

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

Editada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Edición cuatrimestral.

Editorial

Artículos Originales

- *Prevalencia de hábitos, conductas e intereses de estudiantes de medicina de cinco escuelas del país.*
- *Nivel de utilización de software epidemiológico en dos centros de salud primaria de la Provincia de Valdivia, 2004.*
- *Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental.*
- *Manifestaciones electroencefalográficas de epilepsia en agrupación de niños con espectro autista.*

Tema de Actualidad

- *Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología. René Ríos.*

Cifras de Hoy en Salud Pública

Semblanza

Revista de Revistas

Agenda

Instrucciones a los Autores



REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

Editada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Edición cuatrimestral.

Comité Ejecutivo

Director

Giorgio Solimano

Directores Reemplazantes

Rubén Alvarado Muñoz

Paulina Pino Zuñiga

Integrantes

Daniela Araneda Repossi

Claudio Silva Zamora

Marcos Vergara Iturriaga

Índice

Editorial	3
Artículos originales	
Prevalencia de hábitos, conductas e intereses de estudiantes de medicina de cinco escuelas del país. <i>Benjamín Horwitz, Rubén Miranda, Álvaro Wolfenson, Felipe Santelices, Luis Martínez, Paloma Domancic, Carolina Romero y Miviala Bustamante.</i>	5
Nivel de utilización de software epidemiológico en dos centros de salud primaria de la Provincia de Valdivia, 2004. <i>Manuel Céspedes, María Cristina Torres, Francisco Marín y Jorge Gómez.</i>	12
Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. <i>Ricardo Muza y Paula Muza.</i>	18
Manifestaciones electroencefalográficas de epilepsia en agrupación de niños con espectro autista. <i>Perla David, Karin Borgeaud y Marco Bernaschina.</i>	23
Tema de actualidad	
Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología. <i>René Ríos.</i>	28
Cifras de hoy en salud pública	
Gasto de Bolsillo en Salud en Chile 2005: Estructura, participación relativa y tendencias <i>David Debrott</i>	38
Semblanza	
Dr. Eduardo Sarué	43
Revista de Revistas	46
Agenda	48
Instrucciones a los autores	51

Planificación urbana y salud pública

El diseño de nuevos sistemas de transporte y -con mayor razón- los cambios significativos en los existentes, como es el caso del Transantiago, se inscriben en un contexto de planificación urbana y su éxito depende, en gran medida, de su capacidad de resolver numerosas situaciones que determinan las condiciones en que la población desarrolla su vida cotidiana.

La interacción entre salud pública y planificación urbana tiene una larguísima historia y cada día adquiere mayor importancia y nuevas dimensiones. En 1854, el médico inglés John Snow utilizó el mapeo geográfico para identificar una bomba de agua en Londres, que resultó ser la fuente de contagio de una epidemia de cólera. En esa misma época, urbanistas tales como Frederick Law Olmsted validaron la importancia de integrar estas disciplinas al reconocer la significación de los espacios comunitarios para la salud física y mental, creando cientos de parques, incluyendo el Parque Central de Nueva York, en Estados Unidos. Otro hecho interesante de destacar es que de los siete fundadores de la Asociación Americana de Salud Pública el año 1872, dos eran urbanistas, uno arquitecto y otro experto en vivienda. Recientemente, cabe señalar la estrecha relación entre estas disciplinas en la formulación del concepto y la expansión del movimiento de Ciudades Saludables, que comenzó en Europa y Estados Unidos en los años 80, y que hoy se extiende a más de mil ciudades en todo el mundo.

La planificación urbana es un campo multidisciplinario, orientado a mejorar el bienestar de las personas y comunidades mediante la creación de espacios y lugares agradables, saludables, con menores desigualdades, eficientes y atractivos, gracias al desarrollo de planes de diferente magnitud, que incluyen las áreas de transporte, vivienda, equipamiento comercial, protección ambiental, utilización de los recursos naturales e infraestructura de salud, entre otras. Esto no debe sorprendernos, porque la planificación urbana y la salud pública comparten misiones y perspectivas tales como la satisfacción del bienestar humano, enfatizan el diagnóstico de las necesidades y de la provisión de servicios adecuados, manejan sistemas sociales complejos, intervienen a nivel poblacional y se nutren de la participación comunitaria privilegiando la satisfacción de las necesidades de la población más vulnerable.

Contar con un sistema de transporte de buena calidad y eficiente constituye un pilar fundamental del desarrollo urbano y, en particular, del funcionamiento de la ciudad. Su expansión, modernización y diversificación a lo largo del tiempo también está documentada para las grandes metrópolis, quedando en evidencia que los avances no han sido fáciles de implementar y los problemas no simples de resolver. Sin embargo, la relación entre sistemas transporte y condiciones de salud, que ha recibido escasa atención, con excepción de los efectos sobre la calidad del aire y la subsecuente contaminación ambiental, comienza a interesar a las autoridades políticas en diferentes partes del mundo, abriendo oportunidades que debiéramos tener en consideración en nuestro país al iniciarse un cambio tan significativo en el transporte en Santiago.

Sólo mencionaremos dos publicaciones recientes que ilustran lo que se puede lograr si se conforman instancias de colaboración entre los especialistas, los decisores políticos y las organizaciones sociales en torno a una política con objetivos comunes.

La organización Smart Growth B.C. y la Universidad de British Columbia, de Canadá, publicaron el informe "Promoting Public Health Through Smart Growth", que documenta cómo el contexto urbano configura las opciones de transporte y, en consecuencia, la salud de la población beneficiaria. Igualmente, examina los resultados de investigaciones para una serie de condiciones de salud

relacionadas con el transporte, entre las que destacan: actividad física y obesidad, calidad del aire, seguridad en el tránsito, ruido, calidad del agua, salud mental y capital social. El documento concluye que aquellas comunidades que han crecido de manera armónica son más saludables y que ello se logra principalmente mediante la modificación de sus conductas de transporte.

El otro estudio, publicado en el *J. Epidemiol. Community Health* el año 2004, señala que la realización de la Evaluación del Impacto en Salud de la Estrategia de Transporte de Londres, elaborado por el alcalde de esa ciudad, fue exitosa en influenciar dicha estrategia, resultando en mejoramientos significativos desde el punto de vista de la salud. Las recomendaciones más significativas se refirieron a promover un transporte apropiado hacia los lugares de trabajo y establecimientos educacionales; otorgar prioridad a la infraestructura y servicios que beneficien a las comunidades con mayor deprivación; aumentar la promoción del caminar y del uso de la bicicleta; y el compromiso de establecer mecanismos de evaluación de los impactos de la estrategia sobre la salud, por una parte, y de su implementación, por otra.

En síntesis, en nuestro país enfrentamos, concordante con lo que ha ocurrido en otras ciudades del mundo, la puesta en marcha de una profunda transformación del sistema de transporte colectivo en la ciudad de Santiago, el que está teniendo serios problemas de diseño e implementación. Este proyecto ha dejado en evidencia grandes deficiencias en la concepción y desarrollo urbano de nuestra capital, gestadas a lo largo de décadas, asociada a una cultura de cómo trasladarnos profundamente enraizada en nuestra idiosincrasia, que al igual que en otras partes del mundo privilegia cada vez más el individualismo.

He aquí un desafío y una responsabilidad para la salud pública en los diferentes ámbitos de su quehacer. Se torna imperativa la colaboración multidisciplinaria al interior del sector salud, pero de manera prioritaria más allá de éste, con las autoridades nacionales y locales responsables, expertos en transporte y urbanismo, por mencionar sólo algunos de los numerosos actores comprometidos.

Las universidades podemos formar recursos humanos, investigar y oportunamente realizar las evaluaciones que se requieren para medir el impacto del Transantiago en la salud no sólo de la población que lo utiliza, sino también de quienes se benefician indirectamente de él.

Prevalencia de hábitos, conductas e intereses de estudiantes de medicina de 5 escuelas del país

BENJAMÍN HORWITZ⁽¹⁾, RUBÉN MIRANDA⁽²⁾, ÁLVARO WOLFENSON⁽²⁾, FELIPE SANTELICES⁽²⁾, LUIS MARTÍNEZ⁽³⁾, PALOMA DOMANCIC⁽¹⁾, CAROLINA ROMERO⁽¹⁾ Y MIVIALA BUSTAMANTE⁽¹⁾

RESUMEN

Los estudiantes de medicina dedican gran parte del tiempo a estudiar las materias necesarias para su preparación profesional. Así, logran un adecuado desarrollo de conocimientos científicos y competencias médicas. Sin embargo, los médicos necesitan desarrollar habilidades humanísticas.

Su objetivo es conocer prevalencias de hábitos, conductas e intereses de alumnos de medicina de distintas escuelas del país, públicas y privadas, en áreas culturales, recreativas, deportivas, actividades comunitarias y de ayuda social, religiosas, políticas, y trabajos remunerados.

Se realizó una encuesta anónima a 299 alumnos de medicina de 5 Universidades del país de primero, tercero, y séptimo año; elegidos al azar, en aspectos antes mencionados. Los datos se analizaron con el programa EpiInfo 2002.

Fuman: 31,11%. Bebe alcohol: 73,91%. Leen periódicos: 75,59%, priorizan noticias nacionales y culturales. Actividades recreativas no deportivas y deportivas más de una vez al mes: 51,2% y 51,51%. Un 27,09% realiza actividades comunitarias, considerándolas importante un 79,26%. Un 61,54% manifiesta interés por política, sólo un 55,85% está inscrito en el Servicio Electoral. Un 71,57% adhiere a alguna religión, un 70% se declara católico. No trabaja un 77,93%, la mayoría por no tener tiempo. Los que trabajan, 62,5% lo hacen para tener dinero "extra".

Casi la mitad de los estudiantes de medicina dedica parte de su tiempo a actividades culturales, y a pesar de que la mayoría considera importante para su formación la práctica de actividades comunitarias, pocas las realizan. En las escuelas de medicina no hay un claro incentivo para el desarrollo de las artes y letras, por lo que creemos debe impulsarse la integración de las humanidades médicas en la malla curricular de la carrera de medicina.

Palabras Claves: Humanidades Médicas, Estudiantes Medicina.

ABSTRACT

PREVALENCE OF HABITS, BEHAVIORS AND INTERESTS AMONG MEDICAL STUDENTS FROM 5 MEDICAL SCHOOLS IN CHILE.

Most of their time, medical students are engaged in studying the courses needed for their professional training. Thus, they develop an adequate scientific knowledge and acquire medical skills. However, physicians also need to develop humanistic abilities.

The purpose of the present work is to assess the prevalence of habits, behaviors and interests

⁽¹⁾ Interno de Medicina. Universidad de Chile. bhorwitz@gmail.com

⁽²⁾ Interno de Medicina. Universidad de Santiago de Chile.

⁽³⁾ Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Universidad de Santiago de Chile.

among medical students from different public and private medical schools across the country, considering the areas of culture, leisure, sports, community and social care, religion, politics and paid jobs.

An anonymous survey was carried out among 299 randomly selected medical students from 5 Chilean Universities who were in the first, the third and the seventh year of their career. Data analysis was performed with EpiInfo 2002.

The results were as follows: 31,11% were smokers; 73.91% drank alcohol; 75.59% read the newspapers, favoring national and culture news; 51.2% and 51.51% performed non-sport leisure and sport activities more than once a month; 27.09% were involved in community aid, and 79.26% considered such activities as important; 61.54% expressed interest in politics, and only 55.85% were listed on the electoral roll; 71.57% adhered to any religion, 70% declared themselves Catholics; 77.93% did not work, most of them due to lack of time; among those who worked, 62.5% did it to obtain extra money.

Almost half of medical students spend part of their time in cultural activities, and although most of the students consider community care as an important factor for their training, very few put into practice such activities. Medical schools do not encourage clearly enough the development of arts and letters, therefore the integration of medical humanities to the medical curriculum should be encouraged.

Keywords: *medical humanities, medical students*

INTRODUCCIÓN

Los estudiantes de medicina dedican gran parte de su tiempo a estudiar las materias necesarias para su preparación profesional. Con esto, logran un adecuado desarrollo en sus conocimientos científicos y competencias médicas. Sin embargo, necesitan desarrollar habilidades humanísticas. Estas nos permiten considerar a las personas como individuos íntegros, y reconocer aspectos relevantes de su calidad de vida. Estas habilidades comprenden las áreas literarias, filosóficas, musicales, teatrales, artes en la comunidad, artes visuales, entre otras¹. Es muy importante el rol de la palabra y el lenguaje en el abordaje anamnético y en la terapéutica, los cuales se desarrollan a través de cursos de humanidades^{2,3}.

La filosofía ha estado presente en la medicina desde sus inicios, y en ésta se incluyen temas éticos y los dilemas a los que se ven enfrentados los médicos en su quehacer diario. El interés por la filosofía nos permite analizar los problemas, considerar los argumentos expuestos en ellos, y aclarar nuestras ideas y pensamientos

en cuanto a cómo nos sentimos, cómo sabemos, y cómo podríamos actuar¹. Asimismo, las humanidades nos permiten comprender la manera de sentir de las otras personas, y ver los problemas desde su perspectiva¹.

Hasta hace unos 50 años, en la enseñanza mundial del arte médica se esperaba que los médicos en formación adquirieran ciertas habilidades en las artes, filosofía, retórica o lógica. Esto debido a que se sabe que las humanidades facilitan la educación, la terapéutica, y el bienestar de las personas. La medicina es una ciencia social no exacta que trabaja con personas, por lo que es fundamental el desarrollo de estas habilidades para un buen manejo de la relación médico-paciente. Es por ello que desde hace más de dos décadas el tema ha sido motivo de seminarios, trabajos de investigación, debates; y se han creado centros para el estudio de las artes y las humanidades. La enseñanza de las artes entre los profesionales médicos se ha incrementado sobre todo en el mundo desarrollado, donde las humanidades están integradas en el currículum de las escuelas de medicina, se desarrollan seminarios, cursos

y discusiones en aumento constante. Las encuestas a quienes han sido sometidos a dichas mallas revelan que los estudiantes las consideran una herramienta muy valiosa para reflexionar acerca de la vida, la calidad de vida, y cuestiones clínicas desde una perspectiva distinta. Es tal el nivel de desarrollo de estos países que los hospitales incorporan el arte a la ornamentación de su infraestructura.

De la experiencia en América Latina uno de los países con mayor desarrollo en algunas de sus escuelas es Argentina. Ellos tienen más 20 años de experiencia en el desarrollo y enseñanza de las humanidades médicas⁴. Desde 1976 se implementan cursos electivos acerca de las humanidades, y en 1980 crean el instituto de humanidades médicas⁵. Ellos fueron los primeros en acuñar el término “kalología médica”, del griego “*Kalòs*” (bonito) que se refiere a la belleza en la música y la danza, y que es ampliamente reconocido como término que reúne el conjunto de disciplinas que involucra la kalología. Asimismo, otro término utilizado es el de “philokalía” (del griego *philos*: amigo, y *kalia*: belleza)⁶. Actualmente su nuevo currículum de medicina, que incluye las humanidades médicas, está en evaluación.

Además de su relación con los pacientes, los médicos pueden tener un rol importante en la política de una nación. Históricamente los médicos han sido participantes de la contienda política de los países, a través de senadurías, alcaldías, parlamento, dirigencia de partidos políticos, etc⁷. Y Chile no es la excepción.

Un hecho preocupante es la poca participación de los jóvenes de Chile en lo que respecta a la política y desarrollo de las artes, a pesar de que en el último tiempo se ha visto un incremento en dicha materia. Según una encuesta del INJUV de (1998): los jóvenes leen poco, practican poco deporte y ven mucha televisión. El 83% ve televisión y escucha radio diariamente, sólo un 30% lee diarios o revistas, y apenas un 25,6% practica deportes⁸. Según otra encuesta del INJUV del año 2000, más de un 60% de los jóvenes de entre 20 y 24 años no está inscrito en el registro electoral⁹. Al año 2005, el total de jóvenes entre 20 a 24

años inscritos en el registro electoral es de 281.153 personas, correspondiente a un 21,3% de jóvenes inscritos de ese grupo etario. Los estudiantes de medicina pertenecen en su mayoría a este grupo.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de hábitos, conductas e intereses de los alumnos de medicina de distintas escuelas del país, incluidas públicas y privadas, en áreas culturales, recreativas, deportivas, actividades comunitarias y de ayuda social, actividades religiosas, actividades políticas, y trabajos remunerados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló una investigación exploratoria, descriptiva de tipo transversal, mediante la aplicación de una encuesta que contiene 35 preguntas, diseñada por los autores con la revisión por expertos en investigación social y epidemiológica. En ella se consulta acerca de hábitos (consumo de alcohol y tabaco), realización de actividades recreativas no deportivas, práctica de actividades deportivas, participación en tareas de ayuda social y comunitaria, intereses culturales, políticos, y religiosos. Como variable de confusión se consultó acerca del desempeño de trabajos remunerados que dificulten la práctica de las actividades antes mencionadas. El cuestionario se aplicó a estudiantes de medicina de primer, tercer y séptimo año (15 a 20 encuestados por curso, elegidos en forma aleatoria, mediante enumeración según listado oficial del curso y elección por tabla de números aleatorios) de 5 escuelas de medicina del país, las que incluyen: Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Universidad Mayor, Universidad Austral, Universidad de Concepción. La encuesta fue aplicada entre septiembre y diciembre de 2005. Los resultados de las encuestas fueron tabulados con el programa MS Excel 2003; se realizó un análisis de distribución de frecuencias absolutas, y se estableció la prevalencia porcentual de las variables de interés mediante

el software EpiInfo 2000. Además, se establecen intervalos de confianza (IC) al 95% para cada prevalencia de hábitos, conductas e intereses más relevantes.

RESULTADOS

Las características del grupo encuestado se presentan en la Tabla 1.

Con respecto a los hábitos, 99 estudiantes declaran fumar, lo que corresponde a un 31,11% (95% IC: 27,8% - 38,4%); y de ellos, un 63,27% fuma entre 1 y 5 cigarrillos al día, un 27,55% fuma entre 6 y 10 cigarrillos al día, y los restantes fuman más de 10 cigarrillos al día. 70 de los estudiantes que fuman, que corresponden a un 72,16% (95% IC: 60,3% - 80,9%) refieren fumar más desde que ingresaron a la carrera de medicina. En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas, 221 encuestados declaran beberlas (73,91%, 95% IC: 68,9% - 78,9%); y de ellos, 9 dicen hacerlo diariamente (3,91%), y 148 (64,35%) lo hacen sólo durante los fines de semana. El resto consume alcohol en forma esporádica (una vez al mes o menos). Se destaca que el 27,84% de los encuestados dice no beber alcohol en lo absoluto.

En cuanto a las actividades recreativas no deportivas, se observó que tan solo un 51,2% (95% IC: 45,5% - 56,9%) de la muestra dedica parte de su tiempo libre al arte y cultura por lo menos una vez al mes (teatro, ópera, cine, música, museos, etc.). Los detalles sobre estos resultados se muestran en la Figura 1. Un 75,59% (226 personas, 95% IC: 70,7% - 80,5%) declara leer el diario, y de ellos un 22,07% lo hace todos los días y un 28,76% los lee sólo los fines de semana. Asimismo, de los encuestados que leen el diario, un 29,1% prioriza las noticias nacionales, y un 26,42% dejan las noticias de farándula como última prioridad. En la Figura 2 se detallan los resultados acerca del tiempo diario que dedican los encuestados a ver televisión; escuchar radio; leer libros, periódicos o revistas; y a navegar y chatear por Internet. Queremos destacar que 160 de ellos (53,5%, 95% IC: 47,9% - 59,2%) no le dedican tiempo diariamente a leer libros

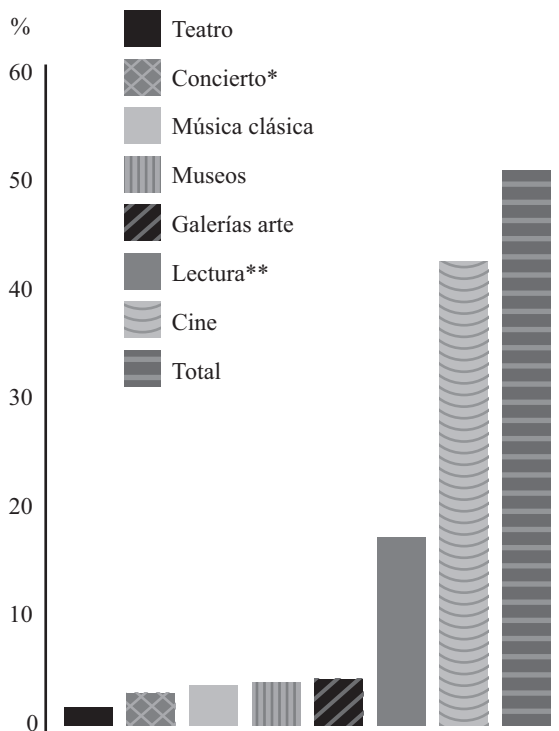


Figura 1. Actividades recreativas no deportivas practicadas por lo menos 1 vez al mes.

