



Programa Centro de Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de Santiago de Chile

## **Apuntes de Salud Pública y Epidemiología:**

Recurso de apoyo didáctico  
para la enseñanza - aprendizaje en pregrado

*Salud Pública*

**Tomo I**



# Tomol Salud Pública

Agradecemos a la Vicerrectoría Académica y a la Dirección de Pregrado de la Universidad de Santiago de Chile por el apoyo entregado al Proyecto de Innovación Docente N° 090-2017 “Apuntes de Salud Pública y Epidemiología: Recurso de apoyo didáctico para la enseñanza - aprendizaje en pregrado”.

Académica responsable Dra. Amaya Pavez Lizarraga

Académico co-responsable Dr. Jairo Vanegas López

Programa Centro de Salud Pública

Equipo editorial

Dr. Marcial Orellana Erdmann, Dr. Jairo Vanegas López, Dra. Paulina Martínez Gallegos,

Dra. Amaya Pavez Lizarraga.

Asesora Pedagógica Jennifer Carrasco Figueroa.

Diseño y diagramación Cristina Osorio Hurtado, fotografía portada Fabián Rojas Clavería.

Programa Centro de Salud Pública

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de Santiago de Chile

Santiago, enero 2020.

# Índice

	<b>Presentación</b> .....	4
	<b>Instrucciones para el uso del manual</b> .....	6
<b>Capítulo 1</b> .....	Salud y enfermedad .....	7 - 17
<b>Capítulo 2</b> .....	Demografía y Salud Pública .....	18 - 24
<b>Capítulo 3</b> .....	Participación social en Salud Pública .....	25 - 29
<b>Capítulo 4</b> .....	Promoción de la Salud .....	30 - 38
<b>Capítulo 5</b> .....	Historia natural de la enfermedad .....	39 - 47
<b>Capítulo 6</b> .....	Calidad de vida y desarrollo humano .....	48 - 52
<b>Capítulo 7</b> .....	Determinantes sociales y equidad .....	53 - 59
<b>Capítulo 8</b> .....	Género y Salud .....	60 - 66
<b>Capítulo 9</b> .....	Sistemas de salud en Chile .....	67 - 74
<b>Capítulo 10</b> .....	Redes integradas de servicios de salud en atención primaria .....	75 - 81
<b>Capítulo 11</b> .....	Programas de Salud y Régimen de garantías .....	82 - 89
	Algunos temas emergentes y desafíos en salud pública .....	90
<b>Capítulo 12</b> .....	Envejecimiento poblacional y salud .....	91 - 95
<b>Capítulo 13</b> .....	Salud Ambiental .....	96 - 103
<b>Capítulo 14</b> .....	Salud Laboral .....	104 - 109
	<b>Autores</b> .....	110

# Presentación

La agenda global actual está liderada por las Naciones Unidas que el año 2015 adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Transformar Nuestro Mundo, estableciendo un nuevo enfoque que fortalece los esfuerzos globales y la colaboración internacional para enfrentar importantes desafíos, como lograr la disminución de la pobreza e inseguridad, garantizar una vida sana y promover la salud en todas las edades, la igualdad de género, la cobertura universal de salud, así como el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles, la contaminación ambiental, el cambio climático, las drogas ilícitas, la migración, entre otras. En este marco de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) la salud es un desafío fundamental para los países en la próxima década.

En el contexto actual del país expresado en crisis social, a partir de octubre del 2019, el tema de salud se incorpora en forma prioritaria a la agenda pública y política, luego es fundamental que los profesionales de salud de la próxima década tengan las competencias para contribuir al logro de los ODS y enfrentar los desafíos de la globalización, protección social y salud, sistema de salud único, desarrollo sustentable, derechos humanos y equidad.

La Facultad de Ciencias Médicas (FACIMED), a través de su Programa Centro de Salud Pública establece el compromiso con la salud como un derecho humano, no solo como un derecho fundamental, sino además como una condición que permite el goce pleno de otros derechos y propone una visión universal e integrada de cómo se entrelazan la salud y el bienestar humano con la democracia, el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental. El Programa Centro tiene como rol fundamental la formación de profesionales de salud y busca contribuir a fortalecer el impacto de ellos en la salud pública. En este contexto, se aceptó el desafío de desarrollar materiales para la enseñanza y aprendizaje de la salud pública a través de estos apuntes que presentamos.

La práctica de la salud pública debe responder a los cambios de prioridades y disponer de las herramientas para enfrentar los problemas que no se pueden predecir, contando con las competencias necesarias para su solución. Chile cambió: hoy tenemos un país que envejeció aceleradamente, un flujo migratorio antes no visto y cuyo perfil epidemiológico ha cambiado. Pero, además, vivimos en un Chile donde las personas tienen un mayor

nivel educacional y conciencia de sus derechos. Mejorar los entornos donde se vive y se desarrolla la vida de las comunidades obliga a revisar el trabajo de la salud pública en el territorio y la institucionalidad local, regional y nacional. La transición epidemiológica nos obliga a estudiar cómo se distribuyen las enfermedades en las poblaciones y cómo se integra el conocimiento obtenido desde la investigación en salud pública, considerando que lo social, cultural y económico son las fuentes de origen de causalidad que llevan a la salud o enfermedad.

Considerando las recomendaciones de la red de instituciones formadoras en salud pública de Chile respecto de las competencias básicas requeridas en salud pública, un grupo de expertos en el tema desarrollo los apuntes que aquí se presentan. Estos apuntes están dirigidos a estudiantes de las carreras de las ciencias de la salud en la formación de pregrado y proveen una aproximación con resolución de problemas para la práctica de la salud pública, enfatizando aspectos innovadores y los avances en los temas actuales.

El primer tomo incluye los temas claves de Salud Pública y el segundo tomo aborda los temas de epidemiología. Esta es la primera versión digital 2020. Los invitamos a hacer sugerencias de cambios, de inclusión de nuevos temas y de ejemplos que permitirán en el futuro mejorar esta edición, entender mejor las necesidades de desarrollo de los profesionales, mejorar el rendimiento y así contribuir a mejorar la salud de las comunidades y las sociedades.

Matilde Maddaleno Herrera  
Jefa del Programa Centro de Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de Santiago de Chile

Les presentamos el Tomo I Epidemiología de los Apuntes de Salud Pública y Epidemiología: Recurso de apoyo didáctico para la enseñanza - aprendizaje en pregrado. Un texto elaborado por docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago, con el objetivo de facilitar el aprendizaje de los distintos tópicos que conforman el área de Epidemiología.

Este manual, consta de 15 capítulos, los cuales se encuentran divididos en cuatro grandes temas: aspectos conceptuales y metodológicos, mediciones, estudios epidemiológicos y epidemiología aplicada. En cada capítulo del manual, podrás encontrar una breve introducción a la temática abordada, así como, referencias bibliográficas que te podrán ayudar a profundizar en la materia.

En varios de los capítulos que conforman este manual, podrás encontrar actividades de aprendizaje que facilitarán la comprensión de los tópicos trabajados, como también, te permitirá poner en práctica los temas trabajados, encontrando la solución a los ejercicios planteados. Para aquellos capítulos que no cuenten con actividades de aprendizaje, te sugerimos, trabajarlos con algunas de las siguientes técnicas de estudio:

- Realizar fichas de lectura para cada capítulo.
- Realizar un resumen de las ideas centrales por párrafo.
- Enlistar los conceptos que resulten más complejos y definirlos.
- Realizar y registrar preguntas al texto que faciliten su comprensión.
- Confeccionar un mapa conceptual en base a 30 o 40 conceptos claves.
- Buscar casos o noticias que te permitan aplicar los contenidos del capítulo.

Esperamos que este manual sea de mucha utilidad, tanto para el desarrollo de las clases, como material de apoyo para estudiar y enfrentar con éxito las evaluaciones que contempla la asignatura.

¡Manos a la obra!

## CAPÍTULO 1

# SALUD Y ENFERMEDAD

*Raúl Muñoz Lemaite Raúl  
María Ofelia Sanhueza Vergara*

### Etimología de la palabra salud

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento”.

Definición Promulgada por la OMS en 1946

Actualmente, se ha generalizado un concepto de salud entendido positivamente, como posesión de ciertas cualidades o potencialidades. Durante la década de los ochenta se intensificó progresivamente la búsqueda de indicadores de salud positiva (AVISA, AVPP), con el fin de promover la salud desde un punto de vista más holístico, intento que ha sido estimulado por la OMS.

### Los múltiples contextos de uso de la palabra salud

#### El contexto médico asistencial

Este contexto está configurado por la actividad y las necesidades de los profesionales sanitarios. En él predominan los objetivos curativos y pragmáticos.

Su paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles por las alteraciones corporales evidentes.

### El contexto cultural de los pacientes

Cada cultura delimita, o construye, un conjunto peculiar de enfermedades, que son las que otorgan la condición de enfermo. Incorpora además en las personas, interpretaciones y actitudes que inducen a vivir la enfermedad de una determinada manera.

En este contexto primario, la dolencia es interpretada según los estereotipos culturales. Estar sano es “ser visto como estando sano”, y ser capaz de ajustarse a las formas de vida culturalmente aceptadas. Los objetivos sanitarios culturales son la recuperación de la normalidad y de la adaptación que hace posible la vida en una comunidad.

### El contexto sociológico

Está configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado. Sus objetivos son la comprensión y la actuación sobre el cuerpo social. En este contexto se tenderá a entender la salud de los individuos como un estado de funcionalidad eficiente dentro de un rol social. La salud será sobre todo una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales.

### El contexto económico y político

Las necesidades económicas y los puntos de vista políticos configuran otro contexto de uso del término “salud”.

La perspectiva económica hará ver que la salud es un bien económico. Se intentará ponerla en relación con otros factores económicos. Así, por ejemplo, la percepción individual de la salud podrá estar en relación con el nivel salarial; y la demanda de asistencia con los precios o con el sistema de retribución a los médicos.

En el nivel político, la salud será concebida como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política.

### El contexto filosófico y antropológico

Este contexto está configurado por alguna concepción global del ser humano. En él se tiende a definir la salud como el estado más propio y específicamente humano, de acuerdo con la idea antropológica que se mantenga. Así, por ejemplo, puede entenderse la salud como un estilo de vida autónomo y responsable; o como una capacidad de realización de los valores más específicamente humanos.

## La diversidad de presupuestos básicos en el concepto de salud

¿La salud es un estado objetivo que puede descubrirse y definirse universalmente con independencia de los juicios de valor? ¿O la salud es más bien una construcción histórico-cultural que se elabora y califica según los valores culturales y las normas sociales?

### Presupuestos que se restringen a lo estrictamente corporal

Son los que tienen mayor tradición histórica (La medicina desde la antigüedad, ha estado centrada en el cuerpo físico). Según estos presupuestos la salud sería un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos.

Sin embargo, hoy es aceptado por la comunidad científica que el tener un comportamiento adecuado y disfrutar de un bienestar psicológico también debe ser requisito de la idea de salud.

### Presupuestos que incluyen los aspectos sociales

Incluyen, además, la capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos poder desempeñar un rol social.

El prototipo de estas definiciones inclusivas es la promulgada por la OMS en 1946. (Bienestar físico, psíquico y social).

### Presupuestos ideales y utópicos

Estas ideas están influidas por las ideas existentes acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Pueden reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las realizaciones llamadas espirituales. En este contexto el concepto de salud llega a adquirir una amplitud máxima.

Distintos movimientos ideológicos actuales han pretendido suministrar definiciones “holísticas” o totalizadoras de la salud. La expresión “salud holística” es etimológicamente redundante, porque hace aparecer dos veces seguidas la noción de totalidad (Salud – Holos - Todo)

Para las medicinas “holísticas” la salud es un funcionamiento armónico de todos los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona que, además, está en armonía con el medio ambiente social y natural. Esta salud entendida “holísticamente” admite grados, y podría ser incrementada indefinidamente. Frecuentemente es entendida como el resultado de un proceso de transformación integral del ser humano, que conduce a su felicidad.

## Salud: definiciones actualizadas y operativas

### Principios

El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente, sino que es esencialmente variable.

No puede establecerse un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad. Existen diversos niveles y grados sobre los que tampoco pueden establecerse criterios fijos.

El concepto de salud implica la consideración de 3 componentes:

- El subjetivo (creencia y percepción de bienestar)
- Objetivo (funcionalidad orgánica)
- Adaptativo (integración bio-psico-social)

### Estos Componentes se expresan correlativamente en:

- Sentimiento subjetivo de bienestar.
- Alto nivel de productividad social.
- Niveles adecuados de funcionamiento corporal (presión sanguínea, volumen respiratorio).
- Baja utilización de servicios del sistema sanitario. (en el sentido de prevención de enfermedades).
- Resistencia al estrés, a las infecciones y a las agresiones físicas.

## Renovación de la definición de Salud según OPS/ OMS

La O.M.S. la define como: "...el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otra, cambiar o ajustarse al ambiente. La salud se considera, por tanto, un recurso para la vida diaria, no el objetivo de vivir: es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas".

La OPS/OMS define a la salud integral como: "...el bienestar que incluye todos los aspectos: físico, mental, cultural y ambiental. Se logra con la capacidad de las personas para transformar los aspectos negativos de su realidad a mejores condiciones de vida para todos".

### Existen dos definiciones que deben distinguirse por su belleza conceptual

*"Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad".*

Salleras

*"La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo".*

H. Sigerist

## Conclusión

La salud debe entenderse como un proceso dinámico dentro de una dimensión continua en cuyos extremos se situaría la enfermedad (como pérdida de la salud del sistema biológico) y la propia salud, respetando la unidad funcional del individuo, de manera que el dualismo salud mental/salud física deja de tener sentido, y se destaca el concepto de "capacidades" o como un bien en su más amplio sentido que hace que la persona pueda optar a un proyecto vital.

## Evaluación de las definiciones de salud pública

Hibbert Winslow Hill en 1920, es el primero en aportar una definición integral, aunque probablemente con falta de síntesis "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"

En 1974, Hanlon, propone la siguiente definición: "La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados".

Piédrola y Gil (1991) en su texto clásico apunta que: la Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

## Objetivos principales de la salud pública

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) (2002): la define como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

En el 2003 La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) señala.” Salud Pública son las acciones colectivas e individuales, tanto del Estado como de la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población.”

Dos eminentes Profesores de Salud Pública chilenos, en los años 2014 y 2010, respectivamente, aportaron sus reflexiones: La Dra. María Inés Romero, señala que la salud pública “es una disciplina que “aporta al quehacer de la salud con conocimientos científicos, y estudios que ayudan con fundamentos para que las políticas públicas se implementen con un buen diagnóstico”

El Dr. Luis Martínez Oliva, la entendió como “Ciencia que estudia los fenómenos de salud colectiva, tanto en su presentación y factores determinantes, como en las formas de respuestas socialmente organizadas a dichos fenómenos, en relación a su administración, gestión, financiamiento y participación ciudadana”. (USACH-Clases).

Es interesante el enfoque que mira la Salud Pública como actividad: “Es el proceso de movilizar y comprometer recursos locales, regionales, nacionales e internacionales para asegurar las condiciones para vivir saludablemente.”

Las acciones que deben realizarse estarán determinadas por la naturaleza y magnitud de los problemas que afectan a la comunidad. Lo que se pueda hacer estará determinado por el conocimiento científico y los recursos disponibles. Lo que se hará definitivamente, estará definido por la situación social y políticamente”.

En 1994, el Comité Directivo de Funciones de la Salud Pública adoptó el documento "Salud pública en los Estados Unidos de América" en el que la visión "personas sanas en comunidades sanas" y la misión de promover la salud física y mental y prevenir las enfermedades, daños y discapacidades se sostienen en los siguientes objetivos principales de la salud pública:

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

### **La Salud Pública integra tipos de enfoques interrelacionados:**

- Objetos de análisis: Condiciones y respuestas a la salud colectiva. (Individuo/Familia, Ambiente biofísico, Ambiente Social).
- Áreas de aplicación: Salud materno infantil, Gerontología, Salud mental, Salud ambiental, Salud ocupacional, Salud dental, etc.
- Bases científicas: Ciencias biológicas, Ciencias sociales y Ciencias de la conducta. (Microbiología, Sociología, Psicología).

En el mismo documento se definieron 10 servicios esenciales de Salud Pública, y que es el antecedente de lo que después serán las funciones esenciales de la Salud Pública (FESP):

## Servicios esenciales de la salud pública

1. Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
2. Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
3. Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
4. Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
6. Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
7. Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
8. Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
9. Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

## Formas en que se capta el sentido de "salud pública"

- Acción gubernamental en salud, esto es el Sector Público.
- Acción del Gobierno y de la comunidad organizada (el público) en salud.
- Servicios no personales de salud. Por ejemplo: sobre el medio ambiente o educación masiva en salud.
- Problemas de salud de magnitud importante. (Por ejemplo obesidad, VIH y SIDA, drogadicción, salud mental)

Lo anterior apunta de todas formas a dos enfoques complementarios académicos y pragmáticos.

- Un nivel específico de análisis, es decir, un nivel colectivo o poblacional. A diferencia de lo clínico, que es a nivel individual.
- Un ámbito para acción. A través de la investigación epidemiológica, estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de las enfermedades y sus factores de riesgo para definir campos de intervención a nivel colectivo.

## Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La OMS/OPS en su documento "la Salud Pública en las Américas" (Publicación Científica y Técnica N° 589) "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Se ha definido estas capacidades como: Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Definiendo a la Salud Pública como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

- FESP 1:** Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- FESP 2:** Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- FESP 3:** Promoción de la salud.
- FESP 4:** Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos como estrategia sanitaria nacional en salud.
- FESP 5:** Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría
- FESP 6:** Regulación y fiscalización en salud pública.
- FESP 7:** Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8:** Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9:** Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- FESP 10:** Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- FESP 11:** Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Las acciones más específicas de la Salud Pública que debe asumir el país como Estado responden a las funciones esenciales en que se procede a cumplir con actividades organizadas con y por la comunidad. Responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:

### **Función Esencial N° 3: Promoción de la Salud**

Las acciones de promoción de la salud en la comunidad y el desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana.

El fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones promocionales, especialmente aquellas que se dirigen al ámbito de la educación formal de jóvenes y niños.

El refuerzo del poder (“empowerment”) de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.

La implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.

La colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para entregar información sobre salud.

### **Función Esencial N° 4: Participación social y refuerzo del poder (“empowerment”) de los ciudadanos en salud**

La facilitación de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

El fortalecimiento de la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para el mejoramiento del estado de salud de la población y la promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

El apoyo en tecnología y experiencia en la constitución de redes y alianzas con la sociedad organizada en la promoción de la salud.

La identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida, reforzando su poder y capacidad de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a servicios adecuados de salud pública.

La información y la abogacía ante las autoridades gubernamentales en materia de prioridades de salud, en particular con relación a aquellas cuyo enfrentamiento depende de mejoras de otros aspectos del nivel de vida.

#### **Función Esencial N° 5: Desarrollo y políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional**

El desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo en todos los niveles que resulte coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan.

La planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en los niveles subnacionales.

La definición y perfeccionamiento de los objetivos de salud pública, los que deben ser mensurables, como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política nacional que resguarde la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional.

El desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública.

La definición de los objetivos nacionales de salud pública para apoyar el papel de rectoría del Ministerio de Salud o su equivalente, en lo que respecta a la definición de los objetivos y prioridades para el conjunto del sistema de salud.

#### **Función Esencial N° 6: Regulación y fiscalización en Salud Pública.**

El desarrollo y la fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos: la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública.

La generación de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud, así como promover ambientes saludables.

La protección de los consumidores en sus relaciones con los servicios de salud.

La ejecución de todas estas actividades de regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

#### **Actividades de la salud pública:**

**Protección de la Salud:** Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

**Promoción de la Salud:** Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. La educación sanitaria debe ser complementada

con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

**Prevención de la Enfermedad:** Se basa en intervenciones de prevención primaria (especialmente Promoción de la Salud) prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de las secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.

Restauración de la Salud: Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: **atención primaria y atención hospitalaria.**

Las estrategias básicas para asegurar condiciones para la salud de la población, obedecen a un enfoque multisectorial.

- **La educación:** Debería tenderse a que La enseñanza general sea gratuita a toda la población.
- **Política económica:** Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios justos y dignos.
- **Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.**
- **Justicia Social:** De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio. (La Justicia Social tiene como un componente primordial la Justicia Redistributiva)

Durante el año 2019 en el documento "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de ALMA - ATA " (Informe de la Comisión de Alto Nivel // OPS (México) se establecieron diez recomendaciones para lograr la salud para todas las personas en la región de las Américas:

1. Asegurar el derecho a la salud.
2. Desarrollar modelos de atención basados en atención primaria de salud (APS).
3. Generar mecanismos de participación social.
4. Generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado.
5. Eliminar las barreras de acceso a la salud.
6. Abordar los determinantes sociales con intervenciones intersectoriales.
7. Reposicionar la salud pública como eje orientador de la respuesta del Estado.
8. Valorar los recursos humanos como protagonistas de la APS.
9. Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos.
10. Otorgar un financiamiento eficiente y sostenible

## Comentario final

La visión de la salud pública ha ido evolucionando a través de los últimos siglos y de las últimas décadas. A la preocupación por los aspectos médico-sociales de la revolución industrial, provino el impacto del desarrollo científico en la medicina del siglo XIX y las nuevas orientaciones sociales y políticas en la organización de la atención de salud del siglo pasado.

En la actualidad han cobrado relevancia los Derechos de los pacientes y la Calidad de la Atención, centrándose en el individuo como persona con una realidad no sólo biopsicosocial sino como una salud biográfica.

En el Chile actual probablemente en un período inmediato deberán establecerse las condiciones que caracterizaran el nunca bien consensuado y definitivamente ratificado Derecho a la Salud.

## Referencias

- Frenk J. “La Salud de la Población; Hacia una Nueva Salud Pública”, Publicación Científica N° 540 OPS.
- 126a Sesión del Comité Ejecutivo OPS/OMS 2000, Funciones Esenciales de la Salud Pública. D.Pencheon et Als., Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford Univ Press 2001.
- “La Salud Pública en La Américas”. Publicación Científica y Técnica N° 589 (OPS) 2002 parte II Página 59-72.
- Medicina Preventiva y Salud Pública, Piédrola Gil, 2016 Edición 12a.
- Funciones Esenciales de Salud Pública. Su implementación en Argentina y Desafíos hacia la Salud Universal OPS/OMS/AASAP (2017), capítulo 3 Vigencia o Caducidad. José Antonio Pagés.
- Salud Universal en el Siglo XXI. 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel OPS 2019.

## CAPÍTULO 2

# DEMOGRAFÍA Y SALUD PÚBLICA

*Marcial Orellana Erdmann*

Si se define a la Salud Pública como la medicina aplicada a las comunidades o poblaciones humanas, el especialista en salud pública para poder diagnosticar y tratar a su paciente colectivo necesita igual que el médico clínico tener el conocimiento anatómico de su comunidad. La Demografía como disciplina aporta con este conocimiento.

### Demografía y población:

La Demografía es la disciplina que estudia el tamaño, composición, estructura y dinámica de las poblaciones. Por otra parte, se define como población, en su dimensión más amplia, como al conjunto de individuos que comparten las mismas características de especie. Sin embargo, también en Salud Pública entendemos como población, al conjunto de personas o individuos al cual se pueden extrapolar conclusiones de estudios en los cuales se han usado muestras o también al conjunto de personas que son objeto de intervenciones sanitarias.

La definición anterior se aplica a una “población natural” es decir aquella que crece, se desarrolla y perece dentro de un determinado territorio, considerando que la población humana natural más grande posible es la de todo el planeta. No obstante, lo más común es considerar poblaciones que son parte de esta población principal, de acuerdo a subdivisiones convencionales.

## Criterios de subdivisión de la población humana total

### Criterio geográfico o territorial:

Se usa para definir a una población que ocupa un lugar geográfico determinado, generalmente establecido en forma convencional por una división territorial como País, Estado, Región, Comuna o Distrito. Este criterio se usa frecuentemente por los ministerios o por los Servicios Públicos, para delimitar responsabilidades administrativas o para otorgar recursos. Desde el punto de vista epidemiológico el criterio de delimitación geográfica también se puede aplicar para definir un territorio con una población afectada o en estado de riesgo derivado de un determinado problema de salud, sea emergente como el caso de enfermedades transmisibles, o permanente como es el caso de endemias.

### Criterio étnico:

Algunos países aplican criterios étnicos para la descripción y el control de algunas enfermedades. A pesar que los distintos componentes étnicos pueden compartir un mismo territorio geográfico hay razones para separar estos componentes dentro de la población con el objeto de detectar riesgos específicos o focalizar medidas en estos grupos.

### Criterio de “población a cargo”:

Es un criterio usado para delimitar una población no natural sobre la cual se tiene alguna responsabilidad contractual o administrativa. La “población a cargo” puede coincidir con la que habita un determinado territorio político administrativo y puede comportarse dinámicamente también como una población natural cuando el criterio de delimitación es geográfico. Sin embargo, el caso más común de estas poblaciones a cargo en salud es el que está determinado por un criterio de afiliación a un determinado sistema o prestador de servicios. A estos casos se les puede llamar también “poblaciones beneficiarias” o “usuarias”. En este caso particular el tamaño, estructura y composición de estas poblaciones está determinado por el acto de afiliación y el registro de vigencia de su contrato.

En Chile, las poblaciones afiliadas al Sistema de Seguros Privados de Salud (Isapres), cumplen con estas características. En otros casos el criterio de afiliación está dado por la pertenencia a una determinada organización, como es el caso de las empresas que administran sistemas de salud propios, como hay ejemplos en la minería, los servicios de salud para alumnos que tienen algunas universidades y el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en Chile.

## Demografía descriptiva

La demografía descriptiva se ocupa de principalmente del tamaño y estructura de las poblaciones. La estructura de una población puede ser descrita por cualquier característica, pero para los fines de la Salud Pública y de la descripción epidemiológica se hace principalmente por sexo y edad. Además de la estructura, el tamaño de la población tiene importancia, porque indica el número de individuos sometidos o expuestos a riesgo y de esta forma se expresa indirectamente también la carga de enfermedad potencial total de la población. También el tamaño de la población indica indirectamente la cantidad de recursos que serán necesarios para diagnosticar y resolver los problemas de salud, los cuales necesitan ser también considerados en la elaboración de planes o programas de salud.

El tamaño de la población es dinámico, las poblaciones naturales crecen o disminuyen de tamaño lentamente o pueden hacerlo en forma drástica si quedan sometidas a eventos de mortalidad masivos, como las guerras o de migraciones derivadas de desastres naturales o sociales como las guerras. Este mismo fenómeno también les puede ocurrir a las poblaciones definidas por afiliación, si se producen cambios importantes en los criterios de afiliación. El método más eficiente para determinar el tamaño de una población natural en un momento dado, es hacer un conteo o censo. (Chackiel, 2011)

## Estructura de población

La estructura de la población en cuanto a sexo o género y edad es importante para la Salud Pública. Esto se debe a que muchas de las enfermedades que afectan a la población se relacionan con estas variables. Hay eventos o problemas de salud que solo afectan a un solo sexo o género, tales como las relacionadas con la maternidad o las enfermedades del aparato reproductivo que son diferentes para cada sexo. También hay diferencias de frecuencia e intensidad de algunas enfermedades asociadas a la edad de los individuos, producto de su distinta susceptibilidad. También las diferencias de género afectan la exposición a diferentes riesgos de salud, por factores culturales o de trabajo.

El perfil epidemiológico de los problemas de salud del recién nacido, del niño lactante, del preescolar, del escolar, del adolescente, del adulto y del adulto mayor son distintos entre sí y por lo tanto el tamaño y composición de cada uno de estos segmentos de la población es importante para los procesos de pesquisa, de diagnóstico y para programar los recursos necesarios para cada segmento.

En forma gráfica una población se representa como una pirámide y se reconocen clásicamente tres tipos o formas características de pirámides poblacionales: forma piramidal, forma ojival y forma de "globo aerostático".

