucanía, Chile

Carlos Kilchemmann-Fuentes, Maira Rojas-Nahuelpán, Dominique Arellano-Cabres, María José Castro-Illanes, Daniela Triviño-Sierpe, Carolina Aburto-Hermosilla, Javiera Droguett-Alarcón, María Paz Ibarra-Rioseco.

Preterm birth during the first year of the COVID-19 pandemic in Araucanía Region, Chile

24

Perfil clínico de los pacientes en rehabilitación por amputación de miembro inferior en el Hospital San Juan de Dios, Chile

Catheryne Peña-Espitia y Felipe Rosales-Lillo

Clinical Characteristics of Patients with Lower Extremity Amputations Undergoing Rehabilitation at San Juan de Dios Hospital in Santiago, Chile

31

TEMAS DE ACTUALIDAD

80 años de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Una mirada histórica personal

Giorgio Solimano

80 Years of the School of Public Health of the University of Chile. A Personal Historical View

40

80 años de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: Una historia de compromiso con la salud de la población

Óscar Arteaga

80 years of the School of Public Health of the University of Chile: A history of commitment to the health of the population

46

REIMPRESIONES

Inauguración de la Escuela de Salubridad

Hernán Romero

Inauguration of the School of Public Health

50

Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943 - 1957

Patricio Hevia

The beginnings of the Chilean Health School: 1943 - 1957

52

CARTAS AL EDITOR

Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez: Desafíos para los profesionales de salud

Daniela Robles-Tapia y Manuel del Campo Rivas

World elder abuse awareness day: Challenges for health professionals

58

A OCHENTA AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

AFTER EIGHTY YEARS OF THE CREATION OF THE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH FROM THE UNIVERSITY OF CHILE

La Revista Chilena de Salud Pública es una publicación científica universitaria y su sostén institucional es la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Este año se cumplen ochenta años desde su creación y su comunidad ha realizado diversas actividades para celebrar su existencia. El comité editorial de la Revista Chilena de Salud Pública ha querido aportar también y dedicar este número a este momento de su trayectoria institucional.

En este número se publica y republican una serie de artículos que intentan reflexionar desde distintas perspectivas y desde distintas temporalidades la historia de La Escuela, partiendo por el discurso inaugural, pronunciado por el Dr. Hernán Romero y publicado como crónica por la Revista Médica de Chile en 1944, que da luces no sólo del sentido de su creación, sino que también acerca su trayectoria posterior. En este discurso es palpable la búsqueda de que esta institución construya un vínculo y compromiso permanente con los problemas de salud de un pueblo, contribuya sustancialmente a la formación de los equipos de la institucionalidad público-sanitaria y se proyecte en la investigación científica interdisciplinaria¹.

En la cotidianidad, las celebraciones vividas durante este año se entremezclan con la conmemoración de los cincuenta años del golpe civil y militar que afectó a nuestro país en 1973. Así, en el esfuerzo de su comunidad por inundarla de actividades que recuerden o valoren estos ochenta años ha surgido un renovado ejercicio de memoria colectiva sobre el cual vale la pena reparar.

Lo patente en estos rituales y conversaciones es la aún fuerte presencia de un cierto vacío y olvido fundamental, determinado principalmente por los efectos de la violencia dictatorial sobre su comunidad. Por una parte, no están en la memoria viva una parte de quienes nos antecedieron ni sus aportes a la salud pública, por otra, no nos resulta fácil recordar el daño y la colaboración que se produjo en tiempo de intervención militar de la universidad.

En uno de los artículos identificados como preparación para este número, el profesor Ernesto Medina, director de aquel período de nuestra Escuela, decía en el año 1985:

“...Para los propósitos de la revisión histórica resulta lamentable la inexistencia de información del período 1968-1973, que coincide con la llamada reforma universitaria, y en el que no hubo publicaciones y no existen registros que permitan el análisis documentado de la época. La dirección de la Escuela le correspondió al profesor Hugo Behm. En los últimos años la dirección le ha correspondido al profesor Ernesto Medina”².

El autor de la publicación citada, agrega además una tabla en que deja en el vacío el número de estudiantes y curso impartidos en el periodo 1968-1973 por la Escuela, espacio vacío que pareciera proyectarse hasta hoy como un recordatorio y ejemplo más de los intentos activos por denostar y borrar parte de la historia institucional.

La mayoría de quienes fueron expulsados de nuestra Escuela, como parte de las razas dictatoriales, nunca volvieron a ejercer como profesores de la Escuela que ayudaron a construir y parte sustantiva de sus contribuciones siguen sin visibilizarse y aparecer. El miedo, al igual que en la mayor parte del país, colonizó a la comunidad de la época y la colaboración con las prácticas dictatoriales fueron parte del escenario cotidiano y el daño perdura hasta hoy.

Los nuevos liderazgos institucionales y la nueva comunidad que fue lentamente emergiendo con la recuperación de la democracia, pusieron sus esfuerzos en la reconstrucción de los lazos de confianza del colectivo y en la recuperación de sus capacidades académicas, para retomar un camino democrático de construcción de salud pública desde el espacio universitario. Lamentablemente estos esfuerzos no aminoran los efectos de las ausencias y la pérdida de una parte de la memoria e identidad de nuestra colectividad.

A parte de los y las que han ingresado a esta comunidad académica en los últimos años –habitualmente en una oficina a puertas cerrada y hablando bajo– se les ha contado de las quemaduras de libros, las humillaciones, de los sumarios, expulsiones y desapariciones en los días posteriores al golpe de Estado de 1973. Las conversaciones también han sido sobre las vivencias de estudiar en dictadura en esta escuela, de las personalidades y de los protagonismos, las subalternidades y los abusos de poder. Tal vez las conversaciones debieran estar también en los contenidos, ideas y proyectos que se vislumbran en los artículos publicados entre 1968 y 1973 acerca de los sistemas de salud en Latinoamérica, la relevancia de la demografía y las ciencias sociales para la salud colectiva o el aborto, publicados por Hugo Behm, Jorge Gaete, Mariano Requena y Tegualda Monreal³⁻¹⁵. También podrían estar en los aportes y complicidades académicas de Gustavo Molina, y Hernán Durán en planificación sanitaria o en la mirada en profundidad acerca de la tuberculosis, la medicina socializada y ecología de Benjamín Viel, sólo por nombrar unos pocos. De esta forma este año celebrar significará también más de claridad acerca de la trayectoria institucional y de la emergencia de la repetición a pesar de los esfuerzos por hacer olvidar.

Toda institución u organización crea narraciones e historias que contarse a sí misma. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile sigue contándose aquellas acerca del valor de la formación, del vínculo con la práctica de la salud pública, sus equipos y sus políticas. Necesita contarse mejor acerca del mal que la ensombreció, pero por sobre todo las ideas y los proyectos que la habitaron, la mayoría de los cuáles han permanecido y siguen dando sentido a su comunidad en la actualidad y permiten navegar con algo más de libertad en las reglas actuales de la academia, donde amenaza la banalidad y el vacío del prestigio individual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anónimo. Inauguración de la Escuela de Salubridad. *Rev Med de Chile*. 1944:558-569
2. Medina E. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Pasado, presente y futuro. *Cuad Med Soc* 1985;26(3):128-138.
3. Behm H, Gutiérrez H, Requena M. Demographic Trends, Health, and Medical Care in Latin America. *Int J Health Serv*. 1972;2(1):13-22. doi:10.2190/3UJD-VVCH-5WYP-KM9E
4. Behm H, Miró C. Interrelaciones entre salud y población. Bogotá: Population Reference Bureau; 1971.
5. Armijo R, Monreal T. El problema del aborto provocado en Chile [Internet]. s.d. [citado 9 de junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15353>
6. Monreal T. [Fecundity, abortion and standard of living among Mapuche women]. *Rev Med Chil*. octubre de 1972;100(10):1273-86.
7. Monreal T. [Abortion and legislation]. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1973;38(2):76-83.
8. Monreal T, Armijo R. [Evaluation of the induced abortion prevention program in Santiago]. *Rev Med Chil*. 1968;96(9):605-22.
9. Requena M. The Problem of Induced Abortion in Latin America. *Demography*. 1968;5(2):785-799. <https://doi.org/10.2307/2060270>
10. Requena M, Monreal T, Bogue DJ. Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning Programs in Chile. *Milbank Mem Fund Q*. 1968; 46(3):191-222. <https://doi.org/10.2307/3349321>
11. Armijo R, Requena M. Epidemiologic aspects of abortion in Chile. *Public Health Rep*. 1968 Jan;83(1):41-48. PMID: 19316524; PMCID: PMC1893104.
12. Requena M. Abortion in a changing world. New York: Columbia University Press; 1970. p. 338
13. Gaete J, Yocelovsky R, Tapia I. Desarrollo histórico de las instituciones de atención médica en nuestro país. *Salud Pública (Concepción)*. 1972;2(3-4).
14. Tapia I, Gaete J. Ciencias Sociales: una discusión acerca de su enfoque en Medicina. *Cuad Méd Soc*. 1970;11(2).
15. Gaete J, Yocelovsky R, Tapia I. Bases para una redefinición de la Medicina en la Ciencia Social. *Rev Méd Chile*. 1971(99):7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2023
Vol 27(1): 7-12

MEDIDAS SANITARIAS Y EVOLUCIÓN DE LAS TENDENCIAS DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19, ÑUBLE, CHILE

HEALTH MEASURES AND EVOLUTION OF TRENDS IN CONFIRMED CASES OF COVID-19, ÑUBLE, CHILE

RESUMEN

Introducción: La primera región de Chile en la que se implementaron medidas sanitarias a raíz de un brote de COVID-19 fue la del Ñuble, de allí la necesidad de investigar la efectividad de estas medidas. Nuestro objetivo fue analizar la evolución de la tendencia de los casos nuevos confirmados de COVID-19 en relación con las medidas sanitarias aplicadas en la Región.

Materiales y Métodos: Se utilizó la base de datos: "Casos nuevos totales por región incremental". A partir de estos, se identificaron puntos de inflexión en los cuales se produce un cambio en la tendencia a través de un modelo Joinpoint y se compararon con las medidas sanitarias que se ejecutaron en esos periodos.

Resultados: Al aplicar el modelo Joinpoint se observó que la evolución de la tendencia de los casos confirmados de COVID-19 se podía clasificar en seis periodos delimitados por los puntos de inflexión del modelo. A su vez se observó que dichos puntos se detectaron de forma consistente aproximadamente 14 días después de implementarse o levantarse las medidas sanitarias de contención y control de la COVID-19.

Discusión: La disminución en el número de casos nuevos confirmados de COVID-19 en la Región de Ñuble, gracias a la implementación del cordón sanitario y la cuarentena, demostraron ser medidas sanitarias eficaces para el control y contención de la epidemia.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus; SARS-CoV-2; COVID-19; epidemiología; transmisión; brotes de enfermedades; Chile.

ABSTRACT

Introduction. The first region in Chile to implement sanitary measures due to COVID-19 outbreak was Ñuble. Investigation on the effectiveness of these measures is needed. Our goal was to examine the trend of new COVID-19 cases in relation to implemented sanitary measures in the region.

Materials and Methods: The "Total new cases per region incremental" database was utilized to identify inflection points where the trend changed, comparing them with the implemented sanitary measures using a Joinpoint model.

Results: Based on analysis using the Joinpoint model, it has been noted that the pattern of confirmed COVID-19 cases can be segmented into six distinct periods, which are characterized by inflection points. It was consistently observed that these points were detected approximately 14 days after implementing or lifting COVID-19 sanitary measures for containment and control.

Discussion: The implementation of the sanitary cordon and quarantine in the Ñuble Region effectively decreased new confirmed cases of COVID-19, aiding in the control and containment of the epidemic.

Key words: Coronavirus infections; SARS-CoV-2; COVID-19; epidemiology; transmission; disease outbreaks; Chile.

Adolay Sobarzo

Ismael Morales-Ojeda

Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Adventista de Chile,
Chillán, Chile.

Eduardo Gutiérrez

Facultad de Educación y Ciencias
Sociales, Universidad Adventista de
Chile, Chillán, Chile.

María Hortencia Alarcón

Dirección de Posgrado,
Universidad Adventista de Chile,
Chillán, Chile.

Ramon C. Gelabert

Dirección de Investigación,
Universidad Adventista de Chile,
Chillán, Chile.

Recibido el 14-10-2021

Aprobado el 05-10-2022

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 ha impactado en más de 180 países¹, generando un grave problema de salud pública, con millones de contagiados y centenares de miles muertos². Esta enfermedad es causada por el virus SARS-CoV-2 que produce un cuadro de distrés agudo respiratorio severo, además de otras complicaciones multisistémicas, que pueden conducir a la muerte de algunos individuos³.

Este virus se transmite por aire, principalmente a través de gotas de saliva o aerosoles expulsados al hablar y los síntomas pueden iniciarse entre 11 a 14 días después del contagio⁴. La modalidad de contagio es de alta transmisibilidad entre la población^{3,5}, la cual ocasiona una saturación de los sistemas sanitarios. La planificación y ejecución de medidas sanitarias tanto colectivas como individuales (como uso de mascarilla, distanciamiento físico o el lavado frecuente de manos), han permitido actualmente frenar la tasa de crecimiento⁶⁻⁸.

Dentro de las medidas sanitarias colectivas más utilizadas están: la restricción de movilidad de las poblaciones, el cierre de centros educativos y empresas, uso de aduanas y cordones sanitarios, cuarentena entre otras. A pesar de los costos involucrados⁹, el beneficio de estas medidas bien ejecutadas tiene un gran impacto que no es observable directamente y que requiere de proyecciones mediante modelamientos matemáticos para apreciar sus resultados^{10,20}.

En diferentes países se han implementado diversas acciones de control y contención de la epidemia con distintos resultados. En Italia y España, las principales medidas sanitarias adoptadas consistieron en aduanas sanitarias, cordones sanitarios, cuarentenas, y toques de queda que consiguieron un efecto favorable “aplanando” la curva de contagios¹²⁻¹⁴. Por otra parte, en Wuhan, China, los casos confirmados de COVID-19, antes y después del confinamiento, reportaron una tasa de crecimiento de casos significativamente menor y un mayor tiempo de duplicación, concluyéndose que un confinamiento más estricto de personas en áreas de alto riesgo podría tener un potencial alto efecto para frenar la propagación de la COVID-19¹⁵.

En el caso de Brasil, debido a las escasas medidas sanitarias implementadas en comparación con otros países, se presentó una evidente expansión del contagio de SARS-CoV-2¹⁶. Esta situación puso en riesgo la integridad del sistema de salud y económico del país.

Mayr y cols, en una revisión sistemática del efecto de la cuarentena sobre la pandemia de COVID-19, por sí sola o en combinación con otras medidas de salud pública, constataron la eficacia de la cuarentena para controlar la propagación por coronavirus. Por otro lado, dichos autores sugieren que para la toma de decisiones se debe monitorizar constantemente la situación del brote y el efecto de las medidas sanitarias que se implementan¹⁷.

Frente a esto, en Chile se observó que la implementación de esas medidas pudo verse afectada por el retraso en la confirmación de casos por diagnóstico de laboratorio, cambios de metodología de seguimiento y criterios para el conteo de contagiados y fallecidos, entre otros¹⁸. La primera región de Chile en la que se implementaron medidas sanitarias a raíz de un brote de COVID-19 fue Ñuble, el 23 de marzo de 2020. Dado este contexto, el objetivo de esta investigación es analizar la evolución de la tendencia de los casos confirmados de COVID-19 en relación con las medidas sanitarias aplicadas en la Región de Ñuble.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los casos confirmados de COVID-19 que se analizaron fueron obtenidos en la base de datos “Casos nuevos totales por región incremental”, disponible en la página web del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación¹⁹ para la región de Ñuble, en el periodo comprendido entre el 12 de marzo y el 17 de junio de 2020.

El análisis estadístico partió de la serie temporal generada por estos datos, aplicándose un suavizamiento mediante medias móviles centradas de orden 7 para apreciar la tendencia en el periodo medio de tardanza entre la sospecha de diagnóstico y el resultado positivo de un examen PCR²⁰ y así evitar fluctuaciones debidas a la tardanza en la entrega de la información.

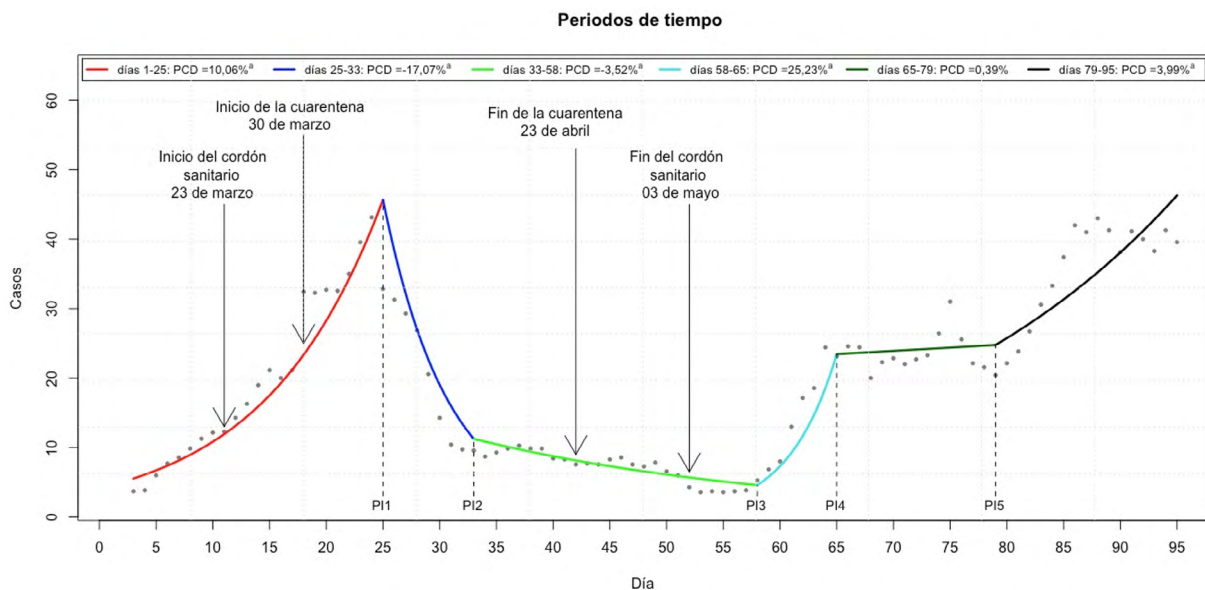
Para identificar los puntos en los que se produce un cambio en la tendencia, se utilizó el modelo de regresión *Joinpoint*, llamado también regresión segmentada o regresión por partes²¹. Este modelo estima también el Porcentaje de Cambio Diario (PCD) en cada segmento de la regresión con una significación estadística de (considerando una significación estadística, dado un p-valor máximo 5%). El número de *joinpoints* se seleccionó mediante el criterio de información bayesiano²² (BIC) usando el software *Joinpoint Regression Program Version 4.7.0.0*²³.

Si bien la investigación utilizó datos públicos de acceso libre, igualmente el proyecto fue evaluado por el Comité de Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile. El cual indicó que la investigación estuvo acorde con los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki, que no da a conocer datos sensibles de los participantes ni conlleva riesgo alguno para ellos.

RESULTADOS

Al realizar el análisis de regresión *Joinpoint*, encontramos cinco puntos de inflexión. Estos puntos separan la curva de casos nuevos confirmados de COVID-19 en seis periodos de tiempo, para los cuales se estimó el PCD que representa el ritmo de crecimiento de la cantidad de casos que se mantuvo constante dentro de cada periodo. Cada uno de los cinco puntos de inflexión muestra un marcado cambio en la tendencia de los casos nuevos confirmados de COVID-19 en la región de Ñuble (ver figura 1).

Figura 1. Evolución de la tendencia de los casos confirmados de COVID-19: Curva de casos nuevos confirmados de COVID-19, puntos de inflexión (PI), periodos de tiempo según PCD y medidas sanitarias implementadas en la región de Ñuble



^a Indica que el Porcentaje de Cambio Diario (PCD) es significativamente distinto de cero a un nivel de significancia $\alpha=0,05$.

PI: punto de inflexión.

Fuente: Elaboración por los autores a partir de los datos del estudio.

El primer periodo comenzó con la detección del primer contagio registrado en la región el día epidemiológico 1 (12 de marzo de 2020) y se extendió hasta el día 25 (6 de abril, PI1) con un PCD de 10,06% ($p = 0,000$). El segundo periodo comprendió el periodo entre el día 25 (6 de abril, PI1) y el día 33 (14 de abril, PI2) con un PCD de -16,07% ($p = 0,000$). El tercer periodo comenzó el día 33 (14 de abril, PI2) y finalizando el día 58 (9 de mayo, PI3) con un PCD de -3,52% ($p = 0,000$). El cuarto periodo desde el día 58 (9 de mayo, PI3) hasta el día 65 (16 de mayo, PI4) con un PCD de 26,23% ($p = 0,000$). El quinto periodo se extendió desde el día 65 (16 de mayo, PI4) hasta el día 79 (30 de mayo, PI5) con un PCD de 0,39% ($p = 0,650$). Finalmente, el sexto periodo desde el día 79 (30 de mayo, PI5) hasta el día 97 (17 de junio) con PCD de 3,99% ($p = 0,000$).

DISCUSIÓN

En el caso de Chile, la región del Ñuble fue uno de los primeros lugares en sufrir las consecuencias de la COVID-19 y de aplicación de medidas sanitarias. En este sentido, el nuevo contexto sanitario presentado ocasionó problemas asociados a la dificultad para obtener datos de calidad, lo que fue debido principalmente a la imposibilidad de disponer de suficientes pruebas de laboratorio para confirmar casos sospechosos y contactos asintomáticos, por lo que debiera suponer que los casos confirmados son simplemente una parte de la verdadera cifra de casos por COVID-19¹⁷. No obstante, la información presentada por las autoridades permite hacer una evaluación de la velocidad con que el SARS-CoV-2 puede diseminarse en la población al punto de ser una amenaza para la población mundial²⁴.

En el caso de la región de Ñuble, tal como se presenta en esta investigación, es posible apreciar una coherencia respecto de la efectividad de las medidas sanitarias colectivas, como cordones sanitarios o cuarentenas, en cuanto a la etiopatogenia del Covid-19 de serotipo Wuhan respecto de lo observado en los trabajos presentes hasta el momento²⁵. En este sentido, una revisión sistemática de estudios de modelamiento informó que la cuarentena de las personas expuestas a casos confirmados o sospechosos evitó entre el 44% y el 81% de los casos incidentes y entre el 31% y el 63% de las muertes, en comparación con la ausencia de medidas basadas en diferentes escenarios²⁵.

El cordón sanitario implantado el 23 de marzo en la Región de Ñuble probablemente generó un cambio en

la tasa de crecimiento de casos nuevos confirmados de COVID-19 que se constata con el primer punto de inflexión (día 25, 6 de abril), es decir, al cabo de 15 días (Figura 1), lo que coincide con el periodo prepatogénico de la COVID-19⁴.

A partir del primer punto de inflexión se produjo un descenso en la tasa de crecimiento de casos nuevos confirmados de COVID-19, es decir, una reducción del PCD de -16,07% en el segundo periodo entre el día 25 (6 de abril) y el día 33 (14 de abril). Ahora bien, este descenso pronunciado probablemente se vio influido por la adopción de una cuarentena en el día 18 (30 de marzo) (Figura 1). Además, se agregaron otras medidas, por ejemplo: el 1 de abril el Ministerio de Salud dictó instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud, el 3 de abril el Ministerio de Salud se orientó en el manejo de la infección COVID-19 domiciliaria y el 6 de abril el Municipio de Chillán (capital de la Región de Ñuble) publicó una Ordenanza Municipal sobre uso de mascarillas. El 8 de abril el Ministerio de Salud divulgó recomendaciones de actuación en los lugares de trabajo, entre otras.

