

Jornadas de Medicina Social: un núcleo colaborativo de educación para promover la acción sobre los determinantes sociales de la salud en sectores comunitarios de Alaska rural

Lucas Trout, Kristine Salters, Rob Inglis, Matthew Tobey, Jennifer Kasper

La estratificación de la carga de morbilidad en EUA a partir de diferencias sociales, económicas y raciales apunta a la necesidad de educación médica que incorpore un exhaustivo análisis social y estructural de la base, impacto, prevención y tratamiento de las lesiones y enfermedades,¹ así como que prepare a los trabajadores de salud para una práctica clínica que incorpore intervenciones sociales y estructurales al ámbito de la medicina.²

De forma similar, la contumacia de disparidades sanitarias socialmente determinadas ante la intervención biomédica unilateral hace un llamado a los profesionales de salud a que unan el análisis interdisciplinario de los impactos funcionales de las desigualdades sociales a intervenciones prácticas y sistemáticas.³ Esta lectura del campo y el proyecto de la medicina social -la unión del suministro de servicios sanitarios a una agenda de equidad práctica y operacionalizada- resulta particularmente relevante a los sistemas de salud tribales, en donde las poblaciones de pacientes

acarrear una carga dispar de lesiones y enfermedades,⁴ en donde las fuerzas sociales e históricas juegan un papel importante en la creación y mantenimiento de estas disparidades⁵ y en las que fuerzas económicas y sociales constriñen la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud.⁶

Este artículo ofrece una perspectiva general del desarrollo de un programa de Jornadas de Medicina Social en un sistema de salud rural/remoto en Alaska septentrional, dirigido a apoyar a los trabajadores de salud en el suministro de cuidados más estructuralmente competentes y comprensivos.⁷ Lideradas por la División de Medicina Social de la Asociación Maniilaq, y en conjunto con colaboradores de la Escuela de Medicina de Harvard (EMH) y el Hospital General de Massachusetts (HGM), las Jornadas de Medicina Social sirven para la construcción de comunidades interprofesionales de práctica⁸ para el aprendizaje, deliberación y acción sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) en el noroeste de Alaska y en sedes académicas asociadas. El programa busca demostrar un modelo de proceso que puede ampliarse para transponer la educación de la medicina social más allá del currículo preclínico hacia la práctica, la política y los sistemas de salud, así como para construir y potenciar infraestructuras clínicas, educativas y de capacitación compartidas con colaboradores académicos, con el fin de incrementar la capacidad de los centros rurales para abordar las desigualdades en salud y los servicios sanitarios.

Lucas Trout. División de Medicina Social, Asociación Maniilaq. Alaska, EUA, Correo-e: lucas.trout@maniilaq.org

Kristine Salters. Asociación Maniilaq, Alaska, EUA

Rob Inglis. División de Medicina Silvestre, Hospital General de Massachusetts. EUA.

Matthew Tobey. División de Medicina Interna General, Hospital General de Massachusetts. EUA

Jennifer Kasper, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Escuela de Medicina de Harvard. EUA

Contexto social y comunitario

Un conjunto creciente de investigaciones apunta al papel de las desigualdades sociales como impulsores de disparidades poblacionales en la distribución y carga de la enfermedad.^{3,9} Es probable que en ninguna otra parte de los EUA sea esto más evidente que en las comunidades indígenas americanas y nativas de la Alaska rural y remota,^{5,6,10} en las cuales una gama de retos en el suministro de servicios sanitarios agravan las estructuras de desigualdad que producen y, a la vez, son propagadas por la salud precaria.^{5,6,10}

Contexto comunitario. El noroeste de Alaska es una región rural y remota circumpolar atendida por una corporación sin fines de lucro de servicios sanitarios y sociales tribalmente gobernada, la Asociación Maniilaq. Ésta es el único proveedor de salud en un área de servicio de 38,000 millas cuadradas que abarca 12 tribus circumpolares inuipat (nativas de Alaska). El área de servicio de Maniilaq (MSA) abarca la totalidad del Distrito Ártico Noroeste de Alaska y el pueblo North Slope de Point Hope, con una población total de 8,391, 83% de la cual es indígena. Kotzebue es el centro regional, con una población de 3,201. Los 10 pueblos adicionales son: Ambler, Buckland, Deering, Kiana, Kivalina, Kobuk, Noorkvik, Noatak, Selawik, y Shungnak. Como no hay sistema de carreteras que conecte estas comunidades entre ellas o con el resto del estado, los desplazamientos deben ser logrados mediante pequeños aviones, por bote o motonieves, según la temporada (Figura 1).