## Tamaño y forma de la pirámide de población y problemas de salud

El tamaño y la forma de una pirámide de población permite apreciar de una sola mirada los problemas de salud y la importancia relativa de ellos en la población bajo análisis. De acuerdo a esto, se pueden deducir algunos diagnósticos o problemas de salud pública, que permitan orientar recursos necesarios hacia los sectores afectados mayoritariamente. Las poblaciones con estructura piramidal están en rápido crecimiento y se caracterizan por una alta fecundidad y problemas de salud materno infantiles, a veces problemas de aborto inducido con malas condiciones sanitarias,

mortalidad materna, malas condiciones sanitarias en general para el trabajo y menor importancia de las causas de muerte del adulto mayor. Las poblaciones con pirámides de tipo ojivales, indican que han controlado los problemas materno infantiles, en parte por su menor fecundidad, tienen mucha población en edad productiva y una proporción mayor de población adulta mayor donde se concentran los problemas de salud asociados con enfermedades crónicas. Las poblaciones con estructura de tipo globo aerostático están demostrando regresión, con pocos menores de 15 años y alta proporción de adultos mayores y concentran sus problemas de salud en la lucha contra las enfermedades crónicas y la sustentación general de las más avanzadas de la vida.

## Población dependiente y económicamente activa

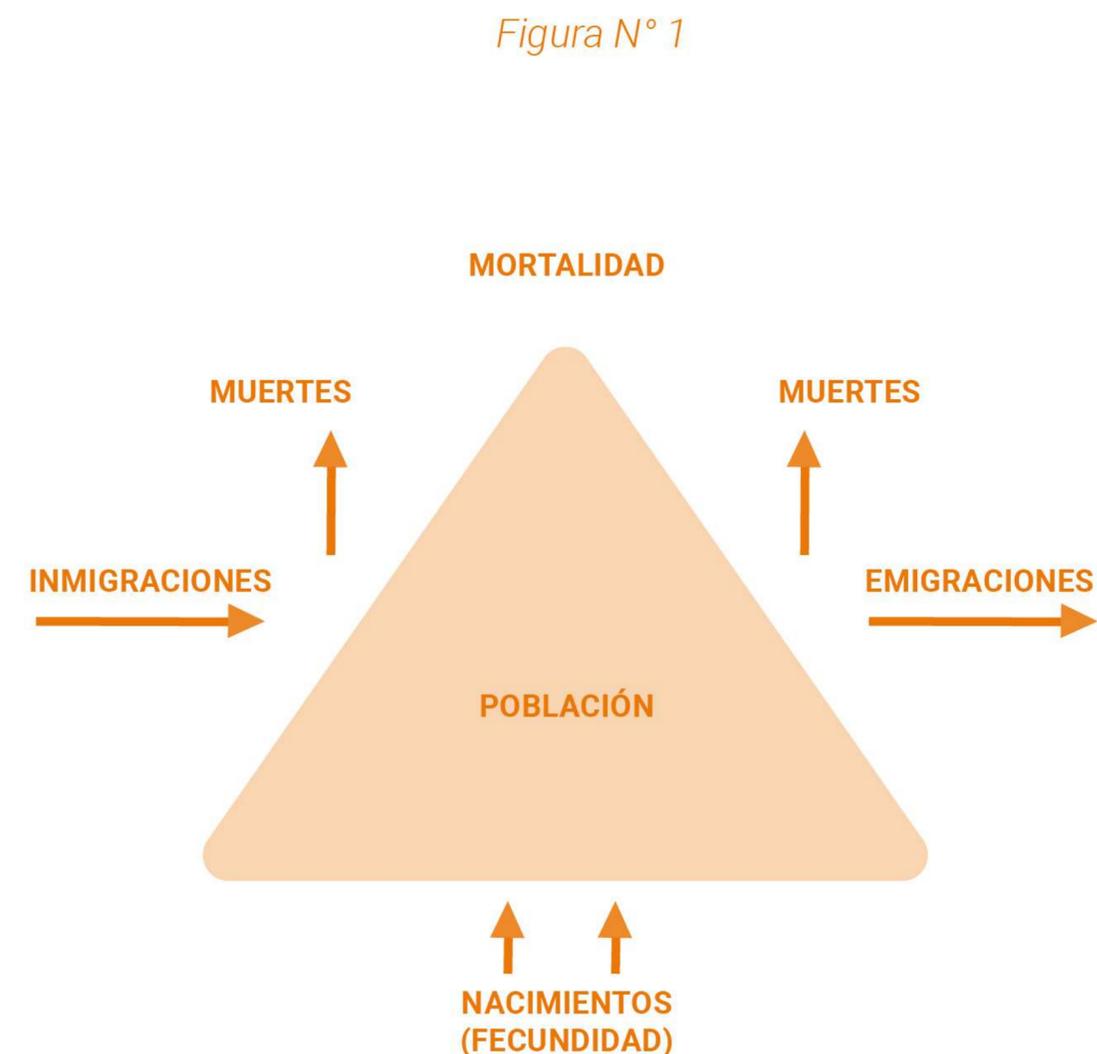
La estructura de la población permite determinar la proporción de población dependiente y la proporción de población económicamente activa. Se entiende como población económicamente dependiente a la menor de 15 años y a la mayor de 65 años. La población infantil, menor de 15 constituye una carga económica para la población productiva pero también representa una promesa de futuro, por lo cual a este grupo se le considera como más trascendente a la hora de invertir recursos en caso de protección de su salud. En el otro extremo, la población de adulto mayor, mayor de 65 años, dependiendo si sigue trabajando o no, también es económicamente dependiente y se considera como de menor trascendencia a la hora de invertir recursos para su salud.

También debido a que los problemas de salud de este segmento son más difíciles de abordar, porque son patologías crónicas que no tienen curación. El problema de la dependencia económica que también afecta la salud de este grupo debe ser resuelto por los sistemas de previsión social, de manera que el adulto mayor no se vea expuesto a la pobreza y a la carencia de medios, durante esta etapa.

La población económica activa se considera a aquella comprendida entre los 15 y 65 años y también depende de la tasa de participación femenina en el trabajo remunerado, ya que la mujer durante este periodo debe compartir su rol en el trabajo con la fecundidad. La proporción de población productiva de la población representa una oportunidad para el desarrollo económico de un país, eso sí dependiendo de las oportunidades de trabajo que ofrezca la economía.

### Dinámica de población

El tamaño y estructura de una pirámide de población es la consecuencia del equilibrio de la cantidad de los individuos que ingresan y de los que egresan. En forma figurada, se puede asumir que la dinámica de población se asemeja a lo que ocurre con un barril al que se le agrega agua (fecundidad e inmigración) y del cual sale agua con una llave de salida, (mortalidad y emigración). La cantidad de agua dentro del barril representa el tamaño de la población y el tiempo que permanece cada molécula de agua dentro del barril la expectativa de vida de cada individuo. Figura N°1



Fuente: Elaboración propia.

En la práctica el control de la mortalidad o más bien la postergación de la muerte siempre ha estado como objetivo prioritario en la medicina occidental. El control de la mortalidad produce la acumulación de más personas dentro de la población porque se les impide morir por causas naturales. La reposición de los que mueren se logra con la fecundidad, Para que se produzca un equilibrio la fecundidad debe exceder a la mortalidad para que los que sobrevivan a su vez puedan reproducirse en la próxima generación en un número adecuado. Todo este proceso constituye la expresión de la selección natural.

Si se interviene la mortalidad a cualquier edad, pero especialmente en la etapa infantil, el resultado es el crecimiento acelerado de la población, a menos que al mismo tiempo se intervenga la fecundidad. Este ha sido un dilema permanente durante el siglo XX para la introducción de los métodos de regulación de la fecundidad. Se llama transición demográfica al cambio en la dinámica que sufren las poblaciones cuando pasan desde una estructura de tipo joven a una de tipo envejecida, lo que ocurre concomitantemente con el cambio de patrón dinámico de “fecundidad alta con mortalidad alta” a “fecundidad baja con mortalidad baja”.

Muchos países han sufrido dentro de estos dos últimos siglos, procesos de transición demográfica pero en distinta, forma. El proceso comenzó en los países del hemisferio norte durante el siglo XIX, con la introducción de medidas sanitarias y técnicas efectivas de medicina que lograron el control de la mortalidad. Este proceso fue lento y dio tiempo para que la fecundidad en estos países fuera ajustándose también en forma lenta. El resultado fue un cambio de estructura poblacional pero sin un aumento excesivo de ella.

En cambio en los países en vías de desarrollo las medidas sanitarias y de progreso de la medicina se introdujeron en un corto tiempo durante el siglo XX por transferencia de los países desarrollados lo que no dio tiempo al ajuste concomitante a la baja de la fecundidad en muchos de ellos. El resultado fue que durante el período intermedio, estos países experimentaron un aumento acelerado del tamaño de sus poblaciones con una brecha demográfica ancha, poniendo en peligro con esto sus avances hacia el desarrollo.

Este problema se encuentra actualmente en vía de solución con la introducción de programas de regulación de la fecundidad en estos países lo cual permite el ajuste de las tasa de fecundidad a las tasas de mortalidad bajas por ellos alcanzados. (Cerón 2001).

### Consecuencias de la transición demográfica

La relación entre el problema del desarrollo de los países en vías de desarrollo y la estructura poblacional de los mismos, junto con su ubicación dentro del proceso de transición demográfica se ha debatido largamente. Solo a partir de la última Conferencia Mundial de Población, ocurrida en El Cairo en 1994, se aceptó como válida la relación entre tamaño de la población con desarrollo, lo cual fue un importante argumento para la introducción de programas de regulación de la fecundidad en los países que estaban experimentando crecimiento muy acelerado.

### Políticas de población

Actualmente la mayoría de los países están ejerciendo políticas de población que pueden ser de dos tipos: 1) Políticas basadas en razones demográficas o de Estado, donde el estado interviene activamente para lograr la reducción de la fecundidad, como fue el caso de la República Popular China, y 2) Políticas que se basan en el respeto de los derechos humanos, actualmente llamados “derechos reproductivos”, a la cuales se suscriben la mayoría de los países del mundo actual. Esta política se estimula la conciencia dentro de la familia sobre la conveniencia de tener los hijos que solo sean deseados, incentivando la paternidad responsable, permitiendo la libre elección del número, espaciamiento y oportunidad con que lleguen los hijos dentro de la familia y los derechos de la pareja y de la persona. (Díaz, J. P. 1994).

## Referencias

- Cerón, A. I. (2001). La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 16(3), 485-518. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de <http://redalyc.org/pdf/312/31204802.pdf>
- Chackiel, J. (2011). Demografía y salud en los censos de población y vivienda: la experiencia latinoamericana reciente. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12881>
- Díaz, J. P. (1994). La Política mundial de población en el siglo XX. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de [http://digital.csic.es/bitstream/10261/3703/1/paper90 .pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/3703/1/paper90.pdf)

## Actividades de aprendizaje

1. Investigue en la fuentes de internet en qué consiste la “tasa bruta de natalidad”, la “tasa global de fecundidad” y cuál es la utilidad de estos indicadores demográficos.
2. Enumere tres causas importantes de muertes infantiles (menores de 1 año) y tres causas importantes de mortalidad de mayores de 65 años. Para cada una de diseñe las medidas de control y estime su eventual costo.

## CAPÍTULO 3

# PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD PÚBLICA

*Anselmo Cancino Sepúlveda  
Tito Pizarro Quevedo*

### Introducción

Dado el significativo avance en la implementación de mecanismos de participación ciudadana, impulsados por el Ministerio de Salud de Chile, desde la recuperación de la democracia el año 1990, junto al proceso de reforma de la salud del año 2005, se logra construir las bases que promueven una institucionalidad más participativa en el sector, como lo fuera la creación de la Autoridad Sanitaria Nacional y Regional, entidad encargada de liderar los procesos de participación ciudadana, llegando en algunos casos a construir procesos locales, regionales y nacionales de diálogos significativos y vinculantes con las comunidades. Es por ello que, resulta relevante, profundizar en el conocimiento de modelos de trabajo con la ciudadanía, que consideran de manera importante la participación activa de las personas en salud, los cuales inciden en el proceso decisorio de políticas públicas en salud, tanto en su fase de diseño como de formulación, y que implica importantes cambios en los procedimientos institucionales tradicionales en el sector, al perseguir una nueva relación entre los ciudadanos (usuarios) y los funcionarios, caracterizada por la búsqueda de la horizontalidad y la colaboración mutua con el propósito de lograr políticas públicas más pertinentes, con sello ciudadano y un real impacto en la salud y bienestar de la población.

En este contexto, conocer y analizar la experiencia participativa de los distintos actores (personas, comunidad y equipos de salud) en procesos recientes de gestión participativa que impulsa el Ministerio de Salud, permite obtener aprendizajes para el análisis y reflexión de procesos democráticos y para el fortalecimiento de la gestión en las políticas públicas de salud, respondiendo así a los desafíos de la reforma sectorial vigente y a los procesos de modernización del Estado que demandan una ciudadanía activa y vigilante en el quehacer de la administración pública.

En la actividad de aprendizaje, se exponen tres experiencias de gestión participativa a través de registro audio visual (videos disponibles en la web) con la finalidad de reflexionar sobre los conceptos principales que sustentan la formulación de políticas públicas con componente participativo.

## Antecedentes

En Chile, la historia de la participación en salud tiene una larga data. Sus inicios se relacionan con la demanda de la población más vulnerada por necesidades básicas de higiene y salubridad a principios del siglo pasado, que llevaron a organizarse para exigir solución a sus demandas sociales y de salud. Durante todo el siglo XX y en el inicio de este siglo, los avances más significativos en materia de salud colectiva se han producido como fruto del movimiento social, la construcción de instituciones democráticas en salud y de los procesos participativos de carácter sustantivos que han incidido en las políticas de salud.

En el otro extremo, los procesos de destrucción de la salud colectiva se han producido en períodos de falta de democracia y de participación ciudadana.

Sin embargo y a pesar de las diferentes iniciativas llevadas a cabo por los gobiernos democráticos post dictadura, es un desafío aún pendiente para las políticas públicas, la incorporación de procesos de participación ciudadana en todo el ciclo de planificación de las mismas. El diseño, ejecución y la evaluación. Claramente, si se analizan los procesos de participación llevados a cabo por las distintas reparticiones públicas, incluido el sector salud, se evidenciará la concentración de iniciativas que reconocen al ciudadano como beneficiario y usuario en su fase de ejecución, pero pocas de ellas han avanzado hasta generar involucramiento real en el diseño o control de estas iniciativas.

Desde el proceso de reforma del 2005, se han institucionalizado mecanismos de participación de usuarios y a su vez, se le otorga carácter de exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención. Del mismo modo, desde el año 2004 se implementan líneas estratégicas para avanzar en la democratización de la información y conocimiento en salud, control social sobre la gestión, transparencia en la gestión y corresponsabilidad en la mantención y control sobre la salud y la calidad de los servicios. No obstante estos progresos, aún se requiere avanzar hacia una redefinición de la relación con los usuarios/ciudadanos en un marco de respeto por los derechos y deberes de las personas, al constatar en la actualidad, una insuficiente incorporación de la gestión participativa y de la satisfacción usuaria en las agendas programáticas del

sistema público de salud. Es así como, la gestión participativa y la innovación en gestión y ciudadanía constituyen un desafío pendiente en la implementación y avance del proceso de reforma sectorial aún en curso.

## Concepto de Participación Ciudadana en Salud

La participación ciudadana en salud, desde la concepción de los derechos humanos, se entiende como un derecho capaz de influir la orientación de las políticas públicas de manera de poder intervenir efectivamente en la causalidad de los problemas que llevan a una determinada situación de salud. Esta causalidad, está asociada a derechos vulnerados de distinta índole: trabajo, ambiente, educación, seguridad social, vivienda, información, etc.

La participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos, sugiere una oportunidad para superar el tradicional enfoque de respuesta de satisfacción de necesidades (enfoque asistencial) que predomina en la relación con los usuarios, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía, al promover una nueva relación entre Estado y Sociedad Civil, en la cual las personas, en tanto ciudadanos, pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles (Cancino, Faundez, 2018).

La participación ciudadana puede entenderse como la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones con el fin de incidir en las decisiones que les afectan. Constituye un elemento central para el desarrollo de la democracia, dado que permite a los miembros de una sociedad o comunidad incidir en el diseño, la gestión y la evaluación de las políticas públicas, lo que es fundamental para asegurar su pertinencia y adecuación a las necesidades de la población (SEGEGOB, 2015).

En el marco de los desafíos en la agenda del desarrollo de los objetivos de desarrollo sostenible o también denominada agenda 20/30, la existencia de un fundamento político ofrece una mayor oportunidad para el desarrollo de acciones intersectoriales en pro de la salud y el bienestar, priorizando el territorio como el espacio más estratégico para la operacionalización de las acciones que garanticen su pertinencia y empoderamiento de los actores locales políticos-institucionales y sociales comunitarios (Gobierno de Chile, 2017).

Es por ello que existe un amplio consenso internacional de que la política de salud es multifactorial, es decir que, por ejemplo, para disminuir las tasas de mortalidad infantil se requiere además de contar con una buena atención de salud, es imperioso tener una red de agua potable. Por eso, es preciso considerar la idea de la política de salud desde un enfoque integrador e intersectorial, llevando a la práctica lo que se denomina Salud en Todas las Políticas (OMS/OPS, 2015), lo que requiere abandonar la idea de la política de salud como una política “estanco”, es decir, desintegrada del resto de los demás componentes de las políticas públicas del país.

Junto con lo anterior, y en función de la incidencia de los usuarios/ciudadanos en políticas públicas, cabe también considerar la participación ciudadana bajo el marco de los determinantes sociales de la salud que propone la OMS (OMS, 2008). Esto se define como “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud”. Por lo tanto, la participación ciudadana, entendida desde el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud supone habilitar a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales que condicionan su nivel de salud o de bienestar.

Es por ello que las inequidades en salud se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad, teniendo en cuenta que la mayoría de las sociedades se estratifican por líneas de origen étnico, raza, género, educación, ocupación, ingresos y clase. Aunque las diferentes regiones del país tengan perfiles demográficos y epidemiológicos muy distintos, diferenciar ciertos grupos, por género, educación, lugar o ingresos, es clave para la comprender la forma en que se genera la

inequidad en salud y para definir, con los sujetos afectados y actores involucrados, las intervenciones más pertinentes. Lo anterior cobra mayor sentido, en circunstancias en que la propia ciudadanía reconoce que la principal causa del malestar social y la desafección con lo político es la alta desigualdad existente en el país (PNUD, 2015).

De esta forma, las estrategias de participación ciudadana que se desarrollan desde el sector salud deberán tener como marcos de referencia el enfoque de derechos y de determinantes sociales -para entender e intervenir desde la ciudadanía los procesos que conducen a las desigualdades- y el enfoque de protección social basado en derechos como una visión de política pública comprensiva e integral de las condiciones necesarias para el desarrollo de capacidades humanas, que persigue la igualdad de oportunidades, apoyando a los grupos más desvalidos, pero también reconociendo la realidad de una gradiente social de inequidad en cuanto a las posibilidades de alcanzar sus capacidades y ampliar sus elecciones, a fin de permitir una verdadera libertad de opciones en la vida (Vega, Jeannette, 2005).

## Concepto de Participación Ciudadana en Salud

A mediados de la década del 2000, en adelante, en el marco de la reforma de salud, el sector estuvo inmerso en un profundo debate respecto de garantizar acceso universal de atención de salud a la población, pero también, de modernización de la institucionalidad del sector.

En efecto, a partir de la puesta en marcha de la denominada Ley de Autoridad Sanitaria (Ministerio de salud, 2004), se puso énfasis en la modernización del sector, que buscó mejorar la eficiencia y mayor participación ciudadana en la gestión, entre otros aspectos. Esto, dadas las transformaciones vividas en la sociedad chilena y global en general, en que se dio una creciente preocupación por enfrentar la falta de cohesión social, la individualización y la desafección hacia lo político, tal como lo venía estudiando el PNUD

en Chile, así como las demandas propias hacia el sector salud. En la práctica, esta orientación modernizadora llevó a dividir las funciones del sector en el ámbito de las redes asistenciales, por un lado, y la elaboración y gestión de políticas públicas, por el otro.

En materia de participación, se institucionalizaron mecanismos y espacios de participación en toda la red de salud, que implicó la masificación y reactivación (en muchos casos) de los Consejos de Salud en los diversos establecimientos asistenciales, así como la consagración de los Consejos Asesores Regionales, para el caso de la Seremi de Salud; los Consejos de Integración de la Red Asistencial, por el lado de las redes; y los Consejos Consultivos de Usuarios, para el caso de los establecimientos de Salud dependientes de los Servicios de Salud.

La promulgación de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, en tanto, planteó la formalización de cuatro mecanismos que todos los servicios públicos deben considerar; esto es, Consejos de la Sociedad Civil, Acceso a la información pública, Cuentas Públicas Participativas y Consultas Públicas.

En este sentido, en la dirección señalada por la Ley de participación y por el Instructivo Presidencial N°007 del año 2014 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública, el Ministerio de Salud, en el año 2015, publicó la Norma General de Participación Ciudadana en Salud (Ministerio de Salud, 2015). Dicho instrumento adoptó los mecanismos señalados en la Ley de participación, pero también, reconoció mecanismos que son particulares del sector salud, tales como los planes comunales de salud, los diagnósticos participativos territoriales, entre otros; y conformó un Comité Sectorial de Participación Ciudadana, cuyo propósito fue velar por el cumplimiento de la norma, así como del seguimiento de las acciones de participación del todo el sector salud.

### **Experiencias recientes de Gestión Pública Participativa de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, periodo 2014 – 2018**

En el periodo comprendido entre el año 2014 y 2018, el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Salud Pública, define los lineamientos de participación, formulados por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL). Dicha división ministerial formuló el programa denominado Participación Social y Empoderamiento en Salud, el cual impulsó cuatro mecanismos de participación que se desarrollaron anualmente en todas las Seremi de Salud del país. Estos fueron los: Diálogos Ciudadanos, las Escuelas de Gestores Sociales, los Foros Regionales de Salud y Consejos Asesores Regionales dependientes de las Seremis.

Los Diálogos Ciudadanos, corresponden a consultas presenciales sobre una política de salud o regulación en particular, orientados a la incidencia en políticas públicas. Las Escuelas de Gestores Sociales, corresponden a instancias de formación de dirigentes sociales y funcionarios de las Seremis, sobre diversas temáticas de salud pública. Los Foros Regionales de Salud Pública fueron espacios de coordinación intersectorial de carácter regional, destinados a generar estrategias para el abordaje de temas complejos de salud con una perspectiva de Salud en Todas las Políticas. Finalmente, se incorporó el fortalecimiento de los Consejos Asesores Regionales dependientes de las Seremi de Salud. Además, se incorporaron los Parlamentos Escolares Saludables, los cuales se definen como una comisión de participación con enfoque de derechos y carácter consultivo que se reúnen en una Asamblea Regional, en que los estudiantes (prebásica y básica) discuten y aportan ideas de acciones que inciden en la construcción de entornos escolares saludables.

## Referencias

- Anselmo Cancino, Rodrigo Faundez (2018). Factores dinamizadores para la participación ciudadana en Políticas de Salud. Cuadernos médico sociales. Hacia una nueva salud pública. Vol. 58 N°3, pag. 103. septiembre 2018.
- Gobierno de Chile (2017). Informe de diagnóstico e implementación de la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Chile. Septiembre 2017. Disponible en: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe\\_ODS\\_Chile\\_ante\\_NU\\_Septiembre2017.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe_ODS_Chile_ante_NU_Septiembre2017.pdf)
- Ministerio Secretaría General de Gobierno (2015). Ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública [Versión electrónica]. 2015.
- Ministerio de Salud (2015). Norma General de Participación Ciudadana en la gestión pública de Salud [Internet]. Resolución exenta N° 31, del 19 de enero del 2015 Chile; 2015. Disponible en: <http://participacionciudadana.fonasa.cl/sites/default/files/archivos/Untitled001%282%29.pdf>
- Ministerio de Salud (2004). Ley 19.937 de autoridad Sanitaria (Modifica el D.L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana) [Internet]. Santiago; 2004. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
- OPS/OMS. Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial (internet). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recommendations-SPA.pdf>
- OMS (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. 2008. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- PNUD (2015). Desarrollo Humano en Chile. Los tiempos de la politización. Santiago; 2015.
- Vega, Jeannette (2005). Enfoque de Determinantes Sociales de Salud, orientaciones para la agenda social, documento síntesis del ciclo de Diálogos Democráticos, diciembre de 2005.
- Cancino, A., Froimovich, K., Faúndez, R. (2017). Construcción de Ciudadanía en Salud. Experiencias regionales de participación. Disponible en: [https://dipol.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/10/DOC-PROMOCION-%c3%baltima-versi%c3%b3n.pdf](https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/DOC-PROMOCION-%c3%baltima-versi%c3%b3n.pdf)
- David García Cárdenas (2012). Introducción al enfoque emancipador de la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Promocion%20salud%20critica/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- García, M., Cardo, A., Barranco, J., Belda, G., Paez, E., Rodríguez, S., Lafuente, N. (2018). Guía Breve. Salud Comunitaria basada en activos. Disponible en: [https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2019/01/EASP\\_Guia\\_breve\\_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf](https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf)
- Hernán, M., Morgan, A., Mena, A. (2010). Formación en Salutogénesis y activos para la salud. Disponible en: [file:///Users/anselmo/Downloads/1477659438wpdm\\_EASP\\_FORMACION\\_EN\\_SALUTOGENESIS\\_ACTIVOS.pdf](file:///Users/anselmo/Downloads/1477659438wpdm_EASP_FORMACION_EN_SALUTOGENESIS_ACTIVOS.pdf)

## CAPÍTULO 4

# PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Paulina Alejandra Martínez Gallegos*

### Introducción

La definición de la promoción en salud se ha modificado a lo largo de la historia, partiendo oficialmente con la Carta de Ottawa (1986), donde se la define como: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Siendo ésta un proceso político, social y global que incluye no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de disminuir su impacto en la salud pública e individual. Por lo tanto, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

Adicionalmente, la promoción de la salud, es considerada como la Tercera Función Esencial de la Salud Pública (FESP), donde es definida como necesaria para fomentar el cambio en los estilos de vida y en su entorno, donde es preciso un desarrollo de acciones educativas y de comunicación social para promover no sólo condiciones, modos y comportamientos de vida sino también ambientes saludables, para lo cual se debe reorientar el actuar de los servicios de salud con el propósito de desarrollar modelos de atención que favorezcan su desarrollo. (Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

## Antecedentes históricos

Podemos encontrar antecedentes sobre promoción de la salud tan antigua como con los griegos, sin embargo quien por primera vez utilizó la palabra “promoción de la salud” fue el salubrista Henry E. Sigerist, en 1945, para sugerir que el Estado debe tener participación y promover mejoras en las condiciones de vida y en las acciones basadas en la educación sanitaria. Además, determinó que la medicina tiene cuatro funciones básicas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos, y la rehabilitación. Adicionalmente, estableció que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”, instando al esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. (Restrepo, 2001). Posteriormente, en Europa entre 1950 y 1970, destacan los enfoques centrados en los determinantes sociales de la salud, fundamentados por Thomas McKeown. (Hernández, 2013). Luego, en los años setenta surgen nuevas propuestas basadas en poder ayudar y motivar a las personas para que adopten hábitos de vida saludables que permitan un mantenimiento o mejoramiento de un estado óptimo de salud. (Hernández, 2013).

En 1974, se publica en Canadá el informe de Lalonde, donde propone una explicación del proceso salud- enfermedad a través de cuatro grandes grupos de factores: 1.- el ambiente; 2.- estilo de vida; 3.- biología humana y; 4.- organización de los servicios de salud. Además, pone énfasis únicamente en los estilos de vida y medidas específicas para modificarlas, entendiendo que la promoción de la salud hasta ese entonces mantenía una visión de procuración de la salud a nivel individual. (Hernández, 2013).

En 1978, se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en Kazajistán, en la que se firmó la Declaración de Alma-Ata, con la finalidad de establecer diferentes acciones para proteger y promover la salud de todos los pueblos. De esta manera, en esta conferencia se asume la estrategia de generar las bases de la atención primaria y priorizarla como clave para el ingreso al sistema de salud y como táctica de atención integral en salud, dando énfasis en la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades y fomento de la salud, sin dejar de destacar que las condiciones económicas y sociales son relevante para lograr la salud para todos. Dentro de los puntos

declarados, uno que destaca es el planteamiento a los gobiernos de hacer de la promoción de la salud el medio para alcanzar y mantener una vida saludable y productiva tanto del punto de vista social como económico, donde la atención primaria es clave para lograr este objetivo. (Organización Panamericana de la salud (OPS)., 2018).