* Concierto de cualquier tipo de música, excepto clásica.
 ** Lectura de libros no relacionados con la carrera de Medicina.

que no estén relacionados con la carrera.

Un 51,51% de la muestra (154 estudiantes, 95% IC: 45,9% - 57,2%) refiere practicar deportes; y de ellos, 143 (47,83% del total de la muestra) lo hace por lo menos una vez a la semana. Del total de los encuestados, sólo un 27,09% (95% IC: 22,1% - 32,1%) declara participar actualmente en actividades comunitarias (de ayuda social), y de ellos el 87,6% comenzó a hacerlo antes de entrar a la carrera o durante el primer año. Del total de los encuestados, 237 personas (79,26%) consideran importante que los estudiantes de medicina realicen estas actividades para su formación profesional.

De los 299 participantes en el estudio, 214 (71,57%, 95% IC: 66,5% - 76,7%) declaran tener alguna religión. De esos estudiantes, un

86,45% adhiere a la misma religión que practican sus padres. Sin embargo, sólo un 55,14% se declara practicante, y un 43,93% realiza actividades relacionadas a ella. Las religiones que practican los estudiantes de medicina se detallan en la Figura 3. Se destaca que un 70% (95% IC: 63,9% - 76,1%) adhiere a la religión católica.

162 de los encuestados dicen que les interesa la política (61,54%, 95% IC: 56% - 67,1%). Del total de participantes, un 43,48% refiere no tener las mismas ideas políticas que sus padres. Los detalles acerca de la inclinación política de los estudiantes de medicina que participaron en el estudio se muestran en la Figura 4. Sólo 16 personas (5,35%) militan en algún partido político. Un 42,14% de la muestra (126 estudiantes, 95% IC: 35,5% - 48,8%) no está inscrito en el registro electoral, y de las 167 personas que sí están inscritas, la mayoría (94%) volvería a hacerlo si tuviera la oportunidad. De los no inscritos, la mayoría (21,43%) no lo ha hecho porque no le interesa la política.

En cuanto a la variable de confusión (desempeño de trabajos remunerados), 56 estudiantes (18,73%, 95% IC: 13,5% - 24%) trabajan. De ellos, 26 alumnos (35,71%) lo hacen en forma esporádica, siendo un porcentaje menor los que laboran más de 12 horas a la semana (23,21%). Un 62,5% lo hace sólo para contar con un dinero extra, y el porcentaje restante lo hace para pagar sus estudios, para ayudar a su familia, o por otros motivos. Los detalles de las áreas en las que trabajan los estudiantes de medicina se muestran en la Figura 5. Un 30,96% de los estudiantes que no trabaja, no lo hace porque no lo necesita. Un 56,07% declara no hacerlo porque no tiene tiempo. El 44,48% del total de la muestra considera que los estudiantes de medicina de primero a quinto año de la carrera tendrían suficiente tiempo para trabajar; sin embargo, sólo un 16,05% piensa que un interno de 6° ó 7° año podría hacerlo.

Tabla 1. Características de los encuestados

Total de encuestados	299 (100%)
U. de Chile	61 (20,4%)
U. Mayor	61 (20,4%)
U. de Santiago	61 (20,4%)
U. Austral	53 (17,73%)
U. de Concepción	63 (21,07%)
Edad (años)	23,4 (DS: 2,85)
Hombres (%)	52,17
Colegio de Egreso (%)	
Estatul	13,7
Privado Subvencionado	28,8
Privado	56,9

* El valor entre paréntesis corresponde a la desviación estándar a menos que se especifique el símbolo “%”, que se refiere a porcentaje.

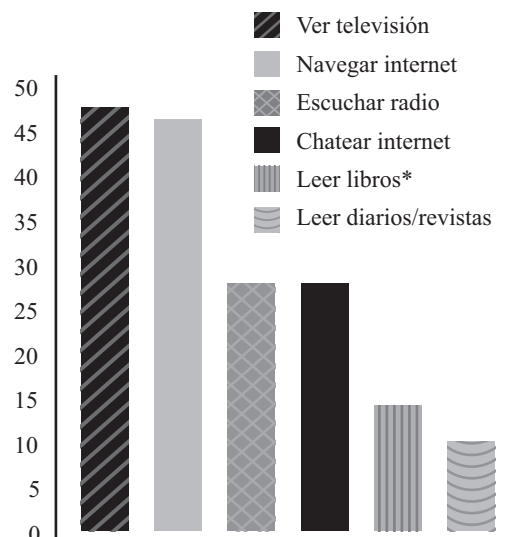


Figura 2. Porcentaje de estudiantes que dedican más de 1 hora al día a ver televisión, navegar en Internet, escuchar radio, chatear por Internet, leer libros, y leer diarios y/o revistas.

* Lectura de libros no relacionados con la carrera de Medicina.

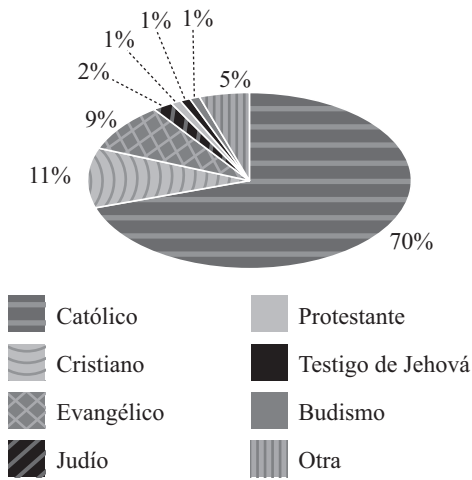


Figura 3. Religiones a las que adhieren 214 estudiantes de medicina.

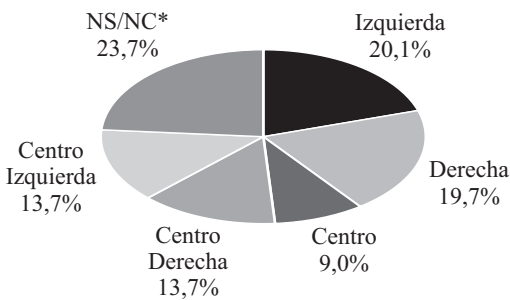


Figura 4: Inclinación política de los estudiantes de medicina.

* NS/NC: No sabe / No contesta.

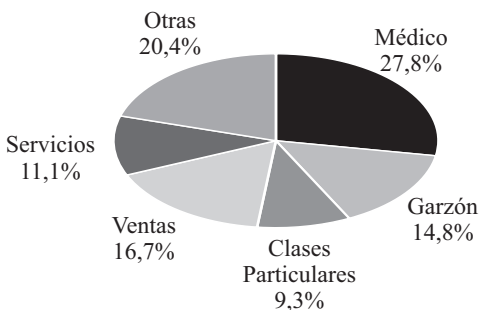


Figura 5: Trabajos remunerados: áreas en las que se desempeñan los estudiantes de medicina que trabajan.

DISCUSION

El consumo de tabaco entre los estudiantes de medicina es menor que en la población general de entre 19 a 25 años de edad (un 57,58% de los jóvenes chilenos de ese grupo etario fuman). La carrera produciría un factor estresor a lo largo de los años, que provocaría que los estudiantes que fuman aumenten la frecuencia de este hábito durante la carrera. El consumo de alcohol es mayor que en la población general de 19 a 25 años (un 66,13% de la población chilena de 19 a 25 años declara consumir alcohol), pero la mayoría declara hacerlo sólo los fines de semana.

Cerca de la mitad de los estudiantes de medicina dedica parte de su tiempo libre a actividades culturales, siendo mucho más frecuente que vayan al cine que a otro tipo de manifestaciones artísticas. Menos de un quinto lee un libro al mes que no se relacione con sus estudios, lo que demuestra un bajo interés por la lectura y, probablemente, la escasez de tiempo. Las escuelas de medicina en Chile, en general, no incentivan en sus estudiantes el desarrollo de las artes y letras, por lo que estos resultados demuestran la gran falencia que existe en este aspecto.

Sólo cerca de la mitad de los encuestados realiza deportes más de una vez al mes. Esto podría explicarse, nuevamente, por una carga académica excesiva que impide la práctica de estilos de vida saludables.

Los futuros médicos presentan inquietud por informarse en actualidad nacional y cultural preferentemente, pero la gran mayoría sólo lee los periódicos los fines de semana, y cerca de un cuarto de ellos no los lee nunca. La mayoría manifiesta interés por la política, con una tendencia mayoritaria hacia el centro-izquierda- centro derecha, sin embargo pocos están inscritos en el Servicio Electoral (aunque el porcentaje es menor que en la población chilena de entre 19 a 24 años⁹); y una pequeña proporción declara militar en un partido político. Debiera estudiarse la posibilidad de dar un espacio a estos jóvenes para incentivar que se informen y discutan acerca del acontecer

nacional, internacional, y cultural a través de debates, seminarios, reuniones, y realicen cursos de humanidades que sean integrados a la malla curricular

Si bien la mayoría considera importante para la formación médica la práctica de actividades comunitarias, son pocos los que la realizan, y de ellos la mayoría ya lo hacía antes de comenzar la carrera. Existe poco interés de los estudiantes en este aspecto, y probablemente también influye la falta de tiempo y la alta exigencia académica.

El factor económico no contribuiría en estos resultados, ya que un bajo porcentaje declara hacer o tener trabajos remunerados (a pesar que muchos piensan que los estudiantes de medicina sí podrían hacerlo durante la carrera), y la mayoría de los que lo hace no es por necesidades económicas.

Actualmente las mallas curriculares de las escuelas de medicina que fueron incluidas en este estudio incorporan algunos cursos relacionados con las humanidades médicas*. La mayoría ofrece clases de antropología médica, historia de la medicina, e introducción a la medicina en los primeros años de la carrera; y otras entregan cursos electivos en estas materias. Cabe destacar que la Universidad de Chile imparte un curso de Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y Éticos de la Medicina, que se prolonga durante los 5 primeros años de estudio, y se exige para obtener el grado de Licenciado en Medicina. Sería recomendable analizar la necesidad de impartir cursos de Humanidades Médicas en todas las escuelas de medicina del país, y evaluar el impacto que tendrían en la formación integral de los futuros profesionales.

REFERENCIAS

1. CALMAN, KENNETH C. The arts and humanities in health and medicine. *Public Health* 2005;119:958-959.
2. GRANT, V. J. Making Room for Medical Humanities. *J Med Ethics* 2002;28:45-48
3. ELWYN, G; ELWYN, R. Stories We Hear and Stories We Tell: Analysing Talking Clinical Practice. *BMJ* 1999;318:186-188.
4. ACUÑA, L. Don't Cry for Us Argentinians: Two Decades of Teaching Medical Humanities. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:66-70
5. ACUÑA, L. Teaching Humanities at the National University of La Plata, Argentina. *Acad Med.* 2003;78:1024-1027
6. GALANKIS, E. Letter: Medical humanities, kalology and philokalia. *J of Med Ethics* 2001;27:106
7. ZARRINPAR, A. Roles for Medical Students in the Political Process. *MS JAMA: Editor's Note* 2003; Vol 290 N° 13.
8. URRUTIA, L. Cuadernillo Temático N°2: Sociabilidad y Cultura Juvenil. INJUV, enero 1999.
9. INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV). Chile. La Eventualidad de la Inclusión: Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo. Principales Resultados Tercera Encuesta Nacional de Juventud, 2000.
10. MINISTERIO DEL INTERIOR, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Área de Evaluación y Estudios. (2005). El Consumo de Cigarrillos en Chile, Estudios Nacionales de Drogas en Población Escolar de Chile 1995 – 2003. Mayo de 2005.
11. MINISTERIO DEL INTERIOR. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Área de Evaluación y Estudios. (2004). Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004. Consumo de Drogas en Jóvenes.

Recepción : 18 nov. 2006

Aprobación : 18 dic. 2006

* Las mallas curriculares de estas Escuelas de Medicina fueron obtenidas de la página de Internet de las respectivas universidades, en junio de 2006.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

Nivel de utilización de software epidemiológico en dos centros de salud primaria de la Provincia de Valdivia, 2004

MANUEL CÉSPEDES⁽¹⁾, MARÍA CRISTINA TORRES⁽²⁾, FRANCISCO MARÍN⁽²⁾ Y JORGE GÓMEZ⁽²⁾

RESUMEN

En el marco de la reforma de salud chilena, es imprescindible investigar la situación actual en la que se encuentran los centros de atención primaria con respecto al nivel de competencias, uso y valoración que el propio equipo de salud le otorga a las herramientas de vigilancia epidemiológica computacional existentes.

Este estudio es de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, desarrollado en el centro de atención primaria de la ciudad de Los Lagos, y en el Consultorio Externo Valdivia, durante el segundo semestre de 2004, a través de la aplicación de encuestas.

Los resultados muestran un bajo nivel de conocimientos y uso de software epidemiológico, con un 50,7% que refiere no haber tenido a disposición algunos de estos programas. También se evidenció que el grupo que presenta mejor nivel de conocimiento informático es el de directivos, además de no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos centros de atención a pesar de su ubicación geográfica y disponibilidad de tecnología ($p < 0,05$).

El escaso conocimiento de software epidemiológico habla de la escasa y/o distante capacitación que se ha entregado a los equipos de salud, sumada a la falta de uso de estos programas, evidenciando, además la falta de prioridad de los niveles centrales.

Es altamente recomendable fomentar el uso de nuevas tecnologías en vigilancia epidemiológica, además de realizar un proceso de capacitación permanente, que sustente al desarrollo de los objetivos sanitarios que requieren obligadamente de estos procesos, para producir un impacto positivo en el perfil epidemiológico nacional.

Palabras Clave: *vigilancia epidemiológica, epidemiología, software epidemiológico, capacitación.*

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EXTENT OF EPIDEMIOLOGICAL SOFTWARE USE AT TWO PRIMARY CARE CENTERS OF THE VALDIVIA PROVINCE, DURING 2004.

Within the framework of the Chilean Health Reform, it is critical to assess the current situation of primary care centers specifically concerning the state of human skills, the use of the available computational epidemiological surveillance tools and the appraisal of such tools by the health team.

The present study is quantitative, cross-sectional and descriptive in nature, and it has been developed at the Primary Care Center of the city of Los Lagos, and at the Valdivia Outpatient Clinic, during the second semester of 2004, using a survey method.

⁽¹⁾ Matrón. Hospital Base Valdivia. manuelcespedes@uach.cl

⁽²⁾ Académico. Instituto de Salud Pública. U. Austral

The results showed a low level of knowledge and a poor use of epidemiological software, with 50.7% expressing not having some of such programs available. The best levels of informatics knowledge were evidenced among the management. Additionally, there were no statistically significant differences between both care centers in spite of their dissimilar geographic location and technology availability ($p < 0.05$).

The poor knowledge about epidemiological software evidences the limited and distant training that has been provided to health teams, a fact that adds up to a deficient use of such programs, reflecting a lack of priority at the central levels.

It is highly advisable to encourage the use of novel technologies in epidemiological surveillance, together with a continuing education process, to support the development of health goals for which such processes are mandatory, in order to result in a positive impact on the national epidemiological profile.

Keywords: *epidemiological surveillance, epidemiology, epidemiological software, training.*

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud han debido sortear una serie de desafíos, para superar las enfermedades que se han suscitado según cada época. Para superar estas brechas se han utilizado herramientas diferentes, pero todas con un solo fin: mejorar la toma de decisiones para entregar una mejor atención y dar respuestas a las reales necesidades de la población en los distintos niveles de salud.

Hoy la informática ha llegado a ser considerada como “imprescindible” para la evolución de las empresas e instituciones. La versatilidad que ofrece y sus bajos costos que caracterizan la puesta en marcha de esta herramienta la han hecho identificable, en mayor o menor medida, en prácticamente todas las instituciones de salud.

El nivel de explotación de esta herramienta, está mediado por múltiples factores, entre éstos se encuentran la disponibilidad de recursos, la capacitación del personal y las políticas que estimulan la puesta en marcha de estas iniciativas, que hoy no dejan de ser innovadoras a nivel local.

En el marco de la reforma de salud chilena, se hace necesario vigilar activa y precisamente cada evento sanitario producido en cualquier nivel de atención, sobretodo en eventos relacionados directamente con los Objetivos Sanitarios¹. De esta manera, podemos dar

respuestas a una serie de interrogantes en tiempos muy cortos, lo que junto con mejorar la calidad de atención sirve para disminuir costos. Todo esto depende de la capacidad del personal para dar pie a la innovación, y del estímulo que den las instituciones, para la puesta en marcha y desarrollo de estos sistemas.

Estos procesos pueden ser familiares para los grandes centros de atención, que ya se han visto en la necesidad de realizar su propia vigilancia epidemiológica. Pero si nos situamos en los pequeños consultorios y hospitales, podemos observar empíricamente el escaso uso de sistemas informáticos que apoyen la toma de decisiones, debido a que hasta el momento han podido sortear con mediano éxito el conteo de sus eventos, simplemente a través de sistemas manuales.

Por otro lado, no podemos olvidar que si bien, la epidemiología en sus inicios sirvió para la cuantificación de enfermedades transmisibles y sus “epidemias”, hoy en día, esta ciencia ha pasado de este tipo de enfermedades a la vigilancia de factores de riesgo², relacionados principalmente, con la aparición de enfermedades crónicas como lo son la hipertensión arterial y la diabetes.

El cuestionamiento final pasa a ser, entonces, si los equipos de salud de los pequeños centros de atención, están realmente capacitados para realizar su propia vigilancia epidemiológica, a través del uso de herramientas informáticas, que van desde el manejo básico de un computador,

hasta el uso de bases de datos, paquetes estadísticos y sistemas de información geográfica.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollado en las ciudades de Valdivia, capital de la provincia del mismo nombre, y en Los Lagos, ciudad ubicada a 50 km. de Valdivia, ambas ubicadas en la X Región de Los Lagos.

La población en estudio abarca a los equipos de salud pertenecientes al Consultorio Externo Valdivia y al Consultorio adosado de la ciudad de Los Lagos, durante el segundo semestre de 2004. Se entiende por equipo al grupo de: administrativos, auxiliares de enfermería, profesionales, encargados de programas y directivos.

La selección de la muestra se realizó, al interior de cada consultorio, mediante muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza de 95% y un índice de precisión del 7%. Correspondientes a 41 personas en el Consultorio Externo Valdivia y 22 personas en el Consultorio adosado de Los Lagos.

La recolección de la información se realizó mediante una encuesta auto aplicada, diseñada por el propio investigador; testeada previamente en un centro de similares características; debido a la no existencia de instrumentos para medir las competencias requeridas.

Se resumen los datos mediante media aritmética y desviación estándar (DE), y el resumen de variables cualitativas mediante proporciones. La significación estadística se determina mediante la dócima de asociación ji cuadrado con un nivel de significancia de 5%. Estos procedimientos se realizaron mediante la utilización del programa estadístico Epi Info 2002®.

