

## **Comité Ejecutivo**

### **Director**

Giorgio Solimano Cantuarias

### **Directores Reemplazantes**

Rubén Alvarado Muñoz

Paulina Pino Zúñiga

### **Integrantes**

Daniela Araneda Repossi

Claudio Silva Zamora

Marcos Vergara Iturriaga

## COMITÉ EDITORIAL RCHSP

### Presidente

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

Dr. Oscar Arteaga Herrera. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

Dra. María de la Fuente Hidalgo. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

Gabriel Cavada Chacón. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

Nella Marchetti Paretto. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

Dr. Ernesto Medina Lois. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

### Consejo

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

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

Marisol Concha. *Depto. de Estudios de la Superintendencia de Isapres.*

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

Olaya Fernández Fredes. *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 Felipe Henríquez. *Centro de Estudios Estadísticos, Universidad de Valparaíso.*

Gloria Icaza N. *Instituto de Matemáticas y Física de la Universidad de Talca.*

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

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

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

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

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

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

Héctor Sánchez R. *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.*

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

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

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

Fernando Vío. *Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile.*

### Representante legal:

Giorgio Solimano

### Domicilio:

Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile

Independencia 939. Santiago de Chile

Fono: 9786536

Fax: 7379605

e-mail: [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)

[www.saludpublica.uchile.cl](http://www.saludpublica.uchile.cl)

### Secretaría:

Paola González

### Edición Periodística:

Mariel Sagredo

### Producción:

**EDITORIAL**  **KU**

María Cristina Illanes

220 6810 - 212 6384 - (09) 225 1534

## Índice

### Editorial

Relevancia y sentido del Consejo de la Revista Chilena de Salud Pública .....	137
---	-----

### Artículos originales

Tendencia de la mortalidad por tumores cerebrales malignos. Análisis de tasas. <i>Violeta Díaz, Alfredo Yáñez, Carolina Ponce, Rodrigo Villegas, Juan A. Pastén y María José Marín</i> .....	139
--	-----

Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria. <i>Julia González, Gladys Yentzen y Rubén Alvarado</i> .....	146
--	-----

Percepciones y estados emocionales sobre el proyecto genoma humano en actores sociales seleccionados en la Región Metropolitana, Chile. <i>Irene Schiattino, Claudio Silva, Fernando Lolas, Carolina Valdebenito y Eduardo Rodríguez</i> .....	154
--	-----

Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. <i>Ruth Moraga</i> ...	162
---	-----

### Opinión

Hacia la constitución de una salud pública compleja. <i>Mario Iván Tarride</i> .....	169
--	-----

¿Es posible un consenso social sobre el aborto? <i>Aníbal Faúndes y José Barzelatto</i> .....	175
---	-----

### Cifras de Actualidad

Migración de afiliados en el Sistema Isapre. <i>Manuel Inostroza, Alberto Muñoz y Marlene Sánchez</i> .....	177
---	-----

### Entrevista

Dr. Ed Davis, Un amor por accidente. <i>Daniela Araneda y Claudio Silva</i> .....	182
---	-----

Revista de Revistas .....	186
---------------------------	-----

Agenda .....	188
--------------	-----

Instrucciones a los autores .....	190
-----------------------------------	-----



## Relevancia y sentido del Consejo de la Revista Chilena de Salud Pública

La Revista Chilena de Salud Pública ha considerado necesario tener en su estructura la presencia de un Consejo, constituido por 21 profesionales de los más variados ámbitos de la salud y de otras disciplinas científicas, que han contribuido a enriquecer la reflexión, investigación y aplicación de los fundamentos esenciales de una salud pública basada en evidencias, entendida ésta como el “uso informado, explícito y juicioso de la evidencia obtenida por una amplia gama de investigaciones científicas y sociales, además de los métodos de evaluación de acciones, intervenciones y/o programas de salud colectiva”. Así comprendida la acción de la salud pública, una revista dedicada a poner en conocimiento de la comunidad científica la investigación primaria en el campo de la salud colectiva, requería contar con un grupo amplio de personas, que desde las perspectivas particulares de sus disciplinas, actividades laborales, valores y experiencias, pudiesen entregar a la misión de la revista el “consejo” oportuno para evitar un reduccionismo cientificista, que pudiese privilegiar la profundidad del detalle sacrificando la riqueza de los contextos sociales que rodean a todas las actividades de la salud pública.