En 1979, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, plantea una diferencia entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estableciendo una relación entre la promoción y los cambios de los estilos de vida, mientras que la prevención la situó como protección de la salud frente a los diferentes desafíos provenientes del ambiente.

En los años 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la importancia de transformar las condiciones de vida en los más desfavorecidos, mediante la participación de la población. Esto precipitó en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá en 1986 donde se definió: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Sin embargo, las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, aunque también consideraron problemas que afectan a las otras regiones. En específico, esta conferencia relacionó a la promoción de la salud con la necesidad de involucrar a otras instituciones y sectores, destacando la necesidad de generar políticas públicas en diferentes ámbitos con la finalidad de promover la salud, combinando decisiones personales con responsabilidad social. (Hernández, 2013). Por lo tanto, establece la necesidad de una participación activa en la promoción de la salud, en la cual se debe considerar: la generación de políticas públicas sanas, a todos los niveles y en todos los sectores, dado que la salud puede tener efecto en diferentes sectores de la vida; creación de ambientes favorables y evaluación del impacto del medio ambiente sobre la salud, donde se protejan y conserven los recursos naturales; reforzamiento de la acción comunitaria, es decir, una participación activa y efectiva donde se establezcan prioridades, toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud; desarrollo de las aptitudes personales, donde se estimulen las opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su estado de salud; reorientación de los servicios sanitarios, donde

el sector sanitario, considerando las necesidades socioculturales, debe tener un rol cada vez mayor y central en la promoción de la salud, de manera que traspase la exclusiva responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. (Organización Mundial de la Salud., 2018).

Luego, en 1988, se desarrolla la Segunda Conferencia Internacional de promoción de la Salud, “Políticas a favor de la salud”, en Adelaida, Australia, donde se profundizó en los lineamientos entregados en Alma-Ata y Ottawa, proponiendo que el principal objetivo de una política favorable a la salud es generar entornos sociales y físicos apropiados de manera que permitan a la población alcanzar una vida sana, proporcionando a las personas la responsabilidad de desarrollar opciones saludables. (Andalucía., 2018).

En Ginebra, 1989, se desarrolló la reunión “Llamamiento en favor de la acción: Promoción de la salud en los países en desarrollo”, donde se reiteró la importancia de la promoción en salud. (Organización Mundial de la Salud. (OMS), 2018).

La Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, “Entornos propicios para la salud”, se presentó en Sundsvall (Suecia), 1991, donde se realizó un llamado a las autoridades responsables de las políticas públicas y a los diferentes defensores de la salud, el medio ambiente y la justicia social, para que trabajen en conjunto para lograr un ambiente favorable, en conjunto con un desarrollo sostenido y equidad, factores primordiales para alcanzar la meta de salud para todos. (Organización Mundial de la Salud. (OMS)., 2018).

En 1992, en Bogotá (Colombia), se desarrolló la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, donde se reconoce que la promoción de la salud en la Región busca la generación de condiciones que garanticen el bienestar general, considerando la relación entre salud y desarrollo, considerando la grave inequidad que aumenta los riesgos para la salud. Por lo expuesto, proponen para crear una estrategia de promoción de la salud de la Región los siguientes puntos: Impulsar la cultura de la salud; Transformar el sector salud relevando la promoción de la salud, lo que implica garantizar el

acceso universal a los servicios de atención, trabajar sobre los factores condicionantes que determinan morbimortalidad, y promover procesos que permitan tomar conciencia de la importancia de la salud y la consecuente adopción de acciones trascendentales que generen impacto en esta área; Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad, siendo un proceso que procure modificar las relaciones sociales, de manera que sean inaceptables la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que estas producen. (Organización Panamericana de la Salud. (OPS)., 2018).

En 1993, se realizó la Primera Conferencia de Promoción de la Salud de Caribe organizada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Cooperación Caribeña en Salud, en Puerto España (Trinidad y Tobago), reconoce a la promoción de la salud como capaz de fortalecer las capacidades individuales y poblacionales, de manera de controlar, mejorar y mantener el bienestar físico, mental, social y espiritual. Donde es necesaria la participación y colaboración estrecha entre el sector sanitario y los otros sectores gubernamentales, dadas las múltiples interacciones y a diferentes niveles entre los determinantes sociales de la salud. (Organización panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Cooperación Caribeña de la Salud., 2018).

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, “Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”, Yakarta (Indonesia), 1997, fue la primera conferencia en dar participación al sector privado en pos de apoyar la promoción de la salud, reconociendo que la promoción de la salud es indispensable en el desarrollo de la salud. Además, planteó reconsiderar las estrategias de promoción de la salud para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud, como ingreso, vivienda, educación, seguridad social, alimentación, género, ecosistema y uso sostenible de los recursos, resaltando la mayor relevancia de la pobreza, en conjunto con los cambios demográficos, urbanización, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes, salud mental, violencia, sedentarismo, entre otros.

Por lo tanto, establece que es fundamental educar y capacitar a la población de manera de empoderarlas y que puedan ejercer un mayor control sobre su salud y para ello, propone prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: Promover la responsabilidad social por la salud; Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud; Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y; Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”, México, D.F., 2000, que tuvo como meta un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción de la salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas, donde se acuerda: Ubicar a la promoción de la salud como prioridad en las políticas públicas; Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa en la aplicación de medidas de promoción de la salud; Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud. (Organización Mundial de la Salud. (OPS), 2018).

La Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en 2005 en Bangkok (Tailandia), planteó los nuevos desafíos que impactan en salud, como la globalización, los medios de comunicación, la participación del sector privado en salud, el rol de la evidencia y el costo efectividad, y para ello propuso lograr que la promoción de la salud sea: primordial en la agenda de desarrollo mundial; una responsabilidad esencial de los gobiernos; un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y; sea un requisito de las buenas prácticas empresariales. Para lo cual, llaman a todos los Estados Miembros que destinen recursos a la promoción de la salud, inicien acciones referidas a ella y sostengan sistemas de monitoreo y vigilancia mediante indicadores y metas, que permitan informar sobre los progresos realizados. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

La Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Nairobi (Kenya), 2009, llama a cerrar la brecha de la implementación en promoción de la salud, fortaleciendo los liderazgos y fuerzas de trabajo; ubicar a la promoción de la salud como línea central; empoderar comunidades e individuos; mejorar y ampliar los procesos participativos y; construir y aplicar el conocimiento. Además, declaró que para que las intervenciones de promoción de la salud sean sustentables, estas deben estar insertas en los todos los niveles de los sistemas de salud, reforzando la equidad en salud y el cumplimiento de altos estándares de desempeño. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

La Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, “Salud en todas las políticas”, celebrada en Helsinki (Finlandia), 2013, se centra en plantear que las mejoras en la salud poblacional, incluyendo las mejoras en el acceso equitativo a los servicios de salud, la protección de la salud y la sostenibilidad financiera de los sistemas salud, no pueden alcanzarse sólo mediante políticas públicas sectoriales, sino que deben tener un enfoque integral, es decir, incorporar la acción de los diferentes sectores.

Adicionalmente, se reitera el escenario actual de globalización, urbanización, los cambios demográficos hacia un mayor envejecimiento de la población, en conjunto con los estilos de vida no saludables, que han incrementado las enfermedades crónicas no contagiosas, siendo la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

La Novena Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud, Shanghai, (República Popular China), 2016, reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible, donde la salud es una opción política y la promoción de la salud requiere acciones coordinadas en todos los niveles, comprendiendo que es una responsabilidad compartida, por lo que se requiere de mayor compromiso político, particularmente enfocado en las políticas públicas que produzcan beneficios en la salud y bienestar de la población e inversión económica en acciones de promoción de la salud.

Adicionalmente, se llama a promover la equidad y la inclusión social; optimizar el acceso equitativo a los servicios de salud con cobertura universal; procurar una participación ciudadana amplia; reforzar la legislación, la reglamentación y la fiscalización de los productos no saludables; reconocer los conocimientos sanitarios como un determinante fundamental de la salud e invertir en su desarrollo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

## Promoción de la Salud en Chile

A nivel nacional es descrita como “un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud, incluyendo la importancia de la participación social en la toma de decisiones, sumado a la necesidad que el Estado desarrolle políticas integradas para abordar los problemas de los grupos con mayor desventaja”. (Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria., 2018).

El Ministerio de Salud, establece la función de promoción de la salud, mediante la Ley 19.937. “La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada planteada por los organismos internacionales, recomienda que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, deben avanzar hacia el desarrollo de acciones dirigidas hacia la promoción de la salud, lo que demanda el desarrollo de nuevas funciones y competencias en los profesionales de salud. Esto implica que la promoción de la salud debe considerarse parte consustancial del trabajo de cada uno de los actores de la red de salud, con énfasis en atención primaria”. Por lo tanto, la Autoridad Sanitaria, reconoce a la promoción de la salud, como la piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de

salud pública; fundamentando la necesidad de su desarrollo en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y el impacto social y económico de las enfermedades.

Adicionalmente, reconoce la relación estrecha entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico, por lo cual, es fundamental el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales. (Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria., 2018).

Actualmente, el programa nacional de promoción de la salud tiene como propósito “Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos saludables, dentro del cual se identifican tres entornos prioritarios para el desarrollo de la promoción de la salud: comunal, educacional y laboral. Y para avanzar en este propósito se han propuesto estrategias generales y específicas, con responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

- 1.- Construcción de políticas públicas locales, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial.
- 2.- Intervenciones multinivel en los distintos componentes de salud pública, en base al diagnóstico epidemiológico nacional, regional y comunal, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros. Generando equipos de trabajo que desarrollen integralmente las funciones de salud pública de fiscalización, vigilancia y promoción de la salud con participación ciudadana considerando a toda la población a lo largo del ciclo vital.
- 3.- Gestión Pública Participativa, mediante la vinculación de los dirigentes y comunidad en el diseño e implementación de las estrategias, con capacitación de dirigentes sociales

para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana, que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas (diseño, implementación y evaluación)". (Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria., 2018).

También se han desarrollado estrategias específicas entre las cuales se encuentran trabajar con Establecimientos educacionales promotores de Salud (EEPS) de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (IESPS), en el sector laboral a través de la estrategia de Lugares de trabajo promotores de Salud (LTPS) y en el ambiente comunal por medio de estrategias con los Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. (Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria., 2018).

## Referencias

- Andalucía., R. d. (25 de septiembre de 2018). Segunda Conferencia Internacional de promoción de salud. "Políticas a favor de la salud". Celebrada en 1988 en Adelaida (Australia). Obtenido de Segunda Conferencia Internacional de promoción de salud: [portal.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/.../Segunda-Adelaida.p](http://portal.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/.../Segunda-Adelaida.p).
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. (26 de septiembre de 2018). Promoción de la Salud. Obtenido de Promoción de la Salud.: [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1\\_PROMOCION-DE-SALUD.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf)
- Hernández, V. (2013). Evolución histórica del concepto de promoción de la salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (25 de septiembre de 2018). 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009. Obtenido de Septima Conferencia de Promoción de la Salud.: <https://es.scribd.com/document/.../7ma-Conferencia-Mundial-de-Promocion-de-la-Sal>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (25 de septiembre de 2018). 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki, Finlandia, 2013. Obtenido de 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/23/8a-conferencia-mundial-de-promocion-de-la-salud/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (25 de septiembre de 2018). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Obtenido de Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.: [www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (25 de septiembre de 2018). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Obtenido de Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997. Yakarta, República de Indonesia: [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/.../hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/.../hpr_jakarta_declaration_sp.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (26 de septiembre de 2018). Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shanghai, 21- 24 noviembre de 2016. Obtenido de Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible.: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (26 de septiembre de 2018). Promoción de la Salud. Glosario. Obtenido de Promoción de la Salud.: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/who\\_hpr\\_hep\\_98.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/who_hpr_hep_98.1_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (25 de septiembre de 2018). Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. 9-15 de junio de 1991, Sundsvall, Suecia. Obtenido de Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud.: [apps.who.int/iris/handle/10665/59967](http://apps.who.int/iris/handle/10665/59967)
- Organización Mundial de la Salud. (OPS). (25 de septiembre de 2018). Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México, D. F., 2000. Obtenido de Quinta Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud: [www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Septiembre de 2018). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la salud.: <https://www.paho.org/.../Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.

Organización Panamericana de la salud (OPS). (25 de septiembre de 2018). Declaración de Alma - Ata. Obtenido de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Cooperación Caribeña de la Salud. (26 de septiembre de 2018). Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe. Puerto España, Trinidad y Tobago. 1993. Obtenido de Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe.: <http://www2.udec.cl/~promesa/doc2.htm>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). (26 de septiembre de 2018). Funciones Esenciales de la Salud Pública. Obtenido de Funciones Esenciales de la Salud Pública.: [www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (25 de septiembre de 2018). Declaración de Bogotá. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. Obtenido de Declaración de Bogotá.: [www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992-DeclaracionBogota.doc](http://www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992-DeclaracionBogota.doc)

Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En H. M. Restrepo, Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. (págs. 15-24.). Bogotá, Colombia.: Editorial Médica Internacional Ltda.

## Actividades de aprendizaje

La Encuesta Nacional de la Salud (ENS) (2017), muestra que el 30% de los fallecimientos que ocurren anualmente en Chile, se deben a enfermedades cardiovasculares, ya sea por accidentes cerebrovasculares e infartos agudos al miocardio, es decir, cerca de 27 mil defunciones por año. La ENS, también indica que la población chilena de 20 años y más, tiene un 25% de riesgo cardiovascular elevado (probabilidad que tiene un individuo de presentar una ECV en un plazo definido, en general 10 años).

De acuerdo con esta situación nacional, ¿Qué medidas de promoción en salud cardiovascular usted implementaría? Identifique al menos 3 medidas, fundamentando cómo las llevaría a cabo.

Respuesta 1

Evitar el sedentarismo mediante una actividad física como caminatas, natación, aeróbica, pilates, yoga, gimnasia, u otros.

Alimentación saludable, mediante el establecimiento de leyes como “el etiquetado de alimentos”, aumentar impuestos a bebidas gaseosas, implementación de quioscos saludables en escuelas, talleres de alimentación saludables en clubes de adultos mayores, juntas de vecinos, escuelas, iglesias, etc.

Prevención del consumo de tabaco, mediante leyes que prohíban fumar en espacios públicos, bares, restaurantes, etc. Aumento de los impuestos a los cigarrillos, restringir y fiscalizar la venta en lugares cercanos a escuelas. Mejorar las leyendas e imágenes en cajetillas, prohibir los cigarros mentolados y las cajetillas de menos de 20 cigarros, etc.

## CAPÍTULO 5

# HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

*Paulina Alejandra Martínez Gallegos*

### Introducción de Historial Natural de la enfermedad

La enfermedad y su historia natural es el curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento., como resultado de un proceso dinámico en el que sus agentes causales y sus factores de riesgo interactúan con el hospedero, donde se evidencia la secuencia de eventos que ocurren en el tiempo, los que conducen al desarrollo de un problema de salud en un hospedero específico. Es por lo tanto, la evolución de la enfermedad desde su inicio hasta su resolución, donde se observa la evolución espontánea, sin ninguna intervención que altere su gravedad, duración o impacto, siendo específica para cada enfermedad y donde el curso normal de la enfermedad puede interrumpirse en cualquier momento.

Este modelo de la Historia Natural de la Enfermedad, fue originalmente propuesto por Frank Macfarlane Burnet (1940), con el objetivo de definir la cadena de eventos que se suceden durante una enfermedad infecciosa y establecer las oportunidades de intervención e interrupción de la enfermedad para evitar resultados indeseables como la muerte. Así, puede describirse toda la cadena que ocurre desde que alguien empieza a perder la salud hasta que una enfermedad llega a sus últimas consecuencias, sin que medie intervención alguna. Posteriormente, Leavell y Clark (1965) propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema de prevención mediante diferentes niveles. (López, 2008).

En la actualidad es difícil poder observar el curso natural de la enfermedad dada la intervención médica, cuyo objetivo es intervenir lo más precoz y oportunamente. (Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Salud Pública y Ciencias Sociales. Donis de Santos, X., 2018).

## Etapas de la historia natural de la enfermedad

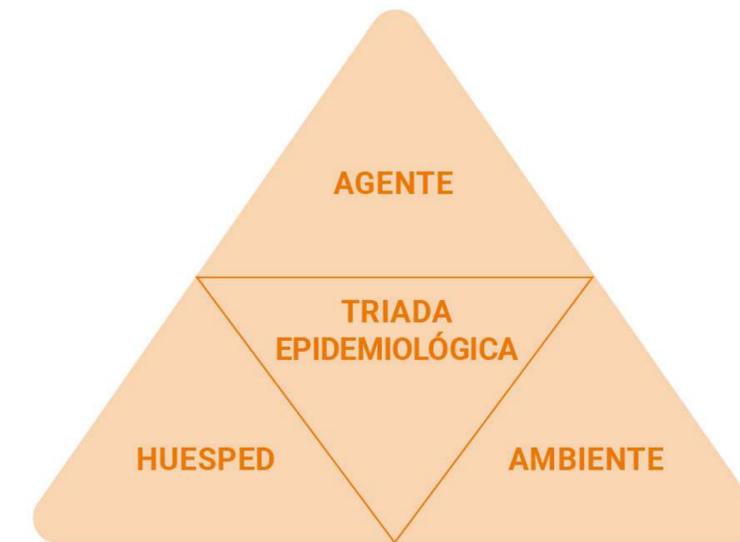
Leavell y Clark (1965), crearon un modelo que pudiese explicar la historia natural de la enfermedad y a la vez lo relacionaron con los niveles de prevención. Este esquema puede ser aplicado a cualquier tipo de enfermedad ya sea transmisible o no transmisible, aguda o crónica.

En el inicio del proceso, el individuo se encuentra en una situación de salud, llamado "período pre patogénico" que corresponde al tiempo en que las personas están sanas y en equilibrio con su ambiente, y es donde se produce la exposición a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad. El segundo periodo es el "período patogénico" donde se inician los signos y síntomas inespecíficos, y a la vez existe una respuesta a nivel celular del hospedero ante el agente en un plano asintomático o subclínico (por debajo del horizonte clínico), posteriormente, si la persona manifiesta síntomas y signos específicos de la enfermedad se pasa al período sintomático o clínico. El tercer periodo corresponde al "período de resolución", el cual comprende la recuperación, o el quedar en estado de portador, inmune, incapacitado o fallecer. (Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Pachón, I., 2005.)

### Período prepatogénico

En este período, donde el individuo se encuentra sano, es decir, antes de la enfermedad y siendo susceptible, se produce el momento de la interacción entre el agente, el ambiente y el hospedero, también conocida como "triada epidemiológica o ecológica". El traslado de un estado a otro se debe a la ruptura del equilibrio existente entre estos tres elementos responsables del estado de salud, que componen esta triada. (Figura N° 1).

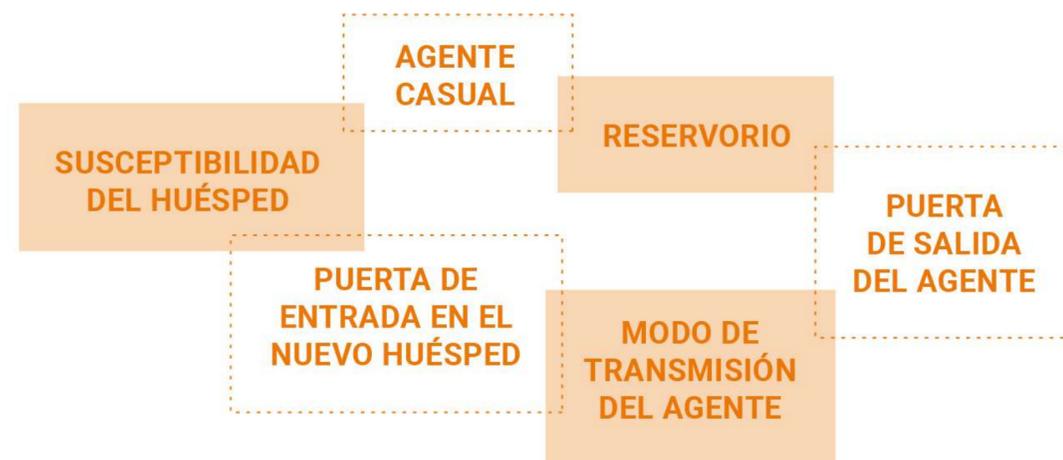
Figura N° 1



Fuente: Elaboración propia.

La triada epidemiológica sirve para entender las relaciones entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible. El esquema tradicional es la denominada “cadena epidemiológica” (Figura N° 2), también conocida como cadena de infección.

Figura N° 2



Fuente: Elaboración propia.

El esquema busca ordenar los llamados eslabones que identifican los puntos principales de la secuencia continua de interacción entre el agente, el hospedero y el medio ambiente.

**1. Agente:** Es todo elemento capaz de alterar el equilibrio en la triada epidemiológica y causar una enfermedad. Y según la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011.), es un factor que debe estar presente para la ocurrencia de una enfermedad, siendo considerado, por lo general, una causa necesaria pero no suficiente para la producción de esta. Los agentes, en general, se dividen en biológicos y no biológicos. Los primeros son organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y en los animales (patógenas). Dentro de los agentes no biológicos se encuentran los químicos y los físicos.

### Tipos de agentes

**Biológicos:** los agentes biológicos (bacterias, virus, parásitos, hongos, rickettsias, priones) son los promotores del mayor número de enfermedades transmisibles en los seres humanos.

**Físicos:** Agentes y factores físicos que causan enfermedades, siendo los más frecuentes las temperaturas extremas, la radiación solar, el ruido y fuerzas mecánicas.

**Químicos:** Compuestos fabricados en diferentes industrias con un fin determinado, como pesticidas, aditivos de alimentos y fármacos.

## Características del agente

**Intrínsecas:** Tamaño, forma, estructura y composición química.

**Comportamiento en el hospedero:** contagiosidad, infectividad, patogenicidad, virulencia, transmisibilidad, inmunogenicidad, poder invasor.

**Patogenicidad:** Aptitud del agente para generar la enfermedad. (Número con enfermedad clínica). Se mide por el número de infectados por cien.

**Virulencia:** Aptitud del agente para provocar alteraciones graves o la muerte del hospedero. Se mide por la tasa de letalidad, por la proporción de casos hospitalizados, y por la cantidad de secuelas. (Número de muertes/ Número de enfermos (casos) por cien.)

**Infectividad:** Aptitud del agente para invadir un hospedero. (Número de infectados/ Número de susceptibles por cien)

**Transmisibilidad:** Capacidad del agente para propagarse de un hospedero a otro causando la enfermedad (depende de la infectividad, patogenicidad y la frecuencia de contactos hospedero infectivo mantenga con sujetos susceptibles). (Número de enfermos/ Número de susceptibles por cien)

**Inmunogenicidad:** Capacidad del agente para inducir una respuesta inmunitaria específica y duradera en el huésped. Por ejemplo, Hepatitis A o sarampión que inducen inmunidad de por vida; Gonorrea que no genera inmunidad por lo que hay reinfecciones.

**Poder de Invasión:** aptitud del agente para propagarse en el individuo después de su ingreso.

**Comportamiento frente al medio:** resistencia o aptitud que presenta el agente para su vehiculización, etc.

Figura 3: Esquema de espectro de gravedad de la enfermedad infecciosa

INFECCIÓN			
INAPARENTE	APARENTE		
	MODERADA	GRAVE	FATAL
a	b	c	d

$$\text{Patogenicidad} = \frac{b + c + d}{a + b + c + d} = \frac{\text{casos de enfermedad aparente}}{\text{Total de infectados}}$$

$$\text{Viruela} = \frac{c + d}{b + c + d} = \frac{\text{casos graves y fatales}}{\text{Total de casos aparentes}}$$

$$\text{Letalidad} = \frac{d}{b + c + d} = \frac{\text{casos fatales}}{\text{Total de casos aparentes}}$$

Fuente: OPS 2011.

**2. Huésped:** Corresponde al individuo que aloja al agente y que por sus características biológicas podrá o no desarrollar la enfermedad, donde la exposición, susceptibilidad o desarrollo de la enfermedad es una respuesta individual, en la cual influyen factores como: edad, raza, sexo, estado nutricional, estado inmunológico, presencia de otras enfermedades o medicamentos, composición genética, composición psicológica, estado socioeconómico y comportamiento, entre otras. Por lo tanto, la capacidad de los agentes para infectar y producir enfermedades en los seres humanos también depende de la susceptibilidad del hospedero, donde no todos los individuos expuestos son infectados, o de los infectados no todos presentan síntomas visibles (infección clínica) donde algunos desarrollan infección inaparente o subclínica, pudiendo ser también de duración y gravedad variable.

**3. Ambiente:** Conjunto de factores físicos, como topografía, hidrografía, tipo de suelo, clima, temperatura, humedad, pluviosidad, nubosidad, vientos y radiación solar; factores biológicos referidos al ámbito que comprende la flora y fauna y sus interrelaciones (microflora y microfauna en suelos, cuerpos de agua y aire); factores químicos como minerales y gases. Por último, están los factores socioeconómicos, culturales y políticos que intervienen en el proceso salud- enfermedad. Dentro de estos aspectos, podemos destacar el nivel de educación, tipo de trabajo, nivel de ingreso, condiciones sanitarias, condiciones de vivienda, hábitos higiénicos, costumbres y conductas que pueden afectar la susceptibilidad del hospedero.

## Cadena Epidemiológica

Dentro de la cadena epidemiológica también se pueden identificar:

**Reservorio:** Hábitat natural de un agente infeccioso (persona, animal, planta o material inanimado) donde el microorganismo vive y se multiplica.

**Fuente de infección:** Hábitat ocasional a partir del que el microorganismo patógeno pasa rápidamente al hospedero (persona, animal, objeto o sustancia) desde donde el agente pasa a un hospedero.

**Puerta de salida:** Camino que toma el agente para salir de la fuente (aparato respiratorio, digestivo, piel, placenta, tracto genito – urinario, etc).

**Mecanismo de transmisión:** Mecanismo por el cual el agente se transmite desde la puerta de salida del reservorio (o fuente), a la puerta de entrada del hospedero. Pudiendo ser en forma directa o indirecta.

**Directa:** Existe un contacto inmediato desde la fuente de infección al individuo sano susceptible, sin intermediarios. Es un tipo de contagio en el que hay un paso directo, en poco tiempo y con gran cantidad de gérmenes (mordedura de animal infectado, transmisión sexual, transmisión transplacentaria, transmisión mediante las manos, por gotas).

**Indirecta:** el contagio se produce con separación en el tiempo y el espacio entre la fuente y el hospedero y actúa a través de seres animados (animales o artrópodos), inanimados (alimentos, agua, fómites) y, transmisión aérea.

## Período patogénico

Este período comienza con cambios a niveles bioquímicos y celulares. Estos cambios pueden conducir a la presencia de signos y síntomas, los cuales pueden producirse muy rápido como en la enfermedad infecciosa (horas, días) o lentos, como en las enfermedades crónicas degenerativas (meses, años).

Este período se divide en:

**Etapa asintomática o subclínica:** donde se producen cambios que el individuo no logra percibir alguna anomalía.

**Etapa sintomática o clínica:** donde las manifestaciones de la enfermedad son percibidas por el individuo, dividiéndose en dos etapas:

1. **Período prodrómico:** presencia de manifestaciones generales; y
2. **Período clínico:** la enfermedad se manifiesta por signos y síntomas específicos que facilitan su diagnóstico y tratamiento.

## Período post patogénico o de resolución

Etapa final, donde el individuo se recupera de la enfermedad, desarrolla alguna incapacidad, se hace crónica o bien fallece.

En las enfermedades infecciosas, se pueden reconocer las dinámicas de la infectividad y de la enfermedad.