La cuarentena se levantó el 23 de abril (día 42) en la Región de Ñuble, lo que probablemente produjo un repunte acusado de la tasa de casos nuevos confirmados de COVID-19 en el cuarto periodo de la curva de casos nuevos confirmados de COVID-19 que se reflejó en un PCD del 26,23%. El cuarto periodo empieza con el tercer punto de inflexión el día 58 (9 de mayo), es decir, 16 días después de levantar la cuarentena, lo que de nuevo coincide con el periodo prepatogénico de la COVID-19. Ahora bien, este aumento pronunciado quizás se vio influido por el levantamiento del cordón sanitario en el día 52 (3 de mayo) (Figura 1).

En los periodos posteriores a los levantamientos de la cuarentena y el cordón sanitario hubo, por ejemplo: movilización de personas que no pudieron salir o entrar a la región de Ñuble en largos periodos de tiempo, compras masivas para reabastecimiento, conmemoraciones o celebraciones como Semana Santa o día de la madre que incluyen reuniones, muchas veces masivas, y compra de obsequios. Todas situaciones que según lo revisado en la literatura incrementaron la probabilidad de contagios²⁶⁻²⁸.

Las principales medidas sanitarias frente a la COVID-19 han mostrado ser el cordón sanitario, el aislamiento o cuarentena, al menos en Latinoamérica, como es el caso de Cuba²⁹, Colombia³⁰, Bolivia³¹ o Perú³², lo que está en línea con el presente trabajo.

Pero los estudios tienen su limitante, en el sentido que se debe tener en cuenta que la capacidad de diagnóstico eficiente de los contagiados sintomáticos o asintomáticos es indispensable a la hora de poder evaluar la efectividad de las medidas implementadas³³, por lo que la disponibilidad de test en cada país implica variaciones respecto de los modelos predictivos a la hora de comparar la evolución de los casos de COVID-19.

Considerando las características epidemiológicas y culturales presentes en Latinoamérica, es de destacar que, en un contexto local como es la región de Ñuble, las medidas sanitarias adoptadas por el Gobierno de Chile se han mostrado eficaces para controlar y contener la propagación de la epidemia de COVID-19.

En la región de Ñuble la evidencia presentada en esta investigación, indica que la implementación del cordón sanitario y la cuarentena consiguieron disminuir el número de casos nuevos confirmados de COVID-19. Por el contrario, el levantamiento de dichas medidas sanitarias, comportó un incremento brusco de la tasa de nuevos casos confirmados de COVID-19. Tanto la disminución como el incremento de casos se reflejó en los puntos de inflexión que delimitan los distintos periodos de la curva de tendencia de nuevos casos confirmados de COVID-19, lo que sugiere una coincidencia con el periodo prepatogénico de la COVID-19.

Financiamiento

El presente trabajo contó con el apoyo financiero de la Universidad Adventista de Chile. Esta institución no influyó de ninguna manera en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de los datos; así como tampoco tuvo incidencia en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wynants L, Van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, De Vos M et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19 infection: systematic review and critical appraisal. *BMJ*. 2020;369:m1328. doi: 10.1136/bmj.m1328
2. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*. 2020;395:689-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30260-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30260-9)
3. Cai J, Sun W, Huang J, Gamber M, Wu J, He G. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases, Wenzhou, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(6):1343-1345. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2606.200412>
4. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020;172(9):577-582. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
5. Dietz I, Horve PF, Coil DA, Fretz M, Eisen JA, Van Den Wymelenberga K. 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Built Environment Considerations To Reduce Transmission. *mSystems*. 2020;5:e00245-20. <https://doi.org/10.1128/mSystems.00245-20>
6. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, Duan G. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses*. 2020;12(372). <https://doi.org/10.3390/v12040372>
7. West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour*. 2020;4 :451-9. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9>
8. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>
9. Lai CC, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Ko WC, Hsueh PR. Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country health-care resources and economic status. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(4):105946. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105946
10. Weitz JS, Beckett SJ, Coenen AR, Demory D, Domínguez-Mirazo M, Dushoff J et al. Modeling shield immunity to reduce COVID-19 epidemic spread. *Nat Med*. 2020;26:849-54. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0895-3>
11. Yan L, Zhang H-T, Goncalves J, Xiao Y, Wang M, Guo Y et al. An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients. *Nat Mach Intell*. 2020;2:283-288. <https://doi.org/10.1038/s42256-020-0180-7>
12. Signorelli C, Scognamiglio T, Odone A. COVID-19 in Italy: impact of containment measures and prevalence estimates of infection in the general population. *Acta Biomed*. 2020;91(3-S):175-179. doi:10.23750/abm.v91i3-S.9511)

13. Sjödin H, Wilder-Smith A, Osman S, Farooq Z, Rocklöv J. Only strict quarantine measures can curb the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Italy, 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(13):2000280. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000280
14. Sáez M, Tobías A, Varga D, Barceló MA. Effectiveness of the measures to flatten the epidemic curve of COVID-19. The case of Spain. *Sci Total Environ.* 2020;727:138761. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.138761
15. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, Mikolajczyk A, Schubert J, Bania J et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *J Travel Med.* 2020;27(3):taaa037. doi:10.1093/jtm/taaa037
16. Candido DS, Claro IM, de Jesus JG, Souza WM, Moreira FRR, Dellicour S et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science.* 2020; eabd2161. doi:10.1126/science.abd2161
17. Mayr V, Nußbaumer-Streit B, Gartlehner G. Quarantäne alleine oder in Kombination mit weiteren Public-Health-Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie: Ein Cochrane Rapid Review. *Das Gesundheitswesen.* 2020;82(6): 501-6. doi: 10.1055/a-1164-6611
18. Navas A, Vergara-Hermosilla G. Observaciones sobre la dinámica de la epidemia de Coronavirus y los casos no reportados: el caso de Chile. 2020. <http://www.mat.usach.cl/images/Profesores/navas-papers/covito.pdf>
19. MinCiencia / Datos-COVID19 [sede Web]. Santiago, Chile: Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación [actualizada 18 jun 2020; acceso 18 jun 2020]. Disponible en: <https://github.com/MinCiencia/Datos-COVID19/tree/master/output/producto13>
20. Muggeo V, Sottile G, Porcu M. Modelling COVID-19 outbreak: segmented regression to assess lockdown effectiveness. 2020. doi: 10.13140/RG.2.2.32798.28485
21. Hinkley, D. V. Inference in two-phase regression. *J Am Stat Assoc.* 1974;66(336):736-43. doi: 10.2307/2284220
22. Schwarz G. Estimating the Dimension of a Model. *Ann. Statist.* 1978;6 (2):461-4. doi:10.1214/aos/1176344136
23. Joinpoint Regression Program, Version 4.7.0.0 - February 2019; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
24. Bogoch II, Watts A, Thomas-Bachli A, Huber C, Kraemer MUG, Khan K. Pneumonia of Unknown Etiology in Wuhan, China: Potential for International Spread Via Commercial Air Travel. *J Travel Med.* 2020;27(2):taaa008. doi: 10.1093/jtm/taaa008/5704418
25. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A I, Chapman A, Persad E, Klerings I et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 2020(4):CD013574. doi: 10.1002/14651858.CD013574
26. Read JM, Bridgen JR, Cummings DA, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. *medRxiv.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.01.23.20018549>
27. Zhou T, Liu Q, Yang Z, Liao J, Yang K, Bai W et al. Preliminary prediction of the basic reproduction number of the Wuhan novel coronavirus 2019-nCoV. *J Evid Based Med.* 2020; 13(1):3-7. <https://doi.org/10.1111/jebm.12376>
28. Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis.* 2020;92:214-217. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.050>
29. Candelaria JC, Díaz SA, Acosta DM, Junco B, Rodríguez A. Primera comunidad en cuarentena por la COVID-19 de Cuba. *Rev Cien Med Pinar del Río, [S.l.].* 2020;24(3):e4485. Disponible en: <http://www.revcm-pinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4485>
30. Díaz JE. Estudio comparativo entre el contagio durante la cuarentena obligada por el COVID-19 y el contagio durante la apertura gradual y controlada para algunos sectores de la economía en Colombia. *Repert Med Cir.* 2020;52-8. doi: 10.31260/RepertMedCir.01217372.1073
31. Birbuet JC, López R. Dinámica de expansión del COVID-19 en Bolivia durante las primeras 6 semanas. Resumen ejecutivo. *Data & Políticas & Politics.* 2020. Disponible en: https://rafalopezv.io/covid19_bolivia/
32. Huamaní C, Timaná-Ruiz R, Pinedo J, Pérez J, Vásquez L. Condiciones estimadas para controlar la pandemia de COVID-19 en escenarios de pre y poscuarentena en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;37(2):195-202. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5405>
33. Liu Z, Magal P, Seydi O, Webb G. Understanding Unreported Cases in the COVID-19 Epidemic Outbreak in Wuhan, China, and the Importance of Major Public Health Interventions. *Biology.* 2020;9(3),50. doi:10.3390/biology9030050

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2023
Vol 27(1): 13-23

GESTIÓN DE REEMBOLSOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE SALUD EN CHILE: BARRERAS Y NECESIDADES QUE ENFRENTAN PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES

MANAGING REIMBURSEMENT OF COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCES IN CHILE: BARRIERS AND NEEDS FACED BY HEALTH PROFESSIONALS AND PATIENTS.

RESUMEN

Introducción: Los seguros complementarios de salud cubren los costos que la institución previsional no absorbe. Este mercado crece año a año en Chile, especialmente los seguros colectivos. Sin embargo, existe escasa evidencia que describa cómo perciben los usuarios la gestión relacionada al reembolso. El objetivo de este estudio es caracterizar la gestión del reembolso del seguro complementario de salud y sus dificultades, desde la perspectiva de pacientes, médicos y odontólogos, y levantar recomendaciones de innovación.

Materiales y métodos: Diseño mixto basado en un estudio cuantitativo transversal (412 participantes) y en un estudio cualitativo exploratorio (20 participantes), realizado en 2022. En el componente cuantitativo, se utilizó un cuestionario autoadministrado realizando análisis descriptivos univariados y bivariados utilizando SPSS. El componente cualitativo se basó en entrevistas semiestructuradas desarrollando análisis de contenido.

Resultados: Los formularios de reembolso se encuentran disponibles en los establecimientos de salud, o bien, el paciente los lleva impresos. El proceso se percibe complejo por parte de los pacientes, desconocen la información a declarar, mencionan pobre apoyo de aseguradoras, y sitios web de difícil manejo. Los profesionales de salud refieren perder tiempo de consulta relacionado a completar el formulario (especialmente odontólogos), gestiones adicionales que deben realizar, formularios complejos y no estandarizados. Se reconoce la necesidad de contar con un sistema digital integrado y amigable, que facilite la gestión del reembolso.

Discusión: En base a las barreras que enfrentan pacientes y profesionales de salud, junto a las recomendaciones identificadas, emerge la necesidad de integración e innovación de los sistemas de reembolsos, centrado en los usuarios, mejorando la experiencia de uso e incorporando nuevas tecnologías.

Palabras clave. Seguro de salud; Reembolso de Seguro de Salud; Innovación tecnológica; Mecanismos de Reembolso.

ABSTRACT

Introduction: Complementary health insurance pays for expenses not covered by public or private insurance. The collective insurance market is growing in Chile. However, little evidence exists on how reimbursement management is perceived by users. This study aims to characterize the management of reimbursement of complementary health insurance from the perspective of patients, physicians, and dentists, and to provide recommendations for innovation.

Materials and methods: Mixed design based on a cross-sectional quantitative study (412 participants) and an exploratory qualitative study (20 participants), conducted in 2022. The study used a self-administered questionnaire for quantitative analysis, while semi-structured interviews and content analysis were used for qualitative analysis.

Results: The reimbursement forms can be obtained at health facilities or are printed and carried by the patient. Patients perceive the form-filling process as complex due to a lack of information, inadequate insurance support, and websites that are difficult to navigate. Healthcare professionals point to the loss of healthcare time due to filling out the forms (especially dentists), the additional steps involved, and the complex and non-standardized forms. The need for an integrated and user-friendly digital system that facilitates reimbursement management is recognized.

Discussion: The healthcare industry needs to develop integrated reimbursement systems with innovative solutions that prioritize the user experience and leverage new technologies to improve outcomes and enhance care quality.

Key words: Health insurance; Health Insurance Reimbursement; Technological innovation; Reimbursement Mechanisms.

Michael Braun

Maurizio Mattoli-Chiavarelli

Ignacio M. Haeussler-Risco

Centro de Informática Biomédica,
Instituto de Ciencias e Innovación
en Medicina, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.

Macarena Hirmas-Adaury

Centro de Epidemiología y Políticas
de Salud, Instituto de Ciencias e
Innovación en Medicina, Facultad de
Medicina Clínica Alemana Universi-
dad del Desarrollo, Santiago, Chile.

M. Ximena Sgombich-Mancilla

Daniel Jofré-Vidal

Grupo Nous, Santiago, Chile.

Alejandro Mauro Lalanne

Centro de Informática Biomédica,
Instituto de Ciencias e Innovación
en Medicina, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del
Desarrollo, Santiago, Chile.
Departamento de Informática
Biomédica, Clínica Alemana de
Santiago, Santiago, Chile.

mhirmas@udd.cl

Recibido el 11-12-2022

Aprobado el 15-06-2023

INTRODUCCIÓN

En Chile coexisten aseguradores y prestadores de salud públicos (Fondo Nacional de Salud, Fonasa) y privados (Instituciones de Salud Previsional, Isapre), pertenecientes a la seguridad social y regulados por la Superintendencia de Salud. El subsistema público cubre al 78% de la población, el privado al 14%, los subsistemas de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública al 3%, y un 4% no está asegurado¹. Adicionalmente, existen seguros complementarios de salud que cubren los gastos que exceden a lo contemplado por la institución previsional. Estos seguros son de carácter privado y voluntario, individual o colectivo². Sus coberturas corresponden a “gastos generados a causa de una enfermedad o accidente, otorgando prestaciones a través de un centro asistencial o mediante el reembolso de los gastos de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria o cualquier otro que esté estipulado en las condiciones”³.

El mercado de seguros complementarios ha crecido de forma importante los últimos años en Chile, principalmente los seguros colectivos (contratados por una empresa para sus trabajadores), y los seguros individuales catastróficos para enfermedades de alto costo². Además, bajo la Ley 21.342, se incorporaron seguros obligatorios COVID-19 que los empleadores deben contratar para sus trabajadores⁴. Este mercado es fiscalizado por la Comisión del Mercado Financiero (CMF) que pertenece al Ministerio de Hacienda, y por lo tanto, se encuentra fuera de la regulación de la seguridad social y mirada sanitaria. Es movilizad por lógicas de mercado, convirtiéndose en un fuerte competidor frente a problemas de costos y cobertura de las Isapre, a las dificultades de acceso al sistema de salud de Fonasa, necesidades y expectativas no cubiertas de las personas, entre otros⁵.

Mientras entre 2013 y 2015, el Producto Interno Bruto (PIB) creció a una tasa promedio anual de 2,2%, las primas de los seguros de salud crecieron a un 6,8%⁶. Al considerar entre 2016 y 2021, el crecimiento fue aún mayor, con un 10% en comparación al 4,9% del PIB⁷⁻⁹.

A marzo 2022, el mercado de seguros de salud representó un 13,1% de la participación de la prima directa^A respecto del total de seguros ofrecidos por compañías de seguros de vida (seguros de sobrevivencia, desgravamen, otros). Algunas compañías de seguros generales también comercializan seguros de salud, sin embargo su participación es marginal. Entre 2011-2021, el porcentaje de la prima de salud, respecto de la prima total, aumentó de 6,5% a 9,9%, representando una diferencia porcentual de 52%. En términos financieros, se tradujo en un aumento de 121% para ese período, con 9.582.646 UF y 21.210.264 UF, respectivamente¹⁰. Al analizar el número de siniestros^B, se observó un aumento de 108% entre 2011 y 2021, con 8.429.552 y 17.531.305 respectivamente¹⁰.

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, evidencia que un 15% de los hogares cuenta con algún miembro del núcleo familiar^C cubierto por un seguro complementario de salud¹. Sin embargo, a pesar de todo el crecimiento señalado, existe escasa evidencia que permita describir el mercado de este tipo de seguros, caracterizar a la población afiliada y conocer cómo es la gestión relacionada al reembolso.

La solicitud de reembolso se activa posterior a la cobertura entregada por las instituciones previsionales, y si bien algunas compañías tienen digitalizado este proceso (aplicaciones móviles, portales web o en línea con prestadores), el proceso mayoritariamente es análogo y requiere del formulario en papel para solicitar la indemnización del gasto^{11,12}. Esto instala barreras importantes, por ejemplo, si el paciente no dispone del formulario al momento de la atención, deberá realizar una serie de acciones incurriendo en gastos de tiempo, traslado y económicos¹³. Respecto al prestador de salud, las dificultades se relacionan con el tiempo dedicado a esta gestión, la necesidad de contar con formularios físicos de cada aseguradora, y la asignación de recursos humanos y financieros para la gestión del papel.

En este contexto, el objetivo de este estudio fue caracterizar la gestión del reembolso del seguro complementario de salud y sus dificultades, desde

- A Monto de dinero expresado en una moneda reajutable que el contratante está obligado a pagar como una retribución por la cobertura que otorga la compañía de seguros, según el contrato de seguro pactado.
- B Siniestros pagados y por pagar, como cifra estimada de formularios correctamente emitidos. Se considera como siniestro cada pago de indemnización o reembolso.
- C Un núcleo familiar es una parte de un hogar (un subconjunto de sus miembros) y puede estar constituido por una persona sola o un grupo de personas. Comúnmente corresponden a parejas o adultos junto a una o más personas que dependen de ellos. Puede ocurrir que en un hogar exista uno o más núcleos familiares. Sin embargo, no puede darse que un núcleo familiar esté distribuido en más de un hogar.

la perspectiva de pacientes, médicos y odontólogos, y levantar recomendaciones de innovación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de diseño mixto convergente, basado en un componente cuantitativo transversal y en uno cualitativo exploratorio, realizado entre marzo y mayo de 2022. Los diseños mixtos permiten obtener una perspectiva amplia y profunda de los fenómenos de estudio, y consideran una etapa de recolección cuantitativa y una cualitativa, para luego triangular los resultados entre ambas¹⁴.

El componente cuantitativo consideró una población de 57.740 médicos cirujanos y 28.332 cirujanos dentistas inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud en 2021, tanto en el sector público como privado¹⁵. Se utilizó un muestreo no probabilístico, combinando criterios de conveniencia y voluntariedad, con un tamaño esperado de 227 profesionales, que fueron distribuidos proporcionalmente a lo observado en la población entre médicos (67%, n=152) y odontólogos (33%, n=75). De tratarse de una muestra probabilística, este tamaño permite un error de 6,5% confianza de 95%, y máxima variabilidad (50%).

Para el componente cualitativo, se estimó una muestra por conveniencia de 20 participantes: 10 médicos y odontólogos, y 10 pacientes.

Criterios de inclusión

Ser médico cirujano o cirujano dentista, acreditado en Chile. Adicionalmente, se incorporó al componente cualitativo, el haber emitido formularios de seguros complementarios de pacientes durante el último año.

Para los usuarios de seguros de salud (pacientes) se consideró ser mayor o igual de 18 años, pertenecer a Fonasa o Isapre, estar afiliado a algún seguro complementario de salud y haber hecho uso de éste durante el último año.

Reclutamiento

Los profesionales fueron contactados a través de redes institucionales del Colegio Médico, Colegio de Cirujano Dentistas, Clínica Alemana de Santiago y otros centros asistenciales. Se enriqueció la heterogeneidad de la muestra utilizando redes profesionales del equipo investigador incorporando profesionales de otras instituciones.

El reclutamiento de usuarios de seguros de salud (pacientes) tuvo dos modalidades:

Los profesionales de salud invitados al estudio consultaban a sus pacientes sobre el interés en participar y eran referidos a los investigadores.

Contacto por redes sociales (no digitales) en las que se accedía a un conjunto de candidatos. El candidato era consultado si conocía a personas que cumplieran con los criterios de inclusión y quisieran participar. Si la respuesta era afirmativa, se tomaba contacto con esa persona y se invitaba formalmente al estudio.

Recolección de la información

Para el estudio transversal se elaboró un cuestionario autoadministrado, compuesto por variables sociodemográficas como: sexo (masculino/femenino/otro), edad (años cumplidos al momento de la encuesta), nacionalidad (chilena/otra), profesión (médico cirujano/cirujano dentista), especialidad médica u odontológica, tipo de establecimiento donde trabaja al momento de la encuesta (público/privado/Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad pública/otro), y realización de teleconsultas. Otras variables se relacionaron a la gestión de los formularios de seguros complementarios de salud: haber completado alguno previo a la encuesta (sí/no), formularios emitidos en los últimos 3 meses (ninguno/1-10/11-20/21-30/más de 30), tiempo estimado en promedio, que dedica a llenar un formulario (1-3 minutos/4-6 minutos/más de 6 minutos), dificultades y recomendaciones.

Se realizó un piloto con 10 profesionales de salud. Posteriormente, entre marzo y abril de 2022 se hizo el levantamiento de la información. Los datos del estudio se recopilaron y gestionaron utilizando las herramientas de captura electrónica de datos REDCap, alojadas en la Universidad del Desarrollo^{16,17}. REDCap (Research Electronic Data Capture) es una plataforma de software segura, basada en la web, diseñada para apoyar la captura de datos para los estudios de investigación, proporcionando 1) una interfaz intuitiva para la captura de datos validados; 2) pistas de auditoría para el seguimiento de los procedimientos de manipulación y exportación de datos; 3) procedimientos de exportación automatizados para la descarga de datos sin problemas a los paquetes estadísticos comunes; y 4) procedimientos para la integración de datos y la interoperabilidad con fuentes externas.

El componente cualitativo se desarrolló entre marzo y mayo de 2022. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios de Fonasa o Isapre, que estuvieran afiliados a compañías de seguros complementarios, y a profesionales médicos y odontólogos. Las entrevistas

duraron entre 40 y 60 minutos, y ante las restricciones sanitarias por la pandemia COVID-19, se privilegió la modalidad de videoconferencia.

Las dimensiones de indagación buscaron reconstruir la experiencia de los participantes, sus expectativas y motivadores de uso, e identificar barreras en torno a la gestión de los formularios (médicos y odontólogos), al proceso de obtención (pacientes), a dificultades percibidas durante el proceso, necesidades de apoyo y facilitadores.

Análisis de la información

Los datos cuantitativos fueron exportados a SPSS v27 donde se validó la información. Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados. Para variables categóricas se utilizaron pruebas de Fisher o Chi-cuadrado, y para variables cuantitativas, pruebas no paramétricas tras constatar que no distribuían normal. En ambos casos, se consideró un valor de significancia estadística $<0,05$ (valor p).

Los hallazgos del estudio cualitativo se trabajaron mediante análisis de contenido en su modalidad de análisis temático, método para identificar, analizar e interpretar patrones o temas en datos cualitativos¹⁴. Con un procedimiento sistemático se identificaron y describieron unidades de información estableciendo interpretaciones respecto a la gestión de seguros complementarios, fundadas en juicios, opiniones, inquietudes, demandas e intereses de los actores.

Las fases del análisis temático consideraron: (a) familiarización con los datos mediante lectura del material y anotaciones; (b) generación de categorías/códigos iniciales; (c) búsqueda de temas: reducción de información en tópicos estructurantes; (d) revisión de temas: proceso de recodificación y delimitación conceptual, y emergencia de nuevos temas, y (e) definición y denominación de temas: identificación definitiva y construcción de un árbol lógico de temas y subtemas.

Para la integración entre ambos componentes, se trianguló el análisis verificando convergencia y contrastando los datos cuantitativos y cualitativos¹⁴.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. La participación fue voluntaria resguardando la confidencialidad y anonimato. Las respuestas y grabaciones se encuentran en computadoras con acceso exclusivo del equipo de investigación. Las entrevistas presenciales se realizaron bajo normativas sanitarias vigentes en contexto de pandemia, previa firma del consentimiento informado. En entrevistas virtuales se leyó el consentimiento informado quedando constancia en la grabación de la voluntad de participar.