RESULTADOS

Distribución del personal según conocimientos sobre el uso de herramientas computacionales

Con respecto al uso del Sistema Operativo Windows, el 54,1% de los encuestados refiere

utilizar “programas que conoce”, representando la mayor frecuencia en ambos consultorios. En el grupo de directivos, la misma respuesta se eleva a un 64,3%. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos consultorios ($p=0,82$).

El porcentaje de encuestados considerados como analfabetos en Internet (27,9%), es decir, que nunca han tenido acceso o no saben utilizarlo, es similar al nivel de analfabetos computacionales (29,5%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos consultorios ($p=0,13$).

La distribución del grupo de encuestados que saben utilizar el correo electrónico, según grupo etario, concentra la mayor frecuencia entre los 25 y 34 años. El promedio de edad del personal que utiliza esta herramienta alcanza los 38,23 años ($DE=10,3$).

Distribución del personal encuestado según conocimientos sobre software epidemiológico

El 65,5% de los encuestados refiere no haber recibido capacitación sobre el uso de software de vigilancia epidemiológica. Este valor disminuye a un 50% al contrastar sólo el grupo de directivos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos consultorios ($p=0,91$).

Con respecto al grupo de directivos, y su nivel de conocimientos acerca del uso de herramientas de vigilancia epidemiológica, un 42,9% refiere que sus conocimientos son nulos, cifra superior confrontando la misma respuesta con el grupo general, seguidos por el 35,7% con conocimientos de nivel medio, siendo mayor al total general. Cabe destacar que ningún encuestado del grupo directivo consideró que sus conocimientos son de tipo alto. No se encontraron diferencias estadísticamente significativa al confrontar ambos consultorios ($p=0,4$).

Con respecto al uso específico de software de vigilancia epidemiológica, el más conocido es Epi Info® (23,8%). Existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de directivos (50,0%) y el grupo en general (21,4%)

Tabla 1. Distribución de software utilizado por personal de salud. Según establecimiento. Año 2004

Software de vigilancia utilizado	Los Lagos		CEV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Citoexpert	2	9,1	3	7,3	6	8,9
Epi Info	6	27,3	10	24,3	16	23,8
Epi Vigil	0	0,0	1	2,4	1	1,5
Inscrito	1	4,5	3	7,3	4	5,9
Módulo atención	0	0,0	2	4,8	2	2,9
SIP	1	4,5	0	0	1	1,5
SIG	0	0,0	0	0	0	0
Otro	2	9,1	1	2,4	3	4,4
Ninguno	10	45,5	21	51,2	34	50,7
TOTAL	22	100,0	41	100	67	100

Tabla 2. Distribución de tipos de tareas realizadas en software de vigilancia. Según establecimiento. Año 2004

Tipo de utilización de software de vigilancia	Los Lagos		CEV		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No utiliza NS/NR	14	63,6	28	75,7	43	70,5
Ingreso de datos	1	4,5	1	2,7	2	3,3
Consulta de datos	5	22,7	3	8,1	9	14,8
Generación de tablas de contingencia y/o gráficos	0	0	3	8,1	3	4,9
Cálculo de fórmulas (tasas, porcentajes, nivel de confianza, etc)	2	9,1	2	5,4	4	6,6
TOTAL	22	100	37	100	61	100

con respecto a haber tenido a disposición y utilizado este software ($p=0,03$), el resto de los software de vigilancia utilizados se especifican en la Tabla 1. Las tareas para las que se utilizan estos programas se resumen en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

A pesar de que el sector primario de salud, puede ser considerado, un prestador de servicios

convencionales, se puede evidenciar que existe un nivel aceptable de conocimientos en cuanto al uso de tecnologías computacionales a nivel general. Este conocimiento concuerda con Oinas y Malecki³, quienes postulan que la producción eficiente es cada vez más dependiente de tecnologías modernas, aunque se trate de servicios convencionales.

En cuanto al nivel de conocimientos de software epidemiológico, se mantiene la

tendencia del escaso apoyo a estas iniciativas, enunciadas por Boggiano⁴, evidenciado por el bajo nivel de conocimientos detectados en este estudio, a pesar que desde la década pasada se está hablando de la importancia de la automatización de procesos y de su ahorro por sobre los procesos en forma manual⁵. Lo que está sustentado, además, por la pérdida de tiempo al realizar los registros en forma manual⁶.

Este bajo conocimiento, puede estar explicado, al menos, en uno de los tres puntos débiles de la capacitación, propuestos por Davini, este es: la alta rotatividad, movilidad e inestabilidad del personal de los servicios⁷.

Otro causante es, la imposición de estos sistemas con una deficiente intervención del personal en su desarrollo, lo que contrasta con las recomendaciones de Dean⁵, quien generó el sistema Epi Info, en conjunto con personal que lo utiliza en Estados Unidos.

El escaso contacto que tienen los epidemiólogos, al representar un recurso escaso, también representa una piedra de tope a la hora de mejorar el nivel de conocimientos con respecto al uso de sistemas de vigilancia epidemiológica computacional. El aumento de estos profesionales, según Dussault⁸, puede mejorar esta brecha.

Es necesario dar un giro a la concepción clásica o antigua de la epidemiología, la cual se refería a la vigilancia de enfermedades infectocontagiosas, que todavía se sigue utilizando, pero no representa hoy las prioridades de los centros de salud. El cambio orienta a la vigilancia de factores de riesgo⁹.

Otra forma de mejorar o estimular el uso de estos sistemas, es la estrecha relación que se generará entre las herramientas informáticas y el modelo de evaluación de los "Objetivos Sanitarios para la Década" propuestos por el Ministerio de Salud¹. Estos objetivos generan una serie de indicadores a ser medidos y analizados, estimulando además el vuelco hacia la vigilancia de enfermedades crónicas en la epidemiología.

En cuanto a la capacitación sobre herramientas informáticas, el personal concuerda

con Davini⁷, al preferir una institución educacional como la entidad idónea para la generación de vigilancia epidemiológica. También se estima que será de gran apoyo la creación de alianzas estratégicas con la Autoridad Sanitaria (Seremi), para establecer coordinadamente una agenda de capacitación para la generación de sistemas de vigilancia, en pos de sus objetivos sanitarios.

Si profundizamos en el tema de los Sistemas de Información Geográfica, se puede decir que el nulo contacto de los trabajadores encuestados con este tipo de herramienta, es debido a que su uso en Salud Pública es reciente¹⁰, aunque es preocupante que, a pesar de ser Chile uno de los países pioneros en América Latina, junto con Guatemala, México y Cuba, se posea un conocimiento y contacto tan bajos con estas herramientas¹¹ que se están tratando de implementar a nivel ministerial.

A pesar de que el servicio de salud ha impuesto sistemas de vigilancia en entornos locales (Citoexpert, Sistema Informático Perinatal, etc). Se mantiene el correlato entre la importancia política de la capacitación, y los recursos destinados para su desarrollo⁷. Se puede observar que de vez en cuando se realizan capacitaciones, aunque carentes de continuidad, sin mencionar la poca actualización de los programas utilizados a la nueva tecnología existente.

La relación de conocimientos evidenciados por los directivos, en contraste al resto del equipo, concuerda con el enunciado de Maldonado¹², que identifica a la Epidemiología como el sustrato para la toma de decisiones, decisiones que deben ser tomadas por la planta de directivos de los centros de salud. Además de la existencia de una reforma de salud, que promueve el desarrollo de establecimientos autogestionados, con compromisos de gestión elaborados en relación a objetivos epidemiológicos claros y precisos.

Al contrastar ambos centros de salud, no se observan diferencias significativas, tomando en cuenta que sí existen diferencias geográficas en cuanto a distancias de polos de desarrollo, como pueden ser centros universitarios o el servicio

de salud. Esta comparación dista de la opinión vertida por Rallet y Torre¹³, quienes refieren la importancia de la proximidad geográfica en la capacitación. Esto puede ser explicado por el crecimiento exponencial de las vías de comunicaciones y telecomunicaciones. Cabe mencionar que estos autores refutan el argumento de que las tecnologías de la información habrían reducido la importancia de la proximidad, entonces, esto significa que nos encontramos actualmente en un proceso de transición en cuanto a las tecnologías utilizadas en la capacitación.

Para concluir, los centros de salud no están actualmente capacitados para generar informáticamente sus propios datos epidemiológicos, los conocimientos aún son muy bajos en esta área, generando preocupación debido a la proximidad de la autogestión en redes, que necesita de la generación de propios indicadores de salud. Por lo que es altamente recomendable realizar una capacitación permanente, debido a que la discontinuidad genera la pérdida de conocimiento, sumando personal experto que dé soluciones rápidas para no perder la mantención de los procesos y, por último, es recomendable fomentar la investigación y promoción de esta área, que por el momento ha sido poco explorada en nuestro país, en contraste a países con más experiencia que llevan más de dos décadas dedicados a esta área¹⁴.

REFERENCIAS

1. MINSAL. 2000. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010.
2. MORAVIA, A. 1996. From Diseases to the Surveillance of Risk Factors. *Am. J. Public Health.* 86 (5): 625-626.
3. OINAS, P. & E. Malecki 1999. "Spatial innovation systems". Malecki, E. & P. Oinas, Making connections, technological learning and regional economic change. Aldershot: Ashgate.
4. BOGGIANO, H. Informática en un centro de atención primaria de salud (APS) del sub-sector público: Tecnología apropiada? *Informática Médica* N°2. Argentina. (disponible en: <http://www.informaticamedica.org.ar/numero2/aps2.htm> Consultado el: 15/05/04).
5. DEAN AG, FAGAN RF, PANTER-CONNAH BJ. 1994. "Computerizing Public Health Surveillance Systems". *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. Oxford University Press. 201-217.
6. TORRES M.C. s.f. Relación costo efectividad. Control Prenatal en establecimientos seleccionados. Región de Los Lagos.
7. DAVINI M. 2002. Capacitación del personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con la reforma sectorial. OPS-OMS. Quito – Ecuador.
8. DUSSAULT G. 1995. "Epidemiology and Health Services Management". *Pan American Health Organization. Epidemiological Bulletin*. Vol. 16, N° 2.
9. MORAVIA, A. 1996. From Diseases to the Surveillance of Risk Factors. *Am. J. Public Health.* 86 (5): 625-626.
10. OPS. 1996. Uso de sistemas de información geográfica en epidemiología (SIG-Epi). Vol. 17, No. 1.
11. MINSAL. Foro SIGepi-Chile Experiencias y proyectos de SIG en Salud en Chile (disponible en: <http://epi.minsal.cl/SigEpi/chile.htm>. Consultado el: 21/05/05).
12. MALDONADO, O. 1997. Desarrollo de Aplicación Computacional para Vigilancia en Salud Pública en el Servicio de Salud Atacama. Tesis Magíster en Salud Pública Mención Epidemiología. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. 215 p.
13. RALLET, A. & A. TORRE 1999. "Is geographical proximity necessary in the innovation networks in the era of global economy?" *GeoJournal*, 49: 373-380.
14. VALLERÓN A. y cols. 1986. A computer network for the Surveillance of Communicable Diseases: the French Experiment. *Am. J. Public Health.* 76 (11): 1289-1292.

Recepción : jun. 2006
Aprobación : 9 ene. 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental

RICARDO MUZA⁽¹⁾ Y PAULA MUZA⁽²⁾

RESUMEN

Su objetivo es conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Para ello, se aplicó la encuesta Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en la sala de espera del Servicio Dental del Hospital Regional Rancagua a 233 pacientes mujeres, acerca de 26 procedimientos dentales. La escala de medición de la ansiedad tiene 4 niveles (Bajo, Moderado, Alto, No sabe) La edad fue clasificada en 4 grupos etarios por los que se compararon las respuestas.

Resultados: Los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los tratamientos (156 pacientes), la necesidad de varios procedimientos (131), el número de citas y el tiempo asociado (118), el dolor (117), temor a la inyección (111), tratamiento de endodoncia (104) y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental (96). El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía (26).

El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre-tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes. Es necesario tomar medidas concretas para manejar la ansiedad, tales como, fármacos, técnicas de relajación, respiración abdominal, meditación, música.

Palabras claves: Ansiedad, preocupación, procedimientos dentales.

ABSTRACT

DEGREE OF CONCERN OR ANXIETY ABOUT DENTAL PROCEDURES AT A DENTAL WAITING ROOM

The purpose of the present work is to assess the level of concern or anxiety about dental procedures at a dental waiting room. To achieve such purpose, the translated Dental Concerns Assessment (DCA) survey was administered to 233 patients at the waiting room of the Dental Service of the Hospital Regional Rancagua. The survey assessed 26 dental procedures. The anxiety scale had 4 levels (low, moderate, high, does not know). The age of the patients was stratified into 4 age groups, and the answers were compared between age groups.

Results: the highest levels of concern were caused by the cost of therapies (156 patients), the need of more than one procedure (131), the number of visits and time related to these (118), pain (117), fear of the shot (111), endodontic therapy (104) and by the sounds of the device used in dental cleaning (96). The procedure causing the less anxiety was x-rays (26).

⁽¹⁾ Servicio dental, Hospital Regional Rancagua. rmuzac@yahoo.com

⁽²⁾ Psicóloga Clínica.

The use of questionnaires to assess pretreatment anxiety may help dentists to decrease their patients' anxiety. Consistent measures are needed to manage anxiety, such as drugs, relaxation techniques, abdominal breathing, meditation and music.

Keywords: Anxiety, concern, dental procedures.

INTRODUCCION

La mayor parte de la población en Chile tiene una salud bucal deteriorada que necesita ser atendida. Esta realidad se ve empeorada por la ansiedad o temor que sienten un porcentaje de los pacientes previo a la atención; debido a ello muchos evitan o postergan su atención dental, con consecuencias peores. Por ello, es necesario romper el círculo que produce el temor o ansiedad, que lleva a evitar los cuidados dentales y el deterioro consiguiente de la salud bucal que además produce otros efectos indeseables como sentimiento de culpa, vergüenza y sentimiento de inferioridad. En este estudio hablaremos de temor y ansiedad dental, como sinónimos.

La ansiedad dental es muy importante, es el principal componente del sufrimiento/angustia en los pacientes de operatoria dental¹. A pesar del avance tecnológico en equipamientos dentales, la ansiedad y el temor al dolor están presentes frente a un tratamiento dental. Estudios epidemiológicos sugieren que entre el 3% y 20% de la población tienen niveles de temor y ansiedad acerca del tratamiento dental, lo que es problemático². Al buscar atención dental, la ansiedad está presente, y a veces llega a ser difícil de manejar al sentarse en el sillón dental. Evitar el tratamiento dental debido a la ansiedad es muy común y puede estar fuertemente asociado con el deterioro de la salud oral y dental³. En una encuesta en la población de Estados Unidos se encontró que aproximadamente el 15.5% de quienes la respondieron, tenían grados de temor dental y evitaban la atención⁴. También uno de cada 8 adultos británicos tenía ansiedad dental asociada con su uso de los servicios y su estado de salud oral⁴. La ansiedad dental varía de un paciente

a otro. Está ampliamente difundido que decrece con la edad; las razones sugeridas incluyen diferencias de cultura y experiencias en los grupos etarios; lo cual puede ser debido a que la ansiedad, en general, disminuye con la edad⁵.

No todos los procedimientos o etapas de un tratamiento dental producen el mismo nivel de ansiedad. Aquellos que generan altos niveles de ansiedad son: extracciones, preparación de cavidades, o mirar la jeringa y la aguja sostenida por el dentista. Wong y Lytle encuentran que la extracción dental y los tratamientos de endodoncia son los procedimientos que generan mayor ansiedad dental⁶.

El dentista debe estar conciente que los tratamientos dentales provocan cierto grado de ansiedad, y debe estar preparado para enfrentarlos, tomando medidas concretas para evitar o disminuir la ansiedad.

En el Servicio Dental del Hospital Rancagua se entrega atención a los pacientes en diferentes especialidades odontológicas, con distintos tipos de procedimientos dentales. Por ello es importante conocer su nivel de ansiedad o preocupación antes de ingresar a la clínica dental. Ello nos motivó a realizar el presente estudio. Se hace necesario aplicar todos los instrumentos que permitan disminuir la tensión, tales como, técnicas de relajación, respiración abdominal profunda y lenta, apoyo con música suave, y si fuese necesario, apoyo medicamentoso farmacológico.

Los tratamientos dentales pueden ser una experiencia estresante para muchos pacientes como también para los dentistas. Los síntomas más comunes de los pacientes ansiosos son la respiración pesada, agitada, transpiración, movimientos de manos, sudoración. La mayoría de los dentistas no aplican herramientas para medir la ansiedad de los pacientes, previo a ser

sometidos a tratamientos, y en consecuencia no aplican medidas para manejarla adecuadamente.

El tiempo prolongado previo a la atención dental, el trato inadecuado del dentista por mal carácter o brusquedad, son factores que suscitan temor en los pacientes. Se ha comprobado que la angustia que despierta el tratamiento odontológico es de tipo emocional, pues es previo a recibir la atención correspondiente. A veces pueden aparecer en pacientes que no han experimentado dolor ni situaciones desagradables o traumáticas anteriores; no obstante, la han aprendido por asociación de terceros.

OBJETIVO

Conocer el nivel de ansiedad o preocupación de pacientes mujeres en una sala de espera dental, con relación a procedimientos dentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo, realizado durante los meses de enero a enero a marzo de 2006, a 233 pacientes mujeres mayores de 16 años, que esperaban atención dental en la sala de espera del Servicio Dental del Hospital Rancagua y que aceptaron voluntariamente responder el cuestionario, "Dental Concerns Assessment" (DCA), que mide la ansiedad frente a 26 procedimientos o acciones dentales. La muestra tiene el sesgo de haber sido aplicada solamente a mujeres, y no de forma aleatoria; sino que se aplicó a las pacientes que aceptaron contestarla, que fue aproximadamente el 92% de quienes fueron requeridas. El cuestionario fue aplicado por un alumno de V año de Odontología que realizaba su práctica hospitalaria y que fue capacitado para la aplicación de la encuesta, validada previamente en 30 pacientes mujeres en las mismas condiciones. No existen antecedentes bibliográficos que este cuestionario haya sido aplicado anteriormente en Chile. Los pacientes tenían que responder si su nivel de ansiedad o preocupación, frente a las 26

preguntas, era: bajo, medio, alto, no sabe. Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Total de pacientes encuestados 233; 22 pacientes (9.4%) son de 16 a 20 años; 136 (58.4%) de 21 a 40 años; 66 (28.3%) de 41 a 60 años; y 9 (3.9%) son de 61 y más años.

De las 233 pacientes que respondieron, se encontró que los mayores niveles de ansiedad o preocupación (catalogado como alto) fueron: Estoy preocupada por el costo del tratamiento dental que puedo necesitar (156); Estoy preocupada porque pueda necesitar varios tratamientos dentales (131); Estoy preocupada por el número de citas y el tiempo requerido para ello (118); Miedo por el dolor (117); Inyección (111); Tratamiento de endodoncia (104); Cansancio mandibular, por tener la boca abierta(100); sonido de aparato de limpieza dental (96). La menos mencionada como de alta preocupación o ansiedad fue: toma de radiografía (26).

DISCUSION

Con relación a los grupos etarios de la muestra en estudio, el 86.7% tenían de 21 a 60 años de edad. Figura 1

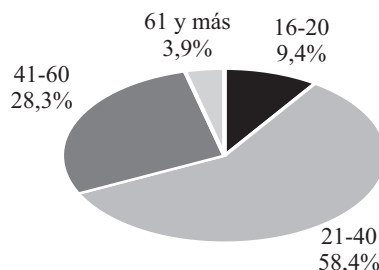


Figura 1. Distribución por edad

Este tema es poco estudiado en Chile, lo que representa una limitación de este estudio; pero a la vez es un aliciente para desarrollar estudios de este tipo a nivel nacional con

muestras que incluyan mayor cantidad de pacientes, y ojalá de ambos sexos. El departamento odontológico, en la página web del Ministerio de Salud, está conciente de la importancia de la ansiedad que provoca la atención dental. Varias investigaciones han demostrado que las mujeres tienen mayores niveles de ansiedad frente a los diferentes tratamientos o procedimientos dentales. Las mujeres reportan mayores niveles de ansiedad frente a estímulos específicos (inyecciones, agujas) de tratamientos dentales⁷. Estos resultados son consistentes con la literatura de psicología, la cual muestra que las mujeres expresan mayores niveles de temor que los hombres⁸. Este estudio tiene la limitación que fue realizado sólo en mujeres, por lo tanto no se puede hacer una comparación con hombres.