De la misma forma, el Consejo de la RCHSP es un esfuerzo por reunir las visiones coincidentes o discrepantes de la misión de una revista como la nuestra, que pueden provenir desde el trabajo académico, del realizado en actividades de servicios de salud o del arduo terreno del decisor de políticas; estos diversos puntos de vista contribuyen a una mayor integralidad de la misión de la revista, sin perder su prestancia científica, muy por el contrario enriqueciéndola.

Los integrantes del Consejo de la RCHSP, además de su destacada trayectoria en la salud pública nacional, provienen de instituciones de diversa índole, relacionadas, por cierto, a la salud en general y a la salud pública en particular, instituciones que a través de los consejeros transmiten sus propias perspectivas, pero en un escenario de respeto, pluralidad y estricta observancia de la naturaleza científica de una revista que aspira a ser vehículo de expresión y fuente de estímulo para mejorar la investigación en salud pública en nuestro país.

Debemos destacar en la composición del Consejo, la concurrencia de profesionales de diversas regiones del país. Este es otro elemento importante para una revista de salud pública, que en el escenario homogenizador de la modernidad y de centralismos no justificados, tiene muy clara la necesidad de no olvidar las peculiaridades en salud colectiva de las diversas comunidades, pueblos y culturas que existen en nuestro país. La variedad de investigaciones epidemiológicas que nos llegan para optar a su publicación en la RCHSP se encarga de mostrárnosla.

Del mismo modo, trabajos y experiencias de investigadores en gestión y administración de salud, nos señalan algo que por conocido se tiende a olvidar: los recursos disponibles para la atención de salud, no están equitativamente distribuidos y las decisiones de políticas públicas en salud excesivamente centralizadas, conducen a una comprobación desalentadora sobre la participación efectiva de personas y colectividades, lo que es a veces sólo un discurso, y no siempre se consideran de manera apropiada las variaciones ambientales, de costumbres, de valores y de determinantes sociales que se expresan en las comunidades que habitan nuestro país.

Por tal motivo, el Consejo de la RCHSP constituido por profesionales, académicos e investigadores provenientes de diversas instituciones de fuera de la Región Metropolitana, permiten estimular la afluencia de trabajos de diversas zonas de nuestro país y permiten a la RCHSP y, especialmente, a su Comité Editorial, estar atentos a promover el envío de investigaciones de grupos locales, que con esfuerzo y calidad generan un conocimiento científico de las diversas realidades sanitarias de Chile.

Finalmente, la RCHSP, agradece a los consejeros su participación desinteresada e intelectualmente provocadora. Se trata de personas de gran capacidad y trayectoria profesional, reconocida nacional e internacionalmente, que participan frecuentemente en encuentros científicos de alto nivel, publican su trabajos en revistas de alto impacto o desarrollan asesorías o consultorías internacionales. Lo anterior, les permite que, desde su función de consejería, señalen tanto al Comité Ejecutivo como al Comité Editorial de la Revista Chilena de Salud Pública, parámetros de la más alta exigencia para una revista científica, orientando su desarrollo con altos estándares de calidad, imprescindibles para una revista de esta naturaleza, que se ha propuesto contribuir a un franco mejoramiento de la investigación en salud pública nacional. Y, desde ese punto de partida, constituirse en una publicación que investigadores especialmente de países de la región latinoamericana y el Caribe, reconozcan como un medio de significación e impacto para publicar su producción científica. El Consejo de la RCHSP es un factor decisivo para ello.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

# Tendencia de la mortalidad por tumores cerebrales malignos. Análisis de tasas

VIOLETA DÍAZ<sup>(1)</sup>, ALFREDO YÁÑEZ<sup>(2)</sup>, CAROLINA PONCE<sup>(3)</sup>, RODRIGO VILLEGAS<sup>(4)</sup>, JUAN A PASTÉN<sup>(5)</sup> y MARÍA JOSÉ MARÍN<sup>(6)</sup>