RESULTADOS

Se recibieron 418 cuestionarios, siendo analizados 412 registros válidos. El error con el que finalmente se trabajó fue 4,8%, 95% de confianza y máxima variabilidad (50%). En relación al componente cualitativo, se realizaron 10 entrevistas a profesionales de salud (7 médicos y 3 odontólogos), y 10 entrevistas a pacientes (7 afiliados a Isapre y 3 a Fonasa). Los resultados se presentan integrando ambos componentes:

Características sociodemográficas

Respecto a los profesionales, tanto en el componente cuantitativo como cualitativo, predominaron los hombres y los médicos. La distribución según sexo y profesión, para ambos componentes el grupo de médicos estaba conformado mayoritariamente por hombres, así como el grupo de odontólogos del componente cualitativo. Las mujeres predominaron en el grupo de odontólogos del componente cuantitativo. La mediana de edad de los participantes del componente cuantitativo fue de 47 años con un rango entre 25 y 83 años, mientras que en el cualitativo tenían entre 40 y 60 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de salud, según componentes cuantitativo y cualitativo, Chile, 2022.

Componente	Características	Total n (%)	Médicos n (%)	Odontólogos n (%)
Cuantitativo	Total	412 (100%)	343 (83,3%)	69 (16,7%)
	Mujeres	201 (48,8%)	158 (46,1%)	43 (62,3%)
	Hombres	211 (51,2%)	185 (53,9%)	26 (37,7%)
	Edad en años mediana, rango	47, 25-83	48, 25-83	39, 25-74
Cualitativo	Total	10 (100%)	7 (70%)	3 (30%)
	Mujeres	2 (20%)	2 (28,6%)	0 (0%)
	Hombres	8 (80%)	5 (71,4%)	3 (100%)

Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

Cerca del 80% de los participantes en ambos componentes, contaba con algún nivel de especialización (componente cuantitativo 323/410, 78,8%, componente cualitativo 8/10, 80%). Según el tipo de establecimiento donde trabajaban, el 86% (n=354) de quienes participaron en el componente cuantitativo, declaró trabajar en establecimientos privados, proporción que se mantiene tanto en el grupo de médicos como odontólogos. El 41% (n=142) de los médicos y 13% (n=9) de odontólogos, ejercían tanto en el sector público como en el privado. Tendencia similar se encontró en el componente cualitativo donde la mayoría de los médicos entrevistados, ejercía en ambos sectores, mientras que los odontólogos ejercían exclusivamente en el privado. Un 36,5% (n=133) de los profesionales encuestados refieren haber realizado teleconsultas, 42,2% (n=128) médicos y 8,2% (n=5) odontólogos, diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,001$).

Respecto a los usuarios, el rango de edad estuvo entre 30 a 62 años, siete afiliados a Isapre y tres a Fonasa. Al momento de las entrevistas, todos ejercían una actividad laboral.

GESTIÓN DEL FORMULARIO

Disponibilidad física

Se observan dos situaciones que coinciden entre los componentes, y entre profesionales y usuarios: (a) el formulario se encuentra disponible en los establecimientos de salud (133/364^D; 36,5%), y (b) los pacientes lo llevan impreso (107/364; 29,4%).

“Igual en la clínica en todos los pisos hay una carpeta con los formularios, entonces si el paciente se acuerda mientras espera, se los pueden entregar ahí; otras veces salgo yo...lo busco en la mesa y se lo lleno” (EM4)

“O sea, el centro odontológico lo que hizo fue llenarme un formulario tipo que tienen ellos, donde llenan con la prestación que se hace y el valor de la prestación en forma desglosada” (E6).

Adicionalmente, los pacientes mencionan las siguientes situaciones: (a) el jefe de recursos humanos de la empresa donde trabaja es quien lo facilita, (b) un ejecutivo de la compañía aseguradora lo entrega en el trabajo, (c) las aseguradoras lo envían vía correo

D El denominador desde esta sección en adelante, es 365 ya que corresponde a quienes han tenido experiencia completando formularios de estos seguros para sus pacientes. Sin embargo, no todas las preguntas fueron respondidas.

electrónico a los afiliados al momento de ingresar a la compañía, y (d) acceden a ellos a través del sitio web de la aseguradora.

“El formulario me lo pasó [...]el jefe de recursos humanos y ahí yo lo llevé al doctor y el doctor me lo timbró y de ahí se lo pasé nuevamente al jefe de recursos humanos, pero al final me reembolsaron como a los dos meses después” (E4)

“Lo tenía en el correo que me lo mandaron como cuando fui a la afiliación, pero también se puede descargar de internet y de la aplicación [...]” (E1)

Frente a intervenciones quirúrgicas, la exigencia de completar el formulario para reembolsos en papel, no se adapta al estado de salud de los asegurados, forzándolos a desplazarse estando postoperados sin encontrarse en condiciones de salud para realizarlo. Respecto a quienes han realizado teleconsultas, el 68% (n=90) de los profesionales declara que debe imprimirlo para luego completarlo y enviarlo al paciente vía correo electrónico.

Tiempo asociado a completar el formulario

El tiempo varía entre médicos y odontólogos, siendo estos últimos a quienes les toma más tiempo (entre 1 y 3 minutos, y 6 o más minutos, respectivamente). Este hallazgo también se encuentra en el componente cualitativo.

“Depende, si se hace en la consulta, no me demoro nada, porque tengo toda la información ahí fresca, me demoraré 3 minutos, pero si el paciente me lo pide después, en la clínica siempre es un desafío sobre todo para gente como yo que trabajo en la clínica y en un hospital público, digamos, que uno tiene que sentarse a revisar los mail, meterse a la ficha del paciente, buscar cuando vino, por qué vino, depende la conexión a internet que tenga el hospital, etc., entonces ahí me toma muchísimo más tiempo, o sea no menos de 10 minutos”. (EM4)

Al analizar el tiempo según profesión, edad y sexo, se obtiene que a los grupos de odontólogos y de mujeres son a quienes les toma más tiempo, siendo esto estadísticamente significativo (valor $p < 0,001$ y $< 0,005$, respectivamente). La edad no fue significativa.

El tipo de prestaciones que entregan los dentistas y los requisitos que las compañías exigen al momento de completar los formularios, determina la complejidad y lo extenso de la gestión (por ejemplo, el informe por cada pieza dental trabajada o informes adicionales de los tratamientos).

“Yo lleno todas las prestaciones, ahora en una hoja de seguros caben 5, 6 prestaciones y de repente yo hago 25, entonces tengo que llenar 10 hojas, que es un tema”. (ED1)

En relación a los usuarios, se observan experiencias de abandono del proceso de reembolso debido a la dificultad de completar la gestión del formulario:

“[...] es engorroso, es una lata, porque muchas veces es tan poco el reembolso que prefieres perderlo”. (E2)

“Yo de hecho en uno de los trámites finalmente no lo hice, porque ya no tuve tiempo tampoco de pedir esos documentos”. (E9)

Barreras para la gestión del formulario

El 93% (339/365) de los profesionales menciona la pérdida de tiempo durante la consulta, seguido del 71% (257/364) que menciona que debe gestionar el formulario al paciente porque éste lo olvida. Otras dificultades declaradas (76/358, 21,2%), son: (a) solicitud desfasada del tiempo de consulta como al finalizar la atención, días o meses después (n=20, 26,3%); (b) formato de los formularios, como espacios reducidos para consignar la información, letras pequeñas, formularios no estandarizados, diferentes requisitos según la compañía y tener que completarlos en papel (n=18, 23,7%); (c) tipo de información que solicitan, como detalles excesivos, campos de difícil comprensión, repetición de fechas o información no disponible durante la consulta (n=16, 21,1%); (d) cantidad de formularios que los pacientes llevan para que el profesional complete, por ejemplo, más de un seguro por paciente (n=16, 21,1%); (e) desconocimiento por parte del paciente de la información requerida (n=2, 2,6%); (f) formularios mal impresos o en malas condiciones (n=2, 2,6%), y (g) solicitudes correspondientes a otros pacientes o de atenciones realizadas por otros profesionales (n=2, 2,6%).

Los profesionales del componente cualitativo perciben las siguientes barreras:

“En cambio, cuando llegan después, ahí hay que buscar al paciente en la ficha, empezar a acordarse, leer todo y ahí ya son 5 minutos, entonces son 5 minutos que ni siquiera tienes asignados”. (EM3)

“Me escribe, doctora se me quedó la hojita del seguro, me manda WhatsApp [...] hay que imprimir el papel, después otro papel [...] con la pandemia,

harta de estas cosas se digitalizaron, pero igual es cacho, porque igual hay que buscar la firma, meter la firma de uno y obviamente también a veces llega con una hoja de requerimientos, paciente olvidó seguro, [...] empieza a crecer la cantidad de requerimiento de pacientes que necesitan llenar sus formulario". (EM6)

Entre lo reportado por usuarios, se encuentran incongruencias entre el diagnóstico y la información solicitada en el formulario, y desconocimiento respecto de la información a declarar.

"Me tocó llevar el formulario al dentista y de hecho me acuerdo en esa oportunidad que el dentista tampoco tenía muy claro que rellenar [...] lo entregué con algunas cosas en blanco, que ni el dentista ni yo supimos qué teníamos que poner". (E5)

Otro obstáculo se relaciona con la atención recibida para solucionar los problemas del procedimiento de reembolso. Las mesas de ayuda de las compañías implican comunicación con asistentes, virtuales o no, complejizando la búsqueda de la atención.

"Nosotros en la compañía tenemos un ejecutivo de seguro, pero la verdad de las cosas no te sirve para nada, o sea no, no te aporta nada. Es bien complicado comunicarse con él, en las respuestas son siempre vagas y ambiguas, o sea no, es un colocador de problemas [...] no es de ayuda". (E2)

Los usuarios señalan barreras relacionadas con la carga digital en los sitios web de boletas y documentos relacionados a la prestación de salud.

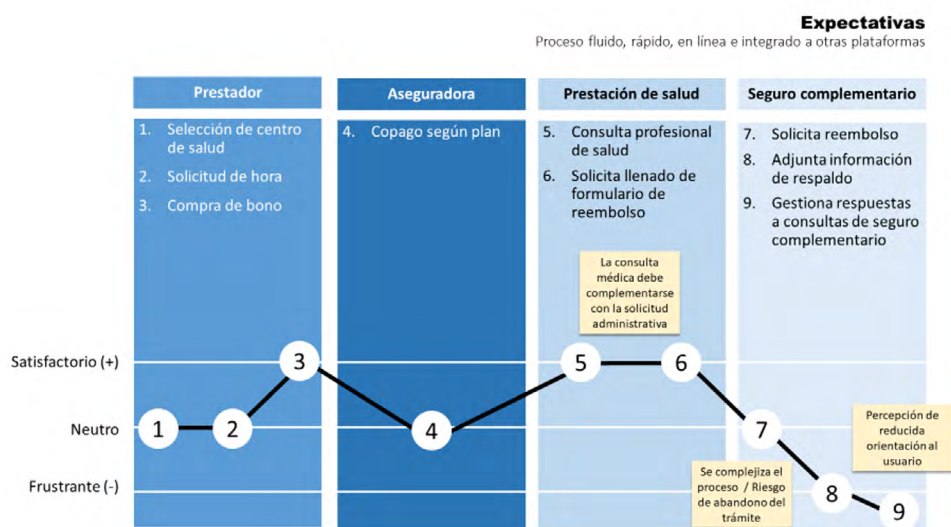
"El tema de saber cómo subir las boletas al sistema, hubo algún minuto en que yo no conté con escáner, se me echó a perder [...] entonces cómo lo hacía llegar, ese tipo de cosas que son sumamente cotidianas, muy prácticas, pero que a larga te complican la existencia". (E6)

"Los campos que te dan para pedir documentación no es muy clara, en la página de la compañía de seguro, no es siempre lo mismo, al final terminas metiendo todos los papeles donde dice 'otros', que muchas veces no te deja grabar [...] y terminas subiendo cualquier papel en cualquier parte, o sea no es muy, muy claro". (E2)

Experiencia de la gestión de reembolsos desde los pacientes

La experiencia reporta un proceso de atención en que toman contacto con distintas instituciones desde el momento en que agendan la hora médica hasta completar el reembolso. La satisfacción con cada componente del proceso es disímil y depende de la complejidad del problema de salud (Figura 1).

Figura 1. Experiencia de usuarios en la gestión de reembolsos de seguros complementarios de salud, en relación a las instituciones involucradas, Chile, 2022.



Fuente: elaboración propia en base a resultados del estudio

Perciben como muy relevante la comunicación fluida y automática entre prestadores de salud y compañías aseguradoras, por ejemplo, en la compra de bonos donde se realizan automáticamente los descuentos tanto de la Isapre como del seguro complementario. La idea de interoperabilidad se plantea como un ideal que reduce la participación de los usuarios en la gestión del proceso (Figura 1).

Recomendaciones al proceso de reembolsos según profesionales de salud y pacientes

Las recomendaciones coinciden entre ambos componentes. Los profesionales reconocen la necesidad de contar con un sistema o formulario digital único y estandarizado para las compañías. Este formulario debiese ser simple y breve en relación a la información solicitada, amigable en cuanto a la usabilidad, seguro y estable del punto de vista informático. Se considera valiosa la identificación automática con acceso vinculado a la ficha electrónica (representa una dificultad tener que abrir más de un sitio web para completar el formulario) y que obtenga datos de forma automática desde ella. Finalmente, se valora que este sistema permita envío de confirmación a través del correo electrónico y sea gratuito.

“La ficha electrónica, existen muchas para odontología y la gran mayoría [...] vinculan el presupuesto con el tratamiento, [...] pinchas ese diente y sale todo lo que se le hizo al paciente [...] y cuando fue ejecutado y el precio, entonces todo eso se podría vincular con sistema digital macro, pero la ficha electrónica son muy variadas, hay muchas empresas, [...] entonces difícilmente podría ser un sistema automatizado, tendrían que acoplarlo a cada ficha electrónica”. (E1)

“Entonces, quizás uno sueña con una integración de los sistemas, así como yo siempre lloro por la ficha electrónica única nacional”. (E2)

Por su parte, los usuarios sugieren la creación de un portal o plataforma que agrupe las aseguradoras, accediendo con clave única y permitiendo hacer los trámites en línea. La posibilidad de realizar los trámites desde el celular, y no sólo desde un computador, se transforma hoy día en una necesidad básica. Además, destacan aspectos como usabilidad y diseño amigable.

“Sería mucho más práctico, porque ando con el cuaderno lleno de papeles de reembolsos que no puedo botar por meses, ando lleno de papeles por el tema del seguro”. (E2)

“En realidad [...] es mejor que nos llegue listo a nuestro mail, que nosotros llenemos el papel, es un cacho, porque de repente no hay impresora en la casa o no tienes papel, no te lo da la secretaria, [...] en cambio, si lo hace directo el médico ahí, pone su firma electrónica, súper bien”. (E10)

Finalmente, los pacientes identifican una brecha digital que provoca que ciertos grupos (especialmente personas mayores) presenten dificultades con la gestión y que requerirán soportes de apoyo.

DISCUSIÓN

A la fecha de este estudio, no se han identificado reportes similares en la materia, por lo que estos hallazgos aportan evidencia en el área de los seguros complementarios de salud en Chile. Los resultados presentados permiten comprender aspectos clave de la gestión de estos seguros, identificando barreras y dificultades que enfrentan tanto profesionales de salud como pacientes. En general, los formularios se encuentran disponibles en los establecimientos de salud, o bien, los pacientes los llevan. Para los profesionales, si bien, reconocen la importancia de completar el formulario para sus pacientes, el proceso se instala como una gestión extra a la atención que les resta tiempo e implica realizar tareas adicionales, incluso posterior a la consulta. Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional donde las tareas administrativas consumen horas de trabajo del profesional, disminuyendo además su satisfacción profesional^{18,19}.

Se ha identificado barreras administrativas y financieras que dificultan el acceso al sistema de salud, así como también la mantención en control de los pacientes²⁰⁻²⁴. Los hallazgos de este estudio muestran que la gestión del formulario se transforma en un trámite engorroso que desincentiva el cobro del reembolso, generando pérdidas de dinero, tiempo, traslados incompatibles con la condición de salud, y poca adaptación a tratamientos de largo plazo.

Consistente con estos hallazgos, un reporte de IBM^E identificó que el 60% de las aseguradoras declara falta de estrategias orientadas a la experiencia del cliente, así como una pobre implementación de tecnologías móviles que permitan una gestión fácil para los usuarios, generando barreras al momento de hacer uso de los seguros²⁵.

Respecto a las recomendaciones identificadas, surge la necesidad de contar con un sistema integrado de gestión y centrado en los usuarios, cuyas funcionalidades permitan agilizar el proceso de reembolsos tanto para profesionales como para pacientes. Esto depende principalmente de la colaboración entre los actores involucrados y de la interoperabilidad de los sistemas. A nivel mundial, se ha instalado la tendencia de revisar los procesos y gestión de los seguros de salud, con miras a mejorarlos^{26,27}. Debido a la globalización del mundo digital, al envejecimiento poblacional, y a la crisis sanitaria provocada por SARS-CoV-2, el desarrollo y uso de tecnologías en salud, han presentado un acelerado crecimiento, así como también, la demanda de atenciones y gasto en salud. Este incremento ha puesto en jaque el desempeño de los sistemas y su capacidad de respuesta^{28,29}.

Se han generado cambios en la conducta de las personas, en la organización de los sistemas sanitarios y en la forma de brindar las prestaciones. Surge la necesidad de adaptar los sistemas a poblaciones específicas (personas mayores y jóvenes), modificar y mejorar la experiencia de las personas respecto del uso de los seguros de salud^{26,27,30}. Se reconoce ampliamente la necesidad de invertir en nuevas tecnologías y en la integración de los sistemas, donde el mercado de seguros de salud tiene un rol importante^{31,32}. Las compañías aseguradoras requerirán transformar sus modelos de gestión para responder a las necesidades y problemas que enfrentan las personas, brindarles una experiencia satisfactoria, e integrarse con los sistemas sanitarios^{30,32}.

Las limitaciones del estudio se relacionan con los criterios de conveniencia y voluntariedad de las mues-

tras, que no permiten generalizar los resultados al resto de profesionales y pacientes del país.

Dado lo expuesto anteriormente, estudios futuros podrían plantear un diseño con muestras probabilísticas con miras a obtener resultados extrapolables y complementar estos hallazgos. Adicionalmente, se instalan importantes desafíos e interrogantes respecto a cómo avanzar en un trabajo colaborativo entre los distintos actores con miras a la integración de los sistemas y al abordaje de las necesidades de la población, ¿es el Estado el encargado de mediar estos procesos de innovación, o será un acuerdo entre particulares? Se requiere el desarrollo de un ecosistema sanitario que incluya al Estado, administradores, pacientes, sistema sanitario, aseguradoras y a la tecnología^{26,27}.

Agradecimientos

Se agradece al Colegio Médico de Chile y al Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, al Dr. Danilo Ocaranza, Dr. Leonardo Cabrera, a la Dra. Ximena Aguilera (a cargo del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo al momento del desarrollo de este estudio) y a todos quienes contribuyeron en la obtención de la muestra. A los participantes del estudio. A Isabel Matute y Carla Castillo quienes nos orientaron en diferentes momentos. A Iván Alfaro y al equipo de iCono UDD: Daniela Sánchez, Natalie LeBrun-Pinochet y Sebastián Naour, quienes han acompañado el desarrollo del proyecto.

Financiamiento

Fondo de Escalamiento de Proyectos de Desarrollo Tecnológico 2021 de la Universidad del Desarrollo.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés. María Ximena Sgombich Mancilla, desde septiembre del año 2022, se encuentra realizando una consultoría para Fonasa, la que comenzó posterior al desarrollo del estudio.

E Entrevistas a ejecutivos de 1.100 aseguradoras en 34 países y encuestas a más de 10.000 usuarios en 9 países, durante la pandemia por COVID-19

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) 2017 [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
2. González Wiedmaier CM, Castillo Laborde CC, Matute Willemsen MI, editores. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno [Internet]. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. (Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Serie de Salud Poblacional). Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
3. Circular N° 2050. Imparte instrucciones sobre implementación IFRS [Internet]. Santiago, Chile: Superintendencia de Valores y Seguros; 2011 dic. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/ver_archivo.php?archivo=/web/compendio/cir/cir_2050_2011.pdf
4. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). CMF Educa - Seguro Obligatorio COVID-19 [Internet]. CMF Educa - Comisión para el Mercado Financiero. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-article-47844.html>
5. Ibáñez Gericke C, Cuevas Bravo C. Seguros de Salud y Organización Industrial [Internet]. Chile: Superintendencia de Salud, Departamento ; 2021. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20312.html>
6. Ibáñez Gericke C. Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015 [Internet]. Chile: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios; 2017. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825_recurso_1.pdf
7. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). Informe Financiero del Mercado Asegurador [Internet]. Comisión para el Mercado Financiero (CMF); 2022. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/portal/estadisticas/617/articles-51262_recurso_1.pdf
8. Banco Central de Chile. Boletín Estadístico. 23 Diciembre 2019 [Internet]. Banco Central de Chile; 2019. Report No.: Volumen 90 No 1136. Disponible en: <https://www.bcentral.cl/documents/33528/133431/BE20191223.pdf>
9. Banco Central de Chile. Boletín Estadístico. 7 Septiembre 2022 [Internet]. Banco Central de Chile; 2022. Report No.: Volumen 90 N°1222. Disponible en: <https://www.bcentral.cl/documents/33528/133431/BE20220907.pdf>
10. Asociación de Aseguradores de Chile A.G. Síntesis Estadística 2020 [Internet]. Asociación de Aseguradores de Chile (AACH); 2021. Disponible en: <https://portal2.aach.cl/descargaarchivos?archivo=S%C3%ADntesis%20Estad%C3%ADstica%202020.pdf>
11. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). CMF Educa - Seguro de Salud [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-propertyvalue-572.html>
12. Comisión para el Mercado Financiero (Chile). Seguro Colectivo Complementario de Salud: Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180057 [Internet]. Comisión para el Mercado Financiero (CMF); [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cmfchile.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=37G70IE7IX10663S8IYM4ABCIV864AJ35MN64IBMV864AV864AISQAK6BERY
13. Lenz-Alcayaga R. Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Rev Médica Chile*. 2010;138(Supl 2):88-92.
14. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
15. Chile. Superintendencia de Salud. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Boletín N°2; 2021 [Internet]. [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20484_recurso_3.pdf
16. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap): A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2008 septiembre;42(2):377-81.
17. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform*. 2019;95:103208.
18. Apaydin E. Administrative Work and Job Role Beliefs in Primary Care Physicians: An Analysis of Semi-Structured Interviews. *SAGE Open* [Internet]. 2020;10(1). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244019899092>

19. Woolhandler S, Himmelstein DU. Administrative work consumes one-sixth of U.S. physicians' working hours and lowers their career satisfaction. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2014;44(4):635-42.
20. Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 marzo;33(3):223-9.
21. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública Méx*. 2013;55(6):572-9.
22. Hsieh CY. Intravenous Alteplase for Acute Ischemic Stroke in Taiwan: Can We Expand the National Health Insurance's Reimbursement Criteria? *Acta Neurol Taiwanica*. 2017 marzo;26(1):1-2.
23. Whedon JM. Regarding: "Insurance Reimbursement for Complementary Healthcare Services". *J Evid-Based Integr Med*. 2018 julio;23:2515690X18788002.
24. Jin Y, Yuan B, Zhu W, Zhang Y, Xu L, Meng Q. The interaction effect of health insurance reimbursement and health workforce on health care-seeking behaviour in China. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(3):900-11.
25. Christian Bieck, Yoann Michaux, Matthew Stremel. Elevating the insurance customer experience [Internet]. IBM; 2020 p. 20. Disponible en: <https://www.ibm.com/downloads/cas/AAV81JLZ>
26. Allianz Research. Allianz Global Insurance Report 2021: Bruised but not broken [Internet]. Allianz; 2021. Disponible en: https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/economic-research/publications/specials/en/2021/may/2021_05_12_GlobalInsuranceReport.pdf
27. MMB Health Trends: 2020 Insurer Survey. Benefits that truly benefit: insurer perspective [Internet]. 2020 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.marshmcclennan.com/content/dam/mmc-web/insights/publications/2020/november/gl-2020-ar1700-mmb-health-trends-report-mercer.pdf>
28. de Torres S. Salud digital para el mundo globalizado. *Política Exter*. 2015;29(166):138-45.
29. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet Lond Engl*. 2019 junio;393(10187):2233-60.
30. UXDA. Digital insurance industry trends in customer experience [Internet]. 2022 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.theuxda.com/blog/digital-insurance-industry-trends-customer-experience>
31. World Health Organization. WHO Guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening – Research considerations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. (Recommendations on digital interventions for health system strengthening). Report No.: WHO/RHR/19.9. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.9>
32. Erk A, Patiath P, Pedde J, van Ouwerkerk J. Insurance productivity 2030: Reimagining the insurer for the future. 2020;8.