El dentista debe estar conciente de la ansiedad del paciente, para poder manejarla. La interrelación dentista-paciente, es importante para reducir la ansiedad del paciente y para mejorar la satisfacción del paciente con relación al tratamiento recibido⁹. El trato amable, acogedor, y calmo ayuda a disminuir los temores de los pacientes. Dentistas en asociación con psicólogos han estado buscando métodos para detectar y reducir la ansiedad de los pacientes dentales, tales como, la relajación y reestructuración cognitiva¹⁰. Sin embargo los dentistas, a menudo, no tienen tiempo o no están preparados para usar métodos de intervención complejos en esta área¹¹.

Los resultados de este estudio, realizado con pacientes del sistema público, muestran que las pacientes manifiestan el mayor nivel de ansiedad o preocupación, por los costos de los tratamientos dentales; en un 67.0% de las pacientes, siendo menor la preocupación (31.8%) en las pacientes de 16 a 20 años. La preocupación por la necesidad de varios tratamientos dentales es alto, en un 56,2% de las pacientes, siendo menor la preocupación en las pacientes mayores de 61 años (33.3%). La preocupación por el número de citas y el tiempo necesario para el tratamiento, por su trabajo o por los niños, es alto en un 50.2% de las pacientes, siendo similar en todos los grupos etarios. Llama la atención

que la preocupación manifestada por la inyección, se presenta sólo en el 47.6% de las pacientes, siendo menor en el grupo de mayores de 61 años (33.3%). La preocupación por tratamiento de endodoncia (tratamiento de conducto) es alto, 44.6% de las pacientes de la muestra, siendo similar en todos los grupos etarios. Una explicación posible a estos resultados encontrados podría ser, que los ingresos económicos de las pacientes que acuden al sistema público son tan bajos, que les preocupan más los costos y el tiempo involucrado en la atención dental, que una inyección o un tratamiento de endodoncia. En cambio, en países con ingresos más altos, las preocupaciones mayores no pasan por los costos involucrados sino por la acción misma de la atención dental, por ejemplo inyección o tratamiento de endodoncia.

Era esperable que el procedimiento dental que causara menor nivel de ansiedad o preocupación sea la radiografía (11.2%), siendo menor (0%) en el grupo de mayores de 61 años, ya que es un procedimiento indoloro, con aparato externo, y conocido.

El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre-tratamiento, como el “Dental Concerns Assessment” puede ayudar a los dentistas a manejar la ansiedad de sus pacientes. Es necesario tomar medidas concretas para disminuir la tensión, tales como, fármacos, relajación, respiración abdominal, meditación, música.

Las pacientes tienen niveles de preocupación más alto, por situaciones que rodean a la atención misma, como son los costos y el tiempo involucrado, que por los procedimientos terapéuticos dentales propiamente tales. Los dentistas deben tomar consciencias de estas situaciones, y mejorar sus habilidades en el manejo de la entrega de la atención.

REFERENCIAS

1. CORAH NL, GALE EN, ILLIG SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978; 97: 816-819.
2. MILGROM P, FISET L, MELNICK S, ET AL. The

- prevalence and practice Consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1983; 116: 641-647.
3. GATCHEL RJ, INGERSOLL BD, BOWMAN L, ET AL. The prevalence of dental fear and Avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983; 107: 609-610.
 4. BEDI R, MCGRATH C. Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. *Gerodontol* 200; 17: 97-103
 5. LOCKER D, LIDDELL AM. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 1991; 70: 198-203
 6. WONG M, LYTLE WR. A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. *J Endod* 1991; 17: 461-465
 7. HOLTZMAN J, BERG R, MANN J, BERKEY D. The relationship of age and gender to fear and anxiety response to dental care. *Spec Care Dentist* 1997; 17: 82-87
 8. BRINK-MUINEN A, BENSING J, KERSSSENS J. Gender and Communication Style in General Practice: Differences Between Women's Health Care and Regular Health Care. *Med Care* 1998; 45: 520-524
 9. CORAH NL. Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. PMID: 3053270 (PubMed-indexed for MEDLINE)
 10. GETCHEL RJ (1980). Effectiveness of two procedures for reducing dental fear: group-administered desensitization and group education and discussion. *The Journal of the American Dental Association*, 101, 634-637
 11. MILGROM, P., WEISTEIN, P., KLEINKNETCH, R., &GETZ, T. (1985). *Treating fearful dental patients*. Virginia: Prentice Hall, Inc.

Recepción:18 dic. 2006
Aprobación:5 abr. 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

Manifestaciones electroencefalográficas de epilepsia en agrupación de niños con espectro autista

PERLA DAVID⁽¹⁾ KARIN BORGEAUD⁽²⁾ Y MARCO BERNASCHINA⁽²⁾

RESUMEN

Espectro autista corresponde a un trastorno generalizado del desarrollo, abarcando trastornos cognitivos, del lenguaje y comunicación social y de conducta (hiperactividad, agresividad, estereotipias, etc.) Todos estos de severidad variable.

Es conocida la importante asociación entre epilepsia y espectro autista, describiéndose en la literatura una frecuencia que varía entre un 7 a 40% en los pacientes con espectro autista.

Se realizó un estudio descriptivo protocolizado con 45 pacientes con el diagnóstico de espectro autista y se hizo una evaluación clínica y electroencefalográfica de cada uno.

Del total de pacientes evaluados 66% presentó crisis epilépticas, y un 73% mostró anomalías en la polisomnografía.

Estos resultados muestran una mayor prevalencia que la descrita en la literatura.

Palabras claves: *Espectro autista, epilepsia, electroencefalografía, polisomnografía*

ABSTRACT

ELECTROENCEPHALOGRAPHIC MANIFESTATIONS OF EPILEPSY AMONG A GROUP OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM

The Autistic Spectrum is a generalized disorder of development, which includes cognitive, language, social communication and behavioral conditions (hyperactivity, aggressiveness, stereotypes, etc.), all of these, presenting with variable severity.

The important association between epilepsy and autistic spectrum is well known, and reports in literature range from 7 to 40% among patients with autistic spectrum.

A descriptive study protocol involving 45 patients with a diagnosis of autistic spectrum was performed. Each patient underwent a clinical and electroencephalographic assessment.

Of all patients assessed, 66% evidenced seizures and 73% showed an abnormal polysomnography.

Such results demonstrate that Autistic Spectrum has a greater prevalence of that described in literature.

Keywords: *Autistic Spectrum, epilepsy, electroencephalography, polysomnography.*

⁽¹⁾ Neuróloga Infantil. Hospital Dr. Exequiel González Cortés. dradavid@ctc.net

⁽²⁾ Médico, egresado U. de Chile.

INTRODUCCIÓN

Existe una asociación importante entre epilepsia y espectro autista, EA, debido a esto, se quiso caracterizar una determinada muestra de pacientes con EA, observando la presencia de epilepsia y sus variables.

Espectro autista corresponde a un trastorno generalizado del desarrollo con prevalencia de 0,2-0,5/1.000 en recién nacidos y la frecuencia de epilepsia descrita en estos pacientes varía entre 7 a 40% o más.

Con el avance tecnológico se ha detectado la alta incidencia de electroencefalogramas anormales dentro de la población autista descrita por diversos autores (*Deykin & Allen, 1987*), (*Small, 1975*).

La evidencia para la base neurológica del trastorno va en aumento^{1,2}. Los informes de casos dan énfasis a la relación entre el lenguaje perdido, el previamente adquirido y la epilepsia, o las alteraciones epileptiformes encontradas con el aumento de registros electroencefalográficos prolongados.

Los trastornos autistas se englobaron dentro del mismo origen por muchos años, ya que se creyó que los factores parentales y los medio ambientales eran el origen del alejamiento social, los trastornos obsesivo-compulsivos, las conductas perseverativas estereotipadas y el deterioro del lenguaje que caracterizan a todos estos trastornos del desarrollo. (*Espectro autista (EA): Aspectos clínicos y terapéuticos Perla David et al*)

Sin embargo, con el advenimiento de tecnología neurobiológica mejorada y con el aumento de detección, la incidencia de alteraciones electrofisiológicas es cada vez más alta dentro de la población autista y aumenta la evidencia para la base neurobiológica^{1,2}.

Aproximadamente una quinta parte de los niños autistas desarrollan un lenguaje apropiado a su desarrollo y algunos pueden parecer ser precoces y asociados con un vocabulario excepcional. Las habilidades, sin embargo, sufren regresión, normalmente entre los 12 y 18 meses de edad, por lo cual el primer punto importante en nuestra experiencia es identificar

a estos niños lo más tempranamente posible, antes de que ellos sufran un importante daño, siguiendo un protocolo clínico y una evaluación de laboratorio orientada; luego un tratamiento médico precoz, que mejora el pronóstico junto a una rehabilitación dirigida en forma especial a cada niño.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de epilepsia y características clínicas en una agrupación de pacientes con Espectro Autista.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 45 pacientes con el diagnóstico de espectro autista (Criterio DCM-IV ingresados entre diciembre de 1997 y noviembre de 2003), en el centro Neurofisiológico Padre Mariano.

Estos pacientes siguieron y cumplieron el protocolo diseñado. (anexo 1). Donde se consultó por antecedentes perinatales y familiares, descripción de las alteraciones neurológicas presentadas (motor, fonológico, léxico, etc.), estudios audiológicos, metabólicos, psicológicos, neuroimagen y evaluación de la capacidad funcional.

Los pacientes fueron estudiados y se efectuó un seguimiento con un protocolo clínico y electroencefalográfico (EEG) durante vigilia, sueño y polisomnograma nocturno prolongado.

En el período mencionado se estudió y se trató a 45 niños con Espectro Autista, 37 de sexo masculino y 8 femenino, edades entre 3 y 18 años.

A los resultados se les aplicó análisis simple de descripción de muestra.

RESULTADOS

Del total de pacientes (45), 37 eran de sexo masculino y 8 de sexo femenino.

El 66% (30 pacientes) presentó crisis, la mayoría con epilepsias activas (al menos una crisis epiléptica en los 5 años anteriores, independiente del tratamiento antiepiléptico)

17 pacientes con crisis focales motoras y 13 con crisis generalizadas.

Del total de pacientes con crisis un 10% (3 pacientes) tuvo un EEG anormal lento focal y un 100% polisomnografía anormal.

El hallazgo anormal de polisomnografía, con características epileptiforme, fue encontrado en un 73% del total de la muestra (33 pacientes). La localización topográfica en los pacientes con crisis y sin ella estaba localizada predominantemente en el área Rolándica o centro-temporal Izquierda (Tabla 1) y en exámenes sucesivos cambiaban de hemisferio, de izquierda a derecha, y con difusión a la región frontal y temporal.

Tabla 1. Localización topográfica

Anormalidades Topográficas Epileptiformes	N
Espigas frecuentes en región temporal T5	5
Espigas onda frecuentes centrotemporales	7
Síndrome Landau Kleffner (SLK) con regresión autística	6
Puntas en región centrotemporales	22
• Derechas	6
• Izquierdas	16

En algunos pacientes coexisten varias alteraciones en los distintos registros realizados, no siempre coincidentes por la propia evolución madurativa cerebral, la aparición creciente de anomalías, influencia de las medicaciones, etc., sin olvidar la desaparición y/o migración de la actividad focal.

La edad de inicio de los síntomas (retraso del lenguaje y/o comunicación, hiperactividad, etc.) fue de 1 a 1,6 años en 16 pacientes, entre los 2 a 2,6 años 10 pacientes, y 19 después de los 2.6 años. El síntoma asociado en forma más prominente fue regresión de lenguaje presente en todos los pacientes observados.

DISCUSIÓN

De los resultados encontrados destaca la presencia de crisis epilépticas en un 66% de los pacientes, siendo las crisis focales las de mayor frecuencia 17 pacientes y 13 con crisis generalizadas.

La prevalencia de hallazgos electroencefalográficos epileptiformes se ve incrementada cuando se realizan estudios polisomnográficos. Un 73% del total de pacientes presentó polisomnografía anormal, de los pacientes con crisis un 10% (3 pacientes) tuvo un EEG anormal lento focal y un 100% polisomnografía anormal.

La localización topográfica predominante fue Rolándica (o centro temporal) Izquierda. Pese a que las estrechas interrelaciones de los lóbulos temporales con otras estructuras cerebrales, sobre todo con los lóbulos frontales y el sistema límbico y, consecuentemente, con las funciones específicas y complejas de estas áreas, referidas a la audición, la integración visual, los aspectos afectivos y emocionales, el control del lenguaje y de la memoria, la futurización y la conceptualización, etc., podrían sugerir que la alteración funcional de los lóbulos temporales podría originar síndromes tan complejos como el trastorno autista. Sin embargo, aunque la localización de alteraciones funcionales parezca residir en estas estructuras, la evidencia permite suponer que el trastorno autista es consecuencia de una afectación más global del encéfalo.

De los hallazgos coexistentes destaca la regresión del lenguaje de aparición mayoritaria (26 pacientes) antes de los 2,6 años. En una proporción significativa de niños con autismo ocurre una regresión de la conducta luego de un período inicial de desarrollo normal temprano. El deterioro es por lo general insidioso, posiblemente fluctuante, y al inicio pueden discutirse muchos factores externos como causantes. El momento del diagnóstico suele ser meses posteriores a la aparición de este déficit, algunas veces porque se niega la realidad de la regresión. Es ahí donde radica la importancia de un diagnóstico precoz, un

tratamiento oportuno con la finalidad de obtener un mejor pronóstico.

De los pacientes con espectro autista que conforman la muestra, 2/3 (66%) presentó crisis epilépticas, las que se presentan en forma de crisis recurrentes, la mayoría con crisis focales de localización predominante Rolándica Izquierda. Destaca la presencia de retraso de lenguaje en toda la muestra siendo la presentación descrita en su mayoría antes de los 2,6 años.

Se sugiere obtener estudios más prolongados en estos pacientes, ya que el rendimiento inicial se incrementa notablemente al hacer estudios polisomnográficos.

Teniendo en consideración la alta asociación debe realizarse una búsqueda dirigida para otorgar un tratamiento precoz y por consiguiente un mejor pronóstico.

REFERENCIAS

1. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Overview and Recommendations. The interdisciplinary council on Developmental and Learning Disorders.
2. GEROME ENGEL, JR. TIMOTY A. Pedley Epilepsy: A comprehensive textbook Lippicott-Raven Publishers. Chaper XXI 2367-78. 1998
3. TANGUAY PE. Pervasive developmental disorders: a 10-years review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(9): 1079-95 2000.
4. FUENTES A, DAVID P Síndrome de Landau-Kleffner Un caso evolutivo Revista Chilena de Pediatría; 65:328-330,1994.
5. DAVID P, QUIJADA C. Síndrome de Landau-Kleffner: Revisión de la literatura Boletín Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia 29-33,1998.
6. QUIJADA C, DAVID P Espectro Autista. Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia; 20-28,1998.
7. QUIJADA C, DAVID P. Agresividad Boletín Sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia 23-30;1997.
8. ALMONTE C. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Mediterráneo 2003.

ANEXO 1

EL PROTOCOLO DE ESTUDIO Y REHABILITACION DE PACIENTES CON ESPECTRO AUTISTA

Generalidades

El nombre:
Sexo:
Teléfono:
Fecha de nacimiento:
Edad de consulta:
Edad inicio:

Antecedentes Perinatales

Embarazo:
Múltiple:
Enfermedades antes de y durante:
Drogas de embarazo: Alcohol
Sufrimiento fetal:
Prematurez:
P. Neonatal:
Ictericia:
Parto cesárea:
Hipotonía:
Temblor:
Hipoglicemia:
Retardo crecimiento intrauterino:
Crisis febriles:
Hiperlaxitud:

Antecedentes familiares

Consanguinidad:
Enfermedad neurológica:
Epilepsia:
Enfermedad metabólica:
Otras enfermedades:
Autismo:
T. del desarrollo:
T. Lenguaje en la familia:
Hermano autista:
Edad materna al parto:
Pariente autista:
N° de hermanos:
El lugar en su familia:
Familia trastorno psiquiátrico:
Padre, madre, hermanos,
otros:
Síndrome Déficit Atencional o Hiperactividad:
Retraso mental:
Grupo étnico familiar:
La actividad y salud mental:
Padre, madre, origen familiar:

Las Alteraciones Neurológicas

El déficit auditivo:
Motricidad: fina, gruesa, visoespacial:
El déficit visual:
Nivel del idioma:
Síndrome semántico pragmático:
Síndrome fonológico sintáctico:
Síndrome léxico sintáctico:

Estudio Electroencefalográfico (Tipo/Duración)

Sueño:
Vigilia:
Polisomnograma digital extendido:
Actividad epileptiforme:
Localización focal: difuso, lentitud focal, difuso, normal.

Estudio Audiológico: Audiometría / Impedanciometría

Estudio metabólico

Gastroenterológico, Inmunológico:
Otros:

Psicológico (Bayley, Weschler)

Diagnóstico psicológico:
Inteligencia normal:
Normal lento:
Retardo mental:
moderado: severo:

Neuroimagen

TAC:
Resonancia magnética:
Protocolo estudio epilepsias temporales (4 fases):
SPECT:

Evaluación Multidisciplinaria, Capacidad Funcional, Puntaje.

Evolución

Escuela especial para autismo
Escuela especial para retraso mental
Escuela especial laboral
Educación normal:
Integral:
Personalizada:
Grupo pequeño:

Hipótesis Diagnóstica

Plan de Tratamiento

FAE:
Respuesta:
Asociaciones:

Rehabilitación

Terapia cognitivo - conductual:

Recepción : 22 nov. 2006
Aprobación : 9 mar. 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología

RENÉ RÍOS⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

En el habla cotidiana y en la ciencia se producen inflaciones del uso de algunos términos que se ponen de moda, y se aplican indistintamente para nominar realidades diversas y fenómenos distintos. El resultado es, habitualmente, una extendida imprecisión que culmina finalmente con el abandono del término por no haber podido demostrar ni su utilidad para conocer algún aspecto de la realidad, ni ser empíricamente posible de observar y medir. Se puede afirmar que es lo que se está presenciando en la actualidad con las redes en general y, específicamente, en el ámbito de la salud pública. Hoy todo es en red o, se nos dice, debería serlo. Esto no sería preocupante si no fuera porque ha habido decisiones políticas de emplear el término para establecer las formas de gestionar la salud nacional por la Reforma que actualmente se está implementando¹⁻³. En otros términos, dado que la Reforma plantea el establecimiento de redes asistenciales, se hace imperativo comprender de qué se está hablando cuando se trata de redes sociales, cuál es el marco conceptual que da sentido al uso de este término, qué implicancias teóricas y, sobre todo, prácticas conlleva su uso. También lo es porque el Análisis de Redes Sociales tiene una tradición que parte en los años 30 del siglo veinte y que ha desarrollado un vasto campo de investigación social⁴⁻¹⁰. De modo que es problemático que el uso irreflexivo y poco informado de la terminología ponga en riesgo de trivialización y vaciamiento de contenidos, una forma de observar la realidad que ha demostrado ser tan

válida como muchos otros paradigmas en las ciencias sociales.

ANÁLISIS DE REDES

Existen muchos tipos de redes: neuronales, alimenticias, moleculares, informáticas y sociales. La investigación acerca de sus propiedades y efectos ha avanzado enormemente en los últimos años¹¹⁻¹⁵. Se ha logrado especificar algunas de sus características y dinámicas que sirven para explicar la variedad de fenómenos que abarcan diversos tipos de redes, y se han descubierto algunos principios generales que son comunes a ellas. Esto ha permitido también enunciar lo peculiar de las redes sociales y las diferencias específicas con las de otros tipos¹⁶.