En la dinámica de la infectividad podemos encontrar los siguientes períodos:

**Período latente:** Tiempo desde que se produce la infección hasta que el individuo se vuelve infeccioso.

**Período infeccioso:** Tiempo en que la persona infectada es capaz de transmitir la infección a los susceptibles.

**Período de generación:** Período de tiempo desde que se produce la transmisión de la infección en el primer individuo y el inicio de la transmisión de infección en el sujeto que es infectado por él.

Mientras, en la dinámica de la enfermedad podemos encontrar los siguientes períodos:  
Período de incubación: periodo de tiempo que transcurre entre el inicio de la infección y la aparición de los síntomas clínicos.

**Período sintomático:** Periodo de tiempo de duración de los síntomas.

**Intervalo de serie:** Período de tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas en el primer caso y el inicio de síntomas en un caso secundario.

El periodo de incubación es importante para el clínico, mientras que desde el punto de vista epidemiológico son importantes los periodos latente e infeccioso, que permiten entender la dinámica de la infección, difusión del agente infeccioso y ayudan a tomar medidas de control.

## Forma de presentación de las enfermedades

**Forma esporádica:** casos de una enfermedad aislados en el tiempo y en el espacio sin relación entre sí, es decir, en la incidencia de los casos, no se observa ninguna continuidad en el tiempo y el espacio.

**Forma inusual (inusitado):** Forma “inusual” puede significar que la enfermedad no estuvo nunca antes presente en esa área hasta ese momento, cambió en letalidad o grupos de riesgo.

**Forma o inesperada (imprevisto):** Inesperado o imprevisto, agente eliminado o erradicado.

**Endemia:** Número de casos habituales o esperables de una enfermedad infecciosa en una población, es decir, la presencia habitual de una enfermedad en un área geográfica determinada.

**Brote epidémico:** Aparición de dos o más casos de una enfermedad transmisible, con nexo epidemiológico o vinculados a una misma fuente de infección, donde ocurren casos de una cierta enfermedad o evento (intoxicación), en una cantidad mayor a lo esperado, dentro una área geográfica y período de tiempo definido. (Gregg, 2002)

**Epidemia:** Número de casos por sobre la frecuencia esperada, referidos a tiempo, lugar y persona.

## Niveles de control y prevención

La aplicación de medidas y acciones de control de enfermedades transmisibles puede ir dirigida al individuo (estrategia individual) o al conjunto de la población (estrategia poblacional o de salud pública).

**Estrategia Individual de Alto Riesgo:** Mediante una prueba médica, se detecta a los individuos que corren el riesgo de presentar la enfermedad y a continuación se les proporcionan las intervenciones médicas correspondientes. Su alcance poblacional dependerá del grado de cobertura de los servicios médicos.

Dentro de las estrategias individuales encontramos las medidas frente a la fuente de infección o reservorio como eliminación del reservorio o de la fuente, aislamiento; medidas sobre el mecanismo de transmisión: debe identificarse la vía de transmisión (contacto directo, contacto indirecto o vectores); medidas sobre la población susceptible, para disminuir que el individuo susceptible contraiga la enfermedad, aunque exista contacto con la fuente de infección (medidas destinadas a incrementar la resistencia del huésped o inespecíficas, como alimentación adecuada, hábitos saludables, tratamiento de enfermedades predisponentes, o medidas destinadas a disminuir la susceptibilidad del huésped o específicas, como quimioprofilaxis o inmunización).

**Estrategia Poblacional:** Pretende controlar los factores que determinan la incidencia de la enfermedad, reducir el nivel medio de los factores de riesgo y de la exposición en la población. Los objetivos de la estrategia poblacional son tres objetivos sucesivos: control (adopción de medidas sanitarias para lograr disminución de la incidencia), eliminación (desaparición de la transmisión en un área geográfica, país o continente, recientemente libre de infección) y erradicación (desaparición de la enfermedad en todo el mundo).

La acción preventiva, comprendida como “las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance, limitar el daño que produce y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998), la cual está en íntima relación con las fases de la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria.

## Prevención primaria

Estas son entendidas como: “Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998); (Colimon, 1978). Es decir, son medidas orientadas a personas sanas destinadas a prevenir la aparición de enfermedad, donde se incluyen acciones de promoción y prevención de la enfermedad: estilos de vida saludable, vacunación, por ejemplo.

La prevención primaria implica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista sobre la etiología, donde puede enfocarse a toda la población con objeto de reducir el riesgo medio (estrategia poblacional) o sobre las personas cuyo riesgo de enfermedad es alto por exposiciones particulares (estrategias de grupo de riesgo). Los estudios epidemiológicos han mostrado que las estrategias de grupo de riesgo dirigidas a proteger a los individuos susceptibles son más eficientes para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una determinada enfermedad; no obstante, estas personas pueden contribuir en escasa medida a la carga global de enfermedad en la población. En estos casos, hay que recurrir a una estrategia poblacional o a una combinación de ambas estrategias. La ventaja principal de la estrategia poblacional es que no requiere la delimitación del grupo de alto riesgo. Su principal inconveniente es que puede ofrecer escaso beneficio a cada persona individual, puesto que el riesgo absoluto de enfermedad puede ser muy bajo.

El primer nivel de prevención es la promoción de la salud, donde las acciones no están dirigidas a alguna enfermedad en particular, si no que incluye medidas que promuevan la salud del individuo como alimentación, educación, trabajo y vivienda, entre otros.

El segundo nivel de prevención, corresponde a la protección inespecífica y específica, donde se adoptan medidas destinadas a proteger y prevenir la aparición de alguna enfermedad específica, incluyendo inmunizaciones, saneamiento básico, higiene personal, etc.

## Prevención secundaria

El tercer nivel de prevención busca el diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas), es decir, se buscan sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible, de manera de emprender acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de manera de detener tempranamente el avance de la enfermedad y prevenir su avance. Estos objetivos se pueden lograr a través de examen médico y clínicos periódicos, análisis clínicos, radiografías diagnósticas y la búsqueda de casos (pruebas de screening como la mamografía). El cuarto nivel de prevención tiene como objetivo limitar el daño, para ellos realiza tratamientos adecuados para detener e impedir el avance de la enfermedad hacia un estado crítico.

## Prevención terciaria

El quinto nivel de prevención se refiere a acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante acciones de rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducirlas, por lo tanto, el individuo enfermo requiere ser intervenido para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y reintegrarlo al entorno. (Instituto Aragonés de ciencias de la salud. Diplomado en salud pública. Begoña, M., s.f)

## Referencias

- Colimon, K. (1978). Fundamentos de epidemiología. Medellín: Ediciones Colimon.
- Gregg, M. (2002). Epidemiología de campo. New York: Oxford University Press Segunda Ed.
- Instituto Aragonés de ciencias de la salud. Diplomado en salud pública. Begoña, M. (s.f). Vigilancia de salud pública y respuesta a alertas y emergencias. Epidemiología general de enfermedades transmisibles.
- López, M. (2008). 1.2. Historia natural de la enfermedad. En M. López, Conocimientos fundamentales de las ciencias de la salud. (págs. 501-503). Ciudad de México, México.: Pearson Educación de México. S.A.de C.V.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Pachón, I. (2005.). Historia natural de la infección. Antigua, Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Prevención de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011.). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Unidad 2: salud y enfermedad en la población. Washington D.C. Estados Unidos de Norteamérica.: Organización Panamericana de la Salud.
- Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Salud Pública y Ciencias Sociales. Donis de Santos, X. (18 de septiembre de 2018). Historia natural de la enfermedad. Obtenido de Semana 9 historia natural de la enfermedad.pdf: <https://www.coursehero.com/file/31529058/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedadpdf/>

## CAPÍTULO 6

# CALIDAD DE VIDA Y DESARROLLO HUMANO

*Raúl Muñoz Lemaitre  
María Ofelia Sanhueza Vergara*

### Introducción de Historial Natural de la enfermedad

El concepto de calidad de vida ha sido objeto de un discurso amplio y plural. Puede entenderse, desde un punto de vista general, como que la calidad de vida alude a los elementos como componentes actuales, transitorios o permanentes que confluyen o acompañan a un estado de satisfacción y que tiene por lo tanto gradaciones, puede incrementarse o disminuirse, puede mejorar o empeorar, puede verse más o menos afectada por condiciones exteriores pero también por la existencia de un sentido de vida o un proyecto de vida no necesariamente acotado a metas materiales.

Lo anterior por lo tanto es un fenómeno más cercano a lo experiencial que a lo cuantitativo-experimental que se asemeja a la "autorrealización" concepto plasmado en el siglo XX por el psicólogo humanista Abraham Maslow en su clásico texto "El Hombre Autorrealizado", cuya lectura es recomendable para cualquier estudiante de las Carreras de la Salud, en algún espacio de su Carrera.

La espiritualidad y el deseo de trascendencia forman también parte de las dimensiones relevantes. Conviene recoger la reflexión de Martha C. Nussbaum y Amartya Sen prolongando su "Calidad de Vida": "... Sobre todo, se requiere saber la forma en que la sociedad de que se trata, permite a las personas imaginar, maravillarse, sentir emociones como el amor y la gratitud, que presuponen que la vida es más que un conjunto de relaciones comerciales, y que el ser humano es un misterio insondable, que no puede expresarse completamente en una forma tabular..."

Es usual que los planificadores asocien la calidad de vida de las personas con los atributos positivos de los ambientes. Se supone que un ambiente saludable es precondition de una vida buena. Se supone también que el desarrollo económico traerá mayor bienestar y que mayor ingreso significa más felicidad y por ende mejor calidad de vida.

No cabe duda que el contexto en que se desenvuelve la vida ese desarrollo económico es condición necesaria, pero no suficiente, para obtener y tener una buena calidad de vida.

La disociación frecuente entre nivel socioeconómico y satisfacción señalan que esto no es un absoluto, los factores externos son importantísimos, pero no tienen el carácter causal y necesario que suele atribuirseles.

Existe un interjuego entre situaciones subjetivas y objetivas, pero lo definitivo para el ser humano es la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida en relación a su entorno cultural, a sus deseos y a sus preferencias.

En cuanto al aspecto subjetivo, este carácter de calidad de vida requiere especial cuidado en lo metodológico. Como el dolor, como la emoción, como todo estado vivencial interior, el objetivar la satisfacción supone transformar una sensación o un afecto en una percepción, “externalizar” y convertir a expresión concreta lo que puede ser vaga e imprecisa afección.

No se trata de introducirse sistemáticamente en métodos de psicometría para abordar el complejo problema de objetivar estados subjetivos con la finalidad de comunicarlos, compararlos y medirlos, aunque los especialistas han elaborado escalas y procedimientos (más disponibles para estados negativos que para estados de satisfacción o alegría).

Es indudable que condicionantes como salud, alimentación, vivienda, ingreso, educación, etc. son decisivos, pero al final de los finales, la “evaluación” que hace la persona de su vida, su percepción de cómo interactúan esas condiciones con su sentido y su proyecto de vida es lo que cuenta.

Es así que, la calidad de vida es un atributo que se extiende a muchos dominios de la experiencia. La salud corporal, la salud psicológica, el ambiente externo, la satisfacción de la necesidad de significado, las relaciones interpersonales y no es posible disociarlos. En lo específicamente concerniente a salud la calidad de vida se ha convertido en un elemento esencial de la atención de salud. Los sistemas de salud, en general y cada situación clínica en particular, procuran aumentar la calidad de vida de las personas enfermas, que han de asumir determinadas limitaciones para poder prolongar su vida.

Y en aquellos casos en que el pronóstico apunta hacia una muerte más o menos inminente, se trata de optimizar la calidad del tiempo que reste por vivir.

Se han desarrollado diferentes técnicas de evaluación de la calidad de vida, con instrumentos más o menos precisos para medirla, como los Años Ajustados por Calidad (QALYs), o los Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (DALYs).

La valoración de los QALY, o sea años de vida ponderados en base a la calidad, ha sido bastante difundida en la Economía Sanitaria, en la Epidemiología y en la Bioética. La valoración está basada en la debida alerta al riesgo de que se considere la esperanza de vida como única medida del estado de salud de una población y en la consideración de que hoy la medicina permite una larga supervivencia en condiciones de invalidez como en los casos de enfermedades crónicas.

Estos indicadores positivos han sido criticados por la inexistencia de valores universalmente aceptados para medir la calidad de vida, por la dificultad de prescindir de valoraciones subjetivas de la menor habilidad o capacidades, pero es sin duda un gran avance desde cuando se utilizaban sólo indicadores negativos de morbimortalidad.

En el plano ético, las dudas más consistentes están en el riesgo de que, la elección de prioridades, se orienten hacia los sujetos rehabilitables, que demanden bajos costos, y con una proyección a la “normalidad”, interpretando esta palabra de un modo arbitrario y discriminatorio.

El concepto de Desarrollo Humano supone la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada, saludable y creativa; perseguir objetivos que ellas mismas consideren valorables y participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo. Las personas son los beneficiarios e impulsores del Desarrollo Humano ya sea como individuos o en grupos.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) define hoy al desarrollo humano como "el proceso de expansión de las capacidades de las personas que amplían sus opciones y oportunidades". Tal definición asocia el desarrollo directamente con el progreso de la vida y el bienestar humano, con el fortalecimiento de capacidades relacionadas con todas las cosas que una persona puede ser y hacer en su vida en forma plena y en todos los terrenos, con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo y con la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo. El desarrollo humano, integra aspectos tales como el desarrollo social, el desarrollo económico (incluyendo el desarrollo local y rural) y el desarrollo sostenible.

El concepto de desarrollo humano tiene sus orígenes, como bien ha subrayado Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, en la visión de que lo central es el ser humano. Sen es el propulsor del concepto de desarrollo como libertad, en el que la pobreza y la falta de oportunidades económicas son vistas como obstáculos en el ejercicio de libertades fundamentales. Desarrollo significa entonces expandir la libertad de los seres humanos, y, en particular, en cuanto a que el sentido y fin de todo individuo es alcanzar la plenitud del "florecimiento" (término ya usado por los Clásico griegos) aplicado a las capacidades humanas.

Hace 25 años, el primer Informe sobre Desarrollo Humano presentó el concepto de desarrollo humano, una idea sencilla con implicaciones de gran alcance. Durante mucho tiempo, el mundo había estado preocupado por la opulencia material, relegando a las personas a un segundo plano. El marco del desarrollo humano, con un enfoque centrado en las personas, cambió la forma de percibir las necesidades en materia de desarrollo y situó en un primer plano las vidas humanas. Hizo hincapié en que la verdadera finalidad del desarrollo no es solo aumentar los ingresos, sino también ofrecer a las personas las máximas oportunidades, fortaleciendo los derechos humanos, las libertades, las capacidades y las oportunidades y permitiendo que los ciudadanos tengan una vida larga, saludable y creativa.

El concepto de desarrollo humano se complementa con un indicador -el Índice de Desarrollo Humano (IDH)-, que evalúa el bienestar humano desde una perspectiva amplia que no se limita a los ingresos con esta idea sencilla, pero poderosa, de desarrollo centrado en las personas.

Este índice se materializa en el nivel de logro en tres dimensiones:

**Salud:** Esperanza de Vida.

**Educación:** Media de años de escolaridad y Años de escolarización previstos).

**Ingresos:** Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita.

Para el año 2014 el Informe Mundial de Desarrollo Humano ubica a Chile en el puesto número 41 de la clasificación mundial y en primer lugar en América Latina y el Caribe, con un valor IDH de 0,822 (en una escala de cero a uno), mostrando un nivel de desarrollo humano muy alto. Lo siguen países como Cuba (44 en el ranking con valor IDH de 0,815) y Argentina (49 en el ranking con valor de IDH de 0,808) y Uruguay (50 en el ranking con valor IDH de 0,790).

En 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas. proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos, como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Desde esa fecha, el mundo ha cambiado drásticamente, pero el concepto de Desarrollo Humano sigue siendo igual de importante o incluso más. Actualmente el mundo es muy distinto de lo que era en la década del 90 período de tiempo en el cual vio la luz ese concepto y las herramientas creadas para evaluar el bienestar humano.

Desde entonces, el panorama del desarrollo no es el mismo, los ejes de crecimiento mundiales han cambiado, han tenido lugar importantes transiciones demográficas y ha surgido una nueva oleada de desafíos para el desarrollo. La economía mundial está cambiando. La influencia de las economías emergentes va en aumento. La participación de las economías desarrolladas en el PIB global (basado en dólares ajustados por la paridad del poder adquisitivo) se redujo de un 54% en 2004 a un 43% en 2014. Desde el punto de vista político, el deseo de libertad y participación se ha extendido en diferentes partes del mundo. La revolución digital ha cambiado nuestra forma de pensar y de actuar. Las desigualdades han aumentado escandalosamente, la seguridad humana es más frágil y el cambio climático está afectando a un mayor número de vidas humanas. Así pues, ¿sigue siendo relevante el concepto de Desarrollo Humano para el discurso sobre el desarrollo y como medida del bienestar humano? La verdad es que es indispensable, e incluso insustituible.

Pese a todos los avances económicos y pese a todos los avances económicos y tecnológicos que el mundo tiene a su disposición, los beneficios del progreso no se reparten equitativamente entre las personas.

Las capacidades humanas y las oportunidades no siempre prosperan, la seguridad humana está en juego, no siempre se protegen los derechos humanos, las libertades y la desigualdad de género siguen siendo un problema, y las oportunidades de las generaciones futuras no reciben la atención que merecen. Así pues, el concepto de desarrollo humano —que amplía las opciones, hace hincapié en una vida larga, saludable y creativa y pone de relieve la necesidad de fomentar las capacidades y crear oportunidades— adquiere una nueva importancia como marco de desarrollo, en cuyo centro se sitúan las personas. De igual modo, tomado como instrumento para medir el

bienestar de las personas, el marco del desarrollo humano sigue ofreciendo quizá la perspectiva más amplia de progreso humano, al tiempo que contribuye a la formulación de políticas. No obstante, un cuarto de siglo después ha llegado el momento de revisar ambos aspectos: el concepto de desarrollo humano y las herramientas para medirlo.

Nuestro país, tiene hoy un nuevo escenario de oportunidades: dispone de más recursos materiales, ha incrementado su nivel educacional, se está insertando exitosamente en la sociedad global, cuenta con instituciones todavía sólidas y vive en un ambiente de mayor libertad y democracia. Entre todos los chilenos se ha construido una nueva plataforma para impulsar el desarrollo.

Sin embargo, nuestro país experimenta el impacto de la desigualdad e inequidad. A pesar de los buenos indicadores sanitarios de la población, existen brechas entre los grupos socioeconómicos que son muy altas en el sistema de salud chileno. Respecto al ámbito de la salud, si bien tenemos buenos indicadores sanitarios de la población, es poco ético presentarlos sin advertir de que son promedios y que cuando los datos se desagregan las situaciones de inequidad se despliegan en toda su realidad. Es demostrativo que el 82% de la población representada en la Encuesta de Desarrollo Humano 2008 pertenece al sistema público, donde se concentra además la población de menores ingresos.

Como segunda dimensión, es posible observar mayores expectativas y demandas sobre los sistemas de atención de salud, siendo impracticable a pesar de eventuales mejoras en la gestión responder a esas demandas con el porcentaje del PIB para Salud que se ha destinado hasta ahora. El aumento en el ingreso per cápita, los mayores niveles de educación y los cambios culturales que enfatizan la preocupación por la calidad de vida plantean exigencias de nuevo cuño sobre el sistema. Ahora éste debe entregar respuestas y servicios oportunos a las personas, como también respetar sus derechos.

## Referencias

La Calidad de Vida. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (Compiladores) (1996) Editorial Efe.

El Hombre Autorrealizado. Abraham Maslow 18° Edición. (2009) Editorial Kairós.

El Hombre en busca de Sentido. Viktor E. Frankl. 21° Edición (2001) Editorial Herder.  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Informe (2014) sobre Desarrollo Humano.

PNUD Informe (2015) sobre Desarrollo Humano.

PNUD Informe Regional de Desarrollo Humano para América Latina 2013-2014

MINSAL Serie de Cuadernos de Redes N°11 Ley 19.966 Régimen de Garantías explícitas para la salud en Chile (AUGE)

Keith Griffin (2014) Desarrollo Humano: origen, evolución e impacto.

Bioética social (2012) – León Francisco.

## CAPÍTULO 7

# DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD

*Raúl Muñoz Lemaitre*

### Introducción

El concepto, determinantes sociales en salud se originó en los años 70 a partir de una serie de publicaciones que destacan las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir.

Por lo tanto se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas, y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable.

### Factores que influyen sobre el nivel de salud de una población

La atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas y la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman.

Los factores determinantes de las diferencias individuales de salud son distintos de los factores determinantes de las diferencias entre las poblaciones.

Se intenta comprender cómo las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia de enfermedad en la población. Se presentan así dos clases de preguntas etiológicas: Causas de los casos y Causas de la Incidencia.

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud. Ambas pueden ser alteradas mediante la acción informada.

Las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que reflejan sus posiciones diferentes en las jerarquías de poder, prestigio y recursos, o más simplemente: "Las condiciones sociales en que transcurre la vida." (Tarlov 1996).

La salud es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económico sociales y relacionales, y por lo tanto está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por su grado de desarrollo, por las características sociales y relacionales y por las características de su entorno.

Como contrapartida, la salud es una condición esencial para el desarrollo, por su impacto en la capacidad de trabajo y en el establecimiento del clima de estabilidad y tranquilidad, necesarios para un desarrollo sostenido.

En la actualidad no se concibe el desarrollo solo como colindante con el crecimiento económico y la salud no se considera únicamente por el impacto potencial en dicho crecimiento, sino por una comprensión de su relación recíproca. (Figura N°1)

Figura N° 1  
Marco Conceptual de los Determinantes Sociales



Fuente: Elaboración propia.

## Equidad y Salud

La salud, ya sea, a nivel individual o colectivo es importante por derecho propio, por ser algo deseado y apreciado por su valor intrínseco, pero también se acepta que los cambios en la salud son críticos y que facilitan o instrumentan el progreso en otras capacidades y oportunidades que constituyen el desarrollo humano.

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas.

El concepto de inequidad implica que las desigualdades encontradas son injustas o evitables; es decir, pueden ser prevenidas y remediadas.

La sociedad comprende personas que disfrutan de grandes privilegios y otras que se enfrentan a graves limitaciones y ausencia de oportunidades debido a su posición socioeconómica, género, orientación sexual, educación inequitativa, discapacidad o por ser migrantes.

Cada uno de estos factores, por sí solos o combinados, puede contribuir a generar profundas desigualdades en cuanto a la salud. No se debe olvidar que los indicadores de salud que exhibe el país constituyen un promedio y que si los datos se desagregan aparece nítida la desigualdad subyacente.

Entre las herramientas usadas para hacer estos análisis se encuentra el Coeficiente de Gini, el cual entrega un valor entre 0 y 1 (un país que tiene un coeficiente de cero, gozaría de la igualdad perfecta. Por el contrario, un país con el coeficiente de 1 representaría la desigualdad extrema, donde un habitante se llevaría todos los ingresos, mientras el otro se quedaría sin nada.

Chile se encuentra entre los 10 países más desiguales económicamente en una lista de 101 países estudiados por el Banco Mundial en 2016, sólo superado en el Cono Sur por Brasil.

Estos resultados coinciden con los datos dados a conocer por la medición realizada por la OCDE donde Chile exhibe un Coeficiente 0.47 de Gini y EEUU 0.39 en el Club de los Desiguales. ( datos del 2014)

Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social de una sociedad y por lo tanto están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad. Las inequidades de salud derivan fundamentalmente de la asignación diferencial del poder y la riqueza de acuerdo con las posiciones sociales.

En la medida en que las desigualdades sistemáticas en la salud puedan evitarse con medios razonables, son injustas y, por lo tanto, inequitativas. Corregirlas es una cuestión de justicia social.

La salud es un fin en sí mismo y es una meta de valor para las personas y las comunidades. Ciertamente la buena salud puede ser una vía para que las personas disfruten de una vida próspera y productiva y una población más saludable puede incluso tener valor económico para un país. Sin embargo, este no es un problema instrumental. La salud es algo más que un medio para lograr algún otro fin, sino un estado muy valorado y apreciado para el bienestar humano, que sí es un fin en sí mismo.

Se llegará a un mejor estado de salud y una mayor equidad en la salud cuando se liberen las oportunidades vitales y el potencial humano, o lo que es lo mismo, crear las condiciones para que todos puedan alcanzar el grado más alto posible de salud y llevar una vida digna.

## Determinantes Sociales y Equidad

La equidad puede definirse como la igualdad de oportunidades para todos, más que como la diferencia en el acceso de recursos o consumos específicos; estos pueden tener una importancia diferente para distintas personas. Sin embargo, una carencia extrema será reconocida siempre como una falta de equidad.

Las oportunidades consisten en un patrimonio compuesto por elementos como la historia familiar, el lugar de nacimiento, la raza, el género, las pertenencias, la educación y la salud entre las más importantes.

El Banco Mundial, define la inequidad como diferencias sistemáticas de oportunidades para individuos y grupos, estas diferencias, tienden a pasar de una generación a otra (la trampa de la inequidad, inhiben el desarrollo humano y el crecimiento económico, y reducen el bienestar.

El tema crítico es la injusticia de la situación de salud y este criterio se provoca cuando las diferencias son evitables, cuando están fuera de la voluntad de individuo o del grupo y es posible identificar a algún agente responsable. Uno de los primeros pasos para identificar la inequidad es el de establecer claramente las diferencias existentes en las características de la asistencia de salud y el nivel de salud y especialmente su distribución, y se subraya nuevamente no que no es suficiente hablar de promedios ya que estos esconden diferencias entre grupos que pueden representar inequidad.

Los determinantes sociales de nivel de salud promedio en una población no son necesariamente los mismos que los de las brechas en nivel de salud entre grupos de distinto nivel socioeconómico. Entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud promedio de una población, algunos afectan de manera más significativa a ciertos grupos más vulnerables y contribuyen a aumentar las diferencias en nivel de salud entre distintos grupos sociales.

Es posible promover iniciativas relacionadas con los determinantes sociales de salud que mejoren los indicadores de salud promedio en un país, sin alterar el grado de inequidad en salud, entre los grupos privilegiados y los más desfavorecidos.

Los gobiernos deben preocuparse en sus políticas públicas de la equidad en salud y no sólo de los niveles promedio en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, y sus inquietudes...”.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

## Determinantes Sociales y Equidad

El Desarrollo Humano es un paradigma de desarrollo que va mucho más allá del aumento o la disminución de los ingresos de un país. Comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses.

Las personas son la verdadera riqueza de las naciones. Por lo tanto, el desarrollo implica ampliar las oportunidades para que cada persona pueda vivir una vida que valore. El desarrollo es entonces mucho más que el crecimiento económico, que constituye sólo un medio —si bien muy importante— para que cada persona tenga más oportunidades.

Los elementos estructurales que condicionan la posibilidad de un desarrollo humano aceptable son:

**El progreso social:** mayor acceso a la educación, mejores servicios de nutrición y salud.

**La economía:** la importancia del crecimiento económico como medio para reducir las desigualdades y mejorar los niveles de desarrollo humano.

La eficiencia en términos de uso y disponibilidad de los recursos.

El desarrollo humano propicia:

- El crecimiento y la productividad, siempre y cuando este crecimiento beneficie de manera directa a las personas pobres, las mujeres y otros grupos marginados.

La igualdad en cuanto al crecimiento económico y otros parámetros del desarrollo humano.

- La participación y la libertad, en especial mediante el empoderamiento, la gobernabilidad democrática, la igualdad de géneros, los derechos civiles y políticos y la libertad cultural, particularmente en los grupos marginales definidos por parámetros tales como urbanos/rurales, sexo, edad, religión, origen étnico, parámetros físicos y mentales, etc.

- La sostenibilidad para las generaciones futuras, en términos ecológicos, económicos y sociales.

- La seguridad humana: la seguridad ante amenazas crónicas de la vida cotidiana tales como el hambre y las discontinuidades repentinas como la desocupación, la hambruna, los conflictos, etc.

## Infantilización de la Pobreza

En los países que están logrando mejores indicadores macroeconómicos, la pobreza se concentra en los hogares donde hay más niños y adolescentes.

El efecto de los Determinantes Sociales de la Salud se observa desde el comienzo de la vida: el desarrollo de los niños y los resultados en cuestiones de educación, ingresos salud y bienestar están directamente ligados a la situación de los padres.