PARTO PREMATURO DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE

PRETERM BIRTH DURING THE FIRST YEAR OF THE COVID-19 PANDEMIC IN ARAUCANÍA REGION, CHILE

RESUMEN

Introducción: Existe evidencia de un mayor riesgo de parto prematuro en gestantes infectadas por COVID-19, sin embargo, múltiples estudios poblacionales muestran una reducción en la tasa de parto prematuro en algunas regiones. El objetivo general de este trabajo fue determinar la incidencia de parto prematuro durante el primer año de la pandemia por COVID-19 (2020) y compararla con el periodo previo (2015 a 2019), en la Región de la Araucanía, Chile.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, ecológico de serie temporal, con datos del departamento de estadísticas e información de salud (DEIS) e informes epidemiológicos de casos de COVID-19 del MINSAL. Se realizó estadística descriptiva, incidencia anual y análisis bivariado con el software STATA-16.

Resultados: Se incluyeron 71.373 partos, la tasa global de parto prematuro fue de 8.25%. Se observó un aumento significativo de 4.37% en la tasa de parto prematuro en el año 2020 en comparación con el año anterior ($p:0,000$), además de un aumento significativo en los nacimientos <1500 gramos ($p:0,005$). En el año 2020, octubre fue el mes con mayor tasa de parto prematuro (11,06%) coincidiendo con la mayor incidencia de casos nuevos SARS-CoV-2 (116,04 x 10mil habitantes).

Discusión: Observamos un significativo aumento en los nacimientos prematuros. Este aumento fue mayor en los prematuros extremos y en los nacidos con menos de 1500g., grupo que concentra la mayor mortalidad y morbilidad perinatal, neonatal e infantil.

Palabras claves: Parto prematuro, Covid-19, SARS-CoV-2, parto extremo.

ABSTRACT

Introduction: There is evidence that COVID-19 increases the risk of preterm birth. However, some population studies show a decrease in preterm birth rates in certain regions. The objective is to determine the incidence of preterm birth during the first year of the pandemic (2020) in the Araucanía Region, Chile, and compare it with the rates from 2015 to 2019.

Materials and Methods: An ecological time-series study analyzed data from the department of statistics and health information (DEIS) and epidemiological reports of COVID-19 cases from MINSAL. Descriptive statistics, annual incidence, and bivariate analysis with STATA-16 software were conducted.

Results: Results showed that out of 71,373 deliveries, the overall preterm delivery rate was 8.25%. A significant increase of 4.37% in the preterm birth rate occurred in 2020 compared to the previous year ($p:0.000$), as well as a significant increase in births <1500 grams ($p:0.005$). October 2020 had the highest rate of premature births (11.06%), coinciding with the highest incidence of new SARS-CoV-2 cases (116.04 x 10,000 hab.).

Discussion: We observed a significant increase in premature births, particularly among extremely preterm infants and those born weighing less than 1500g, who experience the highest rates of perinatal, neonatal, and infant mortality and morbidity.

Keywords: premature birth, Covid-19, SARS-CoV-2, extremely preterm.

Carlos Kilchemmann-Fuentes
 Maira Rojas-Nahuelpán
 Dominique Arellano-Cabrales
 María José Castro-Illanes
 Daniela Triviño-Sierpe
 Carolina Aburto-Hermosilla
 Javiera Droguett-Alarcón
 María Paz Ibarra-Rioseco
 Escuela de Obstetricia y puericultura, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor, Temuco, Chile

carlos.kilchemmann@umayor.cl

Recibido el 19-10-2022
 Aprobado el 06-07-2023

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera parto prematuro al nacimiento de un recién nacido antes de las 37 semanas de gestación. Estos a su vez se clasifican en prematuros tardíos (desde las 32 a las 37 semanas de gestación), muy prematuros (desde las 28 a las 32 semanas) y prematuros extremos (menores de 28 semanas). Un parto prematuro se puede clasificar a su vez en iatrogénicos y espontáneos. Los primeros son aquellos que ocurren por indicación médica, representando un tercio de estos partos, y los espontáneos que incluyen la rotura prematura de membranas pretérmino, representando dos tercios de los partos prematuros. La prematuridad es la principal causa de muerte en menores de 5 años a nivel mundial, sobre todo durante el primer año de vida, generando una alta carga de enfermedad y discapacidad¹.

El riesgo de complicaciones en un neonato nacido antes de las 37 semanas de gestación, es inversamente proporcional a la edad gestacional, pudiendo presentar desde complicaciones leves (como hiperbilirrubinemia) hasta enfermedades de mayor gravedad como sepsis, enterocolitis necrotizante (ECN), enfermedad de membrana hialina (EMH) y secuelas neurológicas, estas últimas van desde anomalías leves en la funcionalidad cognitiva hasta parálisis cerebral. En Chile se ha observado un aumento en las tasas de parto prematuro durante las últimas dos décadas. En el año 1991 estos eran de un 6,2%, mientras que en el año 2012 un 8%. En el año 2014 de 250.977 nacidos vivos el 8% corresponden a partos prematuros, dentro de esto un 1,2% son nacidos antes de las 32 semanas².

El 11 de marzo de 2020 se declaró la situación de pandemia por el virus SARS-CoV-2, agente causal de COVID-19, generando una alerta a nivel mundial debido a su desconocido comportamiento y repercusiones que pudiese generar en la salud de la población, instaurando así múltiples dudas en cuanto al impacto que este virus podría tener en la gestación. En abril del año 2021, se publicaron resultados del estudio Multinacional INTERCOVID, donde analizaron datos de cohorte desde marzo a octubre del 2020 de 43 instituciones en 18 países para comparar resultados del embarazo en mujeres con COVID-19. Las mujeres gestantes infectadas por COVID-19 tenían un mayor riesgo de preeclampsia/eclampsia (RR=1.76, IC al 95% 1.27 a 2.43), ingreso en la UCI (RR= 5.04, IC al 95 5 3.13 a 8.10), mortalidad materna (RR= 22.3,

IC al 95% 2.88 a 172) y parto prematuro (RR=1.59, IC al 95% 1.30 a 1.94)³.

En estudios histoquímicos destaca las alteraciones de la placenta en gestantes infectadas con SARS-CoV-2. En un embarazo sano, la decidua contiene gran número de células inmunitarias que actúan como sistema de protección para el feto, sin embargo, cuando nos encontramos frente a un embarazo con COVID-19, se produce una respuesta inflamatoria en donde se liberan citocinas inflamatorias, aumenta la producción de prostaglandinas y se genera compromiso de la tolerancia inmune fetal, que finalmente puede desencadenar un parto prematuro. Además, se han observado cambios histopatológicos en la placenta, tales como hematoma retroplacentario, hiperplasia vellosa distal, necrosis hemorrágica, corioamnionitis, trombosis, entre otros, que reflejan el estado inflamatorio en el que se encuentra la placenta en estos casos, afectando así la perfusión y asociándose con efectos adversos maternos y fetales⁴. Una revisión sistémica cuyo objetivo fue explorar los resultados maternos y perinatales de la infección por SARS-COV-2 durante el embarazo, reporta que la tasa global de parto prematuro no varió significativamente (RR=0.94, IC al 95% 0,87 a 1,02) –15 estudios, 656.423 embarazos–, pero se redujo en los países de ingresos altos (RR= 0.91, IC al 0.84 a 0.99), al igual que el parto prematuro espontáneo (RR= 0.81 IC al 95% 0.67 a 0.97)⁵; otras revisiones reportan resultados similares⁶.

Del mismo modo, estudios han reportado que durante la pandemia se ha presentado un aumento en la tasa de mortinatos en Reino Unido, Italia, Nepal e India, con o sin cambios en la tasa de partos prematuros. Dentro de las razones que se especulan como causantes del aumento en partos prematuros, se incluye el estrés y los efectos en la salud mental causados por la pandemia, mayor desafío laboral o financiero, servicios de maternidad reducidos y una vigilancia fetal menos estricta debido a la reducción de la asistencia a controles prenatales⁷. Es por esto que planteamos como objetivo general de este estudio determinar la incidencia de parto prematuro durante el primer año de la pandemia por COVID-19 (2020) y compararla con el periodo previo (2015 a 2019), en la Región de la Araucanía, Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico de tipo serie temporal, los datos fueron extraídos desde el tablero de estadísticas de nacimiento (“estadística de nacidos

vivos inscritos” del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)). Las variables analizadas fueron: fecha de nacimiento, sexo, edad materna, rango de edad gestacional y rango de peso al nacer, en recién nacidos de la región de la Araucanía entre los años 2015 al 2020. Se consideró un periodo de 5 años previo a la pandemia de COVID-19 para determinar si existía alguna tendencia temporal previa en los datos. Se recopiló también, información de los informes epidemiológicos COVID-19 del MINSAL, desde donde se extrajo las tasas de casos activos y actuales de la región de la Araucanía durante el año 2020. Ambas bases de datos son de acceso público y se encuentran anonimizadas. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado con el software STATA-16.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 71.373 partos. En relación con el sexo del recién nacido, 35.040 (49.1%) fueron mujeres, 36.320 (50.9%) hombres y 13 (0.01%) indeterminados. Se observó una disminución en el número de partos por año: 2015 (13.324), 2016 (12.534), 2017 (12.005), 2018 (11.772), 2019 (11.302) y 2020 (10.436).

La tasa global de parto prematuro fue de 8.25% (5.887). De acuerdo con la clasificación de prematuridad de la OMS, 6.74% (4.813) fueron prematuros tardíos, 0.88% (628) fueron muy prematuros y 0.36% (257) prematuros extremos. En cuanto al peso de nacimiento el 1.3% (927), fueron menores a 1500 gramos. La edad materna promedio fue de 28.1 años (DE 6.4) con un rango de 11 a 51 años. En la tabla 1 se observan la tasa de parto prematuro por año y las variaciones anuales, entre el año 2019 y 2020 se observa un aumento en la tasa, menor al observado en los años 2017 y 2018, pero difiere de lo ocurrido el 2019 donde esta tasa presenta una disminución.

Tabla 1: Tasa de parto prematuro por año, región de La Araucanía

Año	Tasa de parto prematuro	Variación anual
2015	7,51%	-
2016	7,82%	Aumenta 4,12%
2017	8,21%	Aumenta 4,98%
2018	8,87%	Aumenta 8,03%
2019	8,46%	Disminuye 4,62%
2020	8,83%	Aumenta 4,37%
total	8,25%	

En la tabla 2, comparando el año 2020 con el año anterior, observamos un aumento de 29.16% en la incidencia de nacimientos con peso menor a 1500g., un aumento de 17.85% en la incidencia de prematuros extremos, un aumento de 12.67% en la incidencia de recién nacidos muy prematuros y un aumento de 2.32% en la incidencia de prematuros tardíos. También se observa un aumento de 40% en la incidencia de nacimientos antes de las 24 semanas. Al

comparar la incidencia de COVID-19 con la tasa de parto prematuro durante el año 2020, observamos que los meses con mayor incidencia coinciden con los meses con mayor tasa de parto prematuro. Los mayores niveles en ambas incidencias se presentan el mes de octubre (Tabla 3). Esta tendencia también se observa en el gráfico de dispersión (Fig. 1), sin embargo, al aplicar una regresión lineal, esta no es estadísticamente significativa ($p= 0.16$).

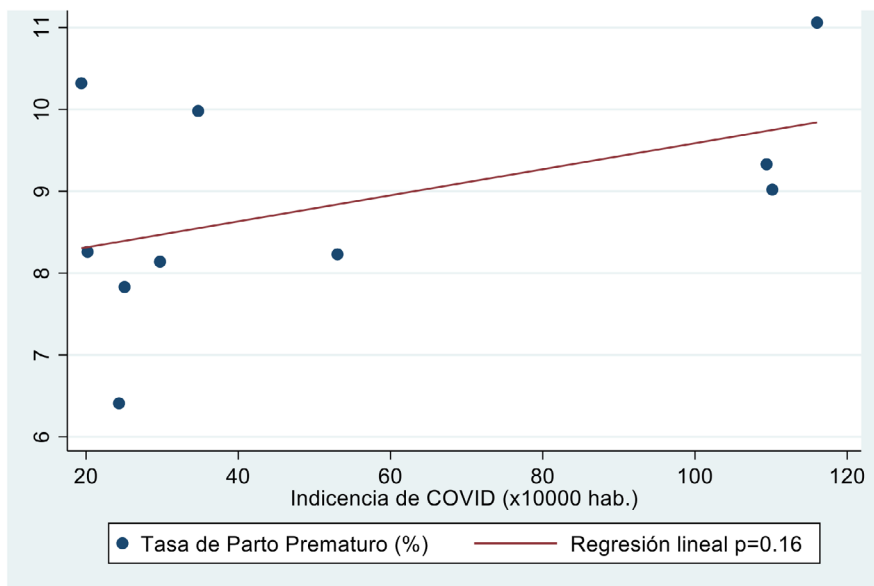
Tabla 2: Rangos de edad gestacional y peso menor a 1500g. región de La Araucanía

Año	< 1500g, n (%)	Rango de edad gestacional				n de partos
		<24	24-27	28-31	32-36	
2015	191(1,43)	39 (0,29)	53 (0,40)	129 (0,97)	779 (5,85)	13324
2016	172 (1,37)	33 (0,26)	45 (0,36)	111 (0,89)	791 (6,31)	12534
2017	158 (1,32)	37 (0,31)	48 (0,40)	100 (0,83)	801 (6,67)	12005
2018	169 (1,44)	41 (0,35)	45 (0,38)	125 (1,06)	833 (7,08)	11772
2019	108 (0,96)	17 (0,15)	32 (0,28)	80 (0,71)	827 (7,32)	11302
2020	129 (1,24)	22 (0,21)	34 (0,33)	83 (0,80)	782 (7,49)	10436
valor p	0,005	0,000				

Tabla 3: Parto prematuro e Incidencia de SARS-COV-2, Región de La Araucanía, año 2020

Mes	Tasa de parto prematuro, n (%)	Incidencia promedio SARS-COV-2 casos x 10mil hab.
Marzo	74 (8,26)	20,20
Abril	56 (6,41)	24,33
Mayo	91 (10,32)	19,38
Junio	86 (9,98)	34,73
Julio	65 (7,83)	25,06
Agosto	69 (8,14)	29,72
Septiembre	71 (8,23)	53,03
Octubre	92 (11,06)	116,04
Noviembre	82 (9,33)	109,41
Diciembre	74 (9,02)	110,16

Figura 1: Parto prematuro e Incidencia de SARS-COV-2, Región de La Araucanía, año 2020



DISCUSIÓN

Entre los años 2015 a 2018 se observaba aumentos anuales en las tasas de parto prematuro entre 4 a 8%, esa tendencia se modifica en el 2019 con una disminución del 4.37%. Al comparar las tasas del primer año de la pandemia de COVID-19 con los datos del 2019, se observa un aumento significativo en las tasas globales de parto prematuro, nacimientos menores de 1500g. y también en cada una de las categorías de prematuridad, incluyendo los partos menores de 24 semanas.

La asociación entre la infección por COVID-19 y el parto prematuro ha sido demostrada en estudios de prospectivos multicéntricos y multinacionales, como el estudio INTERCOVID, en el cual los investigadores reportan un mayor riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas (RR=1.59 IC, al 95% 1.30 a 1.94) y un mayor riesgo de parto prematuro por indicación médica (RR=1.97 IC, al 95% 1.56 a 2.51), pero no un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo (RR=0.81 IC, al 95% 0.52 a 1.27)³ (3). Sin embargo, otros estudios retrospectivos publicados recientemente no reportan un riesgo significativamente mayor de parto prematuro en las gestantes infectadas^{10,11}.

Estudios de tipo poblacional reportan en Dinamarca reducciones en las tasas globales de parto prematuro,

en las tasas de nacimientos de prematuros extremos (OR 0.27, IC al 95% 0.07 a 0.86) y mortinatos (OR 0.69, IC al 95% 0.50 a 0.95), especialmente asociados a los periodos de confinamiento más prolongados¹². Otro estudio de cohorte poblacional en Italia reportó también una disminución en las tasas de parto prematuro en todas las categorías de parto prematuro durante el 2020, comparado con el periodo 2017 – 2019, tasa global de parto prematuro (RR= 0.91, IC al 95% 0.88 a 0.93), pretérmino tardío (RR= 0.91, IC al 95% 0.88 a 0.94), muy prematuro (RR= 0.88, IC al 95% 0.84 a 0.91) y prematuros extremos (RR= 0.88, IC al 95% 0.82 a 0.95)¹³. Resultados similares se reportan en estudio poblacional de Korea del Sur¹⁴.

Nuestros resultados difieren de la mayoría de los estudios que abordan esta asociación a nivel de resultados poblacionales. El parto prematuro y sus causas son multidimensionales, en algunas regiones del planeta los confinamientos causaron una reducción de las tasas del parto prematuro, pero en otras zonas de menos ingresos no se observó esta tendencia y las tasas de parto prematuro, al igual que en nuestro estudio, mostraron un aumento al aumentar la incidencia de infección por COVID-19¹⁵.

Una limitación del estudio, que podría haber aportado a la comprensión de los resultados, es no conocer cuántos de estos partos prematuros fueron espon-

táneos y cuantos fueron interrupciones prematuras del embarazo como consecuencia de complicación fetomaternas.

En conclusión: Observamos un significativo aumento en los nacimientos prematuros en la Región de la Araucanía Chile, en todas sus categorías, durante el primer año de la pandemia por SAR-COV-2. Este aumento fue aún más significativo en los prematuros extremos y en los nacidos con menos de 1500g., grupo que concentra la mayor mortalidad y morbilidad perinatal, neonatal e infantil. Son múltiples los factores que podría explicar esta asociación en nuestra población y deben ser abordados en estudios futuros.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. OMS; 2023 [consultado en junio 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención parto prematuro [Internet]. Santiago: MINSAL, 2010 [consultado en dic 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
3. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, Roggero P, Prefumo F, do Vale MS, Cardona-Perez JA, Maiz N, Cetin I, Savasi V, Deruelle P, Easter SR, Sichitiu J, Soto Conti CP, Ernawati E, Mhatre M, Teji JS, Liu B, Capelli C, Oberto M, Salazar L, Gravett MG, Cavoretto PI, Nachinab VB, Galadanci H, Oros D, Ayede AI, Sentilhes L, Bako B, Savorani M, Cena H, García-May PK, Etuk S, Casale R, Abd-Elsalam S, Ikenoue S, Aminu MB, Vecchiarelli C, Duro EA, Usman MA, John-Akinola Y, Nieto R, Ferrazi E, Bhutta ZA, Langer A, Kennedy SH, Papageorghiou AT. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr.* 2021 Aug 1;175(8):817-826. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.1050. PMID: 33885740; PMCID: PMC8063132.
4. Arthurs AL, Jankovic-Karasoulos T, Roberts CT. COVID-19 in pregnancy: What we know from the first year of the pandemic. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 2021 Dec 1;1867(12):166248. doi: 10.1016/j.bbadis.2021.166248. Epub 2021 Aug 28. PMID: 34461257; PMCID: PMC8397492.
5. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, O'Brien P, Morris E, Draycott T, Thangaratinam S, Le Doare K, Ladhani S, von Dadelszen P, Magee L, Khalil A. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2021 Jun;9(6):e759-e772. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6. Epub 2021 Mar 31.
6. Escobar C, Carmach G, Kilchemmann C. Resultados obstétricos y perinatales asociados a la infección por COVID-19: una revisión de la literatura. [Mat. Actual. 2021] Nro. 01: 31-46. DOI: 10.22370/rev.mat.1.2021.2509.
7. Shah PS, Ye XY, Yang J, Campitelli MA. Preterm birth and stillbirth rates during the COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *CMAJ.* 2021 Aug 3;193(30):E1164-E1172. doi: 10.1503/cmaj.210081. PMID: 34344771; PMCID: PMC8354648.
8. Hamidi OP, Lijewski V, Sheeder J, Powell K, Dolph E, Quayson D, Reeves S. Adverse Perinatal Outcomes in Pregnancies Affected by Severe COVID-19 Infection. *AJOG Glob Rep.* 2022 Oct 7:100118. doi: 10.1016/j.xagr.2022.100118. Epub ahead of print. PMID: 36247708; PMCID: PMC9540703.
9. Maki Y, Tokuda A, Kino E, Yamauchi A, Ohtsuka T, Terao K. No significant changes in preterm birth, low-birth-weight, and small-for-gestational-age infants during the first year of the COVID-19 pandemic in a rural area in Japan. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022 Oct 9. doi: 10.1111/jog.15446. Epub ahead of print. PMID: 36210176.
10. Hedley PL, Hedermann G, Hagen CM, Bækvad-Hansen M, Hjalgrim H, Rostgaard K, Laksafoss AD, Hoffmann S, Jensen JS, Breindahl M, Melbye M, Hviid A, Hougaard DM, Krebs L, Lausten-Thomsen U, Christiansen M. Preterm birth, stillbirth and early neonatal mortality during the Danish COVID-19 lockdown. *Eur J Pediatr.* 2022 Mar;181(3):1175-1184. doi: 10.1007/s00431-021-04297-4. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34783897; PMCID: PMC8593096.
11. Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, Brescianini S, Gagliardi L, Nannavecchia AM, Buono P, Cantoira S, Farchi S, Gobbato M, Pellegrini E, Perrone E, Pertile R, Tavormina EE, Visonà Dalla Pozza L, Zambri F; AIE Perinatal Health Working Group. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *BJOG.* 2022 Oct 9. doi: 10.1111/1471-0528.17315. Epub ahead of print. PMID: 36209471.

12. Hwang J, Moon S, Cho KD, Oh MJ, Hong SJ, Cho GJ. Changes in preterm birth and birthweight during the SARS-CoV-2 pandemic: a nationwide study in South Korea. *Sci Rep.* 2022 Sep 29;12(1):16288. doi: 10.1038/s41598-022-20049-2. PMID: 36175527; PMCID: PMC9520997.
13. Marinescu PS, Olson-Chen C, Glantz JC, Hill E, Hollenbach SJ. The Geographical Correlation Between Historical Preterm Birth Disparities and COVID-19 Burden. *Reprod Sci.* 2022 Sep 16:1–7. doi: 10.1007/s43032-022-01076-w. Epub ahead of print. PMID: 36114330; PMCID: PMC9483302.