Los análisis de redes se basan en dos herramientas matemáticas fundamentales: el álgebra matricial y la teoría de grafos. Mediante los grafos se representa una red como un conjunto de nodos o puntos y de arcos que los relacionan. Los nodos pueden ser neuronas, proteínas, sistemas de transmisión eléctrica, organizaciones como hospitales y consultorios, personas, actividades, palabras o frases. Los arcos pueden ser enlaces bioquímicos, depredación, sinapsis, vínculos o relaciones. Algebraicamente las redes se representan como matrices que consisten de filas y columnas y en cuyas intersecciones, las casillas, se registra la existencia de vínculos o también su frecuencia o intensidad. Desde este simple objeto matemático se puede desplegar todo el instrumental matemático para calcular coeficientes que describen las propiedades de

⁽¹⁾ Sociólogo. Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile. rrios@uc.cl

las redes⁵.

El Análisis de Redes Sociales es una forma de análisis estructural cuyos postulados centrales son: que la estructura establece restricciones y oportunidades a la actividad; el análisis se enfoca en las relaciones o vinculaciones entre las unidades no en los atributos que las caracterizan; busca patrones de relación entre ellas y cómo éstos afectan el comportamiento; la estructura es una red de redes que puede o no estar constituida por grupos discretos; los métodos analíticos se aplican directamente sobre los patrones relacionales⁴⁻¹⁰.

MUNDO PEQUEÑO, LEYES DE POTENCIA Y CONECTIVIDAD

Algunos de los principios generales que se han descubierto son el fenómeno del mundo pequeño y las leyes de potencia. En los años 60, Stanley Migram hizo un experimento que consistía en que grupos de sujetos en Nebraska y Kansas debían hacer llegar a una persona desconocida para ellos y radicada en un suburbio de Boston, una carpeta a través de otra persona, a quien conocían por su nombre y que suponían podrían de alguna forma hacer que llegara al destinatario. Se iniciaron 160 cadenas en Nebraska y se completaron 44. En las completadas, en promedio tomó pasar por otras cinco personas para llegar al receptor final. En 200 millones de personas, que en promedio conocen a otras 500, hacer llegar el envío a través de sólo 5 intermediarios, o sea por seis grados (o relaciones), es un número muy pequeño que revela que las personas están inmersas en estructuras sociales que les proveen de una capacidad de conexión mucha mayor que la que intuitivamente podrían prever¹⁷. De aquí surgió la idea de los seis grados de separación, que también se usó como título de una película (“Six Degrees of Separation”, MGM 1993).

Este fenómeno lleva a la consideración acerca de los alcances de dicha intuición. Cuando se piensa en redes, inicialmente se considera a los grupos inmediatos, como familiares directos y amigos, luego a los conocidos. Pero en la

realidad son los conocidos de los conocidos los que permiten alcanzar zonas alejadas (social y a veces geográficamente) de la estructura social. Esto es lo que Granovetter descubrió en su investigación acerca de cómo mucha gente encuentra trabajo: a través de personas de quienes no conocen ni su nombre, ni su existencia. Dado que pasar información que uno no usa no tiene costo, (si no se está postulando al cargo vacante), se pasa el dato a un conocido que, a su vez, lo transmite a otro conocido y así en una cadena que, finalmente, culmina en quien necesita la información¹⁸. A este fenómeno Granovetter lo llamó “la fuerza de los vínculos débiles”. Son relaciones débiles, no intensas ni en su frecuencia, ni emocional, informacional ni comunicativamente, muy distintas a las que se tienen con los familiares, amigos y colegas de trabajo. Funcionan proveyendo a la estructura social de la cohesión que permite que sujetos alejados (socialmente) puedan estar vinculados a través de otros. También hace posible distinguir grupos cohesionados por vínculos fuertes (adhesión), como las familias, parientes, colegas, de la cohesión más amplia de la estructura social¹⁹⁻²⁰.

El mecanismo que opera en este mundo pequeño es el de la aglomeración o enracimamiento, clustering, que ilustra que el tejido social tiene grumos o zonas tejidas más densamente. Si se genera una red en que los nodos tienen una probabilidad al azar de conexión con otros, la distancia más corta entre ellos (o distancia geodésica) no se reduce significativamente a medida que se van estableciendo más vínculos. Sin embargo, si se generan no al azar sino en base a un coeficiente de conectividad preferencial, las distribuciones de las distancias y de los grados caen abruptamente. La representación logarítmica de estas distribuciones es una ley de potencia. Descrita simplemente, es la regla de Pareto del 80/20, que establece que, por ejemplo el 20% de los pacientes genera el 80% del gasto de un establecimiento. O que el 20% de los clientes produce el 80% de las ganancias de una empresa. En las redes sociales se manifiesta en que los

sujetos que tienen más conexiones, son preferidos por los nuevos integrantes que ingresan a la red o círculo social. De modo que “la plata llama a la plata” o la conexión crea más conexión. Esto tiene sentido, pues en general, vale más la pena vincularse con alguien bien vinculado que con una persona aislada^{12, 21-23}. El algoritmo matemático del buscador Google está basado en un principio similar: rastrea las páginas web más conectadas, que reciben más links dirigidos a ellas, lo que hace que sea más probable que aparezcan en una búsqueda.

La Internet ha contribuido mucho a la visibilidad de las redes pues permite acceder a páginas web en pocos segundos (el promedio de separación entre las páginas web es de 16 grados). Esto indica que las redes son también navegables, es decir, que se pueden recorrer hasta llegar a un punto o nodo buscado sin tener que conocerla completamente en todos sus detalles. Lo asombroso es que los seres humanos de alguna manera son capaces de conectarse a través de otros sin conocer la red completa. De hecho, el horizonte de percepción de los vínculos a lo más alcanza para “ver” a otras 150 personas. “Ver” significa disponer de alguna información acerca de algunas de sus características, quién es colaborador o aprovechador, quien es confiable, quien no. Esa cifra no es casual, la descubrió Dunbar, un antropólogo, estudiando a los mandriles y sus actividades de acicalamiento. Calculó que estos y otros monos tienen diversas capacidades para intercambiar acicalamientos con otros primates (30 los mandriles) y que dicho número se correlaciona con la superficie de la corteza cerebral. Reemplazando el acicalamiento por el lenguaje humano, en que acicalar es equivalente a comentar (intercambiar información acerca de otros, “copuchar”, “pelar”), estableció que, como máximo, los humanos pueden acicalar a 150 otros debido a la superficie de la corteza cerebral. El número funciona en el tamaño de las aldeas, el número de hogares o familias, el tamaño de grupos de trabajo antes de volverse menos eficientes, unidades militares y una serie de otros ejemplos²⁴.

REDES SOCIALES

Racimos de hasta 150 miembros permiten sin embargo conectar a otros grupos socialmente distantes a través de muy pocos nodos que actúan de intermediadores. En inglés al empresario se le denomina con la palabra francesa *entrepreneur*, de *preneur*, tomar: el que toma entremedio. La intermediación es la esencia del emprendimiento y éste consiste en aprovechar las oportunidades de desconexión de otros. Uno dispone de algo que quiere vender, otro quiere comprar eso pero no están conectados. Quien establece el nexo es el que hace el arbitraje, que le permite comprar a un precio y vender a otro superior. Ocupa un vacío estructural entre nodos desconectados entre sí y que no tienen información redundante, es decir, no acceden a la misma información a través de sus contactos. Burt ha investigado este fenómeno en organizaciones y ha encontrado que quienes ocupan dichos vacíos tienen mejores evaluaciones de desempeño, son promovidos antes y sus sueldos son mayores que los de sus equivalentes²⁵. En otros términos, ocupando dicho vacío, se accede a beneficios mayores, a una mayor diversidad de información y se es referido más frecuentemente, es decir, tiene más reputación. A esto se le llama capital social²⁶⁻³⁰.

Las redes sociales son una forma de estructuración de la realidad que consiste en la existencia de vínculos relativamente duraderos entre actores individuales o colectivos (personas, organizaciones, naciones, estados) por medio de los cuales se realizan intercambios de recursos valorados de diverso tipo. Estos pueden ser afectivos, de apoyo mutuo, favores, préstamos, donaciones, información, pacientes, virus e infecciones (informáticas y orgánicas en cuyo caso, son recursos negativamente valorados). Vistos desde la perspectiva del sistema social son dispositivos que permiten reducir la complejidad por medio de la selección del interlocutor en la comunicación, permitiendo que la información llegue más allá de los presentes en la interacción presencial.

COMPLEJIDAD AUTO-ORGANIZADA

La complejidad consiste de la distinción entre elemento y relación y tiene tres aspectos relevantes:

a) A mayor número de elementos, las relaciones potenciales entre ellos aumenta geoméricamente ya que corresponde a N^2-N posibles vinculaciones. Si la dirección del vínculo no interesa, se divide por dos, de modo que si va de A hacia B, es lo mismo que si va dirigido desde B hacia A. Con 2 elementos $(4-2)/2$ hay 1 relación posible. Con 5 hay $25-5=20/2=10$; con 150 son 11.175. Si todos los elementos se conectan entre sí se está matemáticamente en el caos. Socialmente también, si imaginamos que cinco personas hablan (y supuestamente escuchan) simultáneamente. Entre el caos y la rigidez de los cristales sólidos está la complejidad autoorganizada que es el fenómeno que están estudiando tanto las denominadas “nuevas ciencias” de la complejidad entre las que algunos proponen se encuentran las redes²². Una pregunta fundamental es cómo surge o emerge un orden de la complejidad. Esa emergencia requiere una selección de relaciones entre algunos elementos y de no relación entre otros, en la que operan las leyes de potencia, el enracimamiento, la vinculación preferencial y la conectividad.

b) El segundo aspecto de la complejidad es que los elementos no son ontológicamente definibles pues es la relación entre ellos la que les provee su identidad. Un padre sin hijos no es tal. Un médico sin pacientes, un profesor sin alumnos, un gendarme sin prisioneros, no son tales, salvo que esté el otro elemento. Estos ejemplos son de roles institucionalizados, de modo que son fáciles de comprender. Hay otros roles que el análisis de las estructuras hace posible identificar. El de intermediario sobre el que vimos algo anteriormente, el de vocero, mediador, regulador de intercambios (gatekeeper) y, uno muy importante, el de jugador clave (key player). Este es un nodo posicionado de tal manera que su remoción implica una desconexión significativa de la red

dejando al resto de los componentes aislados entre sí. Si un servicio de inteligencia descubre el “clave”, su remoción puede rendir muchos frutos al desconectar a la red terrorista e inhibir su capacidad de acción. También poder identificar e inhibir al nodo que está propagando una infección a grupos conectados por él sería un logro en una campaña de vacunación o para evitar la extensión del VIH^{31,32}.

c) El tercer aspecto es la multiplejidad^{33,34}. A menudo muchas de las relaciones sociales son unívocas, como cuando se compra el diario en un kiosco cualquiera. Hecha la transacción, no queda nada de la relación. Pero una relación estrictamente comercial puede dar lugar a otras relaciones entre los mismos sujetos, se pueden hacer “caseros”, conversar sobre otros temas, hacerse favores. En los contextos laborales es usual que colegas de trabajo, se hagan amigos, compañeros de equipos de fútbol, se aconsejan, o integran el sindicato. Cuando hay más de una relación en el vínculo existe la multiplejidad. Analíticamente esto es altamente complicado pues no se puede saber con certeza cuál de todas las relaciones presentes en un vínculo está influyendo sobre la conducta. También indica que la fuerza del vínculo es mayor, pues aunque existan desacuerdos sobre cómo hacer un trabajo, las otras relaciones impiden o inhiben su ruptura. La multiplejidad produce más cohesión al haber más líneas de adhesión.

REDES EN SALUD

Con el incremento de enfermos crónicos que no requieren hospitalización, ha surgido la necesidad de proveerlos de cuidados y tratamientos en sus ambientes cotidianos y habituales. Por ello es que se han desarrollado redes de protección y apoyo que le facilitan la permanencia y adhesión al tratamiento, control de los riesgos, modificación de hábitos y apoyo emocional para lidiar con la enfermedad^{35,36}. Estas redes son entre familiares pero también se constituyen asociaciones, entre extraños, para sostener a los pacientes y disponer de vocería ante autoridades públicas para obtener recursos, apoyos o programas sanitarios. Esas asociaciones

pueden o no formalizarse, como la Liga contra la Epilepsia, Chile Positivo y las agrupaciones reconocidas por los servicios de salud por medio del otorgamiento de su personalidad jurídica por la municipalidad. También pueden permanecer como grupos de ayuda mutua en los vecindarios, brindando apoyo a los pacientes, estableciendo puentes con otros grupos o conexiones con autoridades y profesionales para acceder a recursos que necesitan. En estas tres modalidades se encuentran las tres formas del capital social: de adhesión (o bonding), de puentes y de conexiones. La adhesión otorga identidad, membresía, apoyo cercano, ayuda mutua o intimidad y caracteriza a la cohesión grupal. Los puentes conectan a componentes separados y permiten transitar por los vacíos estructurales que separan, por la desvinculación entre ellos, a grupos que ocupan posiciones similares en la jerarquía social. Las conexiones también vinculan a los grupos locales pero lo hacen hacia nodos que tienen mayor disponibilidad de recursos o que, en general, están en un nivel jerárquico superior en la estratificación social, de poder o de disposición de recursos.

EFFECTOS DE LAS REDES SOBRE LA SALUD

De modo que existen redes que contribuyen a la protección y al apoyo. El efecto de las redes sobre la salud, sin embargo, es un asunto distinto. Se ha establecido que el VIH se propaga a través de redes, de manera similar a cómo se difunden en la sociedad innovaciones de todo tipo^{37,38}. También se estableció en un experimento controlado, que la variedad (no el número) de los vínculos en las redes o la diversidad de roles que se desempeñan, tiene un efecto protector frente al resfrío común, aunque no se ha podido establecer mediante qué mecanismo orgánico opera, ya que los niveles de epinefrina y de norepinefrina (y cortisol) no están correlacionados con la diversidad de la red. El aislamiento social es dañino para la salud y la integración provee de resistencias y capacidades recuperativas³⁹.

SALUD EN RED

Distinto es el tema de organizar la provisión de servicios sanitarios mediante coordinaciones en red. En la evolución social la coordinación de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios se ha realizado mediante los mercados y las jerarquías u organizaciones burocráticas. El mercado funciona mediante los precios que contienen la información acerca de la escasez relativa de un bien y que permite tomar decisiones de compra o venta con esa información. No es un dispositivo creado o diseñado a propósito por los seres humanos, sino una forma de vincular decisiones a otras decisiones y de ajustar expectativas que surgió de la propia vida social^{40,41} y que aparece espontáneamente. Las organizaciones, en cambio, son diseñadas a propósito e intencionalmente para realizar determinadas actividades conducentes a objetivos o fines. Integra como miembros a personas extrañas (no parientes) para cooperar entre sí. Logra la coordinación mediante el establecimiento de rutinas y procedimientos, división de funciones y de los distintos ámbitos de decisión. Esta se hace mediante las órdenes o el fiat administrativo⁴²⁻⁴⁵. Las redes, de manera similar al mercado, también surgen espontáneamente de la vida en sociedad, pero a diferencia de él, no requieren de arreglos institucionales relativamente complejos para funcionar. En este sentido, son aún menos intencionadas que el mercado, lo que plantea el problema de hasta qué grado son susceptibles de ser diseñadas y gestionadas para lograr determinados propósitos u objetivos.

En las últimas décadas la evolución de la sociedad moderna ha llegado a una situación en que la sociedad no tiene una cumbre estratégica, como fue el Estado, para coordinar múltiples decisiones, en particular de formulación y ejecución de políticas públicas y sociales. Vivimos en una sociedad mundial, acéntrica, en la que ningún sistema social parcial provee dominante o exclusivamente la semántica para dar cuenta de los eventos y de las tendencias de la sociedad⁴⁶⁻⁴⁸. De ahí que las redes han sido

destacadas en la observación de la sociedad, pues permiten vincular dichos subsistemas parciales y a las organizaciones y entidades dentro de ellas de manera heterárquica. No operan mediante la ausencia de autoridad (anarquía, no como sinónimo de desorden) o la mano invisible del mercado y no mediante las órdenes administrativas o la mano visible de la jerarquía burocrática.

La salud proveída mediante redes significa que no operan completamente mecanismos del mercado ni de las burocracias. La integración vertical de la propiedad de aseguradores y prestadores que se observa es una forma burocrática que regula los pagos, prestaciones (mediante protocolos y guías clínicas) y los costos. También la provisión por parte del sector público ha sido mediante mecanismos burocráticos o jerárquicos. Conviven con la compra de servicios en el mercado en el que se concurre libremente (esto es, sin afiliaciones institucionales) a la consulta médica y a los servicios de especialidades, laboratorios y hospitalización. En las últimas décadas han aparecido otras formas -en red- en que existen acuerdos, adoptados voluntariamente por las partes, de intercambiar prestaciones y acordar precios, de realizar contratos con proveedores de servicios clínicos y médicos, de establecer alianzas estratégicas y una diversidad de nuevas formas organizacionales que no pueden ser descritas sino recurriendo a conceptos del análisis de redes sociales^{49,50}.

El sistema inglés del NHS ha sido una forma burocrática de coordinar la provisión de servicios sanitarios que funciona mediante la asignación presupuestaria a hospitales y otros prestadores que atienden las necesidades de la población incorporada al servicio. El SNS se diseñó siguiendo un patrón organizacional similar. El sistema estadounidense es el que presenta más cercanía con un modelo de mercado, en el que proveedores privados cobran un precio por sus servicios a la población usuaria, que compra seguros de salud para solventar los gastos incurridos. Es similar al funcionamiento inicial del sistema privado de Isapres en Chile⁵¹. La actual Reforma a la Salud se propone establecer

redes asistenciales que provean al paciente un cuidado coordinado entre los niveles de atención (primario a terciario) o entre establecimientos de un mismo nivel pero con distintas capacidades de diagnóstico y garantizando el acceso, la calidad y oportunidad, así como los umbrales superiores del riesgo financiero de co-pago para los usuarios.

LA REFORMA DE LA SALUD Y LAS REDES ASISTENCIALES

La Reforma al sistema de salud establece explícitamente un diseño en red para la provisión de atenciones y tratamientos de los pacientes. El diseño institucional y organizacional del sistema parte de la separación de las funciones de rectoría y regulación de las de provisión de servicios. Las funciones de regulación y rectoría se asignan a las Seremi de Salud y a los servicios de salud se les asigna la función de proveer atenciones, la que se desempeñará articulando las redes de atención^{52,9}.

La red asistencial comprende un primer nivel, la atención primaria, con alta capacidad resolutive que se concibe como el primer nodo de atención⁵³. En los casos que requieren de especialistas, debe derivar sus pacientes al nivel secundario de centros de diagnóstico o referencia o al terciario, constituido por hospitales. La red asistencial se constituye en una red de derivación de pacientes desde el nivel primario hacia los restantes. El objetivo final es proveer atención integral a cuya producción concurren los establecimientos con diversos niveles de capacidad de resolución y complejidad.

La principal característica que presenta este diseño organizacional, es que los recursos del sistema tienen distintos “propietarios” y están distribuidos entre distintos componentes. Así el nivel primario es “propiedad” de los municipios, mientras los demás lo son de los servicios de salud. Por involucrar a distintos “propietarios” es que se requiere la configuración de una red. Si fuesen todos propiedad de una misma entidad, el servicio de salud por ejemplo, operaría bajo alguna modalidad de integración vertical o jerarquización burocrática. Si fuese organizado

de manera más similar a un mercado, se debería asignar los recursos al nivel primario, que en nombre de los pacientes, compraría servicios a los demás niveles. En un diseño más puro de mercado, el sistema asignaría a los usuarios vales u órdenes de atención valorizadas, modalidad conocida como “vouchers”. Al operar mediante asignaciones de presupuestos, el sistema se parece más a un diseño burocrático-jerárquico. De ahí que sea fundamental alinear los incentivos y los mecanismos de financiamiento para asegurar que la red sea colaborativa en la provisión de servicio o atención integral a los pacientes⁵³.