## RESUMEN

*Existe controversia acerca del incremento en la incidencia de tumores cerebrales. Este podría explicarse por el crecimiento exponencial en el número de tomografías computarizadas. El objetivo de este trabajo es evaluar la tendencia de la mortalidad por tumores cerebrales primarios malignos (TCPM) en la población chilena entre los años 1985 a 1999. Se realizó el estudio de tasas de mortalidad de datos obtenidos de índices demográficos. Se utilizó la población chilena ajustada al censo de 1999. Se usaron las categorías 191,0 a 191,9 y C 71-0 a C 71-9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, correspondientes al grupo de tumores malignos del sistema nervioso central. Se estudiaron tasas específicas por edad y sexo. Se calculó la tendencia utilizando tasas ajustadas, usando el análisis de regresión lineal de Prais-Winsten para mediciones correlacionadas en el tiempo. Se obtuvieron 2.304 TCPM. Las tasas por sexo varían entre 0,90 a 1,75 x 100.000 en hombres y de 0,7 a 1,22 en mujeres. La tendencia global de mortalidad por tumores tiende al ascenso en ambos grupos, siendo significativamente mayor en hombres (0,47 IC 95% 0,18 a 0,42  $pd \leq 0,005$ ). Por grupos etáreos, en menores 34 años, no aumenta en forma significativa. Entre 35 y 39 y sobre los 45 años el aumento es estadísticamente significativo. Se puede concluir que la tendencia de la mortalidad por TCPM asciende en la población total y en ambos sexos. También en grupos etáreos entre 35 y 39 años, y sobre 45 años.*

**Palabras clave:** Tumores cerebrales y mortalidad.

## ABSTRACT

### TENDENCY TO MORTALITY DUE TO MALIGNANT BRAIN TUMORS. RATES ANALYSIS

*There is a controversy with respect to an increment in the incidence of malignant brain tumors. This could be explained by the exponential increase of the number of computerized tomographies, The objective of this paper is that of evaluating the tendency of mortality due to primary malignant brain tumors (PMBT) in the Chilean population between the years 1985 and 1999. The study of mortality rates was carried out based on data obtained from demographic indicators. The Chilean population used was that adjusted to the 1999 census. The categories*

(1) Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre. vidiaz@med.uchile.cl

(2) Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre.

(3) Facultad de Bioquímica. Universidad de Chile.

(4) Facultad de Bioestadística. Universidad de Chile.

(5) Unidad de Epidemiología Clínica, Universidad de Chile.

(6) Interna. Universidad de los Andes.

*used were 191.0 to 191.9 and C 71-0 to C 71-9 of the International Diseases Classification corresponding to the group 'malignant tumors of the central nervous system'. Specific rates for age and sex were studied. Tendency was calculated by using adjusted rates, making use of the Prais-Winsten lineal regression analysis for time-correlated grading. The PMBT's obtained were 2304. The rates by sex vary from 0.9 to 1.75 × 100,000 in males and 0.7 to 1.22 in females. The global tendency of death from tumors tends to a rise in both groups, being significantly higher in males (0.47 IC 95% 0.18 to 0.42  $pd \leq 0.005$ ). By age groups, in those under 34 it does not increase significantly. Between 35 and 39, and in those over 45 years old, the increase is statistically significant. It can be concluded that the tendency to mortality from PMBT increases in the total population and in both sexes. It also increases in age groups between 35 and 39, and over 45 years of age.*

**Key words:** Brain tumors and mortality.

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad por tumores cerebrales representa el 2,4% de las muertes por cáncer en Estados Unidos, en niños es la segunda causa específica de muerte<sup>1</sup>. En Chile, las tasas de mortalidad por cáncer son de 119,4 por 100,000 habitantes representando el 23% de todas las muertes (2002), la tasa de mortalidad por cáncer cerebral varía entre 1 a 2 por 100.000 con proyección al ascenso<sup>2</sup>.

Los métodos diagnósticos para determinar los tumores cerebrales son de alto costo, Tomografía Cerebral (TC) y Resonancia Magnética cerebral (RMC) y no existe un método de tamizaje de laboratorio que facilite el proceso diagnóstico, la mayor parte de los estudios corresponden a series de casos clínicos y no poblacionales. En los tumores cerebrales se llega al diagnóstico por su sintomatología, y muy escasamente pueden aparecer como hallazgo incidental en exámenes hechos por otros propósitos diagnósticos. En las últimas décadas se ha descrito en varios países un aumento de la incidencia por tumores primarios del sistema nervioso central (SNC)<sup>2-4</sup>.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la tendencia de la mortalidad por tumores primarios malignos cerebrales en Chile en los últimos 15 años e identificar grupos de riesgo por edad y sexo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Corresponde a un estudio descriptivo y correlacional hecho sobre el cálculo de tasas