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN REHABILITACIÓN POR AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CHILE

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LOWER EXTREMITY AMPUTATIONS UNDERGOING REHABILITATION AT SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL IN SANTIAGO, CHILE

RESUMEN

Introducción: La amputación de miembro inferior es una de las principales causas de discapacidad permanente, la que se asocia en más del 80% a complicaciones de la diabetes mellitus. En Chile existe poca información en relación a las características clínicas y demográficas de los pacientes amputados en los hospitales públicos.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población fue pacientes amputados de miembro inferior atendidos por fisiatría del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, mientras que la muestra se tomó de pacientes con amputación de miembro inferior nivel transtibial y transfemoral atendidos por fisiatría en el Hospital San Juan de Dios entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

Resultados: La base de datos contenía información de 75 pacientes, siendo el 88% de género masculino. La media de la edad fue de 59,6 años. El mayor número de amputaciones fue de tipo unilateral (82,6%), predominantemente de lateralidad derecha y nivel transtibial. La principal causa de amputación fue complicaciones de la diabetes mellitus en un 85,3%. Solo el 17,3% adquirió prótesis, la mayoría de forma particular. Solo un 14,7% se reinsertó laboralmente.

Discusión: La limitada adquisición de dispositivos protésicos es un obstáculo para la rehabilitación de pacientes con amputación de miembro inferior, aspecto que incide directamente en la independencia en la marcha y en la reinserción laboral de los pacientes. Sería interesante realizar un estudio de costo-efectividad entre el financiamiento de prótesis versus los meses de licencia médica que debe subsidiar el estado.

Palabras claves: amputación, miembros artificiales, rehabilitación, Chile.

ABSTRACT

Introduction: Lower extremity amputation is a common cause of permanent disability, with over 80% of cases being related to complications from diabetes mellitus. However, there is a lack of information regarding the clinical and demographic features of patients who undergo amputation in public hospitals in Chile.

Materials and methods: An observational, descriptive, and retrospective study was conducted on lower-extremity amputee patients attended by Physiatrists in the 'Servicio de Salud Metropolitano Occidente'. The sample comprised of transtibial and transfemoral amputee patients attended by a physiatrist in the Service of Rehabilitation at the "Hospital San Juan de Dios" from December 2019 to March 2020.

Results: The database contained information on 75 patients who had undergone lower-extremity amputations. Of these patients, 88% were men with a mean age of 59.6 years. The majority of the patients (82.6%) had undergone unilateral amputations, predominantly on the lateral right side, and at the transtibial level. The main reason for amputation was diabetes mellitus (85.3%). Only 17.3% of the patients were fitted with lower-extremity prostheses, with most of these being acquired privately. Only 14.7% of the sample returned to work.

Discussion: The acquisition of prostheses presents a barrier to rehabilitating amputee patients with lower extremities. This limitation impacts patients' ability to walk independently and their probabilities to return to work. Performing a cost-effectiveness study to compare the cost of public funding for lower-extremity prosthesis versus statutory sick leave for lower-extremity amputee patients covered by the Chilean state would be interesting.

Key words: amputation, artificial limbs, rehabilitation, Chile.

Catheryne Peña-Espitia
 Felipe Rosales-Lillo
 Servicio de Medicina Física y
 Rehabilitación
 Hospital San Juan de Dios
 Santiago, Chile

catheryne.pena@redsalud.gov.cl

Recibido el 16-04-2021
 Aprobado el 15-05-2023

INTRODUCCIÓN

La amputación es una de las principales causas de discapacidad permanente. En el miembro inferior la amputación mayor, es decir, por encima del tobillo, es una consecuencia devastadora independientemente de la causa¹. Éstas representan el 84% del total de amputaciones, mientras que la amputación del miembro superior representa el 16%. Las amputaciones de extremidad inferior como resultado de enfermedades vasculares asociadas a la diabetes mellitus (DM) representan entre el 80% y 90% de todas las amputaciones en los países occidentales².

La DM es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Hace poco más de dos décadas, la Federación Internacional de Diabetes estimó que 151 millones de adultos tenían DM en todo el mundo, esta estimación aumentó a 463 millones en 2019, lo que indica que la carga global se triplicó durante este tiempo³.

Los pacientes con DM tienen tres veces más riesgo de desarrollar Enfermedad Arterial Periférica (EAP) comparado con la población general, que afecta principalmente las arterias infrapoplíteas. La literatura reporta un aumento en el riesgo de amputación por cada 1% de aumento de la hemoglobina glicosilada, al igual que un control glicémico adecuado previene la progresión tanto de neuropatía como de EAP⁴.

Los pacientes con DM tienen 30-40 veces más riesgo de amputación de miembros inferiores que la población general⁵. En Argentina, un estudio describe un 75% de amputaciones en pacientes diabéticos⁶, e incluso en países desarrollados como Canadá, describen 81% de amputaciones de miembro inferior como consecuencia de complicaciones de la DM⁷, mientras que en Holanda llega a un 50%⁸.

Algunos estudios consideran la edad como factor predictivo independiente de amputación mayor del miembro inferior en el pie diabético con un valor umbral superior o igual a 65 años. Dichos pacientes mayores de 65 años pueden tener 1,9 veces más riesgo de sufrir una amputación mayor de la extremidad inferior⁹.

Chile tiene una de las prevalencias más altas de DM en Latinoamérica, después de Brasil y Colombia⁴, siendo la principal causa de insuficiencia renal crónica, ceguera y amputación no traumática respectivamente. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, se estima que existe un promedio de 12,3% de personas en Chile con sospecha de DM¹⁰. De allí que su importancia epidemiológica no depende exclusiva-

mente de su frecuencia, sino también de la carga de morbilidad y mortalidad que trae asociada¹¹. Diversos aspectos del manejo de pacientes amputados, tales como epidemiología, perfil de complicaciones, calidad de vida y resultados funcionales se han informado principalmente en países desarrollados, con escasez de datos en otros países¹².

De acuerdo al registro chileno de egresos hospitalarios del sector público de salud del año 2017¹³, el 67,9% del total de las amputaciones de miembro inferior fueron en personas con DM. Los datos nacionales disponibles sugieren una tasa de amputación de 321 por cada 100.000 diabéticos en el año 2017. Con respecto a la distribución por edad, la amputación de miembro inferior comienza a aumentar a partir de los 45 años, concentrando su mayor proporción entre los 55 a 74 años, con un promedio de 65 años¹³. Las comunas del Servicio Metropolitano Occidente con mayor número de pacientes amputados por DM en el año 2017 fueron Pudahuel y Cerro Navia, con 45 y 39 casos respectivamente. En relación a la distribución por género, 74% fue asociado a sexo masculino mientras que 26% a femenino¹⁴.

La amputación no solo afecta a una persona desde el punto de vista físico y psicológico, también contribuye significativamente al creciente costo de los sistemas de salud a nivel mundial. Uno de los objetivos de la rehabilitación del paciente con amputación es restaurar la independencia funcional con el uso de una prótesis, que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como "dispositivo de aplicación externa que se usa para reemplazar total o parcialmente una parte de un miembro ausente o deficiente"¹⁵. Sin embargo, la OMS estima que solo el 5% - 15% de las personas con discapacidad tienen acceso a la tecnología de asistencia, especialmente en países de ingresos medios¹⁶. Una prótesis funcional mejora la calidad de vida, satisfacción, educación, oportunidades laborales y reinserción social de las personas con amputación². El acceso a este tipo de dispositivos en el sistema público es limitado, siendo únicamente solventado por el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, cuyo taller protésico es centro de referencia nacional con la lista de espera que ello conlleva; y por las postulaciones al Programa de Ayudas Técnicas del Servicio Nacional de Discapacidad que solo pueden realizarse en fechas determinadas.

La reintegración laboral es otro objetivo de la rehabilitación, la cual según algunos estudios en pacientes amputados fluctúa entre 43 y 89%¹⁷. Existen factores

descritos que se asocian a la tasa de empleabilidad como género, edad de amputación, nivel educacional, uso de prótesis, nivel de amputación, entre otros¹⁷.

El Hospital San Juan de Dios está ubicado en Santiago de Chile. Creado en 1954, atiende a la población beneficiaria del área occidental de la ciudad que asciende a 1.200.000 personas, las que se distribuyen en las Comunas de Quinta Normal, Pudahuel, Lo Prado, Cerro Navia, Renca, Talagante, Melipilla, Alhué, Curacaví, María Pinto, Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado y Peñaflores, que alcanzan una extensión geográfica de 4887 km².

En Chile existe poca información en relación a las características clínicas y demográficas de los pacientes amputados. En la literatura se encuentran publicaciones de poblaciones adheridas a mutualidades o institutos, pero no de instituciones de asistencia pública. Por esta razón, el siguiente estudio tiene como fin responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las características demográficas y clínicas de los pacientes amputados de miembro inferior que se atienden por Fisiatría en el Hospital San Juan de Dios?

El objetivo general de este trabajo corresponde a caracterizar el perfil demográfico y clínico de los pacientes amputados de miembro inferior a nivel transtibial y transfemoral atendidos por Fisiatría del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios, Santiago.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de la investigación

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población y muestra

La población corresponde a pacientes amputados de miembro inferior atendidos por Fisiatría dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. La muestra fue a conveniencia, correspondiente a los pacientes amputados de miembro inferior a nivel transtibial y transfemoral, atendidos por Fisiatría del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que hayan recibido una evaluación por Fisiatra del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

- Pacientes con diagnóstico de amputación nivel transtibial y/o transfemoral.

Variables

Sociodemográficas: Edad, género, comuna y ocupación.

Clínicas: Causa de amputación, tiempo de amputación, nivel de amputación, lateralidad de la amputación.

Condiciones post-amputación: Acceso a rehabilitación, forma de movilidad, reinserción laboral y número de días de licencia médica.

Acceso a recursos: Postulación al Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), vía de adquisición de prótesis, adquisición de prótesis

Instrumentos

Se utilizó SPSS V24 para el análisis descriptivo de los datos. Se utilizó la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)¹⁸ agregando las categorías de jubilado y cesante para describir la ocupación de los sujetos.

Fuente de información

Se utilizó una base de datos interna del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en formato Microsoft Excel v.2016.

Procedimientos

En primer lugar, tras aprobación del Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios, se anonimizó la base de datos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con el fin de resguardar la identidad de los sujetos de investigación; en segundo lugar, se traspasaron los datos a SPSS y se analizaron mediante estadística descriptiva.

Análisis de datos

Para las variables categóricas se utilizaron frecuencia y porcentaje, mientras que para las numéricas se analizó la distribución de los datos, utilizándose media y desviación estándar para los datos simétricos mientras que mediana y rango intercuartílico para datos asimétricos. No se utilizó valor p ni intervalo de confianza al tratarse de un estudio descriptivo.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios, con fecha 11 de marzo de 2021, número de protocolo 066, y autorizado por Dirección del Hospital San Juan de Dios mediante Resolución Exenta N° 01537/2021.

RESULTADOS

La base de datos contenía información de un total de 75 pacientes con amputación de miembro inferior uni y bilateral, con niveles de amputación transtibial (TT) y transfemoral (TF), dentro del periodo a estudio.

La muestra estuvo compuesta en un 88% por pacientes de género masculino. En cuanto a la ocupación, cercano a un tercio de la muestra se desempeñaba

en ocupaciones elementales tales como: guardias de seguridad, panaderos, conductores, maestros de la construcción y dueños de casa, y cerca de un cuarto se encontraban ya jubilados. Dentro de la distribución por comunas, Cerro Navia, Pudahuel y Quinta Normal corresponden a las residencias más frecuentes de los pacientes, con un 20, 18,7 y 17,3 % respectivamente. La Tabla 1 detalla las variables sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

VARIABLES	Frecuencia	%
Género		
Femenino	9	12
Masculino	66	88
Ocupación		
Profesionales científicos e intelectuales	1	1,3
Técnicos y profesionales de nivel medio	3	4,0
Personal de apoyo administrativo	1	1,3
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	8	10,7
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	2	2,7
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	10	13,3
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	4	5,3
Ocupaciones elementales	26	34,7
Jubilado	17	22,7
Cesante	3	4,0
Comuna		
Cerro Navia	15	20,0
Lo Prado	12	16,0
Padre Hurtado	7	9,3
Pudahuel	14	18,7
Quinta Normal	13	17,3
San José de Maipo	1	1,3
Renca	7	9,3
Peñaflor	2	2,7
Talagante	1	1,3
Curacaví	1	1,3
Melipilla	1	1,3
Otras	1	1,3

En cuanto a las variables clínicas (ver Tabla 2), sobre el 50% de las amputaciones fueron unilaterales de miembro inferior derecho, mientras que cercano a un 30% unilateral izquierdo. En cuanto a los bilaterales, se consideraron mixtos aquellos con amputación TT más TF, TT más parcial de pie y TF más parcial de pie, los cuales conformaron cerca del 20% de la muestra.

El promedio de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda amputación fue cercano a los 3 años. En relación a las causas, el 85% fue en contexto de complicaciones secundarias a la DM: EAP y/o pie diabético. Las de etiología traumática correspondieron al 5%, y otras causas como oncológicas o sépticas llegaron casi al 10%.

Tabla 2. Variables clínicas del total de la muestra.

Variablen	Frecuencia	%
Unilateral		
Izquierda	22	29,3
-Transfemoral	8	10,6
-Transtibial	14	18,6
Derecha	40	53,3
-Transfemoral	8	10,6
-Transtibial	32	42,6
Bilateral		
-Transfemoral	1	1,3
-Transtibial	3	4,0
-Mixto	9	12,0
Causas		
Diabetes	64	85,3
Traumática	4	5,3
Otras	7	9,3

En relación a las variables referentes a las condiciones post-amputación y al acceso a prótesis, sobre el 90% de los pacientes recibieron intervenciones de rehabilitación (entrenamiento pre protésico). En relación a la movilidad, cercano al 80% lo realizaban de forma exclusiva en silla de ruedas. Más del 80% de la muestra realizó postulación para adquisición de ayudas técnicas a través del SENADIS. Cerca del 15% logró adquirir el dispositivo protésico a través del

Estado o de forma particular. De la muestra, cercano al 30% de los pacientes se encontraban en licencia médica. Solo un 14%, correspondiente a 11 pacientes, lograron reinserción laboral durante el periodo de análisis, todos unilaterales excepto un bilateral (transtibial más parcial de pie), y de estos, sólo 8 pacientes adquirieron prótesis.

Tabla 3. Variables de condiciones post-amputación y acceso a prótesis.

Variables	Frecuencia	%
Intervenciones de Rehabilitación		
Si	69	92,0
No	6	8,0
Movilidad		
Marcha con bastones	16	21,3
Uso exclusivo de silla de ruedas	59	78,7
Postulación al SENADIS		
Sí	65	86,6
No	10	13,3
Adquisición de prótesis		
SENADIS*	4	5,3
Particular	9	12,0
Licencia médica		
Sí	22	29,3
No	53	70,6
Reinserción laboral		
Sí	11	14,7
No	64	85,3

SENADIS = Servicio Nacional de Discapacidad

Con respecto a las variables numéricas, se realizó análisis de la distribución de los datos para conocer la simetría. Tanto la edad como los días de licencia médica se encontraban con una distribución que se aproxima a la curva normal, por lo que se utilizó la media y desviación estándar. Para la edad, la media fue

de 59,6 años de edad, siendo el paciente más joven de 26 años de edad y el mayor de 94 años de edad. De los 22 pacientes con licencia médica, el promedio de días de ésta fue de 193 días, la de menor duración de 45 días y la de mayor duración de 465 días.

Tabla 4. Detalle de las variables numéricas.

Variables	Edad	Días de licencia médica*
Media	59,60	193,84
Desviación estándar	12,59	120,38
Rango	68,00	420,00
Mínimo	26,00	45,00
Máximo	94,00	465,00

DISCUSIÓN

En este estudio, el 85,3% de las amputaciones de miembro inferior fueron causadas por complicaciones vasculares e infecciosas secundarias a la DM, porcentaje un poco más alto que el descrito por Promis¹⁹ en años anteriores que alcanzó un 80,4% en una muestra del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, perteneciente al mismo Servicio de Salud. En otros estudios los porcentajes varían entre el 50% al 80% de sus muestras⁶⁻⁸, cifras menores al de este estudio.

Al analizar la distribución por comunas, sobre el 50% de los pacientes amputados eran habitantes de Cerro Navia, Pudahuel y Quinta Normal, lo cual no ha variado al comparar con los datos de 2017¹⁴. Esta información se considera relevante para enfocar los recursos humanos y económicos con el fin de optimizar el control glicémico de los pacientes con DM, como para el manejo integral del pie diabético en atención primaria y en los centros de alta complejidad del área occidente de Santiago.

En cuanto a la edad, el promedio de 60 años coincide con otras publicaciones que incluyen pacientes con amputación como complicación de la DM²⁰. Este estudio encontró casi un 90% de la muestra de género masculino. La literatura es variable en relación a la distribución por género, donde se menciona que tiende a ser el doble en hombres que en mujeres¹, incluso algunos estudios reportan entre el 60 y 68%^{7,8,19}. Sería interesante conocer por qué en la muestra de este estudio se observa una conducta diferente a la reportada por la literatura.

La distribución por nivel en amputación unilateral, de TT fue sobre el 60% mientras que de TF fue cerca del 20%, lo que se asemeja a otros estudios con porcentajes de TT en un 65% y de TF en un 29%, donde la DM es la causa predominante⁶. Lo anterior, se explicaría por la mayor afectación de las arterias infrapoplíteas en la EAP⁴. Sin embargo, cuando la causa mayoritaria no es la DM, como en un estudio holandés, la distribución del nivel de amputación es más simétrica, siendo TT cercano al 49% versus TF con un 34%⁸. A nivel local, se han descrito niveles de amputación TT correspondiente a un 47% y amputación TF de un 53%, pero en muestras que incluyen amputaciones parciales de pie y ortes¹⁹.

En cuanto a los pacientes con amputación bilateral de miembro inferior, ellos representaron el 20% de la muestra. En este punto la literatura es diversa, encontrando estudios en que la amputación bilateral se encuentra presente en el 9% de los casos⁷, mientras

que otros mencionan que entre el 15 al 25% de los pacientes²⁰. La muestra de esta investigación incluyó pacientes con amputación mayor (sobre tobillo) y amputaciones parciales de pie contralateral, lo que pudo aumentar el porcentaje de pacientes con amputación bilateral. Huseynova y cols²⁰ menciona además que la segunda amputación ocurre en promedio a los 3 años posteriores a la primera amputación, resultados iguales a la de este estudio.

La rehabilitación permite al paciente con una amputación de miembro inferior retornar al nivel más alto de su función y actividad²¹. En este estudio sobre el 90% de los pacientes recibieron intervenciones de rehabilitación enfocadas en entrenamiento pre protésico, mucho mayor que un estudio descriptivo costarricense similar al presente que llega al 73%²².

En cuanto a la adquisición de prótesis, solo el 18% de la muestra de este estudio logró adquirir este dispositivo, comparado con Costa Rica que llega al 29%²², y en Hong Kong al 22,3%²³. En otros países de Latinoamérica como México, se rehabilita con dispositivo protésico a 1 de cada 10 pacientes con amputación de miembro inferior²⁴. Esta realidad había sido descrita previamente en el estudio local de Promis¹⁹, quien describió que los pacientes excepcionalmente logran conseguir una prótesis y deambular, siendo lo habitual la marcha con muletas o en silla de ruedas luego de su alta hospitalaria¹⁹. Esta tendencia puede deberse al alto costo de estas ayudas técnicas (la cual oscila en el mercado entre \$1.800.000 y \$3.700.000 transtibial y transfemoral respectivamente), y al poco financiamiento por parte de los sistemas de salud, a pesar que está fundamentado que una prótesis adecuada puede proporcionar independencia y fomentar la participación en actividades, además de influir positivamente en la calidad de vida de los pacientes²⁵. En este contexto, ante la difícil adquisición de prótesis, casi el 79% de los pacientes de la muestra de este estudio se moviliza en silla de ruedas de forma exclusiva (el costo promedio de una silla de ruedas estándar es de \$100.000), promedio mayor al de otras investigaciones que llegan al 50%²². La marcha con ayudas técnicas (bastones, andador, muletas) se consiguió solo en un 21% comparado con hasta un 42% en otros estudios²². Faltan datos sobre la frecuencia y enfoque de la rehabilitación que ayuden a explicar el alto porcentaje de dependencia para la movilidad de silla de ruedas.

Según la II Encuesta Nacional de Discapacidad²⁶, solo un 39,3% de las personas en situación de discapacidad se encuentran laboralmente activas. En

este estudio la muestra llegó a solo el 14,7%, de los cuales el 10,6% lo hizo logrando marcha con prótesis. El porcentaje se visualiza aún más bajo siendo que cerca del 70% se encontraban laboralmente activos previo a la amputación.

En Chile, un estudio realizado en pacientes acogidos al sistema de seguridad de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), enuncia que si bien un 96% de su muestra logró marcha con dispositivo protésico, solo el 67,5% de los pacientes menores de 60 años lograron reinsertarse laboralmente²⁷. Con estos datos se evidencia la brecha en cuanto a adquisición de prótesis y re inserción laboral entre los pacientes sujetos a mutualidades versus los pacientes atendidos en instituciones de asistencia pública. Queda de manifiesto que los dispositivos protésicos juegan un rol importante tanto en la independencia funcional como en la participación laboral.

Además, cerca del 30% de la muestra se encontraba con licencia médica asociado a la amputación, con un promedio de 6 meses, siendo la licencia más larga de 18 meses, en espera de culminar proceso de rehabilitación y entrenamiento de marcha con prótesis. Sería interesante contar con un estudio de costos que compare el valor de una prótesis de extremidad inferior versus los costos asociados a meses de licencia médica que debe subsidiar el Estado.

Las limitaciones encontradas en el estudio fueron: el corto periodo de recolección de la base de datos secundario a la interrupción en la atención ambulatoria habitual en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación al inicio de la pandemia por COVID-19; además esta misma base de datos no clasificó dentro de los pacientes diabéticos la complicación causante de amputación entre pie diabético y EAP, lo cual hubiese sido interesante de discutir; y finalmente que las licencias médicas incluidas fueron solo las electrónicas realizadas por médico fisiatra dado que no se contaba con el registro de las licencias manuales ni realizadas por otros especialistas, por lo cual, este dato puede ser aún mayor al descrito.

Podemos decir, en conclusión, que el porcentaje de pacientes con amputación de miembro inferior secundaria a complicaciones de la DM y su mayor distribución en el género masculino de la muestra, son más elevados a lo descrito en la literatura. Además, se encuentra un acceso limitado a los dispositivos protésicos para rehabilitar e independizar en marcha, lo cual se relaciona con el bajo porcentaje de re inserción laboral.

Las características descritas en este estudio pueden contribuir a formular estrategias para optimizar la prevención de complicaciones de la DM, la rehabilitación de los pacientes con amputación de miembro inferior y su re inserción laboral.