Una segunda característica es que introduce dispositivos, de tipo incentivos, para que los niveles superiores procuren obtener ingresos mediante la oferta de servicios. Se espera que las proporciones en su composición evolucionen desde el predominio de presupuestos históricos hacia una en que los recursos propios sean mayoritarios. El desafío para la Reforma es establecer dispositivos de regulación de estos impulsos que incentivan a modalidades de gestión orientadas al mercado, con la capacidad para resguardar efectivamente los derechos de los pacientes y el acceso a los tratamientos.

Finalmente, el sistema en red requiere de una conectividad -tanto de la información como de las vías de acceso de pacientes- que hasta ahora sólo parcialmente ha sido capaz de exhibir. La congestión de nodos es un fenómeno de frecuente ocurrencia. Es visible en los servicios de urgencia, en las colas y en las demoras en proporcionar atención clínica. Se puede resolver de dos maneras: a) incrementando la capacidad de procesamiento de los nodos, lo que equivale a incrementar la capacidad resolutoria de los consultorios y de los servicios de urgencia. b) incrementando la robustez de la red mediante el establecimiento de nuevos senderos de derivación de flujo a través de vínculos entre los nodos⁵⁴. Esta última modalidad requiere de detallados diseños de la conectividad entre establecimientos, la especificación y estabilización de reglas de derivación.

RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO EN RED

Las distintas formas organizacionales disponen de mecanismos de coordinación cuyo funcionamiento es conocido: los precios que regulan las decisiones en el mercado y las órdenes administrativas y presupuestos que lo hacen en las jerarquías o burocracias. Para el caso de las redes inter-organizacionales, sin embargo, no se ha logrado establecer el mecanismo equivalente^{43,45,49,50}. Esto señala una restricción no menor para el diseño de las organizaciones que componen un sistema de salud y de las relaciones entre ellas. Operan regulaciones mediante el capital social, por ejemplo en el aspecto reputacional de las profesiones, ya que las redes transmiten información acerca del desempeño de un actor u organización que puede afectar su prestigio ante otros. Como existe el fenómeno del mundo pequeño el alcance de dicha información hacia sectores remotos es no trivial en los efectos que puede tener sobre las decisiones de terceros de recurrir o estar dispuestos a pagar por los servicios ofrecidos por aquel que está siendo mal evaluado. De este modo el cuidado de la reputación, apegándose a normas o estándares generalizados en las profesiones, regula la conducta del proveedor. Esto es indicativo de que las redes en salud deben ser concebidas no sólo como dispositivos para que la población acceda a los servicios sanitarios, sino también, como aquellas que hacen posible que los profesionales tengan acceso a pacientes (o “clientes”). En la profesión médica se puede sostener que es la reputación la principal fuente de ingresos y que es determinada por la vinculación de cada profesional con otros médicos de los que obtiene referencias o derivaciones de pacientes.

El uso adecuado de los conceptos pertinentes permite también observar algunas restricciones para la organización en red y aquí señalaremos las que consideramos las dos principales. En primer lugar, no se ha establecido mediante investigaciones empíricas cuáles serían las competencias laborales necesarias para desempeñarse en red. Los sistemas educacionales proveen habilidades y capacidades para actuar

en los mercados y en las burocracias, no necesariamente en redes. Un aspecto más fundamental aún respecto de las competencias refiere a los tipos de incertidumbre que se enfrentan y que pueden ser adecuadamente reducidas mediante dispositivos presentes en las formas de organización en red. Entre los principales dispositivos está el trabajo profesional que precisamente se incrementa con la complejidad de la sociedad moderna⁵⁵⁻⁵⁷.

Segundo, establecer redes aparece como deseable en parte por un rasgo de nuestra sociedad latinoamericana que privilegia la sociabilidad por sobre la asociatividad. La sociabilidad es característica de relaciones entre familiares o sus equivalentes, mientras la asociatividad lo es de vínculos con extraños. Para asociarse se requiere que estén avanzados los procesos de individualización y autonomía y la ausencia de vínculos de dominio y sumisión, así como que existan necesidades que no se pueden resolver solos, es decir, que existan situaciones que hagan necesario depender de otros. Al contrario, la sociabilidad siempre descansa en la pertenencia a estructuras familiares o de parentesco, real o simbólicamente asimiladas a ellas, como el padrino y el compadrazgo. Descansa fuertemente en la reciprocidad que se manifiesta en vínculos presenciales marcados por la donación gratuita⁵⁸. Las redes, en general, requieren ser asociativas si van a ser usadas como principio organizacional, pero tienden a ser de sociabilidad (“familística”). Para superar esta antinomia se requiere desarrollar competencias que no dependen sólo de la efectividad del sistema educacional, sino de cambios sociales más amplios. Que éstos hayan ocurrido hasta alcanzar umbrales suficientes es discutible y más bien la evidencia empírica indica que no se está aún cerca de ellos (op. cit.). No obstante, las redes profesionales pueden sustituir, en alguna medida, estas limitaciones a la asociatividad. Como en toda situación en que hay redes, se debe tomar en cuenta que estas tienen algunas externalidades negativas para los no incluidos en ellas, a quienes se les podría infringir costos desviados desde las redes hacia ellos^{42,43}.

El propósito de enunciar estas restricciones

sirve para alertar acerca de las consecuencias que supone el trabajo en red, pues se sobrecarga la exigencia de tener que confiar en extraños y apela a la buena voluntad y disposición a colaborar sin que intermedien autoridades o jefaturas⁵⁹. Es frecuentemente observable la apelación discursiva a la buena voluntad y disposición para trabajar colaborativamente en la resolución de problemas de salud, de trabajo en equipo e intercambios de información. También son observables la frustración, el “burnout”, la indiferencia hacia los pacientes y problemas similares, porque las organizaciones no tienen establecidos los incentivos y reconocimientos alineados con esas formas de colaboración. Así no todos participan del esfuerzo y quienes lo hacen, ven reducido significativamente el aporte que su dedicación y compromiso personal podría agregar para el bienestar de los pacientes.

CONCLUSIÓN

Esta somera revisión alerta acerca de la necesidad de disponer de observaciones y elaboraciones más sistemáticas sobre las modalidades de coordinación mediante redes. Una paradoja que aparece es que para que las redes colaborativas funcionaran adecuadamente, podrían requerir diseños organizacionales que las formalicen y despersonalicen, de modo de poder estabilizar su funcionamiento mediante dispositivos que dependan menos de las disposiciones y compromisos de las personas y más de los arreglos organizacionales⁵⁹. El desafío de organizar la provisión de servicios sanitarios mediante redes asistenciales es enorme tanto en su implementación práctica como en los esfuerzos por conceptualizar adecuadamente sus requisitos y características. Tiene la ventaja, no obstante, de estar en sintonía con una de las tendencias más nítidamente observables en la sociedad moderna: la propensión a establecer relaciones más heterárquicas que jerárquicas y a proteger especialmente a los más débiles, de los efectos indeseados del funcionamiento de los mercados.

La sociedad moderna ha sido capaz de implementar soluciones a una variedad nunca vista de problemas mediante el establecimiento

de organizaciones formales dedicadas al desempeño de un conjunto reducido de funciones especializadas. Las muchas veces razonables críticas a la organización jerárquica, no deben ocultar el hecho de que las organizaciones son sociológicamente burocracias y que en dicha forma radica su enorme capacidad para abordar problemas y generar soluciones efectivas⁶⁰. El desafío contemporáneo consiste en lograr que actúen y operen coordinadas entre sí, de modo de superar la excesiva fragmentación de los usuarios o pacientes en el caso de la salud, para proveerles soluciones más integrales que requieren la colaboración entre las organizaciones. Las redes aparecen como un dispositivo con capacidad para lograr la integración y coordinación colaborativa entre ellas. Que ese potencial o promesa se convierta en una realidad para los pacientes depende de avances en el conocimiento acerca de sus características y modalidades de funcionamiento; el que, a su vez, depende del establecimiento de redes colaborativas entre las disciplinas implicadas en su desarrollo y de un diálogo constante entre ellas. Este artículo espera ser un aporte a ambos.

Agradecimientos. El autor agradece los comentarios a una versión preliminar de los profesores Darío Rodríguez M. y Augusto Iriarte D., y a los revisores anónimos de la Revista, quienes no tienen responsabilidad sobre los eventuales errores que existieren.

REFERENCIAS

1. MINSAL. Contenidos del proyecto de ley de autoridad sanitaria y gestión en salud y de medidas administrativas. Santiago: Ministerio de Salud. República de Chile; 2002.
2. MINSAL. Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010. Documento Oficial. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2002.
3. MINSAL. Hacia un nuevo modelo de gestión en salud. Contenidos del proyecto de ley de autoridad sanitaria y gestión en salud y de medidas administrativas inmediatas. 2002.
4. WELLMAN B. Structural analysis: from method and metaphor to theory and substance. In *Social Structure A Network Approach*. Volume 15. Edited by Wellman B, Berkowitz SD. Greenwich, CN: JAI Press; 1988: 19-61: Contemporary Studies in

- Sociology.].
5. WASSERMAN S, FAUST K. *Social Network Analysis. Methods and Applications*. New York, NY: Cambridge University Press; 1994.
6. RODRÍGUEZ JA. *Análisis estructural y de redes*. Madrid: CIS Centro de Investigaciones Sociológicas; 1995.
7. LAZEGA E. *Reseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998.
8. LEMIEUX V. *Les Réseaux D'Acteurs Sociaux*. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
9. SCOTT J. *Social Network Anaylisis. A Handbook*. 2nd edn. London: Sage; 2000.
10. MOLINA JL. *El Análisis de Redes Sociales. Una introducción*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001.
11. NEWMAN NMJ. *Structure and Function of Complex Networks*. *SIAM Review* 2003, 45:167-256.
12. BARABÁSI A-L. *Linked. The New Science of Networks*. Cambridge, MA: Perseus Publishing; 2002.
13. STROGATZ SH. *Exploring complex networks*. *Nature* 2001, 410:268-276.
14. WATTS DJ. *Six Degrees. The science of a connected age*. New York, NY: W.W. Norton & Co.; 2003.
15. WATTS DJ. *Small Worlds. The Dynamics of Networks between Order and Randomness*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1999.
16. NEWMAN MEJ, Park J: *Why social networks are different from other types of networks*. *Physical Review (Statistical, Nonlinear, and Soft Matter Physics)* 2003, 68.
17. MILGRAM S. *El Problema del Mundo Pequeño*. *Araucaria Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* 2003 (1967), 4.
18. GRANOVETTER M. *Getting a Job. A study of contacts and careers*. 2nd edn. Chicago: The University of Chicago Press; 1995.
19. GRANOVETTER M. *The Strength of Weak Ties. A Network Theory Revisited*. *Sociological Theory* 1983, 1:201-233.
20. GRANOVETTER M. *The Strength of Weak Ties*. *American Sociological Review* 1973, 78:1360-1380.
21. WATTS DJ. *Networks, Dynamics, and the Small-World Phenomenon*. *American Journal of Sociology* 1999, 105:493-527.
22. WATTS DJ. *The "New" Science of Networks*. *Annual Review of Sociology* 2004, 30:243-270.
23. BARABÁSI A-L, ALBERT R. *Emergence of scaling in Random Networks*. *Science* 1999, 286.
24. DUNBAR RIM. *Coevolution of neocortical size, group size and language in humans*. *Behavioral and Brain Sciences* 1993, 16:681-735.
25. BURT RS. *Structural Holes. The Social Structure of Competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1992.
26. BURT RS. *The social capital of structural holes*. In *New Directions in Economic Sociology*. Edited by Guillén MF, Collins R, England P, Meyer M. New York: Russell Sage Foundation; 2001
27. BURT RS. *The Network Structure of Social Capital*. In *Research in Organizational Behavior Vol 22*. Edited by Sutton RI, Staw BM: Elsevier Science; 2000

28. LIN N. Building a Network Theory of Social Capital. *Connections* 1999, 22:28-51.
29. LIN N. *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
30. LIN N, COOK K, BURT RS. *Social Capital. Theory and Research*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 2001.
31. BORGATTI S. The Key Player Problem. In *Dynamic Social Network Modelling and Analysis Workshop Summary and Papers*. Edited by Breiger R, Carley K, Pattison P. Washington D.C.: The National Academies Press; 2003: 253-264
32. MOODY J, DOUGLAS W. Structural cohesion and embeddedness: A hierarchical concept of social groups. *American Sociological Review* 2003, 68:103-127.
33. CROSS R, BORGATTI SP, PARKER A. Beyond Answers: Dimensions of the Advice Network. *Social Networks* 2001, 23:215-235.
34. LAZEGA E, PATTISON P. Multiplexity, generalized exchange and cooperation in organizations: a case study. *Social Networks* 1999, 21:67-90.
35. UEHARA E. Dual Exchange Theory, Social Networks, and Informal Social Support. *American Journal of Sociology* 1990, 96:521-557.
36. WELLMAN B, WORTLEY S. Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. *American Journal of Sociology* 1990, 96:558-588.
37. BOASE J, WELLMAN B. A Plague of Viruses: Biological, Computer and Marketing. *Current Sociology* 2001.
38. DODDS PS, WATTS DJ. A generalized model of social and biological contagion. *Journal of Theoretical Biology* 2005, 232:587-604.
39. COHEN S, BRISSETTE I, SKONER D, DOYLE W. Social Integration and Health: The Case of the common Cold. *Journal of Social Structure* 2003, 1.
40. HAYEK FV. Spontaneous ("grown") order and organized ("made") order. In *Markets, Hierarchies and Networks The Coordination of Social Life*. Edited by Thompson G, Frances J, Levacic R, Mitchell J. London: Sage in association with Open University; 1991.
41. HAYEK FA. The Use of Knowledge in Society. *The American Economic Review* 1945, 35:519-530.
42. LECHNER N. Tres Formas de Coordinación Social. *Revista de la Cepal* 1997:7-17.
43. MESSNER D. The Network Society. *Economic Development and International Competitiveness as Problems of Social Governance*. London: Frank Cass in association with the German Development Institute, Berlin.; 1997.
44. THOMPSON G, FRANCES J, LEVACIC R, MITCHELL J. *Markets, Hierarchies and Networks. The Coordination of Social Life*. London: Sage Publications and The Open University; 1991.
45. THOMPSON GF. *Between Hierarchies and Markets. The Logic and Limits of Network Forms of Organization*. New York NY: Oxford University Press; 2003.
46. LUHMANN N. *Sistemas sociales*. México.: Universidad Iberoamericana/Alianza Editorial.; 1991.
47. LUHMANN N. Globalization or World Society: How to conceive of modern society? *International Review of Sociology* 1997, 7:67-80.
48. STICHWEH R. On the Genesis of World Society: Innovations and Mechanisms. In *Documentos de trabajo Bielefeld Institute for Global Society Studies*. Bielefeld; 2001.
49. PODOLNY JM, Page KL. Network Forms of Organization. *Annual Review of Sociology* 1998, 24:57-76.
50. POWELL W: Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behavior* 1990, 12:295-336.
51. SAPELLI C. Risk Segmentation and Equity in the Chilean Mandatory Health Insurance System. *Social Science and Medicine* 2004, 8.
52. MINSAL: *Contenidos del conjunto legislativo para la reforma de salud*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2002.
53. TÉLLEZ Á. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos* 2006, 1.
54. DODDS PS, WATTS DJ, SABEL CF. Information exchange and the robustness of organizational networks. *PNAS* 2003, 100:12516-12521.
55. SCIULLI D. *Continental Sociology of Professions Today: Conceptual Contributions*. *Current Sociology* 2005, 53:915-942.
56. EVETTS J. The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology* 2003, 18:395-415.
57. DINGWALL R, KING MD. Herbert Spencer and the Professions: Occupational Ecology Reconsidered. *Sociological Theory* 1995, 13:14-24.
58. VALENZUELA E, COUSIÑO C. *Sociabilidad y Asociatividad. Un ensayo de sociología comparada*. *Estudios Públicos* 2000, 77:321-339.
59. KUHLMANN E. Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology* 2006, 54:607-620.
60. PERROW C. *Why Bureaucracy? In Foundations of Organizational Communication A Reader*. 2nd edition. Edited by Corman SR, Banks SP, Bantz CR, Mayer ME. White Plains, NY: Longman; 1995: 28-53

Recepción : jun. 2006
Aprobación : 6 oct. 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

Gasto de bolsillo en salud en Chile 2005: Estructura, participación relativa y tendencias

DAVID DEBROTT ⁽¹⁾

El Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) fue realizado por la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, con el objetivo de proporcionar información para determinar una línea base en gasto de bolsillo en salud, a partir de la cual evaluar el grado de avance de las políticas públicas al final de la década, en función de los Objetivos Sanitarios del país. Específicamente, se busca determinar la proporción que representa el gasto de bolsillo de los hogares en diversos bienes y servicios relacionados a la salud de sus miembros, en relación con el ingreso disponible y/o el gasto total de dichos hogares.

El análisis consideró cinco mil hogares en las regiones II, V, VIII y Metropolitana. Se utilizaron cuadernillos auto administrados, aplicados a cada integrante del hogar adulto y al o los tutores de los menores de edad. La muestra es probabilística,

estratificada geográficamente y por tamaño poblacional en el área urbana, y de selección en cuatro etapas. La base muestral fue el marco de áreas del Programa Integrado de Encuestas de Hogares (PIEH) del INE. La cobertura geográfica y el nivel de estimación del Estudio es Nacional-Urbano (Tabla 1).

Para resolver la presencia de valores perdidos en la base de datos, se utilizó un método de imputación por regresión lineal múltiple como lo recomienda la literatura reciente.

Los resultados principales fueron generados por deciles y quintiles, ordenados por gasto total del hogar, sin descontar y luego descontando los reembolsos (Tabla 2). De estos resultados se determinó una "Cuantilización de Referencia" para las comparaciones posteriores y para el establecimiento de la línea-base. La calidad de la información sobre ingresos personales no permitió utilizarla en esta primera entrega de resultados.

Tabla 1. Población, muestra y registros

Población Base Censo '92 actualizado a '02			Muestra					Registros Obtenidos	
Estrato	Total personas Estrato	Viviendas Censo '92	Región	Áreas	Secciones	Número de Viviendas Esperadas	Número de Viviendas Reemplazo	Nº Hogares con Información Completa	% Obtenido sobre Esperado
1	5.888.431	1.219.138	13	18	227	2.270	2.500	2.024	89,2%
2	977.675	160.952	2	4	38	380	420	327	86,1%
3	2.980.729	593.894	5	9	115	1.150	1.260	1.061	92,3%
4	3.140.611	600.886	8	8	120	1.200	1.320	1.146	95,5%
Nacional Urbano	12.987.446	2.574.870	4	39	500	5.000	5.500	4.558	91,2%

Fuente: Elaborado en base a INE (2004) y base de datos ENSGS.

⁽¹⁾ Economista.

Tabla 2. Participación del gasto en salud en el gasto total de los hogares, según quintil (incluyendo reembolsos) "cuantilización de referencia"

Cuantil	Nº de Hogares	Tramos de Gatos	Media Bruto	Media Neto	Diferencia Media Bruto - Neto
I Quintil	793.098	0 a 125.700	4,4%	4,2%	0,2%
II Quintil	782.048	125.701 a 200.800	7,6%	7,4%	0,2%
III Quintil	785.139	200.801 a 297.000	9,4%	9,1%	0,3%
IV Quintil	786.474	297.001 a 478.467	11,3%	10,9%	0,4%
V Quintil	786.347	478.468 y más	13,5%	12,2%	1,3%

Fuente: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

Medicamentos: el mayor gasto

En promedio, los hogares gastan en salud un 9,6% de su gasto total y un 8,7% descontando los reembolsos. Los hogares de menores recursos gastan en salud proporcionalmente menos que los hogares de mayores recursos, existiendo una gradiente absoluta. La razón 20/20 del gasto total de los hogares es 9,8 veces, la del gasto en salud llega a 28,4 veces y sin reembolsos cae a 25,8 veces. Estos resultados no difieren significativamente en las distintas alternativas de cuantilización utilizadas.