De los 12 pueblos atendidos por esta Asociación, siete han sido clasificados como comunidades en crisis por la Comisión Federal Denali, indicando la existencia de severas penurias económicas.¹² Un 36% de la población tiene menos de 18 años.¹³ En 2000, 34% de los adultos de 25 años o más no habían obtenido un diploma de educación superior, mientras que un 5% había recibido un grado asociado o más avanzado.¹⁴ Para mayo de 2017, la tasa de desempleo no ajustada estacionalmente para el noroeste de Alaska era de 18.9%, la segunda más alta para cualquier región del estado de Alaska y cuatro veces más que la tasa nacional de desempleo para el mismo periodo.¹⁵ El Centro Indígena de Epidemiología de Alaska reporta que

Figura 1
Norte de Alaska



Fuente: cortesía del *Distrito Escolar del Noroeste Ártico*

el 25% de su población indígena en el área de servicio de Maniilaq vive debajo del nivel de pobreza federal, una figura que dobla la de la población blanca de los EUA.¹⁶

Muchos Inuipat mantienen su cultura vibrante y una forma de vida basada en alimentos de subsistencia: mamíferos marinos, pescado, caribú, y frutos del bosque para cubrir una porción significativa de su ingesta dietética total. La Figura 2 ilustra una trampa para castor, cuyas pieles son una fuente de material para ropas de invierno. Entre 2002-2003, en una región vecina con prácticas similares, los alimentos de subsistencia constituían un 42.6% de las calorías consumidas por personas de 60 años o más, mientras que los adolescentes cumplían un 7.1% de sus necesidades energéticas a través de esta ingesta.¹⁷ A nivel estatal, las cosechas por persona de alimentos de subsistencia decrecieron aproximadamente un 25% desde mediados de los años 80, hasta el 2012, con declives aún más marcados en grupos de edades más jóvenes.¹⁸ El desarrollo económico,^{19,20} el cambio climático,²¹ y la asimilación táctica²² han puesto una serie de presiones contradictorias sobre las comunidades Inuipat para explotar o proteger recursos naturales, participar de o perder las prácticas de subsistencia, recibir o desestimar la educación occidental e ingresar o abstenerse de participar en la economía del trabajo asalariado.²³ Finalmente, los Inuipat están entre los

estadounidenses más afectados por el cambio climático a través de alteraciones en la disponibilidad de alimentos de subsistencia, el almacenamiento de comida, los desplazamientos terrestres y los cambios en las condiciones de caza.²¹ Para algunas comunidades remotas, el cambio climático ha hecho de la reubicación forzada una realidad inminente²⁴ -pronosticando que los inuipat serán unos de los primeros refugiados climáticos de la nación-.

Figura 2
Trampas para castores



Fuente: autoría del primer autor del texto.

Contexto social de disparidades de salud AIAN.

Las disparidades de salud entre Indígenas Americanos y Nativos de Alaska (AIAN) no son nada nuevo, pero han resistido abordamientos reiterados, el estado precario de salud lleva mucho tiempo siendo normalizado y racionalizado en el discurso público y político de Norteamérica,²⁵ un patrón que podría llevarnos a entender el persistentemente escaso financiamiento federal de sus servicios de salud.²⁶ Sin embargo, están entre los pocos ciudadanos globales a quienes están garantizados, servicios de salud como derecho ciudadano, mediante tratados con el gobierno de EUA,²⁷ Que estas disparidades de salud y servicios sanitarios existan a pesar de ello, subraya un reto real y urgente para los sistemas tribales de salud, y especialmente para sus financiadores federales, en el cumplimiento de su promesa de servicios sanitarios universales de calidad.

Entre 2009-2013, la tasa de mortalidad por todas las causas para los indígenas de Alaska era un 51% más alta que la de los estadounidenses blancos.²⁸ Los indígenas de Alaska tenían tasas más altas que los estadounidenses blancos para nueve de las 10 principales causas de muerte (cáncer, enfermedades del corazón, lesiones accidentales, suicidio, enfermedad crónica obstructiva pulmonar, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas del hígado, neumonía e influenza, y el abuso de alcohol).²⁸ El cáncer, las lesiones accidentales y el suicidio eran las tres causas principales de muerte para los indígenas del MSA, con una mortandad de cáncer ajustada a la edad un 80% más alta que la de los estadounidenses blancos.⁴

Hay disparidades marcadas en las tasas de factores de riesgo a la salud, como el uso del tabaco y el consumo de alcohol entre indígenas del MSA en Alaska y la población estadounidense. Entre 2009-2013, un 54% de los indígenas fumaron tabaco, comparados con el 15.1% del total de adultos estadounidenses.²⁹ Las tasas de diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad han sufrido una alza exponencial en conjunto con la reducción de la ingesta de alimentos de subsistencia,¹⁷ con un alza en las tasas de obesidad en esta población de un 63% entre 1991-1992 y 2005-2007.³⁰ También es tres veces más propensa que los estadounidenses blancos a morir de una lesión por accidentes y siete veces a morir por suicidio,⁴ con un alza en las tasas de éste entre jóvenes nativos que algunos estimados ponen en 17 veces la tasa nacional para todas las edades.³¹ La mitad de las mujeres reportan experimentar agresión sexual, violencia doméstica, o ambas y las tasas de abuso sexual infantil en los hogares nativos están por arriba de los promedios nacionales.³²

Las disparidades de salud de este grupo, en investigaciones y el discurso público, están relacionadas a una persistente gama de desigualdades sociales que impactan negativamente varias dimensiones. Durante el último siglo, los inuipat experimentaron profundos cambios a sus formas de subsistencia, cultura y autonomía, mientras que los inversionistas estadounidenses consolidaban sus intereses políticos y económicos en el ártico.³⁴ Las

epidemias de tuberculosis³³ e influenza³⁴ durante la primera mitad del siglo XX diezmaron a una gran parte de esta población durante un periodo de explotación económica colonial y asentamiento misionero, mientras que alzas exponenciales en las tasas de cáncer, enfermedad del hígado y suicidio dieron forma a la mortalidad en la segunda mitad del siglo,³⁰ en paralelo con las incursiones estadounidenses en los sistemas indígenas de educación, servicios de salud y gobierno.²²

Los líderes comunitarios han respondido prácticamente, a través del desarrollo comunitario y proyectos de revitalización cultural, así como mediante la construcción de una contra narrativa que enfatiza la resiliencia de los inuipat frente a un trauma y una transformación social profundos.²³ El noroeste de Alaska tiene un sistema de salud tribalmente gobernado, un preescolar de inmersión inuipaq, campamentos de subsistencia para los jóvenes y comunidades unidas que resisten comparaciones a cualquier análogo estadounidense. Las condiciones actuales de las comunidades aldeanas reflejan un legado de violencia social colonial, orgullo cultural, resiliencia y compromiso con un modo singular de vida.