No puede dejar de destacarse que, en Chile, el Programa Chile Crece Contigo creado hace casi 12 años en el primer Gobierno de la presidenta Bachelet como Subsistema de protección integral a la infancia con focalización en los grupos más vulnerables representa una política de Estado de las más efectivas independientemente de la alternancia de los gobiernos y es un campo en que se deben seguir desarrollando investigaciones que actualicen el impacto.

Muchos han participado del esfuerzo de entregar a los niños y niñas del país mayores y mejores oportunidades. Su filosofía es el convencimiento de que todos y todas nacen con las mismas capacidades y potencialidades y que es imperativo trabajar ámbitos de mejoramiento que apuntan a aprovechar al máximo las ventanas de oportunidades neurobiológicas que están presentes con mayor fuerza durante los primeros años de vida.

Su propósito es avanzar hacia una sociedad más igualitaria posibilitando el ejercicio efectivo de derechos de todos los niños y niñas, contribuyendo a la igualdad de oportunidades para su óptimo desarrollo evitando así que esas desigualdades se extiendan hasta la adultez.

## La salud en todas las políticas

El enfoque de la salud en todas las políticas, en el ámbito de las Políticas Públicas puede proporcionar una base para abordar la necesidad de una acción coherente y concreta en todo el gobierno para mejorar la salud. Ello consiste en que, aunque el Sector de la Salud comúnmente desempeña un papel central, el enfoque de la salud en todas las políticas, toma sistemáticamente en cuenta las consecuencias para la salud que tienen las decisiones en todos los Sectores y mejora la rendición de cuentas de los decisores políticos con respecto al impacto en la salud a todos los niveles del desarrollo de las políticas. Incluye un énfasis en las consecuencias en la salud de las políticas públicas (Educación, Vivienda, etc.) incluida la promoción de la Equidad en Salud como un objetivo de la sociedad.

## Comentario Final

Tan estrecha es la relación entre las características de la sociedad y la salud, que la salud y la equidad en la salud representan importantes marcadores de progreso de la sociedad. Una sociedad que cubra las necesidades de sus miembros de forma equitativa probablemente será una sociedad con un alto nivel de salud poblacional e inequidades en la salud relativamente estrechas.

## Referencias

Bioética, Determinantes Sociales, Políticas y Sistemas de Salud.

Francisco Javier León Correa (Coord.) FELAIBE 2017.

Krieger N. A Glossary for Social Epidemiology J. Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700 <https://cursos.campusvirtualesp.org/mod/resource/view.php?id=1677>.

Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdad en Salud en las Américas. ISBN:978-92-75-12021-7. Año 2018.

Sociedades Justas: Equidad en la Salud y Vida Digna.

## CAPÍTULO 8

# GÉNERO Y SALUD

*Amaya Pavez Lizarraga*

### Introducción

En el siguiente escrito encontrará información sobre el concepto de género y su relevancia para la salud de las personas. Una aproximación desde la teoría de género y las directrices nacionales enmarcadas en los lineamientos internacionales, para comprender la pertinencia del género en la salud pública. Implementar la perspectiva de género en el quehacer profesional es un desafío vigente.

### Antecedentes

Chile, es un país marcado históricamente por una desigualdad estructural (PNUD, 2017) que aumenta su brecha cuando se analiza su desarrollo desde la perspectiva de la desigualdad de género. El informe de Desarrollo Humano (2016), muestra que el país tiene un desarrollo muy alto, ocupando la posición 38 con un IDH de 0,847. Al ajustar el IDH al índice de desigualdad, el país baja 12 espacios permaneciendo en la misma categoría de desarrollo muy alto. Pero, al ajustarlo al índice de desigualdad de género, Chile desciende 65 espacios, bajando de la categoría de desarrollo muy alto a la categoría de desarrollo alto. Estas cifras representan la complejidad de la desigualdad y la centralidad de la brecha de género en el desarrollo del país.

Disminuir la desigualdad e inequidad de género es una tarea de largo aliento que reportará buenos frutos para la sociedad y las personas en general, porque favorece la igualdad y equidad en el conjunto de la sociedad, al tener un efecto fractal. Este es uno de los motivos por los cuales se construyen las orientaciones internacionales del año 1995, en la Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres de Naciones Unidas que se celebró en Pekín (ONU, 1995). Estas orientaciones continúan vigentes 25 años después instalándose como un tema transversal para las políticas públicas (CEPAL, 2016).

## El concepto de género

Abordar el tema de género es polémico, por implicar un análisis de la sociedad que devela las desigualdades e inequidades estructurales asociadas al valor del sexo y su significación cultural en el correlato de la feminidad y masculinidad. Tensiona la reproducción hegemónica de las sociedades al reivindicar los derechos humanos para las mujeres y minorías sexuales y de género invisibilizadas. De modo que, abre nuevas propuestas de construcción social de los sexos y de su correlato cultural sustentadas en el eje de la igualdad-equidad. Esta es una propuesta de cultura alternativa que remece al sistema sexo-género y al orden establecido, siendo un revulsivo para los grupos de interés (Pavez, 2018).

La teoría de género define este constructo como la relación de poder entre hombres y mujeres establecida culturalmente (Méndez, 2007). Las sociedades humanas contemporáneas tienen en común la asimetría de poder, donde la feminidad y las mujeres son subordinadas a la masculinidad y por tanto a los varones. Es la cosmovisión androcéntrica que sostiene y posibilita el orden social, con la preeminencia del linaje paterno y la figura del padre como sujeto que detenta el poder y origina el marco de significados que organizan la vida social en una cosmogonía representada en el patriarcado.

Por otra parte, la subordinación o no poder de los hombres, está situada al interior de la masculinidad. Es decir, masculinidad hegemónica respecto a otras masculinidades especialmente aquellas con orientación sexual hacia el mismo sexo y con manifestación de género femenina. En el caso de las mujeres, el androcentrismo y el orden patriarcal las marca en la feminidad como el espacio de las idénticas (Amorós, 1987), en una ciudadanía pasiva con derechos implícitamente limitados, de forma que la sanción y marginación cultural está dada también por la masculinidad hegemónica, que sanciona la subversión de género de las mujeres que reivindican derechos fundamentales. Es necesario precisar que, siendo hombres, mujeres y comunidad LGTBIQ+ partes constitutivas de la humanidad, socializadas en el mismo universo simbólico occidental participan de la cultura de la cosmovisión y cosmogonía androcéntrica-patriarcal, estos significados compartidos naturalizados y normalizados se diseminan en diferentes espacios y niveles del entramado sociocultural, contribuyendo a la reproducción de la misma cultura que subordina. (Pavez, 2018).

## Dimensiones de Género en Salud

La desigualdad de género como se ha señalado anteriormente se reproduce sistémicamente en la sociedad, lo que supone que dichas diferencias e inequidades se permeen a todas las instituciones. Salud es una de ellas, al analizar la salud en Chile con perspectiva de género, se diferencian tres dimensiones relacionadas con la desigualdad de género, la primera se refiere a la desigualdad en el sistema de salud, la segunda a la desigualdad social y la tercera la desigualdad en la salud de las personas, desigualdades que afectan la equidad produciendo inequidad de género.

## Desigualdad en el sistema de salud

Distinguimos al sistema de salud como una institución que reproduce la desigualdad de género a nivel organizacional, en su cultura organizacional, en la valorización de los saberes, en la jerarquía de las distintas profesiones del equipo de salud, en los servicios que imparte y en las diferencias entre el sistema público y el sistema privado de salud.

Así, la cultura de salud en nuestro país está marcada por un fuerte androcentrismo con sello patriarcal, es uno de los poderes en la nación, que ha permeado en la historia de nuestro país y es uno de los ejes de sostenibilidad del desarrollo. De esta forma, existe un orden preestablecido respecto al valor-prestigio de las profesiones de salud, que se sitúan ordenadamente en esta pirámide. Se visibilizan pocas, aquellas que detentan más poder al momento de diseño y decisiones sobre políticas públicas y se invisibilizan disciplinas cuyo aporte a la salud de las personas generalmente está imbricado con las mujeres y lo femenino. Esto afecta a la salud de las personas en tanto obstruye la integralidad en la atención de salud y en la calidad de la misma. Asimismo, esta diferencia de valor y visibilidad de las profesiones del equipo de salud redundan en la sociedad en general. Las personas usuarias tienen dificultad para identificar las contribuciones a su salud de estas profesiones devaluadas afectando la integralidad de la atención de la salud. El desafío es, avanzar la integración interdisciplinaria en igualdad interprofesional e inclusión de la comunidad en una participación activa en salud.

## Desigualdad de social

Una paradoja de género interesante de mencionar es la que se produce en la planificación de salud, el sistema público tradicionalmente aplica una estrategia utilitarista, propia de las políticas de desarrollo del siglo XX, esta es acceder a la familia de forma intergeneracional e intergenérica a través de acciones directas con las mujeres. Su condición de madres, esposas e hijas en convergencia con el trabajo reproductivo y de cuidado, propio de su rol de género, posibilitó implementar medidas que mejoraron los indicadores de salud de la población general. De esta forma, la mujer se domicilia en el sistema de salud que, en clave cultural, en consonancia con el sistema sexo-género, supone la feminización de la salud. Así, velar por la salud familiar forma parte del cuidado significando el espacio de los servicios de salud en espacio de mujeres.

En esta lógica del sistema sexo-género tradicional, la masculinidad es ajena al uso de los servicios de salud, porque culturalmente les corresponde proteger y solucionar los problemas de salud de la población. No obstante, a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, en las fisuras del sistema sexo-género emergen las necesidades específicas de los hombres que exige una adecuación del sistema para afrontar sus problemas de salud. Estos actores hasta ahora usuarios ausentes o invisibles del sistema, no tenían un espacio simbólico ni material en las acciones de salud, porque quienes por mandato cultural necesitan ser protegidos son los y las “débiles”. Es decir, mujeres durante todo el curso de vida y hombres solo en su infancia y adultez mayor.

Sin embargo, la evidencia nos demuestra que la diferencia de sexo-género tiene repercusiones específicas para la salud de los hombres e ignorarlas se transforma en un problema mayor. Lo cierto es que, culturalmente ellos tienen un acceso restringido a la salud en lo concerniente a programas específicos cuyo objetivo sea abordar sus necesidades. A su vez, tienen menor adherencia a las prestaciones de promoción, preventivas y de tratamientos prolongados. Contrariamente, las mujeres tienen un acceso basado en el derecho logrado por la costumbre del hábito. Con una excepción, el establecimiento de la sociedad de mercado a través del sistema de salud privado, les inflige a las mujeres con un seguro de salud más caro, en comparación con sus coetáneos hombres. Lo que potencia la desigualdad económica y de género para las mujeres en edad fértil, durante la crianza y en la vejez.

La OMS (2018) señala que la desigualdad social tiene repercusiones negativas en el acceso a la salud y en la condición de salud de las personas. Sistematiza las diversas desigualdades sociales, en los determinantes sociales de la salud, existen condiciones estructurales que son transversales que hacen sinergia entre ellos y que pueden ser abordados para disminuir su impacto en la salud. El género es uno de los determinantes sociales que puede ser modificado mediante políticas y acciones de salud afirmativas.

Una de las características señaladas anteriormente, es su comportamiento fractal, su condición estructural y su dimensión relacional. Estas tres características hacen que sea un factor de riesgo de salud, que aumenta junto con otras desigualdades e inequidades, de forma interseccional. Es decir, un mecanismo relacional complejo de subordinación que sostiene al patriarcado, en la convergencia del racismo, el clasismo y otros sistemas de opresión que crean desigualdades básicas naturalizadas que estructuran las posiciones relativas de las mujeres, razas, clases y otros, en una lógica asimétrica de exclusión-privilegios que se traduce en sometimiento-dominación (Crenshaw, 1989)

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y el acceso a éstos (OPS,2005)

## Desigualdad en la salud de las personas

En este espacio generizado convergen las representaciones sociales de las otras dos dimensiones descritas anteriormente estas son desigualdad en el sistema de salud y desigualdad social. Es aquí, donde se manifiesta con fuerza la impronta de género al preponderar los significados culturales -creencias, normas, prestigio, valores, poder que constituyen la feminidad y la masculinidad- por sobre las determinaciones biológicas asociados al sexo. En este espacio, las personas viven los mandatos de género que se expresan en los cuerpos y se vivencian en estilos de vida específicos. La sociedad y la cultura impactan diferenciadamente en la salud de mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual. De esta forma, las mujeres tienen una falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, menos tiempo libre, menor autonomía, un mayor riesgo de vivir violencia de género -femicidios-, morbilidad de salud mental –depresión- relacionada con su inserción en la sociedad, acoso sexual, acoso laboral, discriminación, pobreza, sobrecarga de tareas de cuidado, doble jornada de trabajo, bajo ejercicio de los derechos reproductivos, embarazo no deseado y/o adolescente, riesgo de infecciones de transmisión sexual, cáncer cervico-uterino, cáncer de mamas, y consecuentemente con una feminidad subordinada posterga la atención a sus propias necesidades de salud.

Respecto a la Comunidad LGTBIQ+, falta fortalecer la atención sanitaria con enfoque de derechos, mayor conocimiento de las realidades específicas, son personas que frecuentemente sufren violencia de género, incluida la consecuencia la muerte, vulneración de derechos en la cotidianidad y en el espacio público que afecta también a su salud mental depresión y suicidio.

En resumen, podemos valorar que la inclusión de la perspectiva de género en salud es relevante para todas las personas independientemente de su sexo o identidad de género. Dado que, todas-os-ex se construyen en base de mandatos culturales que orientan comportamientos y estilos de vida que modelan su salud.

## Directrices de Acción

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2005), propone para favorecer la equidad en salud, integrar la dimensión de género en los programas, los presupuestos, los productos y los servicios de salud.

Por tanto, es preciso que, las prestaciones que se entreguen deben dar respuesta a las necesidades diferenciadas de las personas según sexo e identidad de género, independientemente de la capacidad de pago o sus condiciones de raza, etnia, edad u otras condiciones que potencien la interseccionalidad. Además, el aporte al financiamiento del servicio entregado debe ser adecuado a su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades específicas y edad de cada usuaria-o-e del sistema de salud. También, se requiere fomentar la participación de las personas y comunidades en la gestión de la salud. La equidad de género demanda un balance justo en la distribución por sexo del trabajo -remunerado y no remunerado-, de las compensaciones asociadas con ese trabajo, y del poder en la toma de decisiones a nivel individual y social.

Estas entidades de salud, formulan una propuesta para definir las intervenciones eficaces que responden a las necesidades de salud y al mismo tiempo promueven la igualdad de género. (Figura N° 1)

Figura N° 1  
Matriz para el análisis de género (modificada)

	Ópticas del análisis de género	
Desde su quehacer profesional en Salud Pública, seleccione un problema de salud a enfrentar. Realice un análisis situado considerando los siguientes aspectos de salud y de género.	¿Cómo influyen las diferencias biológicas y fisiológicas entre los hombres, las mujeres y la comunidad LGTBIQ+ en el problema de salud?	¿Cómo influyen las normas y los valores culturales asociados a los mandatos de género en el problema de salud identificado? Analice la situación específica de niños, niñas, mujeres, hombres y personas de la comunidad LGTBIQ+.
Riesgos para la salud y vulnerabilidad.		
Capacidad de acceder y usar los servicios y los recursos de salud.		
Resultados sanitarios y consecuencias del problema de salud (efectos económicos, sociales u otros.)		
Construya una propuesta de acción desde su profesión. Recuerde fundamentar con aspectos teóricos de género y salud pública		

A partir del año 2015, la ONU formula los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que se componen de 17 objetivos interrelacionados los que son sistematizados por la Asamblea General en la agenda 2030 vigente desde el año 2016. Así, la inclusión de la temática de género en el objetivo 5; igualdad de género y el objetivo 3; salud y bienestar, corresponden a dos de los objetivos claves de desarrollo que son transversales para la agenda 2030. Estos se articulan con el cuarto objetivo educación de calidad. Los tres objetivos constituyen una tríada transversal esencial para lograr las metas de desarrollo proyectadas para la sostenibilidad de la sociedad humana global.

Por tanto, para pensar la salud en Chile con perspectiva de género debemos considerar estas directrices internacionales, ONU Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), OMS- OPS (2005, 2011, 2018) y adecuarlas a la realidad chilena. Es así, que el Ministerio de Salud (MINSAL), crea en el año 2015 una unidad de género para abordar esta temática a nivel nacional y potenciar las orientaciones técnicas específicas junto con fortalecer los programas de mejoramiento de la gestión de género (PMGG) instalados en 1998. Para fortalecer el trabajo en salud, el MINSAL realiza un trabajo intersectorial con el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Así mismo, el Ministerio de Educación es un buen aliado para adecuar y modernizar la educación en salud con perspectiva de género.

## Referencias

- Amorós, C. El espacio de los iguales, espacio de las idénticas. Notas sobre poder y principio de individuación. Arbor (Madrid España). 1987:113–127.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [publicación internet] 2015 [acceso 01 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- Crenshaw, Kimberlé (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum 1989: 139–167.
- Méndez, L. (2007) antropología feminista. Madrid: Editorial Síntesis;
- Millet, K. (1995) Política Sexual. Barcelona: Cátedra
- Organización Mundial de la Salud. Género, salud y la agenda 2030 para el desarrollo sostenible Volumen 96, Número 9, septiembre 2018, 589-664. Acceso 10 octubre 2018 disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-211607-ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Gender Mainstreaming for Health. Ginebra: OMS. Acceso 9 noviembre 2018 disponible en: [https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health\\_managers\\_guide/en/](https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/)
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.) Género y Salud, una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. New York: OPS. Acceso 3 noviembre 2018 disponible en: <https://www.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005) Política de Igualdad de Género. New York: OPS. Acceso 10 octubre 2018 disponible en: <https://www.paho.org>
- Pavez, A. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud. Cuadernos Médicos Sociales, 2018. 58 (2):11-16
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile [publicación internet] junio 2017 [acceso 10 mayo 2018]. Disponible en: [www.cl.undp.org](http://www.cl.undp.org)
- CEPAL 2016 autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible [acceso 20 de marzo 2019] disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf)

## Actividades de aprendizaje

Para implementar la perspectiva de género en las acciones de salud es importante situarse en las funciones propias de su profesión e identificar un problema de salud que emerja de la práctica profesional. Es relevante identificar una situación específica para gatillar el análisis crítico, dado que, la salud es un concepto concreto, corporizado y por ello, tangible.

Importante, recordar que las bases epistemológicas para lograr incorporar la perspectiva de género en su quehacer son: su disciplina o saber profesional, perspectiva de salud pública y la teoría de género.

Planifique el desarrollo de una intervención de salud y género acorde con su quehacer profesional, utilizando el cuadro de la figura N° 1 formulada por la OPS.

Figura N° 1  
Matriz para el análisis de género (modificada)

	Ópticas del análisis de género	
Desde su quehacer profesional en Salud Pública, seleccione un problema de salud a enfrentar. Realice un análisis situado considerando los siguientes aspectos de salud y de género.	¿Cómo influyen las diferencias biológicas y fisiológicas entre los hombres, las mujeres y la comunidad LGTBIQ+ en el problema de salud?	¿Cómo influyen las normas y los valores culturales asociados a los mandatos de género en el problema de salud identificado? Analice la situación específica de niños, niñas, mujeres, hombres y personas de la comunidad LGTBIQ+.
Riesgos para la salud y vulnerabilidad.		
Capacidad de acceder y usar los servicios y los recursos de salud.		
Resultados sanitarios y consecuencias del problema de salud (efectos económicos, sociales u otros.)		
Construya una propuesta de acción desde su profesión. Recuerde fundamentar con aspectos teóricos de género y salud pública		

## CAPÍTULO 9

# SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

*Angélica Verdugo Sobral*

### Introducción

El presente capítulo presenta una descripción del Sistema de Salud en Chile, la institucionalidad vigente y las principales funciones de los Sistemas de Salud.

El Sistema de Salud en Chile tiene arraigos históricos que es conveniente analizar para tener una mejor comprensión de este. Ya en 1881, la Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades, las hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la Comuna. En 1918 se dicta el primer Código Sanitario y en 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares y se crea la Dirección General de protección a la infancia y adolescencia (PROTINFA).

En el año 1952 se produce un hito histórico de relevancia en el Sistema de Salud en Chile, la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), sistema que se genera de la fusión de diversas instituciones que hasta ese entonces proveían atención de salud a la población, creándose un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población. Llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas.

En 1968 se produce la consolidación de las Mutuales de Seguridad, instituciones de carácter privado, sin fines de lucro, que ejercen el rol de organismos Administradores de la Ley 16.744, que tiene como misión proteger al trabajador mediante programas preventivos y de capacitación; otorgar prestaciones médicas; y conceder indemnizaciones, subsidios o pensiones a aquel que haya sido víctima de un siniestro o Enfermedad Profesional en su trabajo. Es un sistema solidario, no discriminatorio entre sus afiliados. El mismo año 1968 se crea también el Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados (servicio médico nacional de empleados-SERMENA).

## Rectoría y Regulación

En el año 1979, en plena dictadura militar, se genera una Reforma al Sistema de Salud en Chile, que cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, relegándolo a un rol netamente subsidiario, coherente con la ideología neoliberal imperante. Se produce la fusión del SNS y el SERMENA, creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Se reorganiza el Ministerio de Salud, se genera una descentralización del sistema, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con Servicios de Salud Regionales, a lo largo de todo el país. Se crea además la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP).

A partir de 1980 comienza la Municipalización de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) a lo largo del país. En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), permitiendo que la cotización previsional de los trabajadores se efectúe en una institución privada.

Finalmente, con el advenimiento de la democracia, en el año 2005 se realiza una Reforma a la institucionalidad vigente, generándose una separación de funciones entre la Autoridad Sanitaria y la Gestión de las Redes Asistenciales (Ley 19.937 de 2004, de Autoridad Sanitaria y Gestión, DFL N° 1 del Ministerio de Salud de 2005,) y se crea el Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE Ley 19.966 Régimen de Garantías Explícitas en Salud 2005), que otorga explícitamente ciertas garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, en aquellas patologías que causan mayor morbimortalidad a la población (85 patologías al año 2019).

### **Funciones del Sistema de Salud**

Analizaremos el Sistema de Salud en Chile desde la perspectiva de sus funciones: Rectoría y Regulación, Aseguramiento, Financiamiento y Provisión de Servicios.

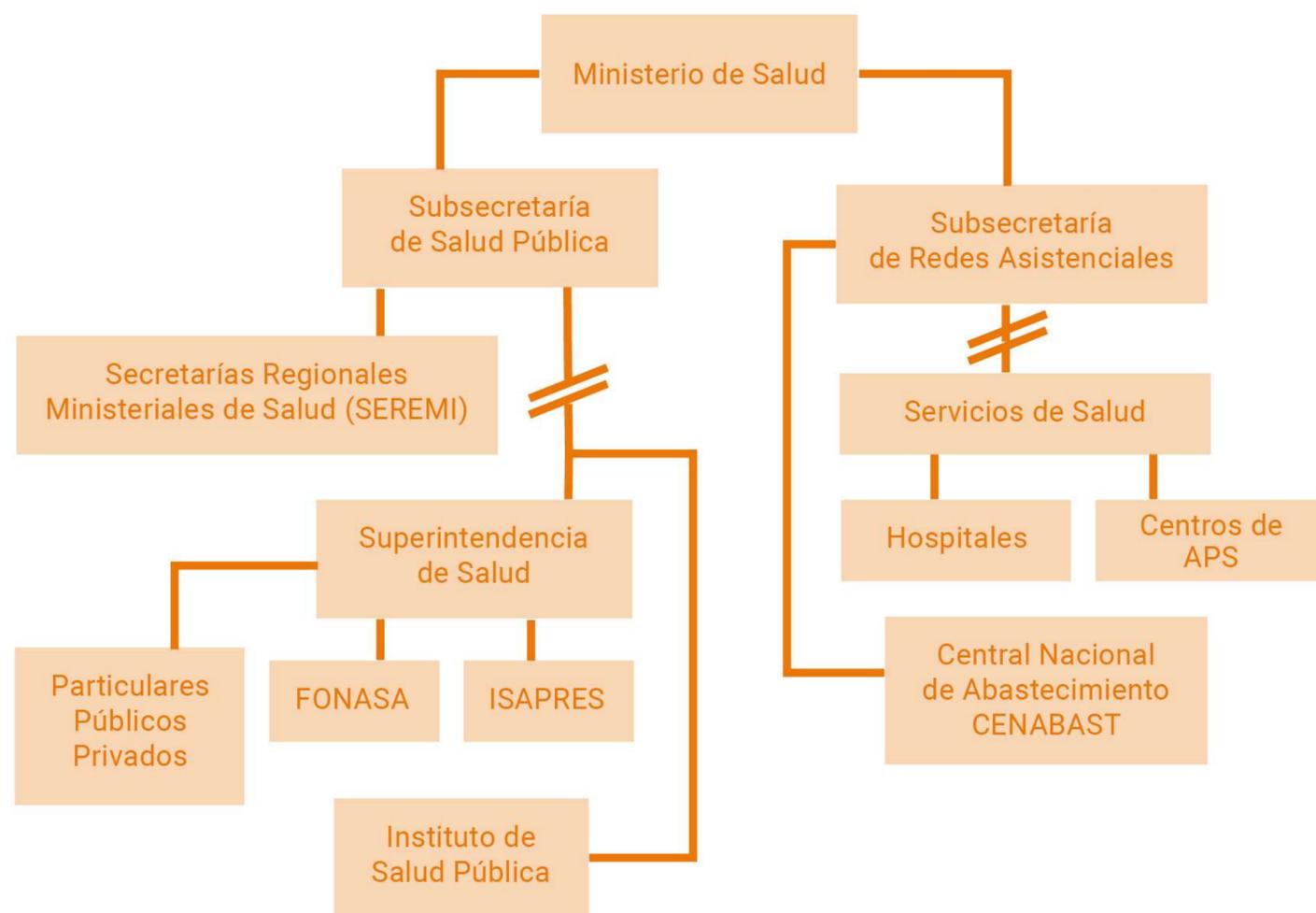
Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “un Sistema de Salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud”.

El Ministerio de Salud en Chile (MINSAL) es el órgano de mayor jerarquía institucional dentro del Sistema de Salud, cuya función principal es ejercer la Rectoría y Regulación del Sistema de Salud.

La función de Rectoría es la de conducción del sistema, que radica en el Ministerio de Salud (MINSAL). Allí se definen los objetivos y prioridades sanitarias, en función del análisis de la situación de salud del país. Se formulan, monitorean y evalúan las estrategias, políticas y planes de salud; se produce la dirección, concertación y movilización de actores y recursos del sector salud; se evalúa el desempeño del sistema, logro de metas, y la evaluación de la eficacia y eficiencia del Sistema de Salud. La función de Regulación del Sistema de Salud, que también radica en el MINSAL, genera el marco institucional y legal para el funcionamiento del Sistema de Salud; define las normas sobre la estructura y funcionamiento del sistema; regula el uso de insumos y tecnologías; define las coberturas y la cartera de servicios de las diferentes instituciones que conforman el Sistema de Salud; define las funciones, requisitos y estándares a los actores (sistema de calidad y acreditación de prestadores); ejerce regulación y control sanitario sobre el medio ambiente y ejerce la fiscalización y control sobre todo el Sistema.

Se presenta a continuación un esquema simple de la estructura e instituciones que forman parte del Sistema de Salud en Chile.

Figura N° 1  
Estructura reformada del Sistema de Salud en Chile



Fuente: Elaboración propia.

Del Ministro(a) de Salud dependen dos Subsecretarías, una Subsecretaría de Salud Pública y una Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ambas ejercen rectoría y regulación sobre el sistema, en materias diferentes.

La Subsecretaría de Salud Pública desarrolla políticas públicas destinadas a fomentar estilos y hábitos de vida saludables; proteger la salud de las personas frente a riesgos sanitarios; optimizar el funcionamiento de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) bajo su dependencia jerárquica; optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), a través de la elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES; y finalmente fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la reducción de inequidades de los grupos poblacionales en situación de riesgo.