Faltan estudios en el tema para tener una visión general de la condición de los pacientes con amputación de miembro inferior en Chile, y con ello generar políticas en salud pública tanto preventivas como de tratamiento. De igual forma, faltan estudios de costo-efectividad que reflejen el impacto económico de las licencias médicas prolongadas versus la compra de dispositivos protésicos.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni financiamiento para llevar a cabo este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmad N, Thomas GN, Gill P, Torella F. The prevalence of major lower limb amputation in the diabetic and non-diabetic population of England 2003-2013. *Diab Vasc Dis Res.* 2016; 13(5): 348-353. <https://doi.org/10.1177/1479164116651390>
2. Arifin N, Hasbollah HR, Hanafi MH, Ibrahim AH, Wan Abdul Rahman WA, Che Aziz R. Provision of prosthetic services following lower limb amputation in Malaysia. *Malays J Med Sci.* 2017; 24(5): 106-111. <https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.5.12>
3. Tinajero M, Malik V. An Update on the Epidemiology of Type 2 Diabetes: A Global Perspective. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 50(3), 337-355. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.05.013>
4. Ortegate M, Sangiovanni S, Díaz M, Aguilar J, García J, Asencio H. Epidemiología de diabetes mellitus tipo 2 en la población colombiana y factores de riesgo que predisponen a la amputación de miembros inferiores. *Revisión de la literatura.* SSS. 2018; 4(1): 49-56.
5. Verrone M, De Sá F, Franzin A, Toledo M. Risk factors for foot amputation in patients hospitalized for diabetic foot infection. *J Diabetes Res.* 2016; 8931508: 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8931508>
6. Sereday M, Damiano M. Amputaciones de miembros inferiores en diabéticos y no diabéticos en el ámbito hospitalario. *ALAD.* 2009; 17(1): 9-15.
7. Kayssi A, De Mestral Ch, Forbers T, Roche-Nagle G. A Canadian population-based description of the indications

- for lower extremity amputations and outcomes. *Can J Surg.* 2016; 59(2): 99-106. <https://doi.org/10.1503/cjs.013115>
8. Fortington L, Rommers G, Postema K, Van Nettern J, Geertzen J, Dijkstra P. Lower limb amputation in Northern Netherlands: unchanged incidence from 1991–1992 to 2003–2004. *Prosthet Orthot Int.* 2013; 37(4): 305–310. <https://doi.org/10.1177/0309364612469385>
 9. Khalfallah M, Gouta EL, Dougaz W, Jerraya H, Samaali I, Nouira R, Bouasker I, Dziri C. Predictive factors for major amputation of lower limb in diabetic foot: about 430 patients. *Tunis Med.* 2018; 96(5): 298-301.
 10. Subsecretaría de Salud Pública. Encuesta nacional de salud 2016-2017 [Internet]. [consultado 3 Jul 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
 11. Sapunar J. Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2016; 27(2): 146-151.
 12. Rathore FA, Ayaz SB, Mansoor SN. Demographics of lower limb amputations in the Pakistan military: A Single Center, Three-Year Prospective Survey. *Cureus.* 2016; 8(4): 2-8. <https://doi.org/10.7759/cureus.566>
 13. Subsecretaría de Salud Pública. Egresos Hospitalarios 2017 [Internet]. [Consultado 3 Jul 2020]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>
 14. Díaz M, Maureira M, Romero J. Diseño de la red asistencial del proceso de atención en red para la ulceración y tratamiento de las personas con pie diabético del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, COMGES 1- 2019. 2019. Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
 15. Organización Mundial de la Salud. Normas de ortoprotésica. Parte 1: normas [Internet]. [consultado 9 Dic 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259508/9789243512488-part1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Organización Mundial de la Salud. Standards for prosthetics and orthotics service provision: 2015-2017 work plan [Internet]. [consultado 9 Dic 2020]. Disponible en: https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/workplan_p-o_standards.pdf
 17. Alvia P, Espinoza M, Moyano A, Solis F, San Martín P. Prevalencia de inserción laboral en la adultez de pacientes amputados antes de los 18 años de edad y factores clínico-demográficos asociados: Instituto Teletón Santiago 2012-2013. *Rehabil. Integral.* 2014; 9(1): 35-43.
 18. Organización Internacional del Trabajo. Clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO) [Internet]. [consultado 11 Dic 2020]. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/resources/concepts-and-definitions/classification-occupation/>
 19. Promis G. Amputaciones en el servicio de cirugía del Hospital Félix Bulnes Cerda. *Rev. chil. cir.* 2002; 54(1): 53-58.
 20. Huseynova K, Sutradhar R, Booth G, Huang A, Ray J. Risk of contralateral lower limb amputation and death after initial lower limb amputation - a population-based study. *Heliyon.* 2018; 4(10): 1-18. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.heliyon.2018.e00836>
 21. Rotter K, Robles K, Fuentes M, Carbonell C. Amputados traumáticos de extremidad inferior pertenecientes al Hospital del Trabajador, ACHS. II. Aspectos psicosociales y dolor crónico. *Cienc Trab.* 2008; 10(29): 95-99.
 22. Henríquez G. Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. *Rev. méd. Costa Rica Centroam.* 2009; 66(589): 267-273.
 23. Wong M. Lower extremity amputation in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2005; 11(3):147-52.
 24. Academia Nacional de Medicina de México. Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el Estado [Internet]. [consultado 11 Dic 2020]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
 25. Asano M, Rushton P, Miller W, Deathe B. Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int.* 2008; 32(2): 231-243. <https://doi.org/10.1080/03093640802024955>
 26. Servicio Nacional de la Discapacidad. Libro de resultados del II estudio nacional de la discapacidad [Internet]. [consultado 15 Dic 2020]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/6405/libro-de-resultados-del-ii-estudio-nacional-de-la-discapacidad#:~:text=El%20Servicio%20Nacional%20de%20la,%2C%20dispositivos%20de%20ayuda%2C%20accesibilidad%2C
 27. Rotter K, Robles K, Fuentes M, Carbonell C. Amputados traumáticos de extremidad inferior pertenecientes al Hospital del Trabajador I. Aspectos laborales y funcionales. *Cienc Trab.* 2008; 28(1): 63-67.

80 AÑOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. UNA MIRADA HISTÓRICA PERSONAL

80 YEARS OF THE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH OF THE UNIVERSITY
 OF CHILE. A PERSONAL HISTORICAL VIEW

RESUMEN

Este artículo presenta, desde una perspectiva histórica personal, aspectos destacables de la evolución de la Escuela de Salud Pública "Dr. Salvador Allende G." de la Universidad de Chile desde su creación el año 1943. Desde esa fecha hasta septiembre de 1973 tuvo un desarrollo académico progresivo y multidisciplinario, que la llevó a constituirse en líder a nivel nacional e institución destacada de América Latina en este campo. Durante la dictadura militar, 1973-1999, fue dirigida por interventores militares y un médico salubrista designado, disminuyendo su presencia tanto en Chile como a nivel internacional, manteniendo sus actividades centrales. Su recuperación se inició en el umbral del siglo XXI, período en que destacan la creación del Doctorado en Salud Pública el año 2003 y la reforma de sus maestrías, el fortalecimiento del cuerpo académico y profesional, junto con una planificación y gestión innovadora del quehacer académico al igual que la reinserción internacional de la Escuela en América Latina y a nivel global.

ABSTRACT

This article presents notable aspects of the evolution of the School of Public Health "Dr. Salvador Allende G." at the University of Chile since its creation in 1943 from a personal historical perspective. The School made significant academic progress and became a national leader in Latin America from that date until September 1973. From 1973 to 1999, the military dictatorship directed the organization with military officers and a public health physician. This reduced its presence in Chile and internationally while maintaining its core activities. The School has made significant progress since the turn of the century, highlighted by the creation of the Doctorate in Public Health in 2003, reform of master's programs, strengthened academic and professional body, innovative program planning and management, and renewed international presence in Latin America and globally.

Giorgio Solimano C.
 Programa de Salud Global, Escuela de Salud Pública "Dr. Salvador Allende G.", Universidad de Chile
 Profesor Titular en las Universidades de Chile y Columbia N.Y.

Escribir sobre la historia y el devenir de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G” de la Universidad de Chile al cumplir 80 años desde su creación constituye un desafío no fácil de abordar. Me atrevo a hacerlo luego de pertenecer a ella por más de 60 años y el haber colaborado con sus fundadores desde que era estudiante de medicina en la década de los 50. El propósito de este artículo luego de hacer memoria, revisar publicaciones y documentos, es narrar de manera sinóptica los aspectos más significativos de su quehacer y evolución desde una perspectiva personal.

Espero que constituya un aporte para quienes han sido y somos parte de esta querida institución como de quienes se incorporen a ella, conscientes de que nuestra misión es mantener la calidad y vigencia de su quehacer a nivel nacional e internacional y una visión de futuro actualizada en un mundo que evoluciona aceleradamente.

En cuanto al origen y creación de nuestra Escuela, cabe citar las palabras de su primer director, el Dr. Hernán Romero en la sesión solemne de Inauguración de la Escuela de Salubridad luego de su creación el año 1943, realizada en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, el 1 de junio de 1944, siendo rector de la Universidad Juvenal Hernández Jaque y Decano de la Facultad de Medicina el Dr. Armando Larraguibel. *“Es así como bajo el patrocinio de nuestra Universidad y la conjunción de voluntades nace a la luz pública la Escuela de Salubridad, a la que están reservados destinos brillantes”*. El sentido de esas palabras era expresión del interés de médicos clínicos de diversas especialidades con una clara vocación social, que se desempeñaban tanto en el ámbito académico como en instituciones públicas desintegradas, que requerían mejor administración y observaban con interés lo que ocurría países del norte donde los arreglos institucionales estaban en procesos de perfeccionamiento, o en instituciones privadas de beneficencia.

La creación de la Escuela de salubridad fue iniciativa de la Universidad de Chile, el Servicio Nacional de Salubridad, el Instituto Bacteriológico de Chile y la Fundación Rockefeller, los cuales aunaron sus esfuerzos técnicos y económicos luego de un largo período de preparación. Su objetivo, en ese entonces, fue *“impartir enseñanza, técnica y especializada, a los funcionarios de distinto tipo que pertenecen o van a ingresar al Servicio Nacional de Salubridad y a los organismos de medicina pública”*.

Posteriormente, en su discurso de incorporación

como Miembro de la Academia Chilena de Medicina en julio de 1966 el profesor Romero planteó *“Sus fundadores crearon la Escuela de Salubridad con el objetivo preciso de propender al mejoramiento de la salud individual y colectiva por medio de las acciones que dicta el estudio de los problemas sanitarios y la aplicación de las técnicas que ha urdido la ciencia moderna”*.

Retrocediendo en el tiempo es importante consignar que ya el año 1830 Guillermo Blest, verdadero fundador de la medicina chilena, denunciaba las deplorables condiciones sanitarias del país, empeñándose en crear conciencia en los gobiernos de su época sobre la necesidad de mejorar la situación de la higiene pública. A fines del siglo XIX, en Chile al igual que en otros países de la región, la sanidad nació a impulso de las epidemias, momento en que legislativamente se autorizó al presidente de la República para declarar cerrados los puertos marítimos y terrestres y establecer cuarentena y desinfección de naves, personas y cargas, como también levantar cordones sanitarios en caso de epidemias provenientes del exterior. Sólo cabe decir *“nada nuevo bajo el sol”*. A partir de entonces en nuestro país, con gobiernos de diferente signo, se crean instituciones de salud, preferentemente de beneficencia, encargadas de proveer cuidados de salud a la población chilena, y es a fines del siglo XIX e inicios del XX que se establece el primer sistema público de salud en tiempos en que predominaban las infecciones, la desnutrición y las altas tasas de mortalidad materna e infantil que diezaban la población, que vivía en hacinamiento y malas condiciones sanitarias.

En este contexto, la creación de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile antecede la fundación del Servicio Nacional de Salud el año 1952, teniendo presente que los impulsores de ambas iniciativas fueron destacados académicos entre los cuales destacan los doctores Hernán Romero, Benjamín Viel, Abraham Horwitz, Hugo Behm, Victoria García y legisladores como Salvador Allende, Eduardo Cruz Coke, Sotero del Río y Exequiel González Madariaga entre otros; maestros visionarios que desde distintas trincheras, pero con una perspectiva compartida, reconocieron la necesidad de contar con una salud digna para trabajadores y comunidades en riesgo, haciendo realidad la creación del SNS.

Inicialmente, alojada por la Dirección General de Sanidad, la Escuela desarrolló sus actividades entre 1944 y 1969 en el edificio central del actual Instituto de Salud Pública (ex Instituto Bacteriológico de

Chile), pero la necesidad de expansión fue resuelta durante la gestión de Guillermo Adriasola, director de la ESP y del decano de la Facultad de Medicina Amador Neghme quienes, luego de una ardua tarea, lograron la terminación y habilitación del edificio actual gracias a la concesión de un préstamo extraordinario por parte del Banco Interamericano de Desarrollo.

A partir de su fundación se van creando cursos de varias disciplinas, el primero de ellos, llamado Curso Principal fue dictado a partir de 1944, de 4 meses de duración con la participación de 10 estudiantes, a lo que se agregó un curso de 15 auxiliares de saneamiento. La Escuela tuvo un desarrollo progresivo bajo las sucesivas y expertas direcciones de los profesores Hernán Romero (1944-1950), Benjamín Viel (1951-1952), Abraham Horwitz (1953), Hernán Urzúa (1954-1963), Guillermo Adriasola (1964-1968) y Hugo Behm (1969-1973). No es posible omitir que a partir de 1958 y por 16 años, mi profesor de salud pública en sexto año de la carrera, el Dr. Abraham Horwitz fue director de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, orgullo para nuestro país. Igualmente, durante este período la ESP contó con destacadas académicas en epidemiología, bioestadística, salud materno infantil entre otras; colegas como Aída Kirschbaum, Erika Taucher, Sylvia Plaza, Nora Bertoni y Adela Legarreta, quienes no llegaron a desempeñar cargos directivos, fueron destacadas docentes e investigadoras de reconocido prestigio nacional e internacional. Con el transcurrir de los años el número y participación de mujeres académicas con crecientes responsabilidades ha aumentado significativamente. Dos de ellas han sido electas directoras de la Escuela en los últimos 10 años: Patricia Frenz (2017-2019) y Verónica Iglesias (2019-2021).

Durante este período existió una progresiva diversificación de disciplinas. A las actividades iniciales centradas en administración para médicos y saneamiento para auxiliares (1944) se agregaron cursos de laboratorio y estadística (1945), educación sanitaria (1946), ingeniería sanitaria (1951), administración hospitalaria (1952), estadísticas vitales y sanitarias (1953), administración y docencia en enfermería (1955), higiene materna e infantil (1957), planificación en salud (1964), epidemiología clínica (1965), salud y dinámica de la población (1966), ejecutivos de hospital (1966) y biología de la reproducción (1967). Son tiempos coincidentes con una importante expansión del sistema público de salud que es posible ejemplarizar en la creación de los médicos generales de zona; el

establecimiento de servicios de salud con poblaciones asignadas; así como un significativo aumento de plazas para formación de especialistas y su compromiso a ejercer en provincias luego de completada esta, por 3 a 5 años. En ese contexto, en la ESP crece el número de estudiantes chilenos y extranjeros, tanto médicos como una variada gama de profesionales de la salud, las ciencias sociales, la administración, la ingeniería y la matemática. Simultáneamente, la ESP se convierte en un centro latinoamericano de formación en salud pública y disciplinas conexas, que atrajo numerosos profesionales de Latinoamérica quienes luego ocuparon posiciones destacadas en sus países y organismos internacionales. El rol de la ESP en la formulación de políticas públicas ha existido desde su creación y acrecentado durante este siglo, y no pocos académicos han desempeñado funciones directivas en instituciones de gobierno en Chile y en organismos internacionales.

Con ocasión de la celebración de los 50 años de la fundación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile el Dr. Abraham Horwitz, Profesor Emérito de la Universidad de Chile y director Honorario de la Organización Panamericana de la Salud, publicó en la Revista Médica de Chile el artículo "Reflexiones sobre un Aniversario: La Escuela de Salud Pública de Chile, en su Cincuentenario", el cual es imperativo tener presente por su vigencia:

"Los creadores de la Escuela previnieron la necesidad de profesionales dedicados exclusivamente a los problemas de salud comunitarios, colectivos, de grupos, no individuales. Deberían ser capaces de analizarlos con bases epidemiológicas, crear nuevos conocimientos y aplicar los aportes de la ciencia y de la técnica para resolverlos por medio de la organización y administración eficiente de los servicios".

"Nuestra Escuela en sus 50 años de existencia ha adquirido la experiencia, reflejo de su éxito, que garantiza que sabrá adaptar su cometido a las nuevas condiciones de salud que deriven de un desarrollo progresivo económico y social, dentro del marco de nuestras características culturales. Estamos ciertos que lo cumplirá, dado su pasado tan esencialmente constructivo".

Durante el gobierno de la Unidad Popular y la dirección del Prof. Hugo Behm, la ESP se suma a las iniciativas de democratización de la salud, el apoyo a la extensión de los horarios de atención en consul-

torios, y sobre todo en la innovación de los planes de estudios para hacerlos consonantes con la visión en salud de esa época. Un período de gran actividad en que tanto la dirección como el cuerpo académico y de colaboración estuvimos profundamente comprometidos con el fortalecimiento del sistema público de salud y el gobierno de esa época.

Ello se interrumpe violentamente el 11 de septiembre de 1973 y la represión que azotó el país, también llegó a nuestra ESP. El nombramiento de interventores militares en la Universidad de Chile, la expulsión y persecución de los académicos/as leales al gobierno de la Unidad Popular y el repudio por parte del mundo internacional de salud, junto con reformas radicales en que predominó la ideología privatizadora, significó una severa restricción de la libertad académica y de las actividades a nivel comunitario, lo que sin duda tuvo gran impacto en el quehacer de nuestra Escuela.

Una vez expulsado del país, luego de 7 meses de prisión, me incorporé al departamento de nutrición del Massachusetts Institute of Technology -MIT- y luego a la Universidad de Columbia, desde donde, junto con otros colegas chilenos, y especialmente de instituciones de salud pública y de organizaciones de la sociedad civil norteamericanas, canadienses y europeas fuimos parte de la denuncia de las violaciones de derechos humanos en salud y la protección de colegas, varios de ellos ex académicos, que intentaban organizarse dentro de Chile. Un período en que, mirado desde el exterior, la Escuela perdió relevancia e incluso corrió el riesgo de ser cerrada.

Sin embargo, la Universidad de Chile continuó consolidando su rol como la principal institución formadora de profesionales en salud pública en el país. El año 1981 se creó la maestría en Salud Pública (continuidad de la Licenciatura en Salud Pública) y en 1983 la de Bioestadística, programas líderes en nuestro país que a la fecha han graduado 980 y 170 profesionales respectivamente. Durante el período 1960-1973 cabe destacar el impacto internacional de los estudios sobre mortalidad materna y de la niñez junto con el Seminario Latinoamericano de Salud Materna e Infantil -1968 al 1997. Hitos más recientes, en este ámbito son la creación del Doctorado en Salud Pública el año 2003, único en el país, con 80 graduados a la fecha y la maestría en Salud Mental el año 2019 en la cual se han graduado 9 profesionales.

Regresé a Chile el año 1988 para contribuir a la recuperación de la democracia y también de la salud creando la Corporación de Salud y Políticas Sociales -CORSAPS- y mi adscripción a la ESP *ad honorem*,

luego de llegar a acuerdo con el Dr. Ernesto Medina Lois entonces director.

El año 1999 con la elección de nuevo decano de la Facultad de Medicina y de rector de la Universidad de Chile se inicia la renovación de la Escuela de Salud Pública con el llamado a concurso del cargo de director, siendo electo ese mismo año.

Consciente que una perspectiva personal no está exenta de sesgos, omisiones y juicios de valor, el año 2000, durante el primero de los 12 de mi gestión, elaboramos en forma participativa con la asesoría de una consultora especializada, el primer plan estratégico de desarrollo -PED- "Un camino de renovación de la salud pública en la Universidad de Chile", que se convirtió en la "carta de navegación" a partir de ese momento.

"La misión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile es contribuir a mejorar la salud de la población en el ámbito nacional e internacional, mediante la búsqueda de la excelencia en la investigación, formación de recursos humanos, extensión y asistencia técnica"

"La visión definió a la Escuela de Salud Pública como una institución académica relevante para la salud de la población, reconocida y respetada en el nivel nacional e internacional por su excelencia como centro de conocimiento avanzado. Asimismo, será pluralista y líder en el campo de la Salud Pública, con capacidad para generar ideas y comprometerse en su realización, y con un elevado sentido de compromiso social. La Escuela se distinguirá por su compañerismo, solidaridad y espíritu de cuerpo entre sus miembros, quienes constituirán equipos multiprofesionales y transdisciplinarios. En consonancia con esta perspectiva se fomentará la colaboración con universidades nacionales y extranjeras, de manera de concertar visiones académicas orientadas a mejorar la Salud Pública"

En el artículo "The School of Public Health at the University of Chile: Origins, Evolution, and Perspectives" publicado en Public Health Reviews el año 2011, es donde mejor se describe lo realizado en el período 1999-2011, del cual transcribo textualmente algunos párrafos.

"Hacia fines de los 90, la atmósfera de las universidades públicas había mejorado muy poco. Por otra parte, el escenario de salud pública había cambiado en términos epidemiológicos y políticos. En ese contexto la Escuela de salud Pública -ESP-

necesitaba cambios mayores con urgencia, por lo cual se formuló un plan estratégico de desarrollo que priorizaba la renovación del cuerpo académico y la reforma de los programas de graduados, incluyendo la creación del primer programa de doctorado en salud pública en el país el año 2003, con el propósito de estimular la investigación en la ESP y en otras universidades en el país”

“Durante este período el número de académicos con doctorado aumentó de 5 a 20 y se espera que alcance a 34 el año 2014. La creación del programa de doctorado permitió además obtener financiamiento nacional para becas de perfeccionamiento de académicos/as en el extranjero. Por su parte, los dos programas de maestría han continuado atrayendo estudiantes chilenos y en menor grado extranjeros, y han experimentado importantes innovaciones para satisfacer los requerimientos académicos necesarios. A la fecha tanto el programa de doctorado como las maestrías han sido acreditados por la Comisión Nacional de Acreditación.”

“En perspectiva, la ESP mantiene su liderazgo en formación y continuará influyendo en el sistema público de salud, ha recuperado su identidad y ha ganado influencia en el contexto internacional. En cuanto a la generación de conocimiento y la formulación de políticas, en temas tales como la obesidad y enfermedades crónicas relacionadas, el impacto de la carga de trabajo en la salud mental, las amenazas medio ambientales y el peso de las desigualdades en la salud individual y colectiva, son temas de creciente interés y abordaje en la ESP.”

“Como conclusión, luego de 68 años la ESP está en posición de retomar su liderazgo académico basado en la renovada capacidad de producción de conocimiento y la capacitación avanzada, lo que en último término puede influenciar el pensamiento en salud pública y las consiguientes políticas.”

Otros hechos destacables al 2011, en el plano nacional fue la designación de la ESP con el nombre “Dr. Salvador Allende G.” como reconocimiento al significativo aporte que le cupo al expresidente en el mejoramiento de la salud del pueblo chileno. Igualmente, en este período se realizaron dos Congresos Nacionales de Salud Pública que contaron con una amplia participación de académicos/as y autoridades

nacionales y extranjeras. El año 1997 se editó el primer número de la Revista Chilena de Salud Pública publicación que a la fecha está en el volumen 27. La primera versión de la Escuela Internacional de Verano tuvo lugar el año 1999 y desde entonces se realiza anualmente con la participación de destacados profesores chilenos y extranjeros. En años diversos se crearon nuevos programas académicos en salud comunitaria, salud laboral/ocupacional, medioambiente y salud global; en cuanto a este último, del cual fui su primer director, ha adquirido identidad y cuenta con un cuerpo académico con especialidad en temas prioritarios colaborando con universidades de excelencia en América y Europa. Nuestra activa participación en la Alianza Latinoamericana y del Caribe de Salud Global -ALASAG-, la realización de dos Congresos Latinoamericanos y del Caribe los años 2013 y 2022 y la reciente publicación del libro “Salud Global. El Escenario Actual y Perspectivas a Futuro” son prueba de ello. Durante este período, igualmente, se incorporó la dimensión de género en todos los campos de nuestro quehacer como ya lo hemos señalado, la capacitación en bioética, así como un incremento significativo de diplomas y cursos para graduados.

A nivel internacional, se consolidó el posicionamiento de la ESP mediante convenios de cooperación con 17 instituciones académicas de América Latina, Estados Unidos, Canadá y Europa, destacando la relación privilegiada con las universidades de Carolina del Norte y Columbia en Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud Pública en México. Durante dos períodos institucionalmente ejercimos la presidencia de la Alianza Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública -ALAES- constituida por más de 50 universidades de la Región lo que se tradujo en mayor colaboración e intercambio de académicos/as. El año 2010 fuimos miembro fundador de ALASAG, presidiéndola entre los años 2012 al 2014, alianza que desde su creación ha jugado un papel importante en el abordaje de temas prioritarios y emergentes a nivel global con una perspectiva latinoamericana. De los siete Congresos Latinoamericanos y del Caribe realizados por ALASAG nuestra Escuela albergó el segundo el año 2013 bajo el lema “Trascendiendo Fronteras para la Equidad en Salud” y la Declaración de Santiago aprobada en ese Congreso, sigue siendo identitaria de ALASAG desde entonces:

“Como ALASAG, proponemos la reflexión política, la investigación, la formación de recursos humanos y la acción que contribuya a transformar una realidad mundial hostil para la humanidad y la salud poblacional, en el logro de una sociedad justa y equitativa”.