Marco teórico en contexto social.

El hecho de que fuerzas de amplia escala afecten la distribución y carga de morbilidad no es un tema de discordia seria. Sin embargo, el mapeo de vías causales que vinculan los determinantes sociales a las desigualdades en salud y la articulación de esquemas viables para abordarlas, son proyectos de gran relevancia y preocupación. El trabajo actual hace uso del modelo de Diderichsen sobre la producción social de la enfermedad,³⁵ adoptado por la Organización Mundial de la Salud como un esquema que orienta la acción sobre los determinantes sociales de la salud.⁹ Sostiene que los contextos político-socio-económicos (ej. sistemas políticos, mercados de mano de obra, políticas sociales) generan estratificación social o jerarquías de posición social en toda la sociedad. La posición social lleva a una exposición diferencial a condiciones que impactan la salud, a una vulnerabilidad diferencial a esas condiciones basada en recursos materiales y sociales y a consecuencias diferenciales de lesiones y

enfermedades que tienen como origen el acceso a los servicios de salud, apoyo material y otros factores socialmente determinados. Finalmente, la salud precaria propaga circularmente la desigualdad social al reducir la seguridad económica, la movilidad y el acceso a apoyos sociales.⁹

En respuesta a esto, doctores, educadores y legisladores han hecho un llamado a la inclusión de competencias estructurales y educación sobre la medicina social en currículos preclínicos y de capacitación,^{1,2,7} el uso de valoraciones de necesidades sociales en la atención médica primaria y otros entornos clínicos,³⁶ así como la aplicación clínica de la teoría social y de investigación sobre los determinantes sociales de la salud.^{3,37} Los campos académicos y clínicos emergentes que unen la ciencia social con el suministro de servicios de salud apuntan a una necesidad de intervenciones en múltiples estratos sobre los determinantes sociales de la salud, desde las estructurales, enfocadas en el activismo político y el cabildeo, a programas intermediarios centrados en seguridad alimentaria y vivienda, hasta intervenciones clínicas que fomenten incrementos en la adherencia a los tratamientos, tales como el uso de trabajadores de salud comunitarios o equipos de cuidado médico integrados con servicios sociales.⁹

Más allá de este marco conceptual generalizado, docentes del programa Indígenas de Alaska han subrayado los efectos generacionales de la violencia social como una dimensión adicional de particular relevancia para las comunidades AIAN, conforme a los cuales las desigualdades en salud son mantenidas mediante la reproducción intergeneracional de la pobreza, la adicción y la marginación social, que son en sí mismas el producto de un reciente y vivo legado colonial.³⁸

Esta violencia está expresada a través de muchos determinantes de la salud más inmediatos, como la adicción, la desesperanza, la violencia interpersonal, el desempleo, el crimen y otros factores conductuales que la ortodoxia médica atribuye a la agencia individual y no a condiciones sociales, históricas, económicas y políticas. Farmer y colegas llaman a esta narrativa desocializada, es decir, es una forma de “violencia estructural...

mediante omisión analítica^{39,40} en comunidades AIAN. Es también importante notar que los sistemas de salud en sí mismos han sido implicados en esta violencia, descansando sobre un legado colonial de beneficencia que da forma a la ambivalencia contemporánea hacia la intervención biomédica.^{39,40} Aunque una discusión exhaustiva de la historia política y social de los servicios sanitarios indígenas excede el alcance de este artículo, existe investigación académica sobre el tema.^{25,27,41}

Un segundo punto relacionado, planteado por muchos residentes de la región, es que los sistemas de salud en sí representan los determinantes sociales de la salud. El noroeste de Alaska es servido por 11 clínicas remotas atendidas por ayudantes/practicantes de salud comunitarios (APSC), con grados de entrenamiento variables que definen un ámbito graduado de práctica. Son capaces de colaborar con proveedores de mediano nivel y doctores en la capital regional mediante la telemedicina para realizar evaluaciones y proveer servicios de salud básicos y primarios, preventivos y de emergencia. Bajo órdenes médicas permanentes pueden recetar medicamentos (ej. antibióticos comunes), realizar intervenciones (ej. reducir articulaciones dislocadas), administrar vacunas y realizar exámenes diagnósticos para enfermedades comunes (ej. frotis de garganta para faringitis estreptocócica). Formalmente adoptado por el Servicio Médico Indígena en 1968, luego de dos décadas de cuidado médico comunitario durante la epidemia de tuberculosis en Alaska,⁴² el programa estatal Asistencia Comunitaria en Salud (*Community Health Aide*) opera como la primera línea de cuidados médicos primarios en Alaska rural para más de 50,000 personas, con un estimado de un cuarto de millones de encuentros clínicos anuales en 178 pueblos remotos, suministrados por más de 550 trabajadores capacitados, en su mayoría, indígenas.⁴³ Algunos pueblos experimentan falta crónica de personal significativa y aguda, debido al mal reclutamiento y al desgaste.⁴⁶