Las SEREMI de Salud son organismos regionales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública, que de acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, tienen una serie de funciones, con el objeto de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud, ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene como función regular y supervisar el funcionamiento de las Redes Asistenciales de Salud, a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación. Debe diseñar y supervisar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud; el funcionamiento del Régimen de Garantías en Salud; posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria; mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial; gestionar y fiscalizar el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud; y finalmente debe efectuar rectoría y regulación sobre reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y renovación de la Infraestructura del Sistema Público.

Esta Subsecretaría tiene bajo dependencia no jerárquica al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado actualmente por 29 Servicios de Salud Públicos, organismos estatales funcionalmente descentralizados, esto es, que poseen personalidad jurídica, patrimonio propio y su autoridad máxima, el Director(a) de Servicio es nominado, a través de un concurso de Alta Dirección Pública (ADP) por el (la) Presidente/a de la República.

Los Servicios de Salud (SS) coordinan el desarrollo de la red asistencial del territorio y proveen servicios de promoción, protección y atención a la salud a través de una red asistencial constituida por Hospitales; Centros Ambulatorios de Especialidades (Centros de Diagnóstico y Tratamiento-CDT, Centros de Referencia de Salud-CRS, Consultorio Adosado de Especialidades -CAE); Centros de Salud Familiar urbanos y rurales; Postas de Salud Rural y Estaciones Médico Rurales. El MINSAL, a través de los SS, también regula y ejerce supervisión técnica sobre la provisión de atención primaria por parte de los Municipios. Algunos SS del país aún tienen bajo su administración establecimientos de APS, pero estos representan solo el 5% del total de establecimientos de APS del país. El más representativo es el SS de Aysén, que por razones geopolíticas, no sufrió la des municipalización efectuada en la década de los años 80.

#### **Del Ministerio de Salud dependen cuatro Organismos Autónomos:**

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el organismo público encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio. Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema. Corresponde igualmente al FONASA administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), que es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, entre otros.

La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), que actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipos médicos para el SNSS y los establecimientos de atención primaria municipalizados. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.

La Superintendencia de Salud, que es el organismo público, encargado de regular y fiscalizar las acciones del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y el Régimen de Garantías en Salud. Además, es responsable de vigilar las actividades de todos los prestadores de salud tanto públicos como privados, estableciendo un registro nacional de todos los prestadores individuales certificados, así como un registro nacional de las entidades certificadoras.

#### **Función de Aseguramiento**

En términos del aseguramiento, el Sistema de Salud Chileno se define como un Sistema mixto o segmentado, es decir, coexisten dos subsistemas, un subsistema público y otro privado de aseguramiento y provisión. Se denomina segmentado, dado que la afiliación a algunos de los dos subsistemas está determinada por las condiciones socioeconómicas de las familias, dicho de otro modo, a menores ingresos la afiliación es mayoritariamente al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a mayores ingresos, a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En el decil I de la población, el 93,3% está afiliado a Fonasa y un 2% a Isapre, mientras en el decil X un 65,6% está afiliado a una Isapre y sólo un 26% a Fonasa .

El FONASA es el seguro público de salud y a él concurre el 79,2% de la población (13.926.475 personas) según estadísticas de la misma institución, del año 2017. Un 19,3% de la población total en Chile está afiliada a alguna Isapre (3.393.805 personas), y además existe un Subsistema de Salud con financiamiento público, diferenciado para los miembros de las Fuerzas Armadas y Carabineros y sus cargas familiares que brinda atención en instalaciones y con proveedores propios, bajo un esquema de seguro de reparto, que se financia con impuestos generales.

El FONASA es un seguro público de carácter solidario, con un sistema de reparto que cautela la solidaridad de los cotizantes de mayores ingresos hacia los de menores ingresos, de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia los viejos. El 85,2% de las personas mayores de 60 años está afiliada a Fonasa y sólo un 8,1% de las personas de esa edad están afiliadas a alguna Isapre.

El sistema ISAPRE es un seguro privado de salud de capitalización individual y por tanto opera a través del cobro de primas según cobertura y riesgo de las personas, ofreciendo diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria (7%). Dependiendo del tipo de contrato que hayan suscrito, los afiliados pueden o no escoger a los proveedores.

Existen dos tipos de ISAPRE, abiertas y cerradas. La adscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago. Al año 2018 existían siete ISAPRE abiertas y seis cerradas (mayoritariamente ligadas a empresas mineras).

Los contratos con las ISAPRE son de por vida y las aseguradoras sólo pueden finiquitarlos cuando el afiliado no cumple con sus obligaciones financieras. Sin embargo, el sistema Isapre genera un “descreme de mercado” produciéndose el retiro de personas de menor renta, mayor edad y mayor número de cargas. Esto, dado que anualmente las ISAPRE pueden incrementar los precios de sus planes de salud, en función del riesgo de las personas. El FONASA por tanto, termina siendo un sistema de reaseguro implícito del

sector privado, para las personas de mayor edad, más enfermas y de menor renta, que no pueden seguir financiando el alto costo de la prima del seguro privado. En las últimas dos décadas, ha habido una serie de intentos para cambiar el marco legal que regula el funcionamiento de las ISAPRE a nivel de políticas. En los últimos 10 años, tres comisiones presidenciales han propuesto reformas al sector de ISAPRE. Las recomendaciones de las comisiones han variado desde proponer cambios marginales en el sistema ISAPRE hasta implementar reformas integrales a todo el sistema de salud pública (Comisión Presidencial, 2010, 2014).

Por otra parte, las Mutuales de Seguridad son empresas sin fines de lucro que financian el seguro de accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores, con una cotización básica general del 0,95% de las remuneraciones imponibles del trabajador y una cotización adicional, diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa, la que no excede de un 3,4% de las remuneraciones imponibles. Esto, independientemente del sistema previsional de salud del trabajador. Las Mutuales son tres en el país, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) y la Mutual de Seguridad.

## Función de Financiamiento

El financiamiento del sistema de Salud en Chile incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El aporte público proviene del presupuesto general del Estado, basado en impuestos generales y específicos de las personas.”

Desde la óptica del financiamiento del Sistema de Salud en Chile, todos los trabajadores con contrato están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente al 7% de sus ingresos imponibles, y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a los beneficiarios del Sistema de Salud Público. Los Servicios Públicos de Salud se financian principalmente con impuestos generales (58%), con la cotización obligatoria del 7% del sueldo y copagos hechos por los afiliados al FONASA (36%), y otros ingresos al FONASA (5%).

Todos los afiliados al Fonasa tienen gratuidad en la Atención Primaria de Salud (APS) y los adultos mayores de 60 años no efectúan copagos para la atención en el nivel hospitalario. Los demás cotizantes de FONASA efectúan copagos en la atención hospitalaria, según sus tramos de ingreso (B, C o D), que fluctúan del 10 al 20% del precio del servicio fijado por FONASA, en los establecimientos hospitalarios, de acuerdo con su nivel de ingresos. Los beneficiarios de Fonasa A, denominados carentes de recursos o indigentes, no tienen copago.

El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, a través de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. La cotización promedio en las Isapre supera el 7% obligatorio, alcanzando el 9,9% del salario imponible de sus afiliados, producto de las cotizaciones adicionales que pueden enterar voluntariamente los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud.

## Función de Provisión

Desde el punto de vista de la provisión de servicios de salud en Chile, esta se efectúa en Hospitales públicos y privados, Clínicas, Centros Médicos, establecimientos de Atención Primaria de Salud, entre otros.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). La primera comprende la atención que brindan los establecimientos públicos de salud: Hospitales, Consultorios de Especialidades (CAE; CDT; CRS), Servicios de Urgencia, Establecimientos de APS. Esta modalidad de atención tiene limitaciones en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención en los establecimientos de especialidades u hospitalarios, con excepción de la atención primaria, que es completamente gratuita para todos los beneficiarios de Fonasa, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por FONASA, de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres (Fonasa A), los adultos mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas.

La modalidad institucional es utilizada mayoritariamente por los beneficiarios de menores recursos y por todas aquellas personas que se acogen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), al que se accede a través de la atención primaria de salud. Cualquier beneficiario de FONASA, con excepción del Fonasa A o carente de recursos, puede elegir la Modalidad de Libre Elección (MLE) y atenderse con proveedores privados a su elección, mediante un copago (adquiriendo un bono FONASA). La MLE también es una opción para la utilización de los “pensionados” de los hospitales públicos, previo copago. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del FONASA de mayores ingresos, dado que requiere un mayor gasto de “bolsillo”.

En general las Isapre operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio de pensionado (sector especial de un hospital habilitado para atender pacientes de la MLE que pagan por las prestaciones recibidas o pacientes privados).

También existe un sistema privado de provisión, sin fines de lucro, compuesto por tres Mutuales de Seguridad, que brindan protección contra accidentes laborales y enfermedades profesionales a trabajadores afiliados de manera colectiva, a través de las instituciones o empresas en que laboran. Las mutuales entregan atención en sus propios establecimientos de atención abierta o cerrada y, en caso de contar con capacidad ociosa, ofrecen atención a población no afiliada a cambio de un pago por servicio.

Un grupo no menor de trabajadores independientes o de la pequeña empresa, que no están afiliados a las mutuales, tienen cobertura de una entidad estatal, el Instituto de Previsión Social (IPS) ex Instituto de Normalización Previsional (INP) que, en caso de enfermedades profesionales o accidentes laborales, reciben atención en los hospitales del sector público. Para finalizar, si bien existe un consenso generalizado de que el Sistema de Salud en Chile necesita una reforma, hay menos acuerdo sobre cómo se debe proceder para mejorarlo. La última comisión presidencial, estructurada para debatir sobre una reforma al Subsistema de Isapre, que incluyó expertos con diversas opiniones políticas, generó una conclusión unánime en torno a que cualquier alternativa de solución a los problemas actuales del sistema, debería estar orientada a construir un sistema de seguridad social para toda la población, con financiamiento proveniente de un fondo universal, como requisito de cualquier diseño propuesto (Comisión Presidencial, 2014).

## Referencias

- Asociación de Mutuales | Quienes somos. Recuperado: 13 Agosto 2018, de: [https://www.asociaciondemutuales.cl/?page\\_id=1669](https://www.asociaciondemutuales.cl/?page_id=1669)
- Becerril-Montekio, V., & Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Pública De México, 53(2), S132-S143.
- Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Universidad de Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública - CHISAP. Recuperado: 18 Agosto 2018, de: <http://www.ochisap.cl/>
- FONASA. (2017). Boletín Estadístico 2016-2017. Santiago: Documentos Estadísticos Institucionales.
- Lenz, R. (2019). Evolución de los costos del sistema público y privado en Chile. 2º Coloquio la Reforma de Salud que Chile necesita. Presentación, Instituto de Salud Pública Universidad Nacional Andrés Bello.
- Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Recuperado: 17 Agosto 2018, de: <https://www.minsal.cl/>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Encuesta CASEN. Santiago.
- Superintendencia de Salud. (2018). Cartera de Beneficiarios. Recuperado: 17 Agosto 2018, de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3742.html>
- Superintendencia de Salud. (2016). Archivo maestro de cotizantes de Diciembre 2015. Santiago.

## CAPÍTULO 10

# REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Angélica Verdugo Sobral*

### Introducción

El presente capítulo aborda una estrategia que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha implementado, para reducir la fragmentación de los servicios de salud en los países, especialmente de América Latina y el Caribe. Esta estrategia la adoptó nuestro país a partir del año 2014, para enfrentar la fragmentación del sistema de salud y la consecuente pérdida de continuidad de los cuidados sanitarios que presenta nuestra población.

El documento de OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” se sintetiza en el presente capítulo, complementándose con la experiencia del país en la materia.

### Deficiencia

La OPS define las Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria (RISS) como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

La OPS considera que las RISS son una expresión operativa del enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.

## Sistema de salud basado en atención primaria

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

“Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

El concepto de Redes es muy antiguo en el sector salud y, a pesar de los enormes esfuerzos que se han realizado para constituir efectivamente redes asistenciales que tengan al usuario como centro de su preocupación, se constata un escaso éxito hasta el día de hoy, constituyéndose en una preocupación principal de los gestores de los Servicios de Salud.

Para conformar RISS debe existir, sin duda, un trabajo en red. Desde el punto de vista conceptual, el trabajo en red es una estrategia que crea vínculos de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes, sobre la base de la cooperación y la confianza, en procura de objetivos compartidos explícitos.

La relevancia del trabajo en red para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud radica en que las RISS constituyen la principal forma de enfrentar los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud existentes en el país.

Cuando nos detenemos a observar los problemas que presentan las redes asistenciales en nuestro país, detectamos habitualmente:

- Descoordinación, incomunicación entre niveles asistenciales o nodos.
- Falta de oportunidad y continuidad de la atención de salud.
- Duplicación de servicios, repetición de exámenes.
- “Captura” del paciente por el especialista, no siendo referido al nivel primario.
- Información no vuelve con el enfermo después de interconsulta.
- El cuidado de salud es provisto en el lugar menos adecuado o costo-efectivo
- Las personas utilizan la urgencia para acceder a la atención especializada eludiendo las listas de espera.
- Se observa capacidad instalada ociosa, especialmente en las tardes.
- Existe sobreutilización de algunos servicios (urgencia) y listas de espera en otros.
- Falta de resolutivez en distintos niveles y unidades asistenciales.
- Deficiencias en el funcionamiento de la red.
- Gestión desintegrada o fragmentada.

La iniciativa de OPS de impulsar la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS-basadas en la Atención Primaria, surge como respuesta a estos problemas, con los objetivos de:

- Contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud basados en la APS, y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.
- Mejorar la continuidad asistencial a través de la coordinación y la integración clínica.

- Mejorar la eficiencia global en la provisión de servicios de salud a una población determinada, identificada por afiliación y que sea responsable de los costos de la provisión de los servicios y de los resultados de salud de esa población.

- Las RISS basadas en Atención Primaria deben proveer servicios que son:

**Integrales:** Fomento, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento oportuno, Rehabilitación, Cuidados paliativos.

**Continuos:** Cuidado provisto como una sucesión de eventos ininterrumpidos (Gestión del problema de salud). Continuidad asistencial y de la información.

**Longitudinales:**

**Temporal:** cuidado de la persona a lo largo del tiempo por una persona o un equipo.

**Personal:** fortaleza de la relación entre usuario y proveedor.

La RISS debe contener una oferta amplia de establecimientos y servicios – promoción, prevención, atención primaria, cuidados de especialidad, cuidados agudos, cuidados de largo plazo, cuidados en casa – todos bajo un único “paraguas” organizacional (Servicio de Salud) y una base fuerte de Atención Primaria que está formalmente vinculada con el resto del sistema y que actúa como puerta de entrada a este.

### ¿Por qué se plantea que las RISS deben estar basadas en la Atención Primaria?

- Porque la Atención Primaria de Salud (APS) genera mayor eficiencia, basada conceptualmente en la longitudinalidad, en el papel de filtro que ejerce hacia los otros niveles asistenciales especializados (papel de puerta de entrada) y en la globalidad.

- Porque los sistemas de salud basados en una APS desarrollada, se asocian a reducciones de costos, mayor satisfacción de los usuarios y mejores niveles de salud.

- Porque los médicos de familia suelen utilizar menos recursos que los especialistas en el tratamiento de las mismas patologías, después de controlar las muestras por edad, sexo y gravedad (Ross 1976, Welch 1993).

### ¿Cuáles son las barreras más frecuentes con las que nos encontramos para desarrollar Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS?

- Mentalidad prevalente y cultura organizacional

- Grupos de intereses opuestos, lucha de poder: hospital, especialistas vs. atención primaria, generalistas.

- Inercia, desconfianza entre niveles, deseo de autonomía.

- La principal barrera está en la cultura de la organización, en los propios funcionarios de salud y profesionales de distintos niveles de la red que se descalifican entre sí, que actúan desconfiando unos de otros e inhibiendo la capacidad de articularse en función de los objetivos compartidos, relacionados con el bienestar de los usuarios.

- Incentivos contradictorios (Mecanismos de pago).

- Incentivos no alineados con el cuidado integral, coordinado y continuo.

En Chile, observamos especialmente que los mecanismos de pago no contribuyen a la integración, fundamentalmente porque la mayoría de la APS se encuentra municipalizada, con un sistema de pago capitado (per cápita), que tiene como principal objetivo mantener sana a la población. El Municipio pierde recursos cuando la gente se enferma y debe financiar los costos asociados a la patología. No existen incentivos para quedarse con los pacientes más complejos y más bien la tendencia es a la referencia de estos al nivel secundario. Por su parte, los establecimientos hospitalarios y los centros de especialidades ambulatorios se financian por presupuestos históricos y pago por prestaciones (PPV) sin incentivos a la integración en red.

- Debilidades de gestión.
- Deficiencias de sistemas de información, monitoreo y evaluación.
- Expectativas, preferencias y derechos de los usuarios.
- Creencias, valores y actitudes de las personas que privilegian el cuidado por médico especialista, en el hospital.

El modelo hospitalo céntrico es el que ha predominado en nuestra cultura asistencial, y este se traspa a los usuarios, que prefieren la atención por el especialista en el hospital, en lugar de valorar los cuidados del equipo de salud familiar más cercano a su domicilio.

### Causas de la Fragmentación de Servicios de Salud

El problema de la fragmentación de los Servicios de Salud, como ya se comentó, es generalizado en la región de las Américas, aunque su magnitud y origen son disímiles, dependiendo de cada situación. Las causas de la fragmentación de servicios que la OPS señala como las más relevantes son las siguientes:

- Segmentación institucional del sistema de salud (ej. sector público y privado)
- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención (ej: municipalización de la APS)
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud .
- Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas.
- Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.

- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud.
- Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios.
- Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración.
- Trabas jurídicas y administrativas.
- Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

### Consecuencias y manifestaciones de la fragmentación de servicios de salud

A nivel del desempeño general del Sistema de Salud encontramos diversas formas en que se manifiesta esta fragmentación:

- Falta de coordinación entre distintos niveles asistenciales y establecimientos o nodos de la red.
- Duplicación de servicios y de infraestructura.
- Capacidad instalada ociosa.
- Servicios de Salud prestados en lugares inapropiados, de preferencia en el hospital.
- Baja resolución de la atención primaria.
- Uso de Servicios de Urgencia para acceder a atención especializada.
- Uso de la atención cerrada en casos que se podían resolver ambulatoriamente.

- Estancias hospitalarias prolongadas por déficits de servicios sociales.

Desde la perspectiva de los usuarios del Sistema, la fragmentación tiene múltiples expresiones:

- Falta de acceso a los servicios.
- Pérdida de la continuidad de la atención.
- Falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.
- Demanda reprimida o no expresada por los usuarios, lo que agrava las patologías y encarece posteriormente los costos de atención.
- Listas de espera.
- Derivaciones tardías, con impacto negativo en la salud de las personas.
- Necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad (Servicios de Urgencia, centro de salud, hospital, etc.).
- Falta de una fuente regular de servicios, carecen de equipo de salud “de cabecera”.
- Repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas, debido a la desconfianza existente entre niveles de atención.
- Indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales.

Si bien el nivel de investigación y evidencias en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos, diversos estudios sugieren algunos beneficios de las RISS en los sistemas y servicios de salud:

- Mejoran la accesibilidad del sistema, debido a que existe una preocupación por la continuidad asistencial y se protocoliza la referencia y contrarreferencia, entre otras razones.

- Reducen la fragmentación del cuidado asistencial; dada la necesaria articulación entre niveles y nodos de la red que se impulsa prioritariamente.
- Mejoran la eficiencia global del sistema; alcanzando mejores resultados sanitarios.
- Evitan la duplicación de infraestructura y servicios; puesto que se coordinan las iniciativas, disponiendo la atención lo más cerca posible del domicilio de las personas.
- Disminuyen los costos de producción: La reducción de los costos de producción se obtendría a través de mejoras en la costo-efectividad de los servicios,
- Responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, que es el sentido de las RISS.
- Reducen las hospitalizaciones innecesarias, dado que se privilegian los modelos ambulatorios de atención.
- Reducen la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, a través del uso de guías clínicas y protocolos de la atención.
- Disminuyen los tiempos de estadía hospitalaria, gracias a la coordinación entre niveles de atención y el uso de dispositivos de hospitalización domiciliaria y servicios sociales.
- Mejoran las economías de escala y de producción conjunta, efecto de la mejor coordinación.
- Aumentan la productividad del sistema.
- Aumentan los volúmenes de producción.
- Mejoran la calidad de la atención.

Además, las RISS tenderían a mejorar el nivel de ajuste entre los recursos del sistema y las necesidades de salud de la población, a través de un mejor balance entre especialistas y generalistas.

Las Redes integradas de servicios de salud -RISS-, basadas en APS, desde el punto de vista clínico, favorecen la continuidad de la atención, lo que se asociaría a mejoras en la

efectividad clínica. La mayor integración favorece la capacidad de respuesta de los servicios, y mejora la aceptabilidad de los servicios. Las RISS mejoran la eficiencia del sistema de salud.

Estos hallazgos son consistentes con indagaciones acerca de la percepción entre gestores y prestadores de servicios, que sugieren una relación positiva entre el nivel de integración y la efectividad del sistema.

Desde la perspectiva del usuario, las RISS:

- Facilitan el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención;
- Mejoran el acceso a otros niveles de atención cuando son requeridos;
- Evitan la duplicación y repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos;
- Mejoran los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente;
- Facilitan la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.

Asimismo, a nivel de los gestores de los diferentes niveles del sistema, la fragmentación es percibida como un grave problema. En su mayoría opinan que los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes funcionan inadecuadamente; en cuanto al sitio de atención, consideran que una alta proporción de pacientes hospitalizados pudieron haberse atendido en entornos extra hospitalarios; en el primer nivel de atención observan que frecuentemente los pacientes son atendidos por diversos médicos/equipos de salud, y por tanto pocos pacientes cuentan con una fuente regular de atención, denominada equipo de salud “de cabecera”.

## Referencias

- Conrad, D., Shortell, S. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers Of Health Services Management*, 13(1), 3-40. doi: 10.1097/01974520-199607000-00002
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington D.C: OPS.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

## CAPÍTULO 11

# PROGRAMAS DE SALUD Y RÉGIMEN DE GARANTÍAS

*Jorge Puga Reyes*

La planificación de políticas de salud se basa en el análisis de la situación de salud del país. Sobre las conclusiones de esta situación se establecen permanentemente nuevas políticas, las cuales dan como resultado planes, programas, metas o proyectos de ley que dan el pie para reformas en la materia.

### Programas de salud

Los programas de salud, desde la gestión, corresponden a un proceso dentro de la planificación de salud, el que va posterior al análisis de la situación de salud y la definición de objetivos: es el nivel operativo de la planificación. En ella se busca establecer actividades concretas para lograr objetivos específicos formulados y fijados desde la institución Rectora. García Barbero (2015) menciona que el desarrollo efectivo de un programa de salud depende de 4 elementos: 1- Análisis de la situación presente del problema en el que se basará el programa, 2- Determinar objetivos que se buscan lograr, los que deben ser definidos precisa y claramente, 3- Identificar las actividades que permitirán su logro, y elegir las más adecuadas, y 4- Ejecutar un evaluación continua y final en base a un conjunto de indicadores que permitan realizarla. Por ejemplo, si me encuentro a cargo de un programa de vacunación nacional, y mi objetivo es vacunar contra una enfermedad "x" a toda la población infantil, deberé definir qué lugar es el más apto para realizarlo (CESFAM, hogares, colegios) en cómo se efectuará y proveerá las vacunas a las instituciones, tener al personal capacitado para el manejo de estas, y tener un sistema de registro que sea óptimo.

Tabla 1. Programas de Salud de alcance Nacional. Resumen

En nuestro país los programas de salud han nacido en función de las necesidades de la población chilena en cada periodo de la historia, estos programas se pueden agrupar en aquellos que corresponden a etapas del ciclo vital, para abarcar patológicas (de manera individual o un conjunto de estas) y aquellas que responden al ámbito de las políticas públicas (tabla 1). Todas son dependientes de la subsecretaría de salud pública a través de la División de prevención y control de enfermedades (DIPRECE) o la División de políticas públicas saludables y promoción (DIPOL). Todos los programas deben contar con una guía que regula a los beneficiarios, las actividades y prestaciones que se realizarán en cada nivel de atención pertinente, subprogramas, y cómo se evalúa el programa respectivo.

<b>CICLO VITAL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Nacional de Salud de la Infancia</li> <li>Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes</li> <li>Programa Nacional de las Personas Adultas</li> <li>Programa Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva</li> <li>Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores</li> </ul>
<b>SEGÚN PATOLOGÍAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Nacional de Tuberculosos</li> <li>Programa Nacional de prevención y control de VIH/SIDA e ITS</li> <li>Programa de enfermedades respiratorias agudas</li> <li>Otros Programas de enfermedades transmisibles (hepatitis B y C, Chagas, y Hanta/Dengue/Chikungunya/otras)</li> <li>Programa de Salud Bucal</li> <li>Programa Nacional de Inmunizaciones</li> <li>Programa de Salud Mental</li> <li>Programa Cáncer y otros tumores</li> <li>Programa de Salud Cardiovascular</li> <li>Programa de discapacidad y rehabilitación</li> </ul>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas Alimentarios (ejemplo: Programa Nacional de Alimentación complementaria, Programa de Alimentación complementaria del adulto mayor)</li> <li>Programa de salud ambiental (ejemplo: polimetales, vigilancia y fiscalización ambiental)</li> <li>Programa Tabaco</li> <li>Programa Farmacia</li> <li>Programas de Promoción de la salud</li> <li>Programa de Migrantes</li> <li>Programa de Salud intercultural/pueblos indígenas</li> <li>Programa de Salud ocupacional</li> <li>Programa de Tenencia responsable de mascotas</li> <li>Programas de Zoonosis y control de vectores</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, basada en <https://www.minsal.cl/>

Los programas que corresponden el ciclo vital están agrupados bajo el Departamento de ciclo vital, donde se ejecutan actividades específicas para cada etapa del desarrollo promoviendo una salud óptima y el desarrollo sustentable de las personas; estos programas se relacionan con los programas de los otros grupos mencionados, utilizando el Nivel primario de atención como base de su implementación. Algunos de estos programas poseen un documento eje que regula todas las actividades (como los de Infancia, de Adolescentes y Jóvenes, y el de Salud sexual y Salud Reproductiva) y otros, por el momento, solo agrupan un conjunto de políticas y actividades (como lo son los programas de personas adultas y de personas adultas mayores).

**Los programas relacionados con el Ciclo Vital son:**

### **1. Programa Nacional de Salud de la Infancia**

Su propósito es la “contribución a la salud y desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años<sup>1</sup>”. Dentro de sus objetivos se destaca la reducción de la mortalidad y morbilidad el fortalecimiento de la atención, mejora de la calidad de vida y la promoción de hábitos saludables de este grupo etario. Este programa se desarrolla en conjunto con otras áreas programáticas, en la cual destaca el programa Chile crece contigo (ChCC). El programa ChCC es un sistema de protección social dependiente del Ministerio de Desarrollo Social cuya misión es el acompañamiento, protección y apoyo integral a todos los niños, niñas y sus familias desde la gestación hasta los 9 años 11 meses y 29 días asegurando la atención expedita a servicio y prestaciones que apoyen su desarrollo. El Programa Nacional de Salud de la Infancia encabeza la Comisión Nacional de Lactancia Materna, cuyo objetivo es favorecer la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y mantenerla complementaria hasta los 2 años.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública División de prevención y control de enfermedades, Departamento de ciclo vital (2019). Programa Nacional de Salud de la Infancia.

### **2. Programa Salud integral Adolescentes y Jóvenes.**

Agrupar a los adolescentes entre los 10 y 19 años y los jóvenes entre 20 y 24 años. Su propósito es que este grupo tenga un mejor acceso y oferta de servicios con un enfoque transversal que permita empoderarlos en cuanto a su autonomía de salud. Las áreas de mayor interés en este programa son el control del joven sano, salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y drogas, maltrato, y abuso sexual. Una característica de este programa es la facilitación para que la atención de los jóvenes se dé en el Centro de Salud y con el equipo más cercano a su hogar, en un entorno amigable.