“Hacemos un llamado a los gobiernos, a los organismos multilaterales, a las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil y a los nuevos organismos supranacionales, a implementar estrategias que defiendan los intereses de los seres humanos en términos de bienestar y desarrollo humano con el fin de lograr los postulados de la salud global, basados en la dimensión humana y en la sostenibilidad del desarrollo, en la conciencia ambiental y en el equilibrio ecológico, en los postulados de la justicia global y de la justicia social, orientados a una mejor calidad de vida y de salud para un mejor vivir de los ciudadanos del orbe”.

Durante los últimos 10 años, con jornada parcial, he acompañado el quehacer de los/las cuatro directores/as electos desde el año 2011, uno de ellos por segunda vez, período en el cual la Escuela ha continuado su fortalecimiento e innovación en el ámbito académico y su compromiso con las cambiantes realidades nacionales y globales.

Cabe señalar que, siendo director de la ESP, en períodos electorales dos candidatos a rector ofrecieron que ella se transformara en Instituto de Universidad, propuestas que colectivamente desechamos principalmente por razones financieras; esta posibilidad reapareció recientemente, previo a la pandemia por Covid-19, esta vez por iniciativa del claustro de la ESP, pero nuevamente la situación del país no ha permitido avanzar en la formulación de una propuesta fundamentada. Sin embargo, dado el carácter inter y transdisciplinario de la salud pública, las exitosas experiencias de universidades latinoamericanas y norteamericanas y otros antecedentes, apoyan el reconsiderar esta opción a futuro.

Cierro este artículo sobre el recorrido por nuestra Escuela de Salud Pública al cumplir 80 años, coincidente con el 180 aniversario de la fundación de la Universidad de Chile, caracterizándola como una institución señera de la salud pública chilena y latinoamericana, reconociendo y agradeciendo a quienes la crearon y a quienes han fortalecido su quehacer con el correr de los años, contribuyendo al robustecimiento de la salud pública y la superación de las grandes desigualdades existentes tanto en nuestro país como en la región latinoamericana, con una visión optimista sobre su futuro en un mundo en el que el conocimiento avanza aceleradamente y la salud individual y poblacional constituyen una dimensión insoslayable del progreso mundial.

80 AÑOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE: UNA HISTORIA DE COMPROMISO CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN

80 YEARS OF THE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH OF THE UNIVERSITY OF CHILE: A HISTORY OF COMMITMENT TO THE HEALTH OF THE POPULATION

Hace 80 años, en el contexto de un acuerdo entre la Universidad de Chile, el Servicio Nacional de Salubridad, la Fundación Rockefeller y el Instituto Bacteriológico de Chile, un día 1 de junio de 1943 nació la Escuela de Salubridad, hoy Escuela de Salud Pública, dependiente de lo que en ese entonces era la Facultad de Biología y Ciencias Médicas¹.

La creación de la Escuela de Salud Pública no es posible de entender sino como parte de un largo proceso de creciente influencia del higienismo en las políticas públicas, iniciado en el siglo XIX, en el cual se debe destacar el rol del Dr. Guillermo Blest, autor del “Ensayo sobre las causas más comunes y activas de las enfermedades que se padecen en Santiago de Chile con indicaciones de los mejores medios para evitar su destructora influencia”, reconocida por Diego Barros Arana como primer trabajo científico en Chile sobre ese ramo estas materias². El Dr. Blest fue un activo denunciante de las condiciones sanitarias del país, intentando convencer al gobierno para el desarrollo de políticas orientadas a mejorar las condiciones de la higiene pública, lo que le llevó a desencuentros con la autoridad, que finalmente redundan en su renuncia, en 1836, a la Presidencia del Protomedicato, que había asumido en 1830². Otros hitos muy relevantes en este camino fueron la promulgación del primer Código Sanitario en 1918³, la creación, en 1924, del Ministerio de Salud con el nombre de Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social⁴, y la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva en el año 1938⁵, “con el fin de vigilar el estado de salud de sus imponentes y de adoptar las medidas tendientes a descubrir, previniendo precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón y de los riñones; como también las enfermedades derivadas del trabajo: el saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis y otras de la misma índole”⁵.

La misión que, desde su fundación, tuvo la Escuela fue “Mejorar la Salud Pública contribuyendo a la correcta estimación de los problemas y enseñando la manera de abordarlos con mayor eficacia”⁶, para lo cual se proponía “mejorar la salubridad del país, mediante la formación especializada de los funcionarios que pertenezcan o vayan a ingresar al Servicio Nacional de Salubridad o a otros organismos de la salud pública, así como estudiar los problemas nacionales que dicen relación con la prevención de enfermedades y fomento de la salud”⁶.

El contexto sanitario en Chile, en el tiempo de creación de la Escuela, se caracterizaba por una mortalidad general que alcanzaba los 21,3 fallecidos por cada mil habitantes en 1940⁷; de cada mil niños que nacían ese año, 191 fallecían antes de cumplir el primer año de edad⁷; la esperanza de vida para el periodo 1939-1942 era de sólo 40,6 años para los hombres y 43,1 años para las mujeres⁷; el perfil epidemiológico tenía un predominio sin contrapesos de los problemas infectocontagiosos.

En términos de la respuesta social organizada de la sociedad chilena y expresada en el sistema de salud, cabe recordar que en 1924 se había aprobado la ley del se-

guro social⁸, que permitió establecer un sistema de atención de salud para obreros. Si bien, en 1938 se había aprobado la ley de medicina preventiva, cuyos beneficios eran universales, en 1942 se autorizó la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)⁹, para que esta institución administrara los beneficios de dicha ley para los empleados. Dicho de otro modo, nuestro arreglo de sistema de salud estaba segmentado, segregando de acuerdo al tipo de ocupación de los trabajadores.

Ochenta años más tarde, el panorama sanitario se ha modificado de manera sustantiva. La mortalidad general ajustada por edad se ha reducido a 4,0 por cada mil habitantes¹⁰; menos de 7 niños y niñas (6,5 por mil) de cada mil que nacen fallecen antes de cumplir el primer año de edad¹⁰; la esperanza de vida a 2023 es de 81,2 años¹⁰, siendo de 84,1 para las mujeres y de 78,7 años para los hombres¹¹.

El perfil epidemiológico hoy nos muestra un predominio de las enfermedades crónicas, con las enfermedades del sistema circulatorio y tumores representando casi 46% de las 126.169 muertes anuales ocurridas en Chile en 2020¹², aunque el grupo “códigos para propósitos especiales” asignados a muertes por Covid-19, con 18.680 fallecidos, representa un 14,8% del total de muertes¹² y se ubica en un tercer lugar, que es un doloroso recordatorio de que las enfermedades transmisibles siguen siendo un importante problema de salud pública.

Sabemos que los promedios esconden desigualdades. Si consideramos la mortalidad infantil, por ejemplo, comunas como Purén en la Región de la Araucanía, con 25,2 por mil nacidos vivos, Cisnes, en la Región de Aysén, con 28,6 por mil nacidos vivos, María Elena, en la Región de Antofagasta, con 21,8 por mil nacidos vivos¹³, tienen aún tasas de mortalidad infantil equivalentes a las que, en promedio, Chile tenía en los inicios de la década de los años 80s¹⁴, es decir, cuarenta años atrás.

Sabemos también que las enfermedades crónicas, al igual que antes hacían las enfermedades transmisibles, como nos lo recordó con tanta crudeza la pandemia de COVID-19, golpean con mayor fuerza a los sectores más pobres, es decir los mismos grupos más vulnerables de siempre. Al comparar a la población que tiene menos de 8 años de escolaridad con aquella que tienen más de 12 años, la hipertensión tiene una prevalencia que es 3,8 veces más alta entre quienes tienen menor escolaridad; para la diabetes mellitus esta diferencia es de 3,3 veces¹⁵.

En 2006, bajo la presidencia de Finlandia, la Unión Europea adoptó el lema de Salud en todas las políticas¹⁶. Al tomar esta decisión, lo que se hizo fue reconocer que la salud es influenciada en gran medida por los estilos de vida y el ambiente, es decir cómo las personas viven, trabajan, se movilizan, cómo usan su tiempo libre, cómo comen y cómo beben. Este enfoque, que también ha sido promovido por la Organización Mundial de la Salud, debemos impulsarlo decididamente en Chile, con un activo rol del Estado, si queremos construir un país más sano, donde la gente viva más y con mejor calidad de vida. Es, desde esta convicción, que abogamos por incorporar la dimensión de salud en políticas relacionadas con la estructura tributaria, producción alimentaria, vivienda, educación, transporte, trabajo, medio ambiente, minería, entre otras.

En relación con el ámbito más específico del sistema de salud, por una parte, la así llamada crisis de las Isapre que se ha arrastrado por años, y las tensiones que regularmente enfrenta el sistema público prestador frente a la demanda por camas UCI en épocas invernales, así como la magnitud de las listas de espera, son expresiones de la necesidad de cambios estructurales que requiere nuestro sistema sanitario.

Un sistema de salud, separado en dos modalidades de seguros, Isapre y Fonasa, que refleja la existencia de un sistema dual, que segrega por nivel de ingreso de las personas, generando un subsistema para pobres y otro subsistema para las personas de mayores ingresos, no puede sostenerse por más tiempo. Como sociedad requerimos avanzar hacia un verdadero seguro social, basado en el principio de la solidaridad y que contribuya a la cohesión y no a la segregación social.

Lo que hace un genuino arreglo de seguridad social en salud es distribuir los riesgos individuales en el conjunto de la sociedad y, por lo mismo, se sustenta en la obligatoriedad de todos y todas los y las integrantes de la sociedad de contribuir al financiamiento del sistema en función de sus capacidades, para que, a su vez, cada cual haga uso del sistema en función de sus necesidades. Al hacer esto, el arreglo de seguridad social en salud despliega su característica más definitoria, que es desligar el riesgo individual de la capacidad de contribución individual y, por lo mismo, no admite tablas que permitan tarifcar por riesgo de las personas, que es propio de un seguro privado, pero no de un seguro social. Se plasma así el valor de la solidaridad en salud, que se expresa en que los sanos financian a los enfermos, los ricos financian a los pobres y los jóvenes financian a los viejos.

Por otra parte, la necesidad de modernizar y fortalecer el sistema público prestador no puede seguir postergándose, como hemos planteado desde hace varios años¹⁷. Un aspecto clave es proteger al sistema de salud de los cambios asociados al ciclo político. Simplemente no resulta aceptable que cada vez que hay cambios de gobierno, cambien los niveles directivos superiores de las instituciones públicas de salud, incluyendo Direcciones de Servicios de Salud y hospitales. Hace ya varios años planteamos, y hoy volvemos a reiterar que es necesario sacar la conducción superior del sistema público prestador de salud del Ministerio de Salud, creando una Dirección Nacional de Salud como organismo técnico e independiente del Ministerio de Salud, con mecanismos de designación y renovación de quienes integren esta instancia mediante mecanismos que aseguren su independencia y capacidad técnica.

Una lección importante que nos dejó la pandemia es que un sistema de salud integrado es posible. En este sentido, la integración de prestadores de atención de salud públicos y privados, sobre la base de reglas del juego claras definidas por la autoridad sanitaria desde su rol rector, puede permitirnos maximizar los recursos que hoy nuestro país destina al cuidado de la salud de la población.

El contexto de la celebración de sus 80 años de vida institucional, es propicio para que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile vuelva a renovar su vocación de contribuir a la “correcta estimación de los problemas de salud y a la enseñanza de la manera de abordarlos con mayor eficacia”, con el propósito de mejorar la salud de la población. A través de la formación de recursos humanos, de la investigación y de una activa relación con el medio, especialmente aportando al diseño e implementación de políticas públicas en salud, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, seguirá buscando contribuir a la construcción de una sociedad que sea socialmente más cohesionada, más integrada y más justa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hevia, P. Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2006;10(3):170-176
2. Caffarena P. La enfermedad y sus causas en el siglo XIX chileno: La mirada del doctor Guillermo Blest. *Rev Chil Infectol*. 2020;37(5):591-596.
3. Chile. Ministerio del Interior. Proyecto de ley: Código Sanitario [Internet]. Ley 3.385 jun 22, 1918. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=169255>
4. Illanes M. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). *Historia social de la salud pública*. Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX). 1ª ed. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993.
5. Chile. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Establece el Servicio de medicina preventiva [Internet]. Ley 6.174 feb 9, 1938. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=25309&idParte=0>
6. Adiazola G, Horwitz A, Viel B, Villalobos M. Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. En: *Memoria de las Terceras Jornadas de Salubridad, organizadas por la Sociedad Chilena de Salubridad*. Santiago, octubre de 1954
7. Somoza J, Tacla O. La mortalidad en Chile según las tablas de vida de 1920, 1930, 1940, 1952-1960 [Internet]. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE); 1966 [consultado en julio 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/63f8638b-5a49-4af9-831a-6fe8e0c6f2b5/content>
8. Chile. Ministerio del Interior. Ley 4.054 [Internet]. sep 26, 1924. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=24431>
9. Chile. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Decreto con Fuerza de Ley 32; Decreto con Fuerza de Ley 32/1552. Refunde en el «Servicio Médico Nacional de Empleados», los servicios médicos de las instituciones de previsión social que se mencionan [Internet]. Dic 12, 1942. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=4158>
10. OPS/OMS. Perfil de país: Chile. *Salud de las Américas*. Organización Panamericana de la salud; 2023 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile>

11. INE. Estadísticas vitales [Internet]. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2023 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
12. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones y Mortalidad general [Internet]. DEIS; 2023 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
13. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Estadísticas territoriales [Internet] [consultado en septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales/resultados-consulta?id=283243>
14. Kaempffer AM, Medina E. Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes. Chile 1998. *Rev Chil Pediatr.* 2000;71(5):405-412.
15. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, ENS [Internet]. Ministerio de Salud; 2017 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIM-EROS-RESULTADOS.pdf
16. Ståhl, T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials [Internet]. Helsinki, Finlandia: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-in-all-policies-prospects-and-potentials>
17. Arteaga O, Bayer H, Martínez S, Santelices E, Velasco C, Villarino S. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud [Internet]. Publicación Escuela de Salud Pública U de Chile y Centro de Estudios Públicos (CEP). Santiago de Chile; 2017 [consultado en agosto 2023]. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20170706/20170706104922/cep_udechile_propuesta_salud.pdf

INAUGURACIÓN DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD^a

INAUGURATION OF THE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

El jueves 1º de junio de 1944, con una velada solemne efectuada en el salón de honor de la Universidad de Chile, se inauguró la nueva Escuela de Salubridad, con asistencia de numerosos profesores, médicos y público diverso.

Hicieron uso de la palabra en este acto el Sr. Rector de la Universidad de Chile, don Juvenal Hernández, el Sr. Director Subrogante de Sanidad, Dr. Carlos Ferreira, el Sr. Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Dr. Armando Larraguibel, el representante de la Fundación Rockefeller, Dr. Juan Janney y finalmente, el Dr. Hernán Romero, Director de la Escuela, de cuyo discurso hemos hecho un extracto, que incluimos a continuación, por estimarlo de interés para el cuerpo médico.

“Desde antiguo, muchos elementos destacados de esferas educacionales y médicas percibían la conveniencia de que se creara un centro encargado de investigar las realidades médicas de nuestro país y de enseñar técnicas, nuevas entre nosotros, cuya aplicación ciertamente contribuye a evitar enfermedades, perfeccionar la salud y prolongar la vida de los individuos. Estas medidas preventivas deberían producir efectos más prolíficos en Chile, donde, a impulsos de un vasto conjunto de leyes sociales, ha surgido una medicina pública de importancia y extensión mayores que ninguna otra nación democrática.

“En el corto espacio de unos cien años, nuestra Escuela Médica ha conquistado y mantenido sólido prestigio. Por la naturaleza misma de la función que han de desempeñar los profesionales que forma, su enseñanza se orienta casi constantemente hacia la consideración del hombre enfermo, cuyas dolencias quiere descubrir y curar o corregir. En este amplio aspecto, llena su misión tan cumplidamente, que nuestros médicos son mejores que los de otros países de parecido nivel de cultural, que atrae permanentemente profesionales y estudiantes de otras naciones y que las reformas que en ella se habla de introducir no son, en esencia, sino adaptaciones y perfeccionamientos.”

“Nadie ignora que, gracias al saneamiento de las poblaciones y a la juiciosa aplicación de los principios de la higiene, se ha conseguido, en otras partes y también entre nosotros, eliminar por completo algunas enfermedades y aminorar los estragos que muchas otras causan. Consiguientemente, se ha logrado también alargar la vida y acrecentar el bienestar, moral y físico, de los individuos. Para uno y otro objeto, se requieren, por cierto, recursos económicos, pero el dinero no es el único factor ni siquiera el más decisivo; la Sanidad se hace con hombres. Para enseñarles los conceptos modernos, para darles formación, técnica y especializada, nació esta Escuela cuyo bautizo venimos a celebrar esta tarde.”

“Los médicos, más que cualquier otro profesional, tienen el deber de mantenerse atentos a los fenómenos que se desarrollan en la colectividad de que forman parte y a las necesidades que el progreso determina. Consecuentes con esta obligación, la urgencia de una Escuela de Higiene o de Salubridad, como hemos resuelto llamarla nosotros, fue advertida años atrás y se hicieron dos ensayos que factores adversos

a Publicado en la Revista Médica de Chile, Volumen 72, 1944, páginas 558 y siguientes. Se reproduce con la gentil autorización del editor de Revista Médica de Chile Dr. Luis Michea A. El Dr. Hernán Romero Cordero era en ese entonces Director de la recién creada Escuela de Salubridad.

malograron muy pronto. Conscientes de las dificultades, pero seguros de que las circunstancias son ahora excepcionalmente favorables, los médicos, generosamente asistidos por las autoridades educacionales y por otras personas, se empeñaron, otra vez, en organizar el establecimiento que esta mañana abrió sus puertas bajo los mejores auspicios.”

Destacó en seguida, el Dr. Hernán Romero la valiosa cooperación prestada a esta idea por el Servicio Nacional de Salubridad de Chile, el Instituto Bacteriológico y dos instituciones norteamericanas: la Fundación Rockefeller y el Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad.

Agregó a continuación:

“La Universidad de Chile concede a la Escuela iguales privilegios, que a otros establecimientos de su categoría e integra primero, su presupuesto, para financiarlo, más adelante, en una mitad. Por substanciales que estas contribuciones sean, más valiosa aparece, a nuestros ojos, la conducta adoptada por el Sr. Rector y el Honorable Consejo Universitario, por el Sr. Decano y los colegas de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas. En efecto, se han apresurado ellos a declarar que el grupo que organizó la Escuela y va a conducirla está constituido por técnicos y debe gozar, por tanto, de libertad y franquicias extraordinarias. Esta actitud, sumada a la comprensión que importa haber justipreciado la obra y perfeccionada por las sugerencias del Sr. Hernández y el Dr. Larraguibel, justifican sobradamente la confianza depositada en la Corporación por las instituciones, nacionales y extranjeras, que le han allegado recursos de todo orden y han dejado a la Escuela bajo su alto patrocinio.”

“La Escuela está destinada a procurar formación técnica y superior a los funcionarios que pertenecen o desean ingresar a las instituciones de salubridad y de medicina pública. A fin de garantizarle crecimiento gradual y existencia perdurable, comienza con un curso breve y exclusivamente para médicos. Se desarrollará en jornadas completas y exige, de consiguiente, que los alumnos abandonen toda otra actividad. Parte de los profesores elegidos, de preferencia, entre profesionales que tienen títulos de especialistas, conferidos por prestigiosas Universidades de Estados Unidos, serán también de tiempo completo, a objeto de que dediquen a tareas de tanta responsabilidad atención indivisa y mantengan comunión constante con sus discípulos.”

“La enseñanza, eminentemente activa, comprenderá un mínimo de disertaciones y un máximo de seminarios, ejercicios de laboratorio y trabajos prácticos en campos y servicios variados. Se centrará alrededor de la estadística, epidemiología y administración sanitaria e incluirá fundamentos de microbiología aplicada, clínica de enfermedades infecciosas, alimentación, saneamiento y algunas nociones de higiene industrial. Se fundará especialmente en experiencias e informaciones nacionales, para cuyo fin se han recogido y están analizando buen número de datos y memorias de instituciones y se dispone asimismo, de colecciones de revistas de este país y de otros”.

“A medida que lo permitan los medios materiales y de personal, se irán ampliando y diversificando sus programas y se acogerán también a ingenieros sanitarios, veterinarios y, eventualmente, enfermeras, además de auxiliares técnicos de distinta clase y alumnos especiales, que deseen ahondar el conocimiento de determinadas materias. Las puertas del establecimiento, como es tradición en esta casa, estarán abiertas para los extranjeros”.

“Fuera de enseñar y de agrupar alrededor suyo las mejores mentes dedicadas al cultivo de la especialidad con objeto de que sea, algunas vez, verdadera escuela, se propone primordialmente investigar y exhibir los problemas chilenos y los recursos de que se dispone o que se debiera proveer para abordarlos. En un futuro, próximo o lejano, querrá estudiar analíticamente los organismos de medicina administrativa, incluso su origen, organización, presupuestos y rendimiento de atenciones; la morbilidad chilena y el modo de reducirla; la dieta de las diferentes clases sociales y la forma de enmendar sus deficiencias y mejorar su calidad; el asalariado chileno, su ambiente de trabajo y los daños que algunos procesos industriales causen; el saneamiento de campos y ciudades y tantos otros asuntos que han sido apenas desflorados o se ignoran totalmente.”

Finalmente expresó: “Bajo el patrocinio de la Corporación más prestigiosa de Chile y por efecto de poderosa conjunción de voluntades, nace hoy a la luz pública la Escuela de Salubridad a la que está confiada exaltada misión y a la que están reservados destinos brillantes.”

LOS INICIOS DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD DE CHILE:

1943 - 1957 ^a

THE BEGINNINGS OF THE CHILEAN HEALTH SCHOOL: 1943 - 1957

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de 60 años desde la fundación de la Escuela de Salud Pública. Es un momento para mirar con mayor detención sus orígenes, así como los hitos significativos en su crecimiento y desarrollo.

Nació en 1943 como Escuela de Salubridad, dependiente de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas (actual Facultad de Medicina) de la Universidad de Chile. En 1968 y hasta 1980 se denominó Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, pasando a tener su denominación actual en 1981. En el presente trabajo, considerado aún como preliminar, se presenta un conjunto de antecedentes históricos previos a la creación de la Escuela, así como las primeras etapas de su funcionamiento universitario.