Un hospital regional de acceso crítico con 19 camas, el Centro de Salud de Maniilaq, es accesible por aire desde Kotzebue. Este Centro provee cuidados ambulatorios, agudos, obstétricos, de salud femenina, de emergencia y de cuidado

Figure 3
Ambulancia de nieve fuera de la clínica Shungnak



Fotografía autoría del primer autor

dental, pero carece de personal especializado, una gama completa de equipo diagnóstico (ej. IRM), capacidades quirúrgicas y de los recursos humanos y tecnológicos para manejar la mayoría de enfermedades y lesiones serias. El cuidado terciario queda en el Centro Médico Indígena de Alaska, a unas 500 millas de distancia por aire, y para muchos procedimientos (ej. evaluaciones neuropsicológicas) Seattle podría ser la opción más cercana, a 1948 millas de distancia. La infraestructura de servicios de salud regional representa una barrera formidable al cuidado médico. Sin embargo, una cantidad de notables innovaciones regionales han mejorado el acceso y el estándar de cuidado médico para los habitantes de la Alaska remota y rural.

Muchas de estas características sociales y estructurales del noroeste de este estado exceden la capacidad de respuesta a corto plazo de un sistema regional de salud. Sin embargo, proponemos la hipótesis de que al integrar los determinantes sociales de la salud a la esfera de la conciencia moral de los trabajadores sociales; al subrayar la relevancia clínica y la utilidad del análisis y teoría social; al fortalecer alianzas comunitarias que vinculan el cuidado médico primario con servicios sociales y tribales y al fomentar un conjunto de competencias prácticas entre los trabajadores de la salud para incluir las intervenciones sociales y estructurales como parte del repertorio clínico de base, contribuiremos a la mitigación de los impactos de la estratificación social sobre los resultados sanitarios. Finalmente, tales proyectos pueden jugar un papel en la reducción de las desigualdades sociales propagadas por la salud precaria.

Diseño de intervención

Lideradas por la División de Medicina Social de la Asociación Maniilaq, y en conjunto con colaboradores del Departamento de Salud Global y Medicina Social de la Escuela de Medicina de Harvard (EMH y los Departamentos de Medicina y Medicina de Emergencia del Hospital General de Massachusetts (HGM), las Jornadas de Medicina Social fueron desarrolladas entre una red extensa de líderes tribales, coaliciones para el bienestar comunitario y proveedores regionales de servicios de salud y sociales. Basados en la estrategia de educación en salud y movilización comunitarias desarrollada por Wexler y colegas,⁴⁵ las Jornadas sirven para construir comunidades interprofesionales de práctica para el aprendizaje, deliberación y acción sobre los determinantes sociales de la salud en el noroeste de Alaska y para construir y fortalecer infraestructura clínica, educativa y de capacitación compartidas con socios académicos. Las aptitudes específicas proyectadas de los participantes para el fin del programa de 12 meses pueden verse en la Figura 4.

Figura 4
Aptitudes en medicina social

Para el final del programa Jornadas, los participantes serán capaces de:

1. Relacionar la epidemiología de disparidades sanitarias específicas en el noroeste de Alaska a las fuerzas históricas y contemporáneas que han contribuido a dichas disparidades.
2. Usar marcos conceptuales de salud pública, ciencias sociales y medicina social en el cuidado de los pacientes, y para mitigar barreras estructurales y sociales a resultados sanitarios óptimos.
3. Movilizar los conocimientos prácticos de recursos tribales, sociales y comunitarios para abordar las necesidades de los pacientes.
4. Reconocer nuevas oportunidades para el cabildeo en torno a pacientes, social, comunitario y político.

Fuente: elaboración propia

Las Jornadas mensuales utilizan un modelo de aprendizaje basado en el cuidado médico y la práctica guiada para abordar problemas prácticos y

conceptuales en el suministro de servicios sanitarios, uniendo a los equipos clínicos del hospital y al pueblo para estudiar y aplicar las perspectivas de la medicina social al cuidado de los pacientes. Cada caso en el programa Jornadas (casos compuestos por pacientes diseñados para llamar la atención hacia disparidades de salud regionales con determinantes sociales fuertes) presenta a los participantes un escenario complejo que requiere un análisis social exhaustivo y una colaboración interprofesional bien coordinada para abordar las necesidades psicosociales del paciente. Los casos son escritos colaborativamente por trabajadores locales de la salud, miembros de la comunidad, y colaboradores académicos en EMH y HGM, abordan cuatro áreas prioritarias de disparidad en estas comunidades: cuidados maternos e infantiles, salud mental, enfermedades infecciosas y crónicas. Los participantes dedican entre una y cuatro horas a cada caso, trabajando juntos para coordinar el cuidado médico, identificar lagunas en los servicios, compartir conocimientos y experiencias relacionadas al caso y generar lluvias de ideas para proponer cambios sistémicos que mejoren los resultados en situaciones reales ante circunstancias similares.