### **3. Programa Nacional de las Personas Adultas.**

Comprende a las personas entre los 20 y 64 años de edad. Su objetivo es mejorar el nivel de salud de este grupo de edad y de la población general y contribuir a la adopción de estilos saludables. Para el logro de este objetivo se usa la estrategia del Examen Médico Preventivo del Adulto subsecuentemente al cual se define un plan de cuidados, y permite la detección de los factores de riesgo de enfermedades de alta prevalencia como las cardiovasculares. Este programa se ejecuta en conjunto con el programa de Salud Cardiovascular que se encarga de las prestaciones y actividades relacionadas con las patologías crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes, dislipidemias, entre otras.

### **4. Programa Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.**

Corresponde al antiguamente llamado Programa de Salud de la Mujer ya que su objetivo era la contribución al desarrollo integral físico y mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo vital, del cual se infería un enfoque centrado en la reproducción y la mujer. Luego se llevó a plantear un cambio (y con ello en el nombre) hacia uno centrado en la sexualidad y la reproducción, que permita la vivencia plena de parte de las personas en este ámbito y

que encuentre una respuesta adecuada de salud en marco de los derechos humanos, curso de vida y equidad de género. En este programa se enmarcan prestaciones relacionadas con la regulación de fertilidad, atención ginecológica y obstétrica, y las normas de acompañamiento y atención integral en marco del aborto en alguna de las 3 causales.

### 5. Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Su propósito es la mantención de la autonomía y autovalencia de las personas mayores de 65 años durante el mayor tiempo posible con un enfoque anticipatorio y preventivo, asegurando una atención de calidad, la promoción del envejecimiento saludable mediante la realización del Examen Preventivo del Adulto Mayor, y fortaleciendo la red social de estos a través de apoyo a las familias quienes deben apoyar a sus adultos mayores. Sus atenciones se concentran principalmente en la salud cardiovascular, la salud mental y la patología osteo-articular.

## Régimen de Garantías de Salud

### Antecedentes.

En el año 2000, el Presidente Ricardo Lagos decide poner en marcha un proceso de reforma de salud, la de mayor impacto después de la reestructuración que sufrió el Ministerio de Salud durante la dictadura militar en el año 1979, cuando el sistema de aseguramiento y financiamiento de la salud pasa a ser compartido entre el Sector Público y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) del sector privado. Esto había sido la causa de la situación de desigualdad que se observa hasta la actualidad, donde el Sector Público concentra las personas de bajos ingresos económicos y alto riesgo de salud, y las Isapres las de altos ingresos y bajo riesgo de salud. Además se agrega, que los

beneficiarios de este último sistema tenían al momento de la reforma un gasto por beneficiario tres veces mayor que en el sector público, lo cual unido al desfinanciamiento del Sistema Público de Salud se agregaba a intentos de privatización de este sistema en este periodo.

Con este contexto, el Presidente Lagos (desde su campaña presidencial) comienza el impulso de una reforma que, si bien no modifica la existencia de la dualidad público/privado, tiene por objetivos:

1. Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
2. Reducir las desigualdades en salud, y
3. Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

Estos objetivos se analizaron mediante la Comisión de Estudios de la Reforma presentándose 5 proyectos:

1. Ley de Financiamiento: Corresponde a la Ley N° 19.888, que permite el financiamiento de los objetivos del gobierno en la reforma.
2. Ley de Autoridad Sanitaria: Ley N°19.937, que modifica la gestión de la autoridad sanitaria y fortalece la participación ciudadana.
3. Ley de Isapres: Que se divide en una ley corta (N° 19.895), de atribuciones de la Superintendencia de Salud, para fiscalizar, y la Ley larga (N° 20.015) que se enfoca en el modelo de prestaciones y planes.
4. Ley de Derechos y Deberes del paciente: Ley N° 20.584 vinculado a las acciones de los pacientes en su atención en salud.
5. Ley de Garantías de Salud: Que corresponde a la conocida como ley AUGE, N° 19.966, que establece un régimen de garantías explícitas en salud dentro del Régimen de Prestaciones de Salud. Promulgada en el año 2004.

### Ley de Garantías Explícitas en Salud o Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES/AUGE)

El régimen de garantías de salud se fundamenta bajo el alero de los objetivos sanitarios del decenio 2000-2010, ya que en función de estos se generan las estrategias para llevarlo a cabo. De esta manera se definen los cuatro objetivos que permiten la ejecución del proyecto de ley que establece el régimen GES:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados a la fecha.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades observadas y,
4. Prestar servicios en salud acordes a las expectativas de la población.

El régimen de garantías en salud se enmarca en la ley N°18.469 que establece “prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios <sup>2</sup>”. La ley AUGE mandata a Fonasa y a las Isapres a garantizar un conjunto de actividades, relacionadas con enfermedades o condiciones de salud que se consideren prioritarias (mediante decreto). Estas garantías se explicitan en cuatro puntos:

1. **Acceso:** Fonasa y las Isapres tienen la obligación de garantizar la otorgación de las prestaciones de salud a toda su población beneficiaria.
2. **Calidad:** Las prestaciones que están aseguradas por el Régimen de Garantías Explícitas se deben realizar en instituciones y con prestadores acreditados o registrados.

3. **Oportunidad:** Se fija un plazo determinado para la otorgación de la prestación, no solo en cuanto a tiempo, también en la forma y las condiciones de esta.

4. **Protección Financiera:** Regula cuanto es el máximo de contribución económica que debe realizar el afiliado por cada prestación, el porcentaje de ésta, que dependerá del sistema al que se encuentre afiliado el beneficiario y el resto de la prestación que lo financia el sistema respectivo.

<sup>2</sup> Ley N° 18.469 Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile. 23 de noviembre de 1985.

Tabla N° 2  
Proceso de priorización de enfermedades régimen GES

Las prestaciones que son parte del Régimen son determinadas por el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda, mediante un trabajo de comisiones que demora en promedio tres años para integrar una patología al sistema (ver tabla N°2) en un marco de transparencia a la ciudadanía, trabajo que es asesorado por un Consejo Consultivo. En este Consejo participan representantes de la Academia de Medicina (1 persona), académicos de Facultades de Medicina (2), Economía (2) y de Química y Farmacia (1) o sus equivalentes, y miembros designados por el presidente (3)<sup>3</sup>. En la comisión se estudian los problemas de salud que se seleccionan para formar parte del sistema GES, el cual se basa principalmente en antecedentes de carga de la enfermedad, de prioridad ciudadana, y el costo-efectividad de las prestaciones. Con relación a ello se determinan las condiciones que deben tener los usuarios para ser beneficiados del Régimen para cada patología en contenida y que prestaciones dentro de esta se garantizan (en cuanto a diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento).

Etapa 1	Ministerio de Hacienda fija resolución para inicio de proceso y definición de recursos.
Etapa 2	Ministerio de Salud define comisiones de trabajo y estudio necesario.
Etapa 3	Las comisiones realizan un análisis para definir los problemas de salud posibles de integrar.
Etapa 4	Se priorizan los problemas e intervenciones asociadas de acuerdo con el grado de evidencia que exista del beneficio para la sobrevivencia o calidad de vida de los afectados.
Etapa 5	Se determina el costo esperado individual promedio de los problemas de salud y prestaciones priorizadas.
Etapa 6	Ministerio de Salud licita un estudio de verificación del costo esperado por beneficiario de la propuesta.
Etapa 7	Consejo consultivo analiza la propuesta y emite un informe con modificación de la propuesta, dentro del marco presupuestario.
Etapa 8	Ministerios de Salud y Hacienda hacen la formulación final de las garantías y emiten un decreto supremo

Fuente: Elaboración propia, basada en Urriola, Infante, Aguilera & Ormeño (2016)

<sup>3</sup> Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Pública Mex; 53 (2): pág.141.

En 2019 el Régimen GES cubre 80 patologías, cada una de ellas cuenta con una guía desarrollada por especialistas en las patologías y basados en evidencia científica. Estas guías explican los criterios de ingreso y prestaciones a realizar cubiertas por el régimen.

## Comentarios Finales

Si bien la reforma impulsada desde el 2000, no cambió la esencia del modelo impuesto por la dictadura, sí significó un gran avance en equidad social en donde el concepto de “Universalidad” (ya que en sus inicios fue conocida como AUGE) destaca este valor. Como mencionan Infante y Paraje (2011) para los beneficiarios que pertenecen a Isapres el beneficio recalca en lo económico al limitar los gastos que deben desembolsar en salud, quitando la sensación de incertidumbre previa a la reforma, y para los afiliados al Sistema público de Salud se abre la puerta a atenciones más especializadas y complejas las cuales eran difíciles de acceder en plazos garantizados.

Este último punto reforzó el desarrollo tecnológico en el Sistema Público de Salud con la compra de herramientas diagnósticas y terapéuticas mejorando su calidad. Estadísticamente se demuestra que hubo un avance significativo en cuanto a cobertura y resolución de las patologías GES. Queda en cuestión la percepción de muerte por espera de atención, sobre la cual no hay estudios en los últimos años. Sin embargo, hay antecedentes que a los 5 años de iniciado el programa esta disminuyó, pero los problemas en las listas de espera en los últimos años ponen en duda esta premisa. Otro aspecto que condiciona es el nivel de conocimiento que Frenz y Sgombich (2009) nos plantea donde las personas desconocen las patologías y con ello, de las trabas burocráticas en cuando a los procesos que se siguen en el régimen GES. Este punto es importante para que los futuros profesionales logren una mayor difusión de estas medidas para empoderar a la población.

## Referencias

- Bastías, G. Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en Chile; El Plan AUGE o régimen de garantías explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. Boletín Escuela de Medicina U.C., 32 (2): 51-58.
- Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Pública Mex; 53 (2): 132-143.
- Lenz, R. (2007). Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política. Serie Estudios Socio/económicos N°38. CIEPLAN
- Ley N° 18.469 Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile. 23 de noviembre de 1985.
- Ley N° 19.966. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile. 30 de junio de 2004.
- García Barbero, M. (2015). Planificación y programación en atención a la salud. Diseños de programas de Salud. En Medicina preventiva y salud pública (899 – 907). Barcelona, España: Editorial Elsevier.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades, Departamento de ciclo vital (2019). Programa Nacional de Salud de la Infancia. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-infancia/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública División de prevención y control de enfermedades, Departamento de ciclo vital (2019). Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública División de prevención y control de enfermedades, Departamento de ciclo vital (2019). Programa Nacional de Salud de la Mujer. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública División de prevención y control de enfermedades (2019). Departamento de ciclo vital. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública División de prevención y control de enfermedades. División de Prevención y control de Enfermedades (2019). Departamento de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de: <https://redcronicas.minsal.cl/conozcanos/enfermedades-no-transmisibles/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Protección de la Salud (2019). Salud del Adulto Mayor. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- Paraje, G. Infante, A. (2014). La Reforma AUGE 10 años después. Santiago, Chile. PNUD.
- Sgombich, X. y P. Frenz (2008). “Proceso de priorización social para la definición de garantías explícitas en Salud”, Ministerio de Salud.
- Santander, S. (2014). Lineamientos estratégicos y desafíos para 2014 “Desde ciclo vital a curso de vida” [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: <http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/hitos.pdf>
- Urriola, C. Infante, A. Aguilera, I. Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. Salud Publica Mex, 58 (5). 514-521.
- Valdivieso, V. Montero, J. (2010). El Plan AUGE: 2005 al 2009. Rev Med Chile, 138. 1040 – 1046.

*ALGUNOS  
TEMAS EMERGENTES  
Y DESAFÍOS  
EN SALUD PÚBLICA*

## CAPÍTULO 12

# ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y SALUD

*Patricia Garay Salas*

La comunidad chilena es cada día más compleja, sociológica y culturalmente hablando, sin embargo, al igual que en muchos otros países de semejante o mejor nivel de desarrollo, no escapa a una mega tendencia de carácter casi irreversible, nuestra comunidad envejece.

Y lo que antes era una amenaza, hoy aparece como una oportunidad valiosa y enriquecedora; La ciencia y la tecnología y el desarrollo cultural implícito, han permitido que hoy en día se aprecie el enorme potencial que representan los adultos mayores en nuestra sociedad.

Es necesario indicar algunas cifras, para dar una visión de la magnitud que adquiere este segmento de la población en Chile.

Según el último censo en Chile viven 17.574.003 habitantes, de los cuales 2.846.988 son adultos mayores de 60 años que representan el 16,2 por ciento de la población total. Del total de población, 8.601.989 son hombres y 8.972.014 son mujeres. Las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), arrojan la proyección para el año 2020 de 3.500.000 de adultos mayores.

Chile presenta actualmente una esperanza de vida al nacer de 80,4 años para las mujeres y 74,4 años para los hombres, lo cual constituye un logro que lo sitúa entre los tres primeros países con mayor esperanza de vida al nacer en América Latina junto a Costa Rica y Cuba.

Si bien estas cifras nos permiten hablar de logros, ellas solo representan promedios, que pueden esconder desigualdades injustas entre nuestros adultos mayores, y lo que es más importante aún las cifras no reflejan los aspectos cualitativos que conllevan estos años de mayor expectativa de vida.

La esperanza de vida al nacer en Chile, ha aumentado a través de los años: en 1920 era 31,5 años, en el año 2000 fue 77,36 años y la estimación para 2030 es 87,3 años.

Sin embargo, lo importante no son los porcentajes, sino el número real de adultos mayores actuales y su proyección a corto plazo, ya que estas personas necesitarán un sistema de atención especializado, que en este momento no está suficientemente desarrollado.

Por cierto, que la rápida transformación de la composición de la población implica profundos cambios en el ámbito familiar, en los requerimientos de seguridad social y la atención de salud. Se detecta ya como un hecho significativo la calidad de la vivienda y los diseños urbanísticos para una población con las características mencionadas, incluyendo aquí la seguridad de barrios y comunas donde se concentra un mayor porcentaje de la población adulta mayor.

En el año 2000, cuando ya se perfilaba el perfil epidemiológico del envejecimiento poblacional actual, el sector salud comenzó a pensar en cómo enfrentar esta situación. El plan AUGE ha hecho que se elaboren flujos de atención en la red, por lo tanto, se ha avanzado en ese aspecto.

Otra estrategia para mejorar deficiencias en la atención es lograr el cambio del modelo biomédico por un modelo de salud integral, para abarcar a la persona en todas las áreas de desarrollo, desde que nace hasta que muere, lo que es beneficioso para la atención de los adultos mayores.

Entre los objetivos sanitarios para la década 2010-2020 está garantizar la equidad en la atención de salud del adulto mayor, para lo cual ya existen las garantías explícitas de salud (GES) para el adulto mayor, con atención gratuita para el mayor de 60 años.

También se está trabajando en intervenciones para mejorar la funcionalidad del adulto mayor, en conjunto con su calidad de vida, y en educación acerca del envejecimiento. Entre las causas de mortalidad entre 65 a 79 años, se ubican en primer lugar la enfermedad cerebro vascular, luego las enfermedades cardiovasculares y en tercer lugar, están las demencias y Alzheimer. Después de los 80 años la patología cerebrovascular

ocupa el primer lugar, luego las isquemias cardíacas y en tercer lugar se agregan las enfermedades del aparato respiratorio, siendo la neumonía una de las principales causas de muerte.

De un total país de 290.000 egresos, las causas de egreso hospitalario de adultos mayores en el 2015 fueron: circulatorias, 18,6%; respiratorias, 16,3%; digestivas, 13,1%; tumores, 10,6% y genitourinarias, 9,1%. Las primeras dos causas coinciden con las primeras causas de defunción a nivel país.

En cuanto a la funcionalidad del adulto mayor, según el censo realizado en junio de 2014 la población de adultos mayores bajo control en la atención primaria era 541.026 personas en todo el país, de los cuales, 42,8% eran autovalentes; 29,4%, con riesgo; 24,3%, dependientes y 3,3%, postrados. El 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años.

Hasta el momento se había trabajado en las metas sanitarias a nivel país con prevalencias menores, por lo que las metas de cobertura de atención deberán aumentar.

El índice de envejecimiento relaciona a los mayores de 60 años con los menores de 15 años, expresado en porcentaje; se estima que entre los años 2020 a 2023 el número de adultos mayores de 60 años será, por primera vez, mayor que el número de menores de 15 años, es decir, en el 2020 se necesitarán más geriatras que pediatras y más establecimientos de larga estadía para adultos mayores que escuelas para niños. En algunas comunas ya se están cerrando escuelas, lo que indica que ya estamos en plena presencia de un cambio en la estructura poblacional.

En el año 2025 habrá aumentado no sólo el número global de adultos mayores, sino también el número de personas mayores de 75 y 85 años, lo que obliga a repensar la actual política en torno al adulto mayor. Los esfuerzos deben ir dirigidos a mejorar la conexión del adulto mayor con los distintos sectores: salud, vivienda, educación.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se ha hecho presente a nivel mundial y nuestro país no es la excepción, debido a esto, es que las autoridades locales y a nivel mundial, han creado políticas en las que incluyen de forma prioritaria el abordaje de esta población que cada año va en aumento.

Por causa de los cambios demográficos en Chile se han tomado medidas en cuanto a la salud y al acceso de salud de las personas adultas mayores. El acceso a la salud en las personas adultas mayores en nuestro país ha ido progresando favorablemente en el cual se realizan las actividades necesarias para el óptimo desarrollo de esta población que va en ascenso.

En los años 90 Chile comienza con políticas públicas y acciones que favorecen una calidad de vida apropiada para esta nueva población. El Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores permite formalizar, estandarizar e integrar todas las acciones que se realizan y se proponen en salud. Dentro de este programa nacional existen diversos planes o programas que incluyen las necesidades del adulto mayor, como lo son: PACAM (programa alimentación complementaria del adulto mayor), programa de inmunización, GES (garantías explícitas en salud), entre otros.

La OMS ha desarrollado la Estrategia y el Plan de Acción para la Salud de las personas mayores, que establece las prioridades de acción para el período 2009-2018. Este plan alude al concepto de envejecimiento activo y saludable.

**Estrategia 1:** La salud de las personas mayores en las políticas públicas y su adaptación a los instrumentos internacionales.

**Estrategia 2:** Adecuación de los sistemas de salud para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.

**Estrategia 3:** La capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar las necesidades en salud de las personas mayores.

**Estrategia 4:** El desarrollo de la capacidad de generar la información necesaria para emprender y evaluar actividades para mejorar la salud de la población de personas mayores.

Actualmente existen diferentes estrategias desarrolladas en la red de atención de salud, que favorecen el cumplimiento de este objetivo, estas son:

- EFAM (Examen funcional del adulto mayor).
- EMPAM (Examen anual de medicina preventiva del adulto mayor).
- Talleres de Prevención de Caídas.
- Capacitación a equipos de salud de APS en atención integral de la persona mayor.
- Gestor de casos, equipo socio sanitario que favorece la continuidad de los cuidados en la Red de atención de salud de la persona mayor.
- Centros de Rehabilitación Comunitaria, iniciados en el año 2003 cuyo objetivo es insertar el modelo de rehabilitación integral y biopsicosociales que permitan la integración social y autovalencia de las personas mayores.
- GES para personas 65 y más años.
- PACAM. (Programa alimentación complementaria del adulto mayor)
- Coordinación directa con el Intersector, en especial con SENAMA. (Servicio Nacional del Adulto Mayor).
- Orientación técnica para la atención en salud en las personas adultas mayores en atención primaria.

### Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025

Estas políticas se constituyen como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas adultas mayores. Esta Política propone tres objetivos generales:

- Proteger la salud funcional de las personas mayores.
- Mejorar la integración de las personas mayores a los distintos ámbitos de la sociedad.
- Incrementar los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

### Programa Nacional del Adulto Mayor

Pretende lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socioeconómicas, urbano-rural y regional, teniendo dos grandes objetivos de la atención de salud:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía de la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

### Garantías Explícitas en Salud (GES) para las personas mayores:

- Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
- Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.

Los adultos mayores pueden sufrir múltiples problemas: económicos, de salud, de aislamiento social, inactividad y otros. Para evitarlos y atenuarlos es necesario que las instituciones encargadas de ellos, los propios adultos mayores y la comunidad en general, los enfrenten en forma activa y positiva, mirándolos no sólo como un problema sino como oportunidades de actuar.

En fin, lo que deseo expresar es que siendo importante los datos numéricos, el desafío actual es llenar de calidad humana esos años de adulto mayor que nos corresponderá transitar.

## Referencias

Clases Patricia Garay Salas en Diploma de Gerontología Comunitaria. Discurso Inauguraciones Diploma Gerontología y Entrevistas USACH al día y Radio USACH.

## CAPÍTULO 13

# SALUD AMBIENTAL

Marcial Orellana Erdmann

### Introducción

#### *¿ Qué es el ambiente? Algunas propuestas.*

Si buscamos el origen de la palabra “ambiente” en el diccionario, encontramos que proviene del latín con el significado de “rodear” o “estar de ambos lados”. Por otra parte, la palabra “medioambiente”, se define como “el conjunto de componentes físicos, químicos y biológicos externos que interactúan con los seres vivos”. Por lo tanto, el concepto más amplio de ambiente debería comprender todo el universo en que vivimos, es decir desde las galaxias más lejanas, de las cuales nos llegan sus radiaciones, todo nuestro sistema solar, especialmente nuestro sol, y sus planetas. Sin embargo, el medioambiente del cual tenemos conciencia por lo general se reduce a los elementos que se encuentra directamente relacionados con el ser humano y de ellos discriminamos más bien los factores relacionados con su supervivencia. Es una perspectiva antropocéntrica del ambiente. (Skil, 2011)

Nuestro planeta tierra es un planeta rocoso de magnitud menor dentro del sistema solar sobre la superficie del cual se ha desarrollado la vida como la conocemos, en una estrecha capa de no más de nueve kilómetros de altura, incluyendo en ella los mil metros de profundidad de nuestros océanos, a la cual llamamos biosfera. El grosor total de la corteza terrestre sobre la cual se encuentra la biósfera por su parte, también no supera los doce kilómetros y considerando el diámetro total del planeta no equivale más que al grosor de la corteza de una manzana. Es decir, toda la biósfera y el contenido de todo lo que han contribuido a que se generen los seres vivos sobre este planeta, observado desde lejos no es más que un delgado barniz con pequeñas manchas pintadas sobre su superficie.

Por otra parte, la vida en nuestro planeta ha evolucionado según sus propias leyes desde hace mucho tiempo y ha condicionado la existencia y desarrollo de los seres vivos de acuerdo a los factores físicos propios de cada época del tiempo a la que ha estado sometida esta corteza y la biósfera, siempre protegida de la radiación ultravioleta solar por el campo magnético de la tierra.

En el presente se ha producido una gran preocupación por el cambio de nuestra atmósfera y del medio ambiente cuya responsabilidad se ha atribuido a los seres humanos en este proceso.

Habría que considerar que esta no sería la primera vez que el planeta sufre un cambio de esta naturaleza. Hace mucho tiempo, los seres vivos del reino vegetal, cuando adquirieron la capacidad de realizar fotosíntesis pudieron modificar el medio ambiente acumulando oxígeno en la atmósfera hasta lograr una concentración equivalente a un veintiún por ciento dentro de ella, tal como la respiramos actualmente. Esta alta proporción de oxígeno en nuestra atmósfera hace que todo lo sometido a su presencia se encuentre expuesto a un intenso proceso de la oxidación o corrosión que podría ser muy dañino pero al cual todos los seres vivos se han adaptado sin que nos demos cuenta. Por lo tanto podríamos concluir que la existencia de los seres vivos no depende de un medio ambiente específico, ya que la naturaleza es capaz de lograr las adaptaciones ante el cambio, siempre que sean lentos y no catastróficos. De todas maneras como se postula en la teoría de extinción de los dinosaurios. De todas maneras la naturaleza es inmutable a los cambios y cuenta con todo el tiempo del mundo para modificar o recrear los seres vivos desde los ejemplares más primitivos que siempre conserva para este propósito.

Es por lo tanto, para los fines de este capítulo analizaremos este tema desde la definición humana de salud y ambiente que nos hemos dado para nuestros tiempos. (Skil, K. 2011).

## La salud ambiental desde el punto de vista del ser humano

Una de las definiciones más conocida de salud que ya hace mucho tiempo propuso la Organización Mundial de la Salud dice: "Salud es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad". Esta definición está construida desde la perspectiva de la persona humana individual. (antropocéntrica) pero debería ampliarse a todo el conjunto de personas que se llama comunidad. El individuo y la comunidad entera están sometidas a la influencia directa del medio ambiente, pero lo que se percibe e interesa principalmente en la actualidad es el medio ambiente próximo y no el lejano.

Además por razones culturales, en occidente el ambiente que ha recibido mayor interés es el que afecta la dimensión física del problema y se ha ignorado o postergado el interés de sus efectos en la dimensión psicológica y social del ser humano. Por lo tanto el desafío para enfrentar el problema del ambiente para el ser humano en el futuro debería ser, ampliar la dimensión individual a la colectiva e integrar la influencia y efectos del ambiente psicológico y social del problema (Ver figura N°1).

Figura N° 1. Relación del ser humano con el ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

## Normas generales de Saneamiento Básico

### Los responsables del control de la salud del ambiente para el ser humano

La conciencia de la importancia del control del medio ambiente y su relación con la salud de las personas y de las comunidades produjo con los conocimientos científicos adquiridos, a partir desde el siglo diecinueve, después del descubrimiento de la importancia de los gérmenes y de los mecanismos de propagación de las enfermedades transmisibles al ser humano. A partir de ese momento se han dictado normas y reglas que afectan el comportamiento humano y su relación con el ambiente, que exceden la responsabilidad de las autoridades de salud para transformarse en normas obligatorias cuya fiscalización se reparte en todos los ministerios de los países. De todas maneras estas normas no son nuevas, puesto que muchas de ellas ya se encontraban incorporadas reglas y textos sagrados de distintas culturas desde tiempos milenarios. La diferencia es que ahora están fundamentadas en conocimientos científicos y por lo tanto es posible predecir los efectos que derivan de su cumplimiento o no.

A partir del siglo veinte la explosiva proliferación de población humana y la invasión de todos los confines territoriales del planeta, junto con el uso masivo de la tecnología para el uso de la energía, ha puesto en relevancia mucho más la relación de los humanos con el medio ambiente y en jaque el control de los procesos ancestrales de regulación de la naturaleza en el ambiente.

Siendo tan vasto el territorio que este capítulo podría contener, en esta oportunidad solo nos preocuparemos de los aspectos esenciales de este tema para la salud humana relacionados con el ambiente.

Se entiende como saneamiento básico al conjunto de normas que están orientadas al aseguramiento de las condiciones mínimas de seguridad en relación con el medio ambiente de asentamientos humanos tanto nuevos como existentes. El control del cumplimiento de estas normas supera a las autoridades de salud porque consideran aspectos de seguridad en general y el acceso a recursos que son esenciales para el desarrollo y desenvolvimiento de la vida humana. Asegurar las condiciones de saneamiento básico de una comunidad implica hacer inversiones y comprometer recursos económicos que es la responsabilidad de varios ministerios. La iniciativa y modificación de estas normas le corresponde por lo general a los ministerios de planificación de cada país no obstante la responsabilidad de la ejecución y control se reparten en varios ministerios y en los gobiernos comunales locales. Las normas de seguridad para establecer nuevos asentamientos humanos así como para la subdivisión y destino de uso para ejercer ciertas actividades están contenidas en los planos reguladores de construcción aprobados por cada municipalidad que distinguen zonas urbanas y rurales. Existen además normas de construcción que resguardan las condiciones de seguridad según el tipo de actividad a la cual se vayan a destinar (residencial, industrial, agrícola) y ante eventos de la naturaleza tales como terremotos, huracanes o tsunamis. En Chile estas normas pueden ser consultadas en los portales de los distintos ministerios o en las Direcciones de Obras y Planificación de las municipalidades.

### Saneamiento Básico de viviendas individuales:

Las normas de saneamiento básico tienen que ver con las acciones y técnicas de salud pública que tienen como objetivo mejorar las condiciones del ambiente físico del entorno de los asentamientos humanos. Estas normas tienen que ver con él la disposición y manejo sanitario del agua potable, con la eliminación de excretas y de los residuos sólidos o líquidos que son producto de la actividad humana, agrícola o industrial (RISES y RILES), que permiten asegurar buenas condiciones para la vida humana y resguardar el medio ambiente.