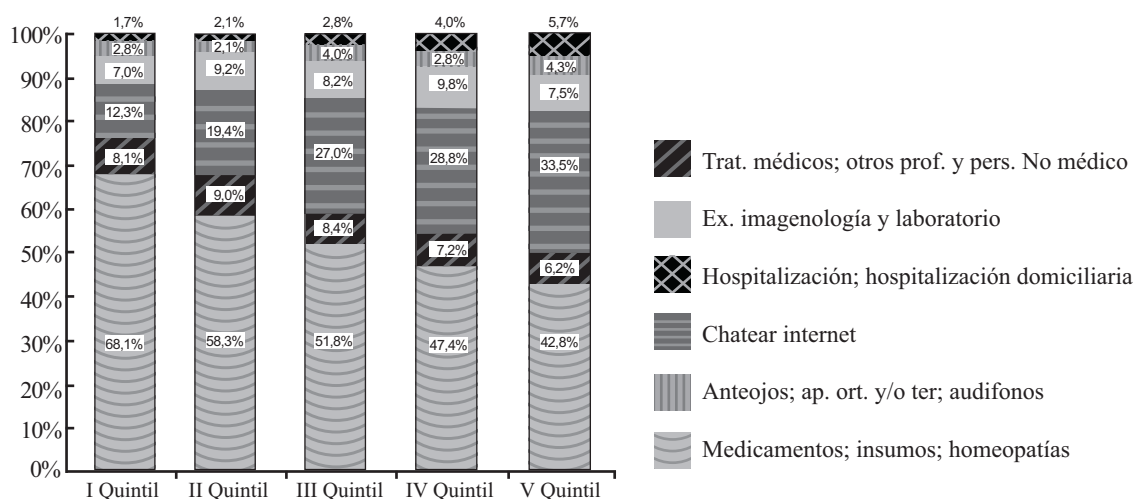
Por componentes del gasto, destaca medicamentos. Este, por sí solo, alcanza 57,2% en el quintil I y 39,0% en el quintil IV, siendo

claramente regresivo (Figura 1).

Todos los componentes del gasto del hogar, con excepción del gasto en salud, fueron consultados para el mes anterior. Esto marca una diferencia con las encuestas de presupuestos familiares del INE, donde se consideran periodos de tiempo más largos para determinados bienes o servicios con el objeto de capturar gastos menos frecuentes. En consecuencia, podría existir algún nivel de subregistro de gastos no de salud si se compara ambas encuestas.

No obstante lo anterior, el registro de gastos en salud es bastante similar en ambas encuestas, lo que debiera asegurar consistencia en los resultados. En ambos casos se establecieron

Figura 1. Composición del gasto en salud, según quintil (incluyendo reembolso)



Fuente: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

periodos de recuerdo de un mes para gastos frecuentes como consulta médica, consulta de medicina alternativa, insumos, medicamentos y medicamentos alternativos (yerbas, homeopatías, etc.); de seis meses para exámenes de laboratorio, imagenología, servicio dental, y otros profesionales y personal de la salud no médico; y de un año para tratamientos médicos, anteojos o lentes de contacto, audífonos, aparatos ortopédicos y/o terapéuticos, atención hospitalaria y hospitalización domiciliaria.

Este criterio de registro tiene particular importancia en el caso de los gastos en salud, ya que a diferencia de otros componentes del gasto de hogares, este tipo de gastos no resulta deseable en ausencia de enfermedad. En definitiva, este criterio de registro permite captar el gasto realizado en periodos anteriores (últimos seis meses o último año) al actual (último mes), disminuyendo el número de hogares con gasto cero en salud, del total de hogares encuestado.

La proporción de hogares que no realizan gastos en salud es bastante distinta por quintil de gasto, siendo superior a la mitad de los hogares (56,5%) en el quintil más pobre y descendiendo sistemáticamente hasta el quintil más rico que registra apenas un 4,8% de los hogares.

En este sentido, dos líneas explicativas pueden ser las siguientes: Por una parte, los hogares más ricos realizan gastos en prevención de la salud y eventualmente sobredemandan determinados bienes y servicios, además de hacerlo con mayor frecuencia. Por otra parte, los hogares más pobres se enfrentan a barreras de acceso, aún cuando disponen de alta cobertura y gratuidad en las prestaciones cubiertas.

En todos los quintiles, la mayor proporción del gasto en salud (sobre 75%) está explicada por el gasto en la salud de los adultos. Esta proporción es bastante similar en los quintiles III, IV y V, es decir, aquellos hogares de nivel socioeconómico medio y alto, y que además son aquellos que con mayor frecuencia realizan los gastos en salud. Su nivel oscila entre 75,2% y 76,8%. En cambio, en los quintiles más pobres se observa que esta proporción es aún mayor y coincidiendo con los hogares que gastan con

menor frecuencia en salud. Mientras en el quintil II el gasto en salud de adultos alcanza 79,2%, en el quintil más pobre llega a 87,9%.

El estudio considera además, la ampliación del concepto de gasto de bolsillo para incorporar cotizaciones previsionales voluntarias y seguros de salud privados. Se realizaron ajustes por tamaño el hogar para evitar sesgos de escala. En ambos casos los resultados no son significativamente distintos de los anteriores. La información complementaria permitió caracterizar los hogares que componen los quintiles, lo que resulta útil para el diseño de políticas públicas.

Implicaciones para las políticas públicas

A partir de los resultados descriptivos que arroja el estudio, se pueden establecer varias conclusiones útiles para la formulación y seguimiento de políticas públicas en el sector Salud. Un trabajo posterior de análisis explicativo en base a esta información permitirá profundizar en aspectos no cubiertos en este Informe.

Los resultados agregados permiten establecer, bajo la metodología utilizada en este Estudio, una línea base para evaluar la reducción del gasto de bolsillo en Salud, en función de los Objetivos Sanitarios en el ámbito de Justicia Financiera. La media del gasto de bolsillo en bienes y servicios de salud, sin descontar reembolsos, con respecto al gasto total de hogar alcanza un 9,6%. Este indicador disminuye a 8,7% cuando son descontados los reembolsos del gasto de bolsillo en salud. Ambos resultados corresponden a lo que denominamos “cuantilización de referencia”.

Pese a que el Estudio consideró un levantamiento de información sobre ingresos personales, en este Informe se decidió relacionar el gasto de bolsillo en Salud con el gasto total del hogar. Esto se debe básicamente a la calidad de la información reportada en ingresos y en gastos.

Visto en términos de quintiles o en términos de deciles de gasto total del hogar, se observa una importante gradiente en la participación del gasto de bolsillo en Salud. Dicha gradiente refleja progresividad en el gasto de bolsillo en Salud, vale decir, que en los hogares de menores

recursos (aquellos que gastan menos en total) la carga que representa el gasto de bolsillo en Salud es considerablemente menor, mientras en los hogares de mayores recursos (aquellos que gastan mas en total) dicha carga es considerablemente mayor.

Sin descontar reembolsos, la media del gasto de bolsillo en Salud en el quintil I alcanza un 4,4% y desciende a 4,2% descontado los reembolsos. En tanto en el quintil V este indicador alcanza 13,5% y 12,2%, respectivamente. Si se profundiza el análisis por deciles se obtiene que, sin descontar reembolsos, la media del gasto de bolsillo en Salud en el decil I alcanza un 3,4% y desciende a 3,3% descontado los reembolsos. En tanto en el decil X este indicador alcanza 13,8% y 12,2%, respectivamente.

De estas cifras se pueden extraer dos antecedentes relevantes. Por una parte, la gradiente observada es más pronunciada entre los hogares de menores recursos que entre aquellos de mayores recursos, hecho que se puede advertir comparando los indicadores a nivel de quintiles y deciles (4,4% vs 3,4%; 4,2% vs 3,3%; 13,5% vs 13,8%, 12,2% vs 12,2%). Por otra parte, el impacto de los reembolsos es considerablemente mayor en los hogares de mayores recursos que en el resto de los hogares. En el quintil V los reembolsos explican la diferencia de 1,3 puntos porcentuales entre el gasto de bolsillo bruto y neto de reembolsos.

En los deciles IX y X esta diferencia alcanza 1,1 y 1,6 puntos porcentuales, respectivamente. En cambio, tanto a nivel de quintiles como de deciles las demás diferencias oscilan entre 0,1 y 0,5 puntos porcentuales.

En relación a la progresividad en el gasto de bolsillo en Salud, es importante advertir que se requiere profundizar en estudios que vinculen las necesidades o el estado de salud de la población, la utilización de servicios y la calidad de la atención. Por otra parte, es necesario advertir que el gasto de bolsillo es uno de varios componentes del financiamiento de la atención sanitaria y, en consecuencia, los criterios de progresividad, equidad y justicia financiera deben considerar un análisis del conjunto del

esquema de financiamiento.

La focalización (inversa) de los reembolsos en los hogares de mayores recursos es consistente con la segmentación del sistema de Seguridad Social de Salud, entre FONASA y el subsistema ISAPRE, y también con el gasto de bolsillo en seguros de salud privados.

Los resultados obtenidos en este Estudio permiten confirmar análisis basados en las Encuestas de Presupuestos Familiares del INE, específicamente en cuanto a concentración del gasto de bolsillo en Salud. Mientras el gasto total de los hogares alcanza una razón 20/20 de 9,8, para el gasto de bolsillo en Salud sin descontar reembolsos esta alcanza 28,4 y desciende a 25,8 descontando los reembolsos. Esto ratifica la necesidad de profundizar análisis como los mencionados anteriormente. Al revisar los componentes del gasto de bolsillo en Salud se advierte que Medicamentos ocupa el primer lugar en todos los quintiles, siendo seguido bastante lejos por otros componentes. En el quintil I este ítem de gasto representa 57,2% y desciende hasta el quintil V donde alcanza 39,0%. Su participación es claramente regresiva.

En general, la atención ambulatoria (Consultas Médicas y Servicio Dental) tiene un peso creciente entre los hogares de mayores recursos donde alcanza un peso de 33,0%, siendo progresivo su gasto de bolsillo. El peso de la atención hospitalaria en general es bastante menor a los anteriores.

Cuando se amplía el concepto de gasto de bolsillo en Salud para incluir las cotizaciones voluntarias realizadas por trabajadores independientes, el gasto en Servicios de Emergencia Móvil y los Seguros privados, su impacto es regresivo. Mientras en el quintil V se pasa de 12,2% a 14,3% (2,1 puntos porcentuales), en el quintil I se pasa de 4,2% a 7,9% (3,7 puntos porcentuales).

Otro aspecto relevante desde el punto de vista metodológico es que al calcular un gasto de bolsillo "per cápita" a nivel de hogares, corrigiendo el sesgo de escala en el gasto de consumo, los resultados obtenidos no difieren significativamente de los obtenidos en la "cuantilización de referencia". Por último, la

información que reporta el Estudio permite caracterizar socioeconómicamente los hogares objeto de análisis. Se observa que los hogares de menores recursos tienen jefes de hogar de edad más avanzada, que hay más mujeres cumpliendo ese rol y que hay más viudos. En cambio, en los hogares de mayores recursos se observa un mayor componente de parejas casadas, cuyo jefe de hogar es preferentemente hombre y de edad menor que en caso anterior.

Las necesidades de salud autoreportadas son claramente mayores entre los jefes de hogar de menores recursos.

Del conjunto de información relativa al empleo del jefe de hogar, resulta interesante destacar que los hogares de menores recursos poseen una situación de mayor vulnerabilidad, desprotección social y precariedad en su inserción laboral. Los hogares de mayores recursos, en cambio, poseen mayor porcentaje de jefes de hogar cotizantes, más trabajadores dependientes, menor desempleo, categoría ocupacional de mayor status y mayores beneficios.

Los resultados permiten observar la segmentación del sistema de Seguridad Social de Salud. Mientras en los cuatro primeros quintiles el peso de FONASA es bastante alto, aunque decreciente, este cae bruscamente en el quintil V donde el sistema ISAPRE alcanza un prácticamente la mitad de la población.

Finalmente, para consolidar un Sistema de Monitoreo y Seguimiento del Gasto de Bolsillo en Salud parece recomendable dar continuidad a este tipo de estudios. Para ello se propone considerar una periodicidad de entre 3 y 5 años. Por tratarse de un esfuerzo de gran envergadura y costo, es recomendable coordinar su realización con la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE para obtener datos longitudinales intermedios. El contraste de información de ambas fuentes permitirá al sector disponer de indicadores adecuados y consistentes en el tiempo para medir este importante aspecto que refleja el grado de equidad y justicia financiera del sistema sanitario nacional.

Más información en: <http://www.minsal.cl/ucsas>

SEMBLANZA

Dr. Eduardo Sarué

Un “Gitano” de América Latina

NORA BERTONI⁽¹⁾

Argentino, del corazón de Buenos Aires en las inmediaciones de Plaza San Martín. Desde entonces, gitano como solía decir, recorriendo América Latina primero y el mundo después. Su primera estación fue en Cochabamba-Bolivia, la ciudad de sus amores, a la que llegó con un año de edad. Vivió allí su infancia y adolescencia junto a sus padres y hermanos y a sus inolvidables compañeros del colegio Lasalle que lo acompañaron hasta su última morada en ese lugar. La segunda estación, siendo aún adolescente, fue Santiago de Chile. Años de arduo estudio, junto a su inseparable compañero desde la primaria, Juan Hasbún, más tarde Ministro de Salud en Bolivia. En La Universidad de Chile se tituló como médico y años después como especialista en Salud Pública en la entonces Escuela de Salubridad de su Facultad de Medicina, de la cual fue académico en la cátedra de Estadística y posteriormente, en muchas ocasiones, profesor invitado. En el país encontró trabajo, formó familia y tuvo cinco hijos.

Luego el periplo siguió en San Juan de Puerto Rico, como docente en la Facultad de Medicina junto a Rolando Armijo y Silvia Plaza, ellos también de brillante trayectoria en la Salud Pública Latinoamericana y ambos profesores en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

LA GRAN AVENTURA OPS/CENDES

En Caracas lo esperaba la gran aventura OPS/Cendes. Se trataba del primer intento, patrocinado por OPS y su director A. Horwitz,

de crear y hacer operativo un método de planificación en salud para Latinoamérica, cumpliendo los mandatos que se recibiera de los países a comienzos de los años 60, “década de la esperanza”, como solían recordarla con Hernán Durán. En 1961 en el Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela. Participó activamente en la gestación del método, en un grupo liderado por el economista chileno Jorge Ahumada y que integraban, entre otros, los Dres. Alfredo Arreaza, Mario Pizzi y Mario Testa.

Siguieron luego años de pleno compromiso con la planificación en salud: docencia y asesoría en formulación e implementación de planes de salud. La primera, en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) creado por Naciones Unidas en 1962 en la Cepal, con el fin de promover la planificación del desarrollo y en el que colaboró hasta 1970 junto a nombres señeros: Hernán Durán, Carlyle Guerra de Macedo, Juan José Barrenechea, Ramón Alvarez, por nombrar algunos. En 1963 propuso y dio asesoría en la formulación y conducción del Plan Decenal de Salud de Chile 1964-1973, puesto en ejecución en 1964, primera experiencia en Latinoamérica. Fue el primer representante (i) de OPS en Chile, (1960-1964) Las representaciones de México, Brasil y Colombia lo contaron entre sus asesores. En este último país fue además representante y participó activamente en la Reforma del Sistema de Salud de comienzos de la década del 70. A fines de ella cambió la OPS por la OMS y Latinoamérica por el Medio Oriente. Fue representante de la OMS en Irak, en los tiempos

⁽¹⁾ Viuda de Sarué

iniciales del gobierno de Sadam Hussein y asesor en la Oficina Regional del Medio Oriente en Alejandría, Egipto. Consideró esta época como una gran experiencia que le permitió adentrarse en una cultura tan diferente, en la que una de las pocas cosas conocidas era el ladrido de los perros, como comentaba. Significó un encuentro cercano con una fascinante historia de cinco mil o más años atrás, época de soledad de a dos, con familia y amigos lejanos y escasa comunicación de subdesarrollo a subdesarrollo.

LA SALUD PÚBLICA EN LATINOAMÉRICA

En 1980, ya jubilado regresa a Latinoamérica a vivir en Montevideo donde colabora por varios años en docencia en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) junto a Angel Gonzalo Díaz. Hace parte además, de un equipo conjunto del Instituto Interamericano del Niño/OEA y CLAP/OPS, formado con el objetivo de colaborar en los países de la Región, en la incorporación del concepto de riesgo en programas de atención de salud. Fructíferos fueron sus viajes en esa época a los países escandinavos, Rusia y China para conocer in situ el funcionamiento de tan diversos sistemas de atención, conocimientos que transmitía generosamente a sus alumnos.

En esta apretada síntesis he intentado resumir más de un cuarto de siglo de vida de Eduardo como funcionario internacional dedicado a la salud pública en Latinoamérica y el Medio Oriente.

Al recordar otros aspectos de su vida y personalidad, lo primero que viene a mi memoria es el orgullo con que contaba a sus amigos, hijos y nietos la historia de vida de su padre. Compartámosla.

En la primera década del siglo XX Don José, de familia armenia desplazada a Siria por el terror a las matanzas de los turcos otomanos, había llegado solo a Argentina, de polizón a los catorce años, en barco de inmigrantes como tantos miles, con escalas previas en Egipto y Francia. Con el escaso dinero ganado con su trabajo de pela-papas y ralla-queso en el barco,

desconociendo el idioma, sin contactos, apoyado únicamente en su coraje e inteligencia y confiando en los seres humanos que encontrara en su camino, desembarcó en Buenos Aires.

Un señor, con rasgos árabes, al que se acercó lo llevó a su casa y al día siguiente ya estaba en la calle trabajando con una mesita colgada al cuello y vendiendo baratijas al igual que su nuevo amigo. Desde estos inicios llegó a ser un importador exitoso y respetado en Bolivia.

La sencillez y real orgullo con que Eduardo nos contaba episodios de la vida de su padre nos hablan de los valores que le legó y que éste siempre cultivó.

De las primeras etapas de su vida en Bolivia tal vez proviene su profundo respeto por las civilizaciones indígenas de Latinoamérica, los declaraba los cuidadores de la naturaleza, los ecológicos. Aprendió quechua para comunicarse con todos los que encontrara. Amaba nuestra música folklórica, el tango, los huaynos y Mercedes Soza lo acompañaron hasta sus últimos días.

De su trabajo en la mayoría de los países de la Región, pienso que nació su profundo compromiso con la salud de los latinoamericanos, su visceral rechazo por la desigualdad de oportunidades, su activa preocupación y militante compromiso con la capacitación de profesionales de la salud. Fueron cientos, quizás miles de alumnos a quienes entregó una visión nueva de su propio quehacer, haciéndolos reflexionar sobre el cambio que debían hacer desde la atención de la salud individual, para la que habían sido formados en las escuelas profesionales, a las habilidades que demanda la atención de la salud comunitaria en países pobres y con fallas de organización. La inequidad de nuestras sociedades provocaba su enojo y le servía de acicate para estar permanentemente leyendo y actualizando datos que entregaba a sus alumnos en su peculiar e inimitable estilo. Estilo que solía despertar manifiestos deseos de “adoptarlo” en alguna alumna-admiradora, o hacía exclamar a otro: “Dr Sarué, con su clase echó abajo la estantería de mis conocimientos”. Estas anécdotas lo muestran como el gran docente que fue por la

entrega y dedicación que ponía en esta tarea la que ocupó parte importante de su vida.