de mortalidad de datos obtenidos en los índices demográficos de Chile, entre los años 1985 a 1999. Se usaron las categorías 191,0 a 191,9 y C 71-0 a C 71-9 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su 9° y 10° revisión, correspondiente al grupo de tumores malignos del SNC (Tabla 1). En el cálculo de tasas, se usó la población de Chile de los años estudiados, ajustándose al índice de crecimiento. Se calcularon tasas específicas por edad y sexo utilizando método directo de ajuste de tasas. Se calculó la tendencia de la mortalidad por edad y sexo, y se ajustaron a la población mundial estándar. Para el análisis estadístico se utilizó el análisis de regresión lineal de Prais-Winsten para mediciones correlacionadas en el tiempo, usando el paquete estadístico Stata 8, obteniendo el intervalo de confianza al 95% y considerando una probabilidad menor o igual a 0,05 para la significación estadística.

## RESULTADOS

Se recopilaron 2.304 TCPM. Las tasas específicas por sexo varían entre 0,90 y 1,74 por 100.000 en el sexo masculino y entre 0,70 y 1,22 en las mujeres en los años estudiados (Tabla 2). En la población total se observa un discreto aumento en la tasa de mortalidad (pendiente 0,05). Si se analizan ambos sexos en forma separada se observa también una tendencia significativamente ascendente (Tabla 3 y Figura 1), siendo de mayor magnitud en el sexo masculino.

Las tasas de mortalidad de los TCPM desde el año 1985 a 1999 por grupos etáreos se



distribuyen en forma heterogénea. En la población menor de 34 años se observó un discreto aumento en las tasas de mortalidad, el cual no es estadísticamente significativo en estos grupos. En edades entre 35 y 39 años se encuentra el primer grupo etáreo con aumento estadísticamente significativo (Tabla 4). El ascenso significativo se observa nuevamente

en los grupos que oscilan entre los 45 y 79 años, evidenciándose un aumento en forma proporcional a la edad de esta población. En los grupos mayores de 80 si bien se encuentran cifras más altas llegando a valores de hasta 8,14 por 100.000 en 1996 no se alcanza una cifra significativa estadísticamente al ser analizado (Tabla 4 y Figura 2).

**Tabla 1. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9**

<b>Clasificación Internacional 191</b>	Tumor maligno del Encéfalo excluye espacio retroocular (190.1) y Nervios Craneales (192)
191.0	Cerebro, excepto lóbulos y ventrículos
191.1	Lóbulo Frontal
191.2	Lóbulo Temporal
191.3	Lóbulo Parietal
191.4	Lóbulo Occipital
191.5	Ventrículos
191.6	Cerebelo
191.7	Protuberancia (ambos) y bulbo raquídeo
191.8	Otros
191.9	Partes no especificadas Astroblastoma, Astrocitoma, Ependimoma, glioma, meduloblastoma, neuroepitelioma, oligodendroblastoma.
<b>Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10</b>	
<b>Clasificación Internacional 71</b>	Tumor maligno del encéfalo excluye nervios craneales (C72.2 - C72.3), tejido retrobulbar
C71.0	Tumor Maligno del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos, cuerpo caloso, supratentorial SAI
C71.1	Tumor Maligno del lóbulo Frontal
C71.2	Tumor Maligno del lóbulo Temporal
C71.3	Tumor Maligno del lóbulo Parietal
C71.4	Tumor Maligno del lóbulo Occipital
C71.5	Tumor Maligno del lóbulo Ventrículo cerebral excluye Cuarto Ventrículo
C71.6	Tumor Maligno de Cerebelo
C71.7	Tumor Maligno del Pedúnculo Cerebral Cuarto Ventrículo
C71.8	Lesiones de sitios contiguos del encéfalo
C71.9	Tumor Maligno del Encéfalo, posiciones no especificadas
<b>Clasificación Internacional 72</b>	Excluye Meninges, Nervios Periféricos y del SNA.
C72.0	Tumor Maligno del Médula
C72.1	Tumor Maligno de la cola de caballo
C72.2	Tumor Maligno del nervio olfatorio y bulbo olfatorio
C72.3	Tumor Maligno del nervio óptico
C72.4	Tumor Maligno del nervio acústico
C72.5	Tumor Maligno de otros nervios craneales y los no especificados nervio craneal SAI
C72.8	Lesiones de sitios contiguos del encéfalo y de otras partes del SNC
C72.9	Tumor Maligno del Sistema Nervioso Central sin otras especificaciones, Sistema Nervioso SAI