Además, cada caso es utilizado para impulsar una discusión de marcos conceptuales específicos de la medicina social. Muchos de estos fueron enseñados en “Introducción a la Medicina Social y Salud Global,” un curso requerido para todos los estudiantes de la Escuela de Medicina de Harvard (y actualmente reformulado como parte de los “Fundamentos de la Profesión”).² Un resumen breve de estos puede ser visto en la Figura 5.

Por ejemplo, el caso piloto seguía el cuidado médico de un hombre de 23 años (Corey) con intenciones suicidas, quien se autoingresó a la sala de emergencia después de un accidente de una motonieve que sucedió a la muerte, también por suicidio, de su hermano. Los participantes utilizaron análisis biosocial promoviendo la consideración de la base social y estructural de la enfermedad,¹⁻³ para contextualizar el mundo social de Corey, la ubicuidad del suicidio entre los jóvenes indígenas varones²⁸ y las fuerzas más amplias que han elegido la intervención clínica como el estándar para el cuidado en casos de suicidio.³¹

Figura 5
Prontuario de Jornadas de Medicina Social

Unidad	Tema	Marcos conceptuales de la medicina social
Introducción a las Jornadas	Jornada I: Equidad sanitaria y medicina social	Análisis biosocial Disparidades sanitarias Determinantes sociales de la salud
Unidad I: Salud Mental	Jornada II: Suicidio, pérdida de cultura, descolonialidad	Biopolítica/biopoder Violencia estructural Definiendo la enfermedad Consecuencias no intencionadas
Unidad I: Salud Mental	Jornada III: Abuso de sustancias, adicciones, trauma	Narrativos de enfermedad Trauma intergeneracional Encarnación
Unidad I: Salud Mental	Jornada IV: Depresión y sufrimiento social	Sufrimiento social Implementación y acceso Cambios de tarea
Unidad I: Salud materna e infantil	Jornada V: Disparidades en salud materna	Acompañamiento Socialización para la escasez Responsabilidad por la enfermedad
Unidad II: Salud materna e infantil	Jornada VI: Cuidado prenatal	Acceso a cuidados Intervenciones de desplazamiento
Unidad II: Salud materna e infantil	Jornada VII: Mortalidad de infantes y niños	Valor en servicios sanitarios Necesidades sociales: seguridad Cambios de comportamiento
Unidad III: Enfermedades infecciosas	Jornada VIII: Infecciones sexualmente transmitidas	Racionalizando las disparidades de salud Epidemias sinérgicas
Unidad III: Enfermedades infecciosas	Jornada IX: Enfermedades infecciosas transmitidas por aire	Capacidades estructurales Necesidades sociales: seguridad alimentaria y de vivienda
Unidad IV: Enfermedades crónicas	Jornada X: Diabetes	Cambio social global Incumplimiento/no-adherencia Barreras estructurales al cuidado
Unidad IV: Enfermedades crónicas	Jornada XI: Cuidado de ancianos	El rol de la medicina Alfabetización de salud Necesidades sociales: Apoyo comunitario y familiar
Unidad V: Integrando la teoría de la medicina social con la práctica clínica	Jornada XII: Uniendo la práctica clínica con un plan de equidad	Derechos sociales y económicos Equidad sanitaria Cabildeo Derecho a la salud

Fuente: elaboración propia

Los participantes usaron el concepto de biopolítica de Foucault⁴⁶ y la teoría de Kleinman del sufrimiento social como esquemas adicionales para enriquecer el cuidado de Corey. Estos conceptos fueron brevemente introducidos por el equipo facilitador, que luego usó preguntas (ej. “¿Cómo piensas que las diferencias en la comprensión de los problemas de salud mental afectan la eficacia de las intervenciones clínicas?”) para impulsar la discusión grupal sobre su aplicabilidad en el

cuidado de pacientes. El sufrimiento social -en parte, como “el poder político y la violencia social coaccionan la subjetividad”-⁴⁸ sirve como un vehículo para entender las narrativas públicas entre los inuipat que vinculan el suicidio contemporáneo con la violencia estructural y la pobreza de derechos sociales y económicos que forman parte del tejido de la vida ártica postcolonial: es decir, no meramente una respuesta endógena a una categoría definida de desorden psiquiátrico, sino

un índice inherentemente social, político y moral del sufrimiento social hecho manifiesto mediante el acto del suicidio.⁴⁹⁻⁵⁰

Para los participantes, la intervención clínica entró en foco de una manera muy diferente a través de este lente biosocial. En el registro discursivo de la medicina, especialmente las tendencias suicidas, toman la forma de una entidad parecida a la enfermedad, con varios suicidios constituyendo una ‘epidemia’ que invoca circularmente la necesidad de una intervención sistemática por parte del estado.⁵¹ La biopolítica, o el biopoder, el término que utilizó Foucault para describir la politización y la gobernanza de la salud⁴⁶ frecuentemente dirigida al ‘mantenimiento de la vida misma’,^{40,51} encuadra los análisis de los participantes sobre el suministro de servicios de salud mental para jóvenes suicidas. Esto llevó a una investigación sobre los patrones de restricciones de derechos civiles y desplazamiento que reflejan para muchos inuit los ‘derechos’ no deseados a la educación y gobernanza proferidas por los internados escolares, misioneros y estructuras políticas y sistemas de cuidado burocratizadas del siglo XX.^{40,51} En respuesta, los trabajadores de salud consideraron la necesidad de atender más plenamente las experiencias de los pacientes en torno a su enfermedad y a los cuidados recibidos de establecer sistemas efectivos referido la recursos comunitarios y tribales y de estructurar políticas y protocolos organizativos con el fin de generar más espacio para interacciones entre pacientes y proveedores de salud más compasivas.⁵²