## Agua potable

Se define como agua potable aquella que es apta para el consumo humano al agua que puede ser consumida sin restricción para beber o preparar alimentos. Esto significa que debe estar libre de contaminantes en disolución y de bacterias. Las fuentes para la obtención de agua para el consumo humano pueden ser superficiales (glaciares, ríos, lagos, desalinización de agua de mar o vertientes) o de pozo. Para todas ellas existen regulaciones de protección de fuentes, para su explotación, tratamiento y distribución. La explotación y distribución del agua potable en las zonas urbanas en Chile se encuentra en Chile delegada en compañías privadas y en algunos casos compañías municipales. En las zonas rurales existen soluciones intermedias como las Cooperativas Rurales de Agua Potable que abastecen sectores restringidos de la población rural. Para el caso de viviendas aisladas se permiten soluciones con captación de vertientes, norias o pozos profundos. Las normas que rigen para estos efectos dependen de la Superintendencia de Servicios Sanitarios que define la calidad del agua potable en base a la concentración máxima que puede contener de algunos iones como arsénico, cloruros, nitratos, nitritos, amonio, calcio, magnesio y fosfatos y de la turbiedad, color o presencia de gérmenes.

Más recientemente encuentran en desarrollo alternativas con plantas desaladoras de agua de mar o de purificación de aguas servidas con el procedimiento de ósmosis inversa. (Lamela, A. 2003).

La responsabilidad de mantener las condiciones sanitarias del agua potable hasta el domicilio del consumidor es de las compañías estatales o privadas encargadas de su explotación y se encuentran en las "Normas de Calidad de Agua Potable (NCH 409/1) y Norma de Muestreo" (NCH 409/2) contenida dentro del cuerpo de normas técnicas de la Superintendencia de Servicios Sanitarios. (ORD N° 1842 de fecha 12 de 1 de febrero de 2018 octubre de 2006 y el ORD N° 2408 de fecha 06 de diciembre de 2006).

## Disposición y eliminación de aguas servidas

El agua potable usada en las actividades humanas requiere de su disposición y eliminación para su retorno al medio ambiente en calidad de aguas servidas, grises o negras sin que se mezcle con el agua potable. Se define como aguas grises a las aguas servidas domésticas residuales provenientes de las tinas de baño, duchas, lavaderos, lavatorios y otros, excluyendo las aguas negras. Se define como aguas negras, las aguas residuales que contienen excretas. También se define como aguas servidas domésticas las aguas residuales que contienen los desechos de una edificación, compuestas por aguas grises y aguas negras.

Hay distintos métodos para la eliminación y el tratamiento de este tipo de aguas siendo siempre preferibles el de tratamiento cuando es posible para evitar el daño al medio ambiente. Esta actividad merece la misma atención que la obtención y distribución del agua potable. Las aguas servidas de los asentamientos humanos de la costa puede ser conducidas por la red de alcantarillado a sitios de dispersión submarinos por emisarios y en el caso de las comunidades no costeras a plantas de tratamiento que las devuelven a sus cauces o las destinan a otros usos que con conllevan peligro sanitario. Para las comunidades y viviendas rurales existen métodos a menor escala que pueden ser implementados localmente. La norma que regula este tratamiento de aguas servidas puede ser consultada en internet. (Ley N° 21075 promulgada el 1 de febrero de 2018)

En las aguas servidas debe distinguirse el aspecto físico, que corresponde a la fracción suspendida, la fracción coloidal y la fracción soluble para los cuales existen métodos de tratamiento distintos. El componente biológico se mide por la demanda biológica de oxígeno (DBO), que es el parámetro por el cual se mide la cantidad de materia orgánica susceptible de ser consumida u oxidada por medios biológicos que contiene una muestra líquida en suspensión o disolución. Esta fracción es sometida a tratamiento químico o biológico.

Las plantas industriales de tratamiento de aguas servidas cumplen con distintas etapas en el proceso de tratamiento de las aguas servidas. Desinfección, tratamiento de fangos

con digestión bacteriana, precipitación con la adición de floculantes, secado y compostaje. También hay otros métodos basados en procesos biotecnológicos. La norma chilena sobre aguas servidas es la 411/10 de 2005 y puede ser consultada directamente en su manual operativo de 2010 en internet.

### **Residuos Industriales Líquidos (RILES)**

Se define como residuos industriales líquidos (RILES) a aquellos que son producto de la actividad industrial de todo tipo. El uso del agua es fundamental para muchas industrias, tales como las agrícolas, mineras y manufactureras. El uso industrial del agua implica en muchos casos su sobrecarga con contaminantes peligrosos para la salud humana, la flora, fauna y el medio ambiente, por lo cual la autorización de funcionamiento de cualquier industria debe considerar su tratamiento previo antes de la liberación al ambiente. La competencia para la fiscalización del control de RILES es de la Superintendencia de Servicios Sanitarios. (Resolución DGTM. N° 12.600/550 de 21 de agosto de 1987. (ORD. N° 857/92; ORD. N° 869/91), que puede ser consultada en la página web de dicha Superintendencia. (Miranda, K. C. 2014).

### **Residuos Industriales Sólidos (RISES)**

Se define como residuos sólidos al producto físico residual de de las actividades industriales. El problema más relevante de los RILES y RISES en nuestro país lo constituyen las actividades mineras que usan agua que se transforma en relaves en la explotación minera. Los relaves frecuentemente contienen concentraciones de metales pesados tóxicos para la naturaleza, por lo cual deben ser retenidos y mantenidos bajo condiciones de seguridad en lugares especialmente acondicionados para este efecto. Del mismo modo que los RILES, los RISES tienen normas de tratamiento y disposición especiales que pueden ser consultadas en la página web de Sernageomin, que es la institución fiscal encargada de las regulaciones de la minería en nuestro país.

### **Disposición y eliminación de basuras**

El problema de la acumulación, transporte y disposición de basuras se ha vuelto muy relevante en la medida que el mundo moderno ha crecido en tamaño y la economía ha estimulado el uso de muchos recursos como desechables. El control y buena disposición de basuras debe ser una responsabilidad de educación personal y familiar, para estimular las prácticas de eliminación adecuada y de reciclaje. La responsabilidad de la recolección de la basura domiciliar y está contenida en Chile en el Código Sanitario y recae en las municipalidades, como así el control de basurales clandestinos. La recolección transporte y disposición final de basuras en forma sanitaria se encuentra regulada por las normas que hacen responsable a los municipios locales de estas tareas en el Código Sanitario.(referencia). La basura se clasifica en dos componentes Los componentes biodegradables pueden ser tratados y reciclados para devolver sus componentes al medio ambiente. Los componentes no biodegradables constituyen un problema mayor y deben ser depositados en lugares conocidos y protegidos porque pueden llegar a constituir un peligro permanente por los componentes tóxicos de metales pesados que puede llegar a contener.

### **Contaminación atmosférica**

Se entiende como contaminación atmosférica la presencia de sustancias extrañas en la composición del aire, que pueden ser perjudiciales para la vida humana o natural. El aire puede contaminarse en forma natural por erupciones volcánicas e incendios forestales espontáneos. Sin embargo el problema más importante lo constituye la contaminación artificial producto de la intervención humana por actividades domésticas e industriales que liberan partículas y gases a la atmósfera. La concentración de estos contaminantes sobre la atmósfera de las ciudades se favorece por las condiciones de mala ventilación que son comunes en los valles interiores de nuestro país en forma estacional. La combustión de madera, del petróleo y del gas natural libera grandes cantidades de partículas que quedan en suspensión en la atmósfera. Además la combustión incompleta de los combustibles produce monóxido de carbono, óxido de azufre y óxido nitroso que

son especialmente peligrosos dentro de ambientes cerrados y en la atmósfera abierta son y transformados como componentes de smog fotoquímico que produce efecto tóxico de irritación y se precipita como lluvia ácida, la cual afecta la capacidad fértil de los suelos. Se sugiere buscar más sobre este tema en la página web del Centro de estudios Públicos con referencia a Ricardo Katz.

### **Otros contaminantes del medio ambiente de importancia sanitaria**

La producción artificial y liberación al ambiente como consecuencia de la actividad humana de algunos compuestos no naturales deben tener regulaciones especiales por su consecuencia y peligro para la salud humana y de la naturaleza. Tal es el caso de los productos radioactivos, (ver: Gestión de Desechos Radioactivos en Chile. Azucena Sanhueza Mir Jefe Sección Gestión Desechos Radiactivos. Comisión Chilena de Energía Nuclear. Ministerio de Energía), de los pesticidas o plaguicidas de usos industrial o agrícola (Reglamento de Pesticidas de uso Sanitario y Doméstico, del Ministerio de Agricultura. Julio de 2005). Ver también el documento Normas Sanitarias para el uso de Plaguicidas y Vigilancia de Trabajadores Expuestos del Minsal.

### **Los otros componentes del medio ambiente que afectan la salud del ser humano**

Si bien todavía no son considerados en forma como componentes del medio ambiente, el medio ambiente psicológico y social en el cual el ser humano se encuentra inmerso en sus actividades cotidianas cumple un importante rol en la salud del individuo y de las comunidades. La relevancia de estos factores se ha hecho más notable en nuestra época marcada por la mega urbanización, con ciudades de varios millones de habitantes, que deben sobrevivir no solo para la obtención de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas sino que también, debido a la concentración urbana extrema, deben luchar por la convivencia diaria en los medios de transporte, la búsqueda de los espacios mínimos para el esparcimiento, y más recientemente con la invasión de los espacios

personales con los medios comunicación y redes sociales que lo mantienen acosado con informaciones de todo tipo. También hay que considerar la incorporación paralela a esta multitud, de las poblaciones de mascotas que dependen de los humanos y comparten el medio físico, psicológico y social de las poblaciones humanas. Sobre estos no nos extenderemos en este capítulo, pero vaya la advertencia sobre la importancia creciente que estos temas tendrán en el futuro, como componentes del nivel de vida relacionados con el medio ambiente en general.

## Referencias

- Lamela, A. (2003). Desalinización (o desalación) de agua de mar. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de [http://cuentayrazon.org/revista/pdf/130/num130\\_006.pdf](http://cuentayrazon.org/revista/pdf/130/num130_006.pdf)
- Miranda, K. C. (2014). Rediseño planta de tratamiento de riles de Harting S. A. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de <http://repositorio.ucv.cl/handle/10.4151/9354>
- Skil, K. (2011). Investigar problemas ambientales en antropología social y científica: una aproximación al campo. Avá(18), 0-0. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de <http://scielo.org.ar/pdf/ava/n18/n18a05.pdf>

## Actividades de aprendizaje

1. Usted debe obtener una fuente de agua potable para una nueva vivienda de su propiedad en un sitio rural aislado en una isla de un lago sureño. Enumere los pasos que debe dar para solucionar este problema, cuáles serán sus fuentes de información y qué permisos debe obtener.

## CAPÍTULO 14

# SALUD LABORAL

*Marcial Orellana Erdmann*

### Introducción

#### *Algunas definiciones*

El “trabajo”, como lo entendemos en el presente, es una actividad social que fue creada convencionalmente por la especie humana, relacionada con la obtención de sus recursos más esenciales, tales como sus alimentos, vivienda y elementos que las distintas culturas a lo largo del tiempo han considerado indispensables su supervivencia, para la satisfacción de sus necesidades y finalmente su felicidad. La actividad del trabajo ha tenido una larga evolución en el tiempo, junto con el desarrollo de las distintas culturas que han acompañado a la especie humana. En su etapa más primitiva, cuando el ser humano se organizaba solo en tribus de homo sapiens, el trabajo consistía en una actividad colaborativa a ser desarrollada especialmente por ciertos integrantes de la tribu, orientada a la caza y/o recolección de los alimentos, la construcción viviendas el logro de los elementos necesarios para su seguridad. Más adelante, cuando la especie humana se hizo sedentaria, el trabajo se orientó hacia el pastoreo y el cultivo de la tierra y como consecuencia de esa actividad el trabajo se aplicó a la obtención de una serie de elementos artesanales necesarios para la vida en comunidad, con lo cual se especializó en distintos tipos como la confección de ropas, utensilios domésticos y también la fabricación de herramientas y armas. Las actividades puramente intelectuales tales como la administración del estado y las relacionadas con la religión, la justicia, la salud o la educación colectiva de los niños aparecieron más tardíamente como oficios o profesiones.

Una verdadera revolución en el trabajo ocurrió a fines del siglo XVIII, siglo XIX y principio del siglo XX con la Revolución Industrial, donde cambiaron los métodos de uso de la energía y se colectivizaron las funciones del trabajo creando grandes grupos de personas realizado faenas y tareas similares o relacionadas entre sí para la obtención de bienes estandarizados, definidos como productos. Se produce con la industrialización, la división del trabajo, donde cada uno de los componentes de un equipo de trabajo participa en solo una parte de la producción de un producto final. También con esta colectivización del trabajo aparece la estructura empresarial industrial, jerarquizada,

donde se producen conflictos de intereses y de poder entre los distintos niveles, lo cual va a tener consecuencias en los comportamientos internos de cada industria y en la sociedad completa. En el presente prevalece todavía gran parte de este modelo de trabajo industrial en casi todas partes del mundo pero a partir de fines del siglo XX se está produciendo una nueva transformación en la actividad del trabajo humano, con el advenimiento de tres factores importantes. 1. La revolución de las comunicaciones que está cambiando permanentemente los paradigmas y referentes culturales de la población. 2: El desarrollo acelerado de nuevas tecnologías, que están reemplazando al ser humano en las actividades industriales como las conocemos y, 3. La incorporación masiva de la mujer al trabajo fuera de la casa con iguales derechos y obligaciones que los hombres. Debido a estos factores, es por tanto incierto el panorama futuro del trabajo para las nuevas generaciones, observándose, posiblemente, de nuevo una regresión hacia la etapa preindustrial con la descomposición del trabajo humano colectivo a gran escala tanto dentro de las empresas productoras de bienes de consumo o como las de servicios para ser reemplazado principalmente por emprendimientos individuales o de grupos muy pequeños que luchan por sobrevivir en un mercado global sobresaturado.

En la medida que el trabajo humano, como lo entendemos, de acuerdo a lo anterior, ha sido considerado como una actividad necesaria y además obligatoria a ser desarrollada por los grupos humanos para su supervivencia, su ejercicio no ha estado exento de riesgos para la salud. Desde el recolector, pasando por el artesano y el intelectual las consecuencias de un accidente o enfermedad que afecte su salud no solo le afectan personalmente sino que también se propagan hacia su esfera familiar y grupal por la pérdida de las fuentes de ingreso. Cuando una industria contrata trabajo a personas ajenas para fines de obtención de bienes que a su vez enajenará por venta o transferencia a otras personas el valor del trabajo del trabajador se reduce a su producción. Si el trabajo desempeñado por el trabajador es especializado, la pérdida de un trabajador implica una dificultad para reemplazarlo por otro y por lo tanto este es el fundamento por el cual al empresario no le conviene que su trabajador enferme o se accidente y deba protegerlo. Salas, M. M. (2003).

### **PRIMERAS ORGANIZACIONES ENCARGADAS DE LA PROTECCIÓN DEL RIESGO DENTRO DEL TRABAJO**

Podría decirse que la primera iniciativa social de protección al trabajador surge en Alemania en 1883 cuando Otto Von Bismarck implanta el Seguro Obligatorio de Enfermedades de administración fiscal, que con el aporte de los empleadores permite asistir a los trabajadores ante los accidentes, la invalidez y la vejez. En Chile, en 1925 se crea con este mismo concepto el Seguro Obrero Obligatorio con el aporte de una de una cuota del 3,5% del sueldo pagado al obrero que es de parte de los empleadores. Más adelante, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud a semejanza del también recientemente creado National Health Service en las islas británicas. Este seguro separa las prestaciones de salud a cargo del Servicio Nacional de Salud y las prestaciones económicas encargadas a una nueva entidad, el Servicio de Seguro Social y siendo ambas partes componentes de la seguridad social del país, porque sus beneficios se extienden a su grupo familiar. En 1968 se crea un nuevo componente de seguro, esta vez restringido exclusivamente al trabajador activo y relacionado también exclusivamente a los riesgos de la salud dentro del ámbito laboral o como consecuencia de él. (Linares, 1956)

## LEY N°16.744

El 23 de enero de 1968 se dicta la ley N° 16.744, también conocida como Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, financiada con un aporte o prima específica pagada por los empleadores. Se faculta con esta ley a entidades privadas sin fines de lucro para su administración, las cuales subsisten en Chile hasta el día de hoy, aunque las mutuales de seguridad ya existían antes de la promulgación de la ley, como también la Caja de Accidentes del Trabajo que administraba un seguro para los empleados fiscales. En el presente existen tres mutuales de seguridad encargadas de la administración de este seguro. El Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), creado en diciembre de 1957 por la Asociación de Industriales de Valparaíso (ASIVA), la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) creada el 26 de junio de 1958 por Decreto N° 3.029 por la Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA) y la Mutual de Seguridad (CChC) creada en 1968 por la Cámara Chilena de la Construcción. (Uriarte, 2011)

## PRESTACIONES QUE OTORGA LA LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las prestaciones que otorgan las mutuales de seguridad son de tres tipos. Preventivas, médicas y económicas.

**1. Prestaciones preventivas:** Se entregan a las entidades empleadoras y a los trabajadores por expertos en prevención de riesgos que pertenecen a las mutuales. Los expertos visitan periódicamente a las empresas adheridas de acuerdo a un plan acordado. Se evalúan los riesgos y se busca la forma de eliminar los riesgos específicos de accidentes y enfermedades profesionales incentivando el uso de los elementos de seguridad y el cumplimiento de las normas de seguridad dentro del trabajo, como también el control y mejoramiento de las condiciones ambientales de trabajo, tales como la presencia de gases tóxicos y la existencia de planes de evacuación. Además se evalúan las necesidades de capacitación de los trabajadores y

se acuerdan planes de educación en conjunto con las empresas. Las empresas con más de 25 trabajadores deben formar un Comité Paritario de Higiene y Seguridad (DS. N° 54) que está compuesto de participantes de los trabajadores y de las mutuales cuya responsabilidad es aprobar y ejecutar de un plan de trabajo de prevención de riesgos.

**2. Prestaciones médicas.** En caso de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales los trabajadores tienen derecho a atención médica, quirúrgica, dental en las dependencias de las mutuales o en su domicilio, hospitalización en caso necesario y la entrega de medicamentos y otros productos farmacéuticos. Prótesis y aparatos ortopédicos, rehabilitación física, reeducación profesional y todos los gastos de traslado necesarios para el otorgamiento de estas prestaciones si el trabajador no puede valerse por sí mismo, con la autorización de su médico tratante.

**3. Prestaciones económicas.** Las prestaciones económicas tienen por objeto reemplazar las rentas de actividad del accidentado y dar continuidad entre las remuneraciones y el subsidio o pensión.

El derecho a estas prestaciones se da de acuerdo a la declaración de incapacidad, temporal o permanente que es hecha por el médico tratante. En caso de muerte por accidente o enfermedad los parientes tales como cónyuge, hijos, madre de hijos no matrimoniales, ascendientes y descendientes, tienen derecho a recibir pensiones de sobrevivencia.

El seguro puede demandarse cuando el trabajador ha sufrido un accidente del trabajo y también en el trayecto a su trabajo o enfermedad profesional, que lo inhabilite temporal o permanentemente para realizar su trabajo. El seguro opera desde el momento que se produce el accidente o cuando se haga el diagnóstico de la enfermedad, independientemente de que el empleador se encuentre o no al día en sus cotizaciones. Los accidentes de trayecto son aquellos que ocurren en el trayecto directo de ida o regreso entre la habitación y el lugar de trabajo. La expresión trayecto directo implica que el recorrido tenga racionalidad. Los accidentes debidos a fuerza mayor o producidos

intencionalmente por la víctima no están cubierto por este seguro. La declaración de accidente debe hacerla la institución empleadora o cualquier persona que haya tomado conocimiento del hecho, inmediatamente. El incumplimiento de esta norma por parte del empleador lo hace acreedor de una sanción.

Las empresas no podrán permitir que el trabajador se reintegre sin la correspondiente "Alta Definitiva" o con una "Orden de reposo con indicación de trabajo liviano", otorgados por la mutualidad.

Se define como aquella condición que ha producido en el trabajador una incapacidad de tal magnitud que requiere de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria más elementales. Los encargados de evaluar esta condición son las Comisiones de Invalidez de las mutuales y de los Servicios de Salud (COMPIN).

### **BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO**

Son beneficiarios de este seguro todos los trabajadores dependientes, cualesquiera sean las labores que desempeñen, sean manuales o intelectuales, o cualquiera sea la empresa o institución en que laboren, incluyendo los trabajadores de casa particular y los aprendices, y sin distinguir respecto al tipo de contrato de trabajo, incorporando de esta manera también a los trabajadores temporales o con contrato a plazo fijo.

La Ley N° 19.345, publicada en el Diario Oficial de 7 de noviembre de 1994, extendió estos beneficios también a los funcionarios públicos de la administración civil del estado, Municipalidades, y de instituciones administrativamente descentralizadas del Estado.

Además, se incorporan los siguientes trabajadores independientes, cualquiera sea su régimen previsional en el coticen:

- Pescadores artesanales.
- Campesinos asignatarios de tierras.
- Suplementeros.
- Conductores propietarios de automóvil de alquiler.
- Conductores propietarios de vehículos motorizados de movilización colectiva, de transporte escolar y de carga.
- Pirquineros.
- Pequeños mineros artesanales y planteros.
- Comerciantes autorizados para desarrollar su actividad en la vía pública o plazas.
- Profesionales de la ex Caja Hípica.
- Los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el respectivo plantel.
- Los Dirigentes Sindicales a causa o con ocasión de sus cometidos gremiales.
- Los trabajadores que se encuentran en actividades de capacitación llevadas a cabo por la empresa.

### **FINANCIAMIENTO DEL SEGURO**

El seguro se financia con el pago de una prima que es de parte del empleador (Ley 16.744 de 1968). La cotización básica es del 0,95% de las remuneraciones imponibles que pague el empleador mes a mes. Ningún empleador se puede exonerar de este pago. A esta cotización básica se la aplica una tasa adicional que depende de cada empresa en consideración a su giro, la cual no puede sobrepasar el 3.4% de las remuneraciones, imponibles y está asociada al riesgo. Esta tasa adicional puede ser disminuida una vez al año cuando la empresa puede demostrar menores tasas de accidentabilidad. Al ser el empleador el que cotiza se le incentiva a que se hagan

cumplir las normas de prevención para bajar la accidentabilidad y así a la empresa le permite obtener una rebaja de las cotizaciones de la tasa de riesgo por sobre la cotización básica. Las tasas de esta cotización adicional fluctúan entre el 1,70% al 3,40% y se encuentran determinadas y publicadas en un Clasificador de Actividades Económicas confeccionado por la Dirección del Trabajo, el Servicio de Impuestos Internos y el ISP, según parámetros reconocidos internacionalmente.

### REPOSO MÉDICO Y SUBSIDIO

Cuando como consecuencia del accidente se requiera que el trabajador guarde reposo durante uno o más días, el médico a cargo de la atención del trabajador deberá extender la correspondiente "Orden de Reposo Ley N° 16.744" o una "Orden de Reposo Ley N° 16.744 con indicación de trabajo liviano" o "Licencia médica", o "Licencia médica con indicación de reposo parcial" en que se indique el cambio de las condiciones laborales que debe tener el trabajador, según sea el caso. En los casos en que el médico responsable de la atención del trabajador no considere necesario que el trabajador accidentado guarde reposo, y estime que puede reintegrarse inmediatamente a sus labores habituales, deberá consignarlo bajo su firma, en el documento denominado "Alta Definitiva". Dicho documento deberá ser firmado por el trabajador, quedando copias en todas las partes. En el caso que el trabajador no pueda o no quiera firmar se dejará constancia de la situación indicando la fecha y, el nombre y firma de quien lo notificó.

Los trabajadores dependientes o independientes protegidos por la Ley N° 16.744 tienen derecho a Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) en caso de incapacidad temporal o transitoria, lo cual tiene como objeto reemplazar sus remuneraciones en actividad.

En caso de si después de recibir las atenciones médicas y de rehabilitación el trabajador queda con una incapacidad permanente, la Comisión Médica de la mutualidad y en el caso de los trabajadores afiliados al ISP, el COMPIN deberán determinar el "porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia".

Si el trabajador requiere el auxilio de terceras personas para realizar los actos elementales de su vida se suplementará la pensión en un 30% mientras permanezca en ese estado, sin perjuicio de acrecentarse también su pensión en un 5% por cada hijo causante de asignación familiar, sobre dos, con un máximo de 140% de su sueldo base. Los trabajadores que disfruten de una pensión por invalidez total o parcial otorgada por la Ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, al cumplir la edad para tener derecho a pensión de vejez, (65 ó 60 años según sea hombre o mujer respectivamente) cesa el goce de este beneficio pasando a obtener una pensión de vejez, conforme a las disposiciones de su respectivo régimen previsional (INP o AFP).

El seguro de accidentes y enfermedades profesionales que se ha comentado en este capítulo reemplaza y antecede a la cobertura de los seguros generales de salud que tienen los trabajadores.

## Actividades de aprendizaje

1. Mencione como es la composición y cuáles son las atribuciones de los “comité Paritario de Prevención de Riesgos en las empresas.
2. Mencione cuáles son los beneficiarios de el Seguro de Accidentes y Enfermedades profesionales.
3. Investigue cuál es el monto que recibe un trabajador por concepto de subsidio cuando se acoge a reposo temporal después de un accidente laboral.

**Patricia Garay Salas:** Profesora titular de la Universidad de Santiago de Chile, académica Programa Centro de Salud Pública, matrona. Magíster en Epidemiología, mención Epidemiología, de la Universidad de Chile. Directora Programa Adulto Mayor USACH, directora del Magíster en Afectividad y Sexualidad y coordinadora asignatura Epidemiología Medicina de la Universidad de Santiago de Chile.

**Matilde Maddaleno Herrera:** Jefa del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile. Médica Pediatra de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología por George Washington University.

**Paulina Martínez Gallegos:** Médica veterinaria. Magíster en salud pública mención epidemiología, Doctora en salud pública, diplomada en estudios socioambientales de la Universidad de Chile. Docente de salud pública y epidemiología en distintas universidades chilenas, académica del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile.

**Raúl Muñoz Lemaitre:** Profesor Adjunto de Salud Pública y Bioética, médico. Magíster en Ética Social y Desarrollo Humano de la Universidad Alberto Hurtado y especialista en Salud Pública de la Universidad de Chile.

**Marcial Orellana Erdmann:** Profesor titular de la Universidad de Santiago de Chile, profesor de excelencia del Programa Centro de Salud Pública. Médico Cirujano Universidad de Chile. Master in Population Research University of Exeter.

**Amaya Pavez Lizarraga:** Profesora titular de la Universidad de Santiago de Chile, enfermera-matrona y antropóloga, académica del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile. Magíster en Antropología y Desarrollo de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología de la Universidad del País Vasco. Posdoctorado en la Universidad de Santiago de Chile.

**Jorge Puga Reyes:** Profesor del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile. Médico de la Universidad de Santiago de Chile. Bachiller en Ciencias y Humanidades de la Universidad de Santiago de Chile.

**Ofelia Sanhueza Vergara:** Profesora del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile y profesional en la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Enfermera de la Universidad de Chile y Magíster Salud Pública por la Universidad Católica de Lovaina.

**Jairo Vanegas López:** Académico e investigador de la Escuela de Obstetricia y del Programa Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas. Médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Magíster en Salud Pública con énfasis en ambiente y desarrollo humano de la Universidad de Costa Rica y Doctor en Salud Pública de la Universidad de Chile. Posdoctorado en la Universidad de Santiago de Chile.

**Anselmo Cancino Sepúlveda:** Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, Ministerio de Salud. Trabajador social. Magíster en Política y Gobierno de la Universidad de Concepción.

**Tito Pizarro Quevedo:** Profesor del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile. Médico Pediatra de la Universidad de Chile. Magíster en Nutrición de la Universidad de Chile

**Angélica Verdugo Sobral:** Profesora del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile. Médica Cirujana de la Universidad de Chile. MBA con Especialización en Salud de la Universidad Andrés Bello.