Antecedentes de la Escuela de Salubridad

En el siglo XIX, el Dr. Guillermo Blest, verdadero fundador de la medicina chilena, denunciaba en 1830, las deplorables condiciones sanitarias del país, empeñándose en crear conciencia en los gobiernos de su época sobre la necesidad de mejorar las condiciones de la higiene pública. Con toda razón, el Dr. Alejandro Goic, ex decano de Medicina, expresaba en 1953, al cumplir 50 años la Escuela de Salud Pública de Chile, que el Dr. Blest “es un precursor notable de la salud pública en Chile”. A fines del siglo XIX, en 1886, se dictó la ley de Policía Sanitaria creando Juntas Departamentales y una Junta General. En Chile, al igual que en otros países de la región, la sanidad nace a impulso de las epidemias. Así, por ejemplo, en esa ley se autorizó al Presidente de la República para declarar cerrados los puertos marítimos y terrestres y para establecer cuarentena y desinfección de naves, personas y cargas, como también para levantar cordones sanitarios en caso de epidemias provenientes del exterior. En 1892 se incorporó al Consejo General de Higiene el Instituto de Higiene, quedando así constituida la primera Ley Orgánica de Higiene Pública de Chile. A comienzos del siglo XX se crearon los primeros inspectores sanitarios, en 1908, con la denominación de “médicos higienistas” con dos años de profesión. Significativa fue, asimismo, la dictación en 1918 del primer Código Sanitario, cuyo antecedente inicial estuvo desarrollado en un informe emitido en 1908 por el Dr. Lucio Córdova, Secretario del Consejo General de Higiene, y el Sr. Mariano Guerrero, de la Junta de Beneficencia, denominado “Administración Sanitaria en Chile y en el extranjero”. El Código de 1918 representó un formidable avance de progreso en la salubridad del país. Sin embargo, en 1925 fue modificado con la asesoría directa del Dr. John D. Long, Asesor del Gobierno de los Estados Unidos. Este Código, conocido con el nombre de “Long” confirió a la Sanidad una estructura unificada con mayor autoridad del gobierno central por sobre los municipios. Derogado el Código Long, en 1931 se dictó un nuevo Código Sanitario, que sólo fue modificado en 1967 y en el

a Publicado originalmente en la Revista Chilena de Salud Pública Vol 10 (3): 170-176 del año 2006. En ese entonces el Dr. Hevia se desempeñaba como académico de esta Escuela de Salud Pública y dirigía la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud creada en el Ministerio de Salud en el año 2002.

año 2004 con la nueva ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley N° 19,937 de 24/02/2004). Es interesante recordar, que la Constitución Política de 1925 declaró explícitamente que “es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país” y que “deberá destinar cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener el Servicio Nacional de Salubridad”. También es importante tener presente que en esa fecha se dictó un decreto ley de la Junta de Gobierno encabezada por el General Altamirano creando el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y Trabajo, siendo su primer Ministro el Dr. Alejandro del Río. Este nuevo ministerio incorporó a la Dirección General de Sanidad, la Inspección General del Trabajo, las Juntas de Beneficencia, el Consejo de Habitación Popular, las Cajas del Seguro Obrero y de Previsión de Empleados. En 1927 se le denominó de Ministerio de Bienestar Social, incorporando al Instituto Bacteriológico, denominándose más tarde como Ministerio de Salubridad.

El Instituto Bacteriológico fue creado por Ley 4557 en 1929, tomando como base al antiguo Instituto de Higiene creado en 1892. Su primer director fue el Dr. Eugenio Suárez, a quien se le asignaron los siguientes campos de actividades: Elaboración de productos biológicos y químicos; investigación científica y formación de higienistas. En 1930 se realizaron cursos de microbiología avanzada y en 1943, contribuyó el Instituto a fundar la Escuela de Salubridad, siendo el Dr. Suárez miembro del primer Consejo Asesor de la nueva Escuela. En 1933, al cumplirse el primer centenario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, el decano de Biología, Dr. Armando Larraguibel, propuso la creación del Instituto de Medicina Preventiva, que nunca fuera aprobado. Años después, en 1942, se reactivó dicha propuesta con la participación activa del Dr. Eugenio Suárez, Director General de Sanidad y del Instituto Bacteriológico; Dr. Hernán Romero; y el delegado de la Fundación Rockefeller, Dr. L.W. Hacktt.

Sus orígenes

La Escuela de Salubridad (denominada hoy Escuela de Salud Pública) nació en 1943 por un acuerdo entre la Universidad de Chile, el Servicio Nacional de Salubridad, la Fundación Rockefeller y el Instituto Bacteriológico de Chile. Se estructuró dependiendo directamente de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, a cargo de un Director nombrado por el Decano de la Facultad y asesorado por un Consejo compuesto por el Decano de la Facultad, el Director

General de Sanidad, el Director del Instituto Bacteriológico, el representante en Chile de la Fundación Rockefeller y el Director de la Escuela de Salubridad, que actuaría como secretario.

El 1° de julio de 1943 se reunió por primera vez el Consejo Asesor de la Escuela para conocer el Decreto del Rector de la Universidad de Chile, que creó la Escuela de Salubridad y se designó como su primer Director al Dr. Hernán Romero. El Consejo en enero de 1944, acordó iniciar el primer Curso Principal en junio de 1944 y designó a sus profesores. Asimismo, facultó al Director para designar a los Dres. Abraham Horwitz, Benjamín Viel, Gustavo Molina y Hernán Urzúa, cuando lo estimara pertinente. En los acuerdos para la constitución de la Escuela es conveniente señalar los compromisos tomados por las partes integrantes. La Universidad de Chile empezaría a aportar en dinero a partir de 1944 con sumas cada vez mayores hasta absorber en 1948 los aportes de la Fundación Rockefeller. El Servicio Nacional de Salubridad y el Instituto Bacteriológico se comprometieron a aportar ayuda económica y de diversa índole. El Instituto de Asuntos Interamericanos donó US\$ 85,000 para terminar el local y para equipo, mientras que la Fundación Rockefeller aportó inicialmente US\$ 75,000, además de numerosas becas en Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos. Los fundadores de la Escuela señalaron que su propósito primordial era “Mejorar la Salud Pública contribuyendo a la correcta estimación de los problemas y enseñando la manera de abordarlos con mayor eficacia”. En otro documento se afirmaba que: “Se propone mejorar la salubridad del país, mediante la formación especializada de los funcionarios que pertenezcan o vayan a ingresar al Servicio Nacional de Salubridad o a otros organismos de la salud pública; se propone, también, estudiar los problemas nacionales que dicen relación con la prevención de enfermedades y fomento de la salud.

De acuerdo a las fuentes originarias, la Escuela desde su fundación asumía la obligación de servir a la salubridad nacional y a la formación de la especialidad sanitaria. Afirmaba, además, que el cuidado de la salud y la enfermedad requería el concurso de un grupo de profesionales, de técnicas y niveles diferentes actuando en equipo y a tiempo completo. Para ello, era necesario definir objetivos comunes, hablar un lenguaje común, mantener una actitud general común y usar evaluaciones manejables por todos. Planteaba la necesidad de coordinación o integración de las diversas instituciones dispersas, bajo la conducción de especialistas, respaldados por el apoyo activo e

informado de la comunidad y centrados en la familia como unidad social y biológica. Es importante recordar que, para alcanzar los propósitos planteados al inicio de la Escuela de Salubridad, se propuso que “la enseñanza debía ser eminentemente práctica y activa, buscando su material en la realidad ambiente, que el alumno exploraría guiado por sus profesores. Se trataría que aprendieran los métodos y las técnicas para afrontar y resolver los problemas, más bien que los asuntos en sí mismos”. La enseñanza se centraría en administración sanitaria, epidemiología, microbiología, alimentación, saneamiento y control de enfermedades infecciosas. Se definió que la Unidad Sanitaria de Quinta Normal sería el campo experimental para la práctica de los alumnos.

El 1° de junio de 1944, con una velada solemne en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, se inauguró la nueva Escuela de Salubridad. En esa ocasión su Director, Dr. Hernán Romero, señaló:

- “La Escuela está destinada a procurar formación técnica y superior a los funcionarios que pertenecen o deseen ingresar a las instituciones de salubridad y de medicina pública. A fin de garantizarle crecimiento gradual y existencia perdurable, comienza con un curso breve y exclusivamente para médicos. Se desarrollará en jornadas completas y exige que los alumnos abandonen toda otra actividad”.

- “La enseñanza, eminentemente activa, comprenderá un mínimum de disertaciones y un máximo de seminarios, ejercicios de laboratorio y trabajos prácticos en campos y servicios variados”.

- “Fuera de enseñar y de agrupar alrededor suyo las mejores mentes dedicadas al cultivo de la especialidad con objeto que sea, alguna vez, verdadera escuela, se propone, primordialmente, investigar y exhibir los problemas chilenos y los recursos de que se dispone o que se debiera proveer para abordarlos”.

Desde el inicio, el Consejo Asesor recomendó que el Director no se mantuviera indefinidamente en el cargo. Los primeros Directores de la Escuela de Salubridad fueron: Dr. Hernán Romero (1944-1950), Dr. Benjamín Viel (1951- 1952), Dr. Abraham Horwitz (1953), Dr. Hernán Urzúa (1954-1963) y Dr. Guillermo Adriasola (1964-1968).

Los primeros pasos

El primer curso oficial se inició el 1° de junio de 1944, habiéndose designado como profesores a los doctores Mario Prado, Benjamín Viel, Mario Pizzi, Julio Santa María y Hernán Romero; y como ayudante, al Dr. Juan Moroder. Ese año se impartieron dos cursos: uno principal y el otro para inspectores sanitarios, recibiendo en total 25 alumnos. El Curso Principal se desarrolló a lo largo de 4 meses con 30 horas docentes semanales, contando con 7 cátedras. El primer curso para inspectores sanitarios ocupó 6 semanas.

Su funcionamiento se inició en un antiguo local facilitado gentilmente por el Instituto Bacteriológico y que estaba ubicado en calle Borgoño, actual comuna de Independencia. En mayo de 1945, se trasladó oficialmente a su nuevo local –con 800 m²– ubicado en la Avenida Maratón, comuna de Ñuñoa, donde está actualmente el Instituto de Salud Pública, y que correspondía a la ubicación en esa época del Instituto Bacteriológico. En los años siguientes creció hasta alcanzar 2,400 m². Permaneció allí hasta comienzos de 1970, fecha en que se trasladó a su ubicación actual en la Avenida Independencia, comuna de Independencia, en el norte de la Región Metropolitana.

En 1945, por Decreto Gubernativo N° 67, se crearon las Cátedras de Epidemiología, Microbiología y Estadística. Asimismo, la Dirección General de Sanidad creó 20 cargos sanitarios de tiempo completo. En 1947, se enriqueció el Curso de Higiene Industrial con un acuerdo para estudios y trabajos en el mineral de cobre de El Teniente.

En 1948, la Universidad de Chile aprobó el Reglamento de la Escuela y le otorgó rango universitario. Tres años después, en 1951, el Dr. Benjamín Viel, su Director, presentó un presupuesto y una planta docente permanente, que la Universidad asimiló como propios en abril de 1952. De este modo, el núcleo docente estable estaba constituido por 18 profesores y ayudantes, complementado por media docena de diversos profesionales pagados por otras instituciones.

Es importante señalar que desde el comienzo de la Escuela se promovió la investigación de los problemas sanitarios nacionales participando sus docentes en congresos gremiales y científicos, dentro y fuera de Chile, así como ensayando técnicas, realizando conferencias y viajando a provincias para conocer directamente la realidad nacional. Así, por ejemplo, en 1945 el Profesor Amador Neghme hizo las primeras presentaciones sobre DDT; en 1947, el ingeniero Octavio Cabello construyó las primeras Tablas de

Vida Nacionales. En 1950, un grupo de profesores junto con el Profesor Gustavo Molina, realizaron en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal el primer censo piloto de esa comuna. En 1951 y 1952, hubo aportes significativos en la gestación de la ley que creó el Servicio Nacional de Salud.

Merece una mención especial, la formación en 1946 de la Sociedad Chilena de Salubridad, que fuera inspirada y dirigida por el personal de la Escuela de Salubridad. Esta Sociedad es la misma que funciona actualmente, con interrupción de algunos años durante la dictadura militar.

En 1952, siendo Director el Dr. Benjamín Viel, la Facultad de Biología facultó a la Escuela de Salubridad para conceder el primer título de especialidad y el Servicio Nacional de Salud, recién creado ese año, lo reconoció dando prioridad al reconocimiento oficial de la especialidad.

La Dirección General de Beneficencia mantenía desde 1944 una Escuela de Administración Hospitalaria, la que se integró con el curso Principal de la Escuela de Salubridad a partir de 1953, pasando a constituirse en obligatorio para los candidatos a título de especialistas en salubridad.

Una visión crítica

En 1957, al cumplirse 14 años de la creación de la Escuela, el Dr. Salvador Díaz obtuvo el título de especialista en salubridad otorgado por la Universidad de Chile con su tesis: "La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. Ensayo Crítico". Vale la pena profundizar en algunos de sus conceptos y propuestas medulares, puesto que parte de la realidad actual en la Escuela de Salud Pública ya fue esbozada en esa época.

La tesis, publicada en julio de 1957, lleva el prólogo del Dr. Enrique Laval, quien considera que el profesional o técnico preparado por la Escuela "debe poseer una competencia especializada en salud pública, lo cual supone un conocimiento acabado de nuestra realidad social logrado a través del estudio de todas las disciplinas que engloban lo que conocemos por ciencia social, aplicadas a la formación, desarrollo y destino de nuestro país y que, además, posea la capacidad indispensable para organizar y dirigir esos esfuerzos colectivos".

El Dr. Salvador Díaz enfoca su ensayo crítico en las siguientes cuatro dimensiones:

- El carácter y modalidad de la especialización de los profesionales que requiere el Servicio Nacional de Salud en cuanto éste exprese las necesidades

y represente las aspiraciones de la comunidad.

- El carácter y la modalidad de la especialización que requieren los alumnos de la Escuela en razón de las actividades que desempeñan.
- La misión de la Universidad y, en consecuencia, las funciones de una escuela universitaria.

La orientación del Curso Principal en cuanto a sus objetivos de formación profesional.

Como marco de referencia para el análisis de la Escuela 14 años después de su creación, en la primera parte de su tesis el Dr. Díaz enfoca una síntesis del desarrollo histórico de la salud en Chile, un ensayo de interpretación y la constitución del Servicio Nacional de Salud; y la segunda parte, la dedica a la Universidad y a la Escuela de Salubridad concluyendo que: "La misión de la Universidad comprende la investigación científica, la transmisión y creación de formas culturales, la enseñanza profesional y la participación activa en los problemas nacionales"... "y todas estas funciones como consecuencia de un principio genérico: la Universidad como principio promotor y poder espiritual de la vida humana y social que la hizo y para lo cual fue creada".

Respecto a la Escuela de Salubridad y su Curso Principal, a través de encuestas y entrevistas a alumnos y docentes, profundiza las distintas visiones y tendencias que se dan desde los inicios mismos en la década de los cuarenta, intensificados a partir de la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

Los fundadores de la Escuela estimaron que el propósito primordial de esta era: "mejorar la salud pública contribuyendo a la correcta estimación de los problemas y enseñando la manera cómo abordarlos con mayor eficacia"(...). En el estudio del Reglamento de la Escuela realizado en 1942 se definieron los siguientes objetivos:

- a. Impartir enseñanza técnica, especializada, a los funcionarios de distinto tipo que pertenecen o que vayan a ingresar al Servicio Nacional de Salubridad.
- b. Dar a conocer los fundamentos científicos en que se basa la práctica sanitaria.
- c. Estudiar los problemas nacionales que dicen relación con la prevención y atención de enfermedades y fomento de la salud.
- d. Prestar su colaboración a los organismos y actividades que persiguen el progreso y el mejoramiento de la salubridad del país"

A pesar del enorme significado que tuvo para el país

la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud, la Escuela no modificó la orientación de su Curso Principal. Es necesario, sin embargo, señalar que en 12 años se incrementó en 66% el tiempo dedicado a su desarrollo. En efecto, el Curso Principal comenzó en 1944 con 150 jornadas de tres horas o sesiones, aumentando a 200 en 1950 y a 250 en 1956. Dos tercios se dedicaron a clases en aulas, mientras que el tercio restante se ocupó en trabajos de laboratorio, demostraciones prácticas y visitas a terreno.

En encuestas a ex alumnos realizadas en 1946, el Dr. Díaz confirmó que el 80% favorecía la creación o el estímulo de la capacidad y el hábito de resolver problemas y no la simple adquisición de conocimientos. Con relación a la docencia, hubo uniformidad en cuanto a la necesidad de una participación organizada y permanente del Servicio Nacional de Salud en la formación y conducción de los planes educacionales de la Escuela y, además, en que el cuerpo docente tuviera responsabilidades –por lo menos de asesoría– en las acciones de los organismos locales del Servicio Nacional de Salud.

Otro hecho importante fue la integración, a partir de 1953, del Subdirector General del Servicio Nacional de Salud en la Comisión seleccionadora. La opinión de la mayoría de los académicos, sin embargo, fue en sentido contrario, ya que en su mayoría prefería mantenerse un tanto alejado y más dedicado a su actividad puramente magistral.

La tercera parte de su tesis, el Dr. Salvador Díaz la dedica a la evaluación de la Escuela de Salubridad a mediados de 1957. A nivel de la formación de pregrado, la formación del futuro médico debería considerar la enseñanza en medicina preventiva, ciencias sociales en lo relativo a los factores determinantes de la salud y principios básicos de manejo administrativo.

Para la formación de postgrado hay necesidades de existencia de médicos higienistas o sanitarios, así como de médicos preparados en administración o directivos. Ello requiere “capacidades de planificación, organización, dirección, aptitudes y conocimientos para las relaciones humanas”, además de conocimientos en administración sanitaria y ciencias sociales. La evaluación efectuada como tesis termina con una posición muy crítica para aquella época. Considera el Dr. Díaz que “parecería más lógico modificar el Curso Principal hacia una orientación más en armonía con las necesidades del Servicio Nacional de Salud”.

La Escuela en cuanto Universidad tiene que vivir la vida, interpretar y sacar verdades de sus realida-

des cambiantes y multiformes. La Escuela en tanto Universidad debe crear y transmitir cultura, efectuar investigación, formar profesionales y ser el poder espiritual de la comunidad. La Escuela-Universidad para ser el poder espiritual de la colectividad por la sola fuerza de la razón tiene que estar investigando sumergida en la realidad y en la vida. No puede existir formación especializada originada por la academia, o por moldes ajenos, sino extraídos del propio medio.

En conclusión, el estudio y desarrollo del plan educacional debe ser hecho en armonía y colaboración organizada con el Servicio Nacional de Salud y que, además, el cuerpo docente de la Escuela debe tener responsabilidad por lo menos de asesoría permanente en las acciones de los programas del Servicio mencionado. En conclusión, el Dr. Salvador Díaz finaliza su estudio señalando que: “Debe establecerse un nexo necesario e indispensable entre la enseñanza y la realidad, extrayendo del estudio de ésta los problemas y conflictos de intereses, la verdad por la investigación, el análisis y la discusión de las soluciones a través de la experimentación en la vida misma”.

Comentario final

Los orígenes de la Escuela de Salubridad, hoy Escuela de Salud Pública, remontan a las últimas décadas del siglo XIX y las primeras cuatro décadas del siglo XX. El contexto está dado por los avances y retrocesos en los sistemas públicos y privados de salud, así como por las acciones concretas de los sujetos sociales y de los actores institucionales en épocas de profundos cambios sociales, económicos y culturales.

Transcurrido más de medio siglo de funcionamiento ininterrumpido parece importante realizar un estudio historiográfico en profundidad para rescatar las importantes lecciones que pudieran extraerse, como dijo en su tiempo el Dr. Salvador Díaz, de la vida misma.

Esta pequeña reseña sólo pretende dar unas pinceladas para irse aproximando a su historia. A partir de ahí, es posible visualizar que desde su fundación en la década de los cuarenta, así como su crecimiento y desarrollo en los cincuenta y sesenta, la finalidad y razón de ser de una escuela de postgrado en salud pública ha estado en el centro del debate en innumerables conjuntos de académicos y estudiantes. También hay una visión externa, desde el Estado y la sociedad civil organizada, que sería aconsejable rescatar para enriquecer el debate actual y de las futuras generaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOIC, A. "Escuela de Salud Pública: 50 años al servicio de la educación médica y la salud". Rev Med Chil 1994 Aug;122 (8): 951-4.
2. ROMERO, H. "Desarrollo de la medicina y la salubridad en Chile. Segunda parte. La Medicina Social". Rev Med Chil 1972;100(7):877-903.
3. ADRIASOLA,G; HORWITZ,A;VIEL, B; Y VILLALOBOS, M. "Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile". En : Memoria de las Terceras Jornadas de Salubridad, organizadas por la Sociedad Chilena de Salubridad. Santiago, octubre de 1954 (Páginas 1-12).
4. REVISTA MÉDICA DE CHILE. "Crónica: Inauguración de la Escuela de Salubridad". Rev Med Chil 1944; 72(6): 558-60.
5. MEDINA,E. "La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: Pasado, Presente y Futuro". Cuad Med Soc,1985;26(3):128-138.
6. DÍAZ, S. "La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. Ensayo Crítico". Santiago, Chile, 1957 (130 páginas).
7. JURICIC, B. "La salud en Chile". Rev Med Chil 1971; 99 (7): 457-67.
8. MEDINA, ERNESTO Y COL. "Enseñanza de salud pública en la Escuela de Medicina. Experiencia en el Area Hospitalaria Norte". Rev Med Chil 1971 Jul; 99 (7):522-8.
9. BELMAR, R Y COL. "Enseñanza de salud pública y medicina social en el Area Central". Rev Med Chil 1971 Jul;99(7):529-35.
10. FILERMAN,GL. "The teaching of preventive and social medicine at the University of Chile School of Medicine". J Med Educ 1969 Jun;44(6):520-5.
11. ROMO, O. "La participación de los pedagogos en programas de educación médica. Visión general de una experiencia de 5 años del Instituto Pedagógico y la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile". Rev Med Chil 1974 Febr;102(2):144-9.
12. MEDINA, E Y COL. "Evaluación de la Enseñanza de Medicina Preventiva y Social por los estudiantes". Rev Med Chil 1976 Aug;104:566-70.

DÍA MUNDIAL DE TOMA DE CONCIENCIA DEL ABUSO Y MALTRATO EN LA VEJEZ: DESAFÍOS PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD

WORLD ELDER ABUSE AWARENESS DAY: CHALLENGES FOR HEALTH PROFESSIONALS

Cada 15 de junio se conmemora el día mundial de la toma de consciencia del abuso y maltrato en la vejez, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dándose así énfasis a este problema social. Se define maltrato como cualquier acción voluntaria, involuntaria u omitida que produzca daños, vulnere la dignidad y el ejercicio de derechos¹, manifestándose en forma única o conjunta, situación que suele invisibilizarse hoy en día existiendo poca evidencia y subreporte.

Los profesionales de la salud deben resguardar una atención íntegra a los pacientes estando conscientes que, en ocasiones, se puede ocasionar maltrato estructural, definido como aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad, actuando como trasfondo de todas las otras formas de maltrato². Los haceres profesionales deben alinearse con marcos de práctica actualizada, basados en la evidencia y coherentes, incorporando el enfoque de derecho. La calidad de la atención, en tanto, estará condicionada por el contacto con profesionales que desplieguen competencias atingentes, considerando una visión interdisciplinar, con un tiempo adecuado y una atención cordial con el fin de no incurrir en maltrato involuntario en los lugares de trabajo pues la prevalencia de maltrato es elevada³ sobre todo en establecimientos de larga estadía y hospitales⁴. Es, por tanto, un imperante deontológico ofrecer seguridad, trato digno y continuidad del cuidado en todos los ámbitos de acompañamiento en salud. No se debe olvidar que los profesionales sanitarios pueden tener la oportunidad de detectar e intervenir ante las situaciones mencionadas, no obstante existe una baja capacitación de los equipos interdisciplinarios, siendo relevante señalar la necesidad de formación continua en relación con éstas y otras temáticas del envejecimiento. Finalmente, es necesario incorporar el prisma de la gerontología en la labor profesional, dada la transición epidemiológica de la población y los requerimientos emergentes.

Los autores no tienen conflictos de interés que declarar. No existen fuentes de apoyo económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Definición y tipificación del maltrato al adulto mayor en Chile. 1st ed. Santiago Chile, 2005.
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2): e147-e156. DOI: DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2
3. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019; 29(1): 58–67. DOI: 10.1093/eurpub/cky093
4. Patel K, Bunachita S, Chiu H, Suresh P, Patel UK. Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. *Cureus*, 2021;13(4):e14375. Doi: 10.7759/cureus.14375.

Daniela Robles-Tapia
 Escuela de Nutrición y Dietética,
 Facultad de Salud, Universidad
 Santo Tomás, Chile
danielaroblesta@santotomas.cl

Manuel del Campo Rivas
 Escuela de Fonoaudiología, Facultad
 de Ciencias de la Salud, Universidad
 Católica Silva Henríquez.

RC
SP | REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

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