El modelo de las Jornadas fue puesto a prueba por el primer autor y colega, Dr. Sri Dakoji, en abril, para evaluar su viabilidad e incorporar la retroalimentación de la comunidad y de los trabajadores de salud en el diseño final. La asistencia estaba limitada a 14 profesionales durante el periodo de prueba, pero se espera que esa figura suba a unos 20-30 durante el programa formal, llegando a los Ayudantes prctcantes de salud comunitarios (APSC), proveedores de nivel intermedio y médicos, administradores de casos, personal de enfermería y enfermera de salud pública, trabajadores de servicios social y tribal y líderes de bienestar en la comunidad. El curso recibió una retroalimentación favorable basada en

encuestas y comunicaciones personales. Los supervisores y administradores de los departamentos han accedido a pagar a su personal para que asistan y los líderes del programa se encuentran en el proceso de solicitar formación médica continuada para los participantes. Las colaboraciones académicas fueron aseguradas durante 2016-2017 y los docentes locales y externos serán reclutados a comienzos del 2017. El financiamiento fue obtenido de la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental en mayo del 2017 y el programa será lanzado en su formato completo en noviembre del 2017.

Recolección de datos

El programa Jornadas utilizará un enfoque de métodos combinados, integrando las entrevistas a participantes y los datos de encuestas pre y post, con el análisis de datos de expedientes médicos y de encuesta electrónicos para investigar cambios en los patrones de prácticas de proveedores relacionados a determinantes sociales de la salud (DSS), alianzas comunitarias e intersectoriales, revisiones a políticas y protocolos del sistema de salud y otros cambios en el suministro de servicios durante un año de programación. Una evaluación breve de necesidades sociales será administrada a los pacientes como parte de la documentación de registro, así, permitiendo que el personal evalúe la efectividad y alcance de las intervenciones enfocadas en los derechos sociales y económicos. Un borrador de este protocolo puede ser visto en la Figura 6.

Figura 6

Protocolo de evaluación de necesidades sociales



¿Desde tu visita, has tenido alguna experiencia de vida que ha dificultado el mantenerte saludable?



¿Estás preocupada por que en los siguientes dos meses podrías no tener donde vivir?



¿El año pasado comiste menos de lo que sentías que debías porque no había suficiente dinero para comprar comida?



¿El año pasado necesitaste servicios de salud que no pudiste obtener por el costo?



¿El año pasado te cortaron el agua o la luz por no pagar las cuentas?



¿El año pasado tuviste cambios de vida que han afectado tu bienestar mental?



¿Estas preocupada por tu seguridad en tu casa o por la seguridad de un ser querido?



¿Hay algún aspecto de tu salud sobre el cual te gustaría aprender más?

Los resultados serán operacionalizados para las condiciones abordadas en las Jornadas y los líderes departamentales les darán seguimiento en un intento de mejora de la calidad solicitado por los directores de Maniilaq.

Los datos de las encuestas serán recolectados al comienzo y al final de cada Jornada para evaluar las creencias de los participantes sobre las causas de las disparidades sociales, su rol en abordar los DSS y los programas sociales disponibles para los participantes. Como medidas de encuesta del curso, el conocimiento total promedio, la disposición y los puntajes de práctica serán calculados después de cada Jornada para evaluar cambios en los patrones de entendimiento y acción a lo largo del tiempo. Los mismos puntajes serán comparados con un grupo de control no participante de proveedores de salud de Maniilaq y con el grupo participante usando datos sobre patrones de práctica agrupados por proveedor del año anterior. Las pruebas t pareadas se usarán para comparar los puntajes totales promedio para conocimientos, disposición y acción en los dos grupos. Los datos sobre patrones de práctica recolectados incluyen referidos y consultas, colaboración y comunicación con los APSC, educación a los pacientes, seguimientos después del alta y coordinación con los administradores de caso. La autorización ética para esta investigación fue dada por el Comité de Revisión Institucional de *Partners Health Care*.

Limitaciones y áreas de preocupación

El mismo tipo de análisis crítico usado en este estudio puede ser constructivamente dirigido en contra del mismo programa de Jornadas. La historia social de la medicina en el norte circumpolar está unida a una historia de colonialismo durante la cual los actores del estado tenían un interés especial en convertir a los grupos indígenas de las tierras del norte en ciudadanos política y socialmente asimilados, en parte, a través de la intervención médica.⁴⁰ Paine³⁹ llamó a este esfuerzo pseudo-humanitario ‘colonialismo de beneficencia’, mientras que Foucault⁴⁶ utilizó el concepto de ‘biopolítica’ para describir la administración de la ‘vida básica’⁴⁸ (es decir, asegurar que haya cuerpos que hagan poco más que respirar). La profundización de la incursión de los servicios de salud en la vida social puede ser vista desde este punto de vista como una violencia adicional en contra de la autonomía de las familias, culturas y sistemas de cuidado indígenas.⁴⁹

El hecho de que el esfuerzo actual sea pedido por y sea responsable ante el consejo tribal puede ser visto como una cobertura de mayor o menor grado ante tales acusaciones. En cualquier caso, los autores albergan poca confusión sobre la exigencia de suministrar mejores servicios y los pacientes generalmente tienen pocas dudas de que dichos servicios y cuidados sean merecidos. Con este fin, las Jornadas buscan redireccionar el cuidado, alejándose del ‘mantenimiento de la vida misma’ y dirigiéndolo hacia la movilización de sistemas de salud para abordar derechos sociales económicos con y para aquellos cuyas vidas son constantemente acortadas y empobrecidas por enfermedades y lesiones prevenibles. Se espera que al involucrar trabajadores tribales y miembros de la comunidad más extensivamente en decisiones sobre los servicios sanitarios, el programa pueda servir como una plataforma para acciones lideradas por la comunidad y para el cambio social.