Numerosas también eran las historias que de su época de consultor, relataba para deleite de los que escuchaban. De ellas quedan fragmentos escritos en un curso de autobiografía que siguió con gran gozo propio y de sus compañeros en sus últimos años en Santiago y que guardó, pensando que tal vez sirvan de jugoso material para algún nieto(a) con habilidades literarias y contribuyan a que su recuerdo perdure. Lo merece.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl

LA APLICABILIDAD DE LOS PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE LA AMENAZA DE UNA PANDEMIA

Kickbusch I. Flu City_Smart City: applying health promotion principles to a pandemic threat. Health Promot Intl. 2006; 21 (2):85-7
Rev Panam Salud Pública, July 2006, vol.20, n°.1 p.53-53

Existe una alta posibilidad de que ocurra una nueva pandemia de gripe en los próximos 10 años y consideramos que la humanidad se encuentra en una situación histórica que le permite estar preparada.

Recientemente la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Lisboa, acometió un proyecto dirigido a explorar las ventajas de enfrentar una pandemia de influenza con un enfoque innovador. En él se reconoce que la forma de concebir un evento es un factor determinante de cómo responder ante él. Ese proyecto considera una posible pandemia de gripe como una oportunidad para que las ciudades adopten un nuevo enfoque frente a este tipo de amenaza en el siglo XXI.

El enfoque descrito yuxtapone dos tipos de ciudades: ciudad susceptible y ciudad inteligente. Estas categorías demuestran como un enfoque centrado solamente en la situación médica y en la respuesta sanitaria (ciudad susceptible), puede cerrar la mente a innovaciones que pudieran ayudar a las ciudades y a sus habitantes más allá de una emergencia de salud pública (ciudad inteligente). El consenso actual es que el aumento de la respuesta social - es decir, de las actividades no médicas- constituirá la principal medida que permitirá controlar una pandemia.

LOS CIUDADANOS

En la ciudad inteligente, los ciudadanos son la mejor protección contra la propagación de la infección, se sienten parte interesada y un sentimiento de control sustituye en ellos al miedo, la impotencia o la incertidumbre. Los sectores de gobierno y de la sociedad deben participar en la preparación de medidas ante

una pandemia de gripe, desde su inicio: lo mejor de la salud pública actual es su carácter dinámico y emprendedor, basado en la participación de comunidades bien coordinadas.

En tiempos de crisis hay que garantizar relaciones de confianza entre el sector empresarial, los servicios públicos y los servicios de salud. La ciudad inteligente construye estas relaciones antes de que ocurra una crisis, ya que esa estructura puede servir para otras funciones cruciales de la organización y desarrollo de la ciudad.

La ciudad inteligente considera que saber prepararse para una epidemia es una forma de mejorar la calidad de vida en las ciudades contemporáneas, esto debe hacerse sobre la base de valores importantes para la comunidad. La detención de una epidemia en un país se basa en el consenso social acerca de las principales acciones que se deben emprender, los ciudadanos deberán participar en el debate acerca de los valores las metas y los enfoques que se utilizarán.

En la Conferencia sobre Promoción de la Salud, celebrada en Bangkok, en 2005, se insistió en que la promoción no es solo una estrategia para controlar enfermedades crónicas, sino parte de la “nueva salud pública” que se requiere para enfrentar la amenaza de pandemias en la sociedad moderna. El empoderamiento de los ciudadanos a escala local para enfrentar esta amenaza constituye una tarea que exige inteligencia

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD

Pamela Eguiguren Bravo. Diálogo Filosófico, ISSN 0213-1196, N° 59, 2004 (Ejemplar dedicado a: Mujer y Salud), pags. 261-274

La Plataforma de Acción de Beijing en 1995, señala que la violencia contra las mujeres “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres”. En todos los ámbitos y etapas de la vida de las mujeres existen diversas formas en que la violencia de género se expresa, pudiendo citar la violencia física, psicológica y sexual

por parte de miembros de la familia o de su pareja, el abuso sexual por individuos que no son su pareja, la prostitución forzada, la mutilación genital, el aborto selectivo, entre otras. Las consecuencias para la salud de las mujeres y sus familias urgen al sistema sanitario a tomar medidas para su identificación oportuna y respuestas adecuadas. Sin embargo, para que esto sea cierto se deben examinar las formas de reproducción de las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres al interior del sistema y sus instituciones.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD EMOCIONAL DE LAS USUARIAS DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO

Valdés Santiago R, Juárez Ramírez C, Salgado de Znyder VN, Agoff C, Avila Burgos L, Hajar M.

Se trata de identificar los factores asociados al malestar emocional en una muestra de usuarias de servicios de salud del sector público.

Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México, donde se aplicaron 26.042 encuestas a usuarias de los servicios de salud de la secretaría de salud.

Se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP), para medir malestar emocional y una escala de 19 reactivos que exploró tipos de violencia y severidad de la misma. Mediante un modelo de regresión logística binaria se determinó la relación entre la presencia de malestar y la violencia de género, condiciones socioeconómicas y otras variables demográficas.

Entre los resultados más relevantes está la identificación de la prevalencia de malestar emocional (15,3%) ente las mujeres que acuden a solicitar servicios de salud al sector público, y la relación de este malestar emocional con la experiencia de diferentes tipos de violencia de género. Los resultado sugieren que los factores asociados con el malestar emocional de las mujeres que recurren a los servicios de salud

fueron: la edad (26 años o >); la actividad (jornalera o peona); las horas laborales (71 a la semana o >); el consumo de alcohol (mayor consumo); el maltrato en la infancia (frecuencia y tipo de maltrato); la severidad de la violencia de pareja (severa); el estrato socioeconómico (muy bajo) y el tipo de localidad de residencia (urbana).

Se concluye que el predictor más importante del malestar emocional entre las usuarias del sector salud fue sufrir la violencia de pareja, sobre todo cuando es severa, seguida de la violencia en la niñez.

Se propone utilizar herramientas de tamizaje en los servicio de salud, tanto de malestar emocional como de violencia intrafamiliar, y propone poner en marcha programas de atención y referencia de casos de malestar emocional femenino y de violencia intrafamiliar.

Palabras clave: Violencia de pareja; salud emocional; servicios de salud, México

AGENDA

ACTIVIDADES DEL I CONGRESO CHILENO DE SALUD PÚBLICA

Un nutrido programa de actividades contempla el Primer Congreso Chileno de Salud Pública, que se realizará en Santiago los días 18, 19 y 20 de julio. Este evento es organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile, y cuenta además con la participación de entidades académicas y organizaciones gremiales de los sectores público y privado.

CURSOS PRECONGRESO

El día miércoles 18 de julio, se realizarán en forma paralela cursos precongreso, sobre distintos temas de interés para los salubristas. Estos cursos tendrán lugar en las sedes de las instituciones académicas organizadoras del Congreso.

1. Herramientas para una gestión comunitaria en salud con sentido (Universidad de Concepción).
2. Medición y monitoreo de la equidad en salud (Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).
3. Estrategias innovadoras para el cuidado/autocuidado de adultos con enfermedades crónicas: un trabajo en red (Escuela de Enfermería, Universidad Católica).
4. Avances metodológicos en carga de enfermedad y costo-efectividad (Instituto Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello).
5. Introducción a la epidemiología ocupacional (Universidad de Múnich y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).
6. Diseño de proyectos de investigación para fondos concursables (Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).
7. Introducción a STATA (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).
8. Métodos cualitativos para la investigación

en promoción de la salud y atención de la familia (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).

9. Salud escolar en el marco de la Reforma en salud (Escuela de Enfermería, Universidad Andrés Bello).
10. Taller de Evaluación de Condiciones Vocales y Elementos Básicos de Cuidado de la Voz en la Docencia (Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación).

Los días jueves 19 y viernes 20 están destinados a la presentación de trabajos libres, en las modalidades oral y póster. Además, habrá conferencias plenarias y mesas redondas, con participación de invitados nacionales y extranjeros.

CONFERENCIAS PLENARIAS

9:00 a 10:30 hrs.

1. "Presente y futuro de las reformas en salud" Thomas Bossert, Director, Programa Internacional de Sistemas de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard

2. "Desafíos para la investigación en Salud Pública" Carel Ijsselmuiden, Director, Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED).

Mesas redondas paralelas

14:30 a 16:00 hrs.

1. "Intervenciones para el desarrollo integral de la infancia: de la supervivencia a la calidad de vida"

Panelistas

Raúl Mercer, Profesor de Pediatría Social, U. de Buenos Aires, Argentina

Paula Bedregal, Académica Depto. de Salud Pública, Pontificia U. Católica de Chile
Verónica Silva, Jefa Area Protección Social, Ministerio de Planificación.

Moderador

Fernando Muñoz, Jefe Depto. de Estudios, Ministerio de Salud

2. “Implementación de las garantías de salud en Chile: ¿En qué estamos?”

Panelistas

Liliana Escobar, consultora, Bitrán y Asociados
 Héctor Sánchez, director Instituto de Políticas Públicas Salud y Futuro, U. Andrés Bello
 Antonio Infante, Director Servicio de Salud Metropolitano Norte
 Marcos Vergara, académico Escuela de Salud Pública, U. de Chile

Moderadora

María Soledad Martínez, académica, Escuela de Salud Pública, U. de Chile

3. “Participación social y ciudadanía en Salud Pública”

Panelistas

Ricardo Fábrega, Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
 Juan Arroyo, Jefe Departamento de Salud y Ciencias Sociales, U. Cayetano Heredia, Perú
 Patricia Villaseca, Directora Depto. Salud Pública, U. de Concepción
 Claudia Bugus, académica, Escuela de Salud Pública, U. de Sao Paulo, Brasil

Moderadora

Patricia Huerta, académica Depto. Salud Pública, U. de Concepción

4. “Política de salud ocupacional en Chile”

Panelistas

Lidia Amarales, Subsecretaria de Salud Pública
 Osvaldo Andrade, Ministro del Trabajo y Previsión Social
 Eugenio Heiremans, Presidente Ejecutivo, Asociación Chilena de Seguridad
 Arturo Martínez, Presidente Central Unitaria de Trabajadores

Moderadora

Nella Marchetti, Jefa Programa de Salud Ocupacional y Jefa División de Promoción de la Salud, Escuela de Salud Pública, U. de Chile

5. “Acreditación por calidad: ¿Un instrumento de eficiencia en salud?”

Panelistas

José Concha, Intendente de Prestadores,

Superintendencia de Salud

Juan Luis Castro, presidente Colegio Médico de Chile A.G.

Gloria Burgos, Subdirectora Médica Hospital Clínico FUSAT

Jacques Girard, Consultor Internacional en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS

Moderador

Juan Hepp, Director Clínicas y Entidades de Salud Privadas A.G.

6. “Bioética: conflictos y derechos en Salud Pública”

Panelistas

Fernando Lolas, Director Programa Regional de Bioética OPS/OMS

Miguel Kottow, académico Escuela de Salud Pública, U. de Chile

Francisco León, docente Depto. de Bioética, Pontificia U. Católica de Chile

Rodrigo Salinas, Depto. de Estudios, Ministerio de Salud

Moderadora

Lilian Ferrer, Directora de Investigación, Escuela de Enfermería, Pontificia U. Católica de Chile

7. “Nuevas perspectivas para el abordaje de las enfermedades crónicas en Chile”

Panelistas

John Piette, Prof. Asociado, U. de Michigan y director del programa “Quality improvement for complex chronic conditions”

Paula Margozzini, académica, Depto. de Salud Pública, Pontificia U. Católica de Chile

Cristina Escobar, Jefa Depto. Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud

Moderador

Gonzalo Valdivia, Jefe Depto. de Salud Pública, Pontificia U. Católica de Chile

8.- “Situación de los recursos humanos para la Salud Pública: crisis y oportunidad”

Panelistas

Daniel Purcallas, asesor regional Unidad de

Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS
Giorgio Solimano, Director Escuela de Salud Pública, U. de Chile

Jorge Carabantes, jefe División de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos,
Laura Magaña, Directora Académica Instituto Nacional de Salud Pública, México

Manuel Inostroza, Superintendente de Salud
Jaime Mañalich, Director médico Clínica Las Condes

Claudio Santander, presidente Isapre Más Vida

Moderador

René Merino, Presidente Isapre Colmena

Moderadora

Paulina Pino, Directora Programa de Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, U. de Chile

Informaciones e inscripciones:

Fonos: (56-2) 978 6531 - 978 6536

congresosp@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

SIMPOSIOS SATÉLITE

13:00 a 14:30 hrs.

1."Los antioxidantes como factor en la conservación de la salud humana"

Expositor

Hernán Speisky, Profesor Titular, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile

2.- "El futuro del sector privado de salud en Chile"

Expositores

Ricardo Bitrán, Presidente Bitrán y Asociados

FE DE ERRATAS

En el volumen 10 (3) año 2006, página 152 dice:

Subdiagnóstico de depresión en atención primaria, estudio en pacientes del área sur-oriente de Santiago,2006.

GILDA VALDÉS⁽¹⁾, XIMENA CONTRERAS⁽¹⁾, WILLIAM ROMERO⁽²⁾, MARIANA MEDINA⁽²⁾, BLANCA NORERO⁽²⁾, CATALINA DUSSAILLANT⁽²⁾, MA VICTORIA PÉREZ⁽²⁾ y ANDRÉS FRANZANI⁽³⁾

Y DEBERÍA DECIR:

Subdiagnóstico de depresión en atención primaria, estudio en pacientes del área sur-oriente de Santiago,2006.

WILLIAM ROMERO⁽²⁾, MARIANA MEDINA⁽²⁾, BLANCA NORERO⁽²⁾, CATALINA DUSSAILLANT⁽²⁾, MA VICTORIA PÉREZ⁽²⁾, ANDRÉS FRANZANI⁽³⁾, JORGE RIQUELME⁽²⁾ Y MARCELA ARAYA⁽²⁾.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Informamos que se encuentra operando el sistema electrónico para la presentación de trabajos a la Revista Chilena de Salud Pública.

Les invitamos a enviar sus artículos originales y temas de actualidad a través de esta vía, la cual permite ahorrar tiempo y reducir las posibilidades de errores en el proceso de revisión.

Las indicaciones están a disposición de los autores en www.saludpublica.uchile.cl

Los trabajos enviados a publicación en la Revista Chilena de Salud Pública, tendrán que ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- ARTÍCULOS ORIGINALES

- a) El trabajo debe ser digitado en carácter times new roman cuerpo 12 y no debe exceder de 3000 palabras. En caso de no usar el sistema electrónico para la presentación de trabajos, el archivo debe ser enviado vía correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl, o bien en un diskette a Independencia 939, Independencia – Santiago. En este último caso se debe incluir una copia impresa.
- b) El formato a usar es el ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), identificando claramente con subtítulos la introducción, material y método, resultados, discusión y referencias.

Las especificaciones de cada sección son las siguientes:

Página del título	Debe contener: Título del trabajo, atingente al tema y no superior a 20 palabras; el o los autores, identificándolos con su nombre de pila y apellido paterno; nombre de la institución donde se desempeñen al momento de la ejecución del trabajo; nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del primer autor; fuente de apoyo económico, si lo hubo.
Resumen	No debe exceder 250 palabras, que describa los objetivos y diseño de estudio, hipótesis si corresponde, los materiales y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes, siguiendo el mismo formato descrito en 1b. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Debe incluirse también un resumen en inglés (abstract). Los autores pueden proponer 3 a 6 palabras clave elegidas en la lista correspondiente del Index Medicus.
Introducción	Identifique el problema en estudio. Si es pertinente, haga explícita la hipótesis que pretende probar. Cite las referencias bibliográficas que sean estrictamente necesarias.

Material y método	Describa el universo o la muestra y las condiciones de selección de los sujetos en estudio. Indique los métodos, instrumentos y procedimientos estadísticos empleados y cite las referencias respectivas.
Resultados	Preséntelos en secuencia lógica. Muéstrellos en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Destaque en el texto las observaciones más importantes. No mezcle resultados con discusión.
Discusión	Destaque los aspectos nuevos y relevantes que aporta su trabajo. Indique si se ha validado la hipótesis (si corresponde). Relacione sus hallazgos con otros estudios y señale posibles limitaciones.
Agradecimientos	Manifieste su reconocimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones importantes a su trabajo, en caso de ser necesario.
Referencias	Deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos entre paréntesis), que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo. Limite las referencias a no más de 40. La cita de las referencias se hará siguiendo las normas internacionales para artículos de revistas, libros y capítulos de libros. El apellido e inicial del nombre del o los autores debe escribirse en letras mayúsculas. Mencione a todos los autores cuando su número sea igual o inferior a seis; si son siete o más, incluya los primeros tres y agregue “et al”. La única puntuación corresponde a comas que separen los autores entre sí. Los nombres de las revistas deben abreviarse según el estilo usado en el Index Medicus. A modo de ejemplo, si la referencia corresponde a una revista, se debe citar: 12. DOHERTY M, DAVIES P, BELLI M, TOCQUE K. Tuberculosis in England and Wales. Ethnic origin is more important than social deprivation. B M J. 1995 Jul 15: 311 (6998): 187. Si la cita es de un texto: 15. DURAN E. Guía de Estudio de Técnica Bibliográfica, Hemerográfica y Documental. UNAM SUA. México, 1978. 125 págs.
Tablas y figuras	Las tablas, gráficos y/o figuras deben ser planos y numerados en orden consecutivo. Deben incluir título, nombre de las variables y sus categorías, unidad de medida y nota aclaratoria a pie de página si lo requiere. Incluya como máximo 8 tablas, gráficos y/o figuras.

2.-TEMAS DE ACTUALIDAD

En esta sección, se publicarán aquellos artículos informativos de interés coyuntural. La extensión máxima es de 3000 palabras, en carácter times new roman cuerpo 12, considerando los mismos requisitos de formato que los artículos originales.

3.-ARTÍCULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se aceptarán para publicación revisiones sistemáticas y narrativas. En ambos casos, el trabajo debe tener: Introducción, con una definición precisa del tema sujeto a revisión. Material y Métodos utilizados para realizar la revisión. En el caso de revisiones sistemáticas con análisis estadísticos, se debe especificar los fundamentos del análisis elegido, además de indicar los criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía contenida en la revisión.

4.-APARTADOS

Deben ser solicitados por escrito, después de recibir la comunicación oficial de aceptación y programación definitiva del trabajo. Su costo debe ser cancelado por el o los autores.

IMPORTANTE

Los artículos enviados para publicación deberán ser inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en la Revista. Los documentos originales no serán devueltos.

Comité Editorial

Presidente

Luis Martínez, *Depto. de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de Santiago de Chile*

Integrantes

Oscar Arteaga, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

María de la Fuente, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Gabriel Cavada, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Nella Marchetti, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Ernesto Medina, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Consejo

Cecilia Albala, *Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile*

Eduardo Atalah, *Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

Marisol Concha, *Contraloría Médica, Asociación Chilena de Seguridad*

Cristina Di Silvestre, *Hospital Clínico de la Universidad de Chile*

Olaya Fernández, *Depto. de Salud Bucal, Ministerio de Salud*

Ramón Florenzano, *Depto. de Psiquiatría, Hospital del Salvador*

Caterina Ferreccio, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile*

Patricia Frenz, *Subsecretaría de Salud*

Carlos Henriquez, *Centro de Estudios Estadísticos, Universidad de Valparaíso*

Gloria Icaza, *Instituto de Matemáticas y Física, Universidad de Talca*

Miguel Kottow, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Francisco Marín, *Instituto de Salud Pública, Universidad Austral*

Guillermo Marshall, *Facultad de Matemáticas, Universidad Católica de Chile*

Ramiro Molina, *Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Universidad de Chile*

Heberto Pérez, *Depto. de Salud Pública, Universidad de Concepción*

María Inés Romero, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile*

Jaime Serra, *Depto. de Salud Pública, Universidad de la Frontera*

Mario Tarride, *Depto. de Ingeniería Industrial, Universidad de Santiago de Chile*

Gonzalo Valdivia, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile*

Fernando Vio, *Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile*

Representante Legal

Cecilia Sepúlveda

Domicilio

Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile

Independencia 939. Santiago de Chile

Fono: 978 6536

Fax: 737 1030

e-mail: revistasp@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

Coordinación Editorial

Verónica Artaza

Edición Periodística

Mariel Sagredo

Producción

Diseño y diagramación: Pablo Maldonado; Impresión: Grafic Suisse