Conclusiones

La tendencia contemporánea hacia el suministro de servicios de salud basado en los derechos humanos pide la creación de esquemas educativos, organizativos y políticos que aúnan el suministro de servicios sanitarios a una agenda de equidad

que permee las labores cotidianas del cuidado clínico. Al examinar cómo las fuerzas sociales, históricas y estructurales se encarnan como lesiones y enfermedades en los individuos, así como las maneras en las cuales estas fuerzas le dan forma a la eficacia médica, la experiencia de la enfermedad y el estándar de cuidados, este programa apoya a los trabajadores de la salud para que entiendan los vínculos entre los determinantes sociales y el estado de salud resultante concreto, poniendo así atención en las fuerzas sociales que median el acceso a y la utilización de servicios y traduciendo el análisis social a sistemas de salud mejorados y cuidados clínicos más efectivos. Con el transcurso del tiempo, las desigualdades sociales propagadas por la salud precaria podrían ser aminoradas por el alivio de lesiones y enfermedades prevenibles y mediante el acompañamiento de sistemas de salud, así como servicios sociales y tribales que suministran cuidados socialmente conscientes y estructuralmente competentes.

Notas

La aprobación ética fue otorgada por el Consejo de Revisión Institucional de *Partners Health Care* bajo el número de protocolo 2017P000664.

Este programa fue financiado por la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental bajo el número de concesión 1H79SM080133-01.

Referencias

1. Westerhaus M, Finnegan A, Haidar M, Kleinman A, Mukherjee J, Farmer P. The necessity of social medicine in medical education. *Acad Med*. 2015 May;90(5):565-8.
2. Kasper J, Greene JA, Farmer PE, Jones DS. All health is global health, all medicine is social medicine: integrating the social sciences into the preclinical curriculum. *Acad Med*. 2016 May;91(5):628-32.
3. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*. 2006 Oct;3(10): 1686-91.
4. Northwest Arctic Regional Health Profile [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2008 Feb [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://anthctoday.org/epicenter/data/regions/northwest/index.html>
5. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*. 2009 Jul 4;374(9683):65-75.
6. Sarche M, Spicer P. Poverty and health disparities for American Indian and Alaska Native children: current knowledge and future prospects. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136(1):126-36.
7. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014 Feb 28;103:126-33.
8. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press;1998.
9. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [report on the internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010 [cited 2017 Jul 7]. *Social Determinants of Health Discussion; Paper 2*. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
10. Probst JC, Moore CG, Glover SH, Samuels ME. Person and place: the compounding effects of race/ethnicity and rurality on health. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1695-703.
11. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract*. 2008 Nov;14(Suppl): S8-17.
12. 2017 Distressed Communities Report [Internet]. Anchorage (AK): Denali Commission; 2017 Jun [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://denali.gov/about-us/79-news-item/87-2013distressed>
13. QuickFacts Northwest Arctic Borough, Alaska [Internet]. US Census Bureau; 2017 [cited 2017 Jul 7]. Available from: <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/northwestarcticboroughalaska/PST045216>
14. Northwest Arctic Region Educational Attainment [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2000 [cited 2017 Jul 7]. Available from: http://anthctoday.org/epicenter/assets/data/northwest/maniilaq_education.pdf

15. May 2017 Preliminary Unemployment Rate [Internet]. Anchorage (AK): State of Alaska Department of Labor and Workforce Development; 2017 [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://live.laborstats.alaska.gov/labforce/>
16. Northwest Arctic Region Poverty Status [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2015 Feb 13 [cited 2017 Jul 7]. Available from: http://anthctoday.org/epicenter/assets/data/northwest/Poverty_NWArctic_02_13_2015.pdf
17. Nobmann ED, Ponce R, Mattil C, Devereux R, Dyke B, Ebbesson SO, Laston S, MacCluer J, Robbins D, Romenesko T, Ruotolo G. Dietary intakes vary with age among Eskimo adults of Northwest Alaska in the GOCADAN study, 2000–2003. *J Nutr.* 2005 Apr 1;135(4):856-62.
18. Subsistence in Alaska: A Year 2014 Update [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Department of Fish and Game, Division of Subsistence; 2016 [cited 2017 Jul 7]. Available from: http://www.adfg.alaska.gov/static/home/subsistence/pdfs/subsistence_update_2014.pdf
19. Berardi G. Natural resource policy, unforgiving geographies, and persistent poverty in Alaska Native villages. *Natural Resources Journal.* 1998 Jan 1;38(1):85-108.
20. Wolfe RJ, Walker RJ. Subsistence economies in Alaska: productivity, geography, and development impacts. *Arctic Anthropology.* 1987;24(2):56-81.
21. Brubaker M, Berner J, Chavan R, Warren J. Climate change and health effects in Northwest Alaska. *Global Health Act.* 2011 Dec 1;4(1):8445.
22. Deyhle D, Swisher K. Chapter 3: research in American Indian and Alaska Native education: from assimilation to self-determination. *Rev Res Educ.* 1997 Jan;22(1):113-94.
23. Trout LJ, Moses JM, Wexler LM. Beyond ‘two worlds’: identity narratives and the capacity to aspire in Alaska Native youth. *Transcult Psychiatry.* Forthcoming 2017.
24. Bronen R. Climate-induced displacement of Alaska Native communities. Washington D.C.:Brookings Institution (US); 2013 Jan 30. 32 p.
25. Jones DS. Rationalizing epidemics: meanings and uses of American Indian mortality since 1600. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2009 Jun 30. 294p.
26. Kunitz SJ. The history and politics of US health care policy for American Indians and Alaskan Natives. *Am J Public Health.* 1996 Oct;86(10):1464-73.
27. Jones DS. The persistence of American Indian health disparities. *Am J Public Health.* 2006 Dec;96(12):2122-34.
28. Blake I, Holck P, Provost E. Alaska Native Mortality Update: 2009- 2013 [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2016 Jun [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://anthctoday.org/epicenter/publications/mortality/Alaska-Native-Mortality-Update-2009-2013.pdf>
29. Northwest Arctic Region Adult Tobacco Use - Current Smoking [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2015 Dec 30 [cited 2017 Jul 7]. Available from: http://anthctoday.org/epicenter/assets/data/northwest/AdultCurrentSmoking_NWA_12_30_2015.pdf
30. Alaska Native Health Status Report [Internet]. Anchorage (AK): Alaska Native Tribal Health Consortium, Alaska Native Epidemiology Center; 2009 [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://www.anthc.org/chs/epicenter/upload/ANHSR.pdf>
31. Wexler L, Silveira M, Bertone-Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001–2009: trends and implications for prevention. *Arch Suicide Res.* 2012;16(4):273-86.
32. Alaska Victimization Survey [Internet]. Anchorage (AK): UAA Justice Center; 2015[cited 2017 Jul 7]. Available from: <https://www.uaa.alaska.edu/academics/college-of-health/departments/justice-center/research/alaska-victimization-survey>
33. Funk EA. Tuberculosis contact investigations in rural Alaska: a unique challenge. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003 Dec 1;7(12):S349-52.
34. Mamelund SE. Geography may explain adult mortality from the 1918–20 influenza pandemic. *Epidemics.* 2011 Mar 31;3(1):46-60.
35. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In *Challenging Inequities in Health - from ethics to action.* New York: Oxford University Press; 2001. p 37-43.
36. Garg A, Marino M, Vikani AR, Solomon BS. Addressing families’ unmet social needs within pediatric primary care: the health leads model. *Clin Pediatr.* 2012 Dec;51(12):1191-3.

37. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
38. Sotero M. A conceptual model of historical trauma: implications for public health practice and research. *J Health Dispar Res.* 2006;1(1):93-108.
39. Paine R. The nursery game: colonizers and the colonized in the Canadian arctic. *Etudes/Inuit/Studies.* 1977;1(5):5-32
40. Stevenson L. Life beside itself imagining care in the Canadian arctic. Berkeley: University of California Press; 2014.
41. Bergman AB, Grossman DC, Erdrich AM, Todd JG, Forquera R. A political history of the Indian Health Service. *Milbank Q.* 1999 Dec 1;77(4):571-604.
42. Gage S. Community health aide program overview [Internet]. Anchorage (AK): Association of Alaska Community Health Aide Directors; 2007 [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://www.akchap.org>
43. Golnick C, Asay E, Provost E, Van Liere D, Bosshart C, Rounds-Riley J, Cueva K, Hennessy TW. Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides. *Int J Circumpolar Health.* 2012 Jan 1;71(1):18543.
44. Landon B, Loudon J, Selle M, Doucette S. Factors influencing the retention and attrition of community health aides/practitioners in Alaska. *J Rural Health.* 2004 Jun 1;20(3):221-30.
45. Wexler L, McEachern D, DiFulvio G, Smith C, Graham LF, Dombrowski K. Creating a community of practice to prevent suicide through multiple channels: describing the theoretical foundations and structured learning of PC CARES. *Int Q Community Health Educ.* 2016 Jan;36(2):115-22.
46. Foucault M. The birth of biopolitics. Reprint ed. Burchell G, translator. New York: Picador; 2010. 369 p.
47. Kleinman A, Das V, Lock MM, editors. Social suffering. Berkeley: University of California Press; 1997. 425 p.
48. Agamben G. Homo sacer: power and bare life. Heller-Roazen D, translator. Stanford: Stanford University Press; 1988. 228 p.
49. White J. Youth suicide as a “wild” problem: Implications for prevention practice. *Suicidol Online.* 2012;3:42-50.
50. Wexler LM. Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. *Soc Sci Med.* 2006 Dec 31;63(11):2938-48.
51. Marsh I. Suicide: Foucault, history and truth. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
52. Kleinman A, Van Der Geest S. ‘Care’ in health care: remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie.* 2009;21(1):159-68.

Recibido: 25 de junio de 2016.

Aceptado: 27 de julio de 2016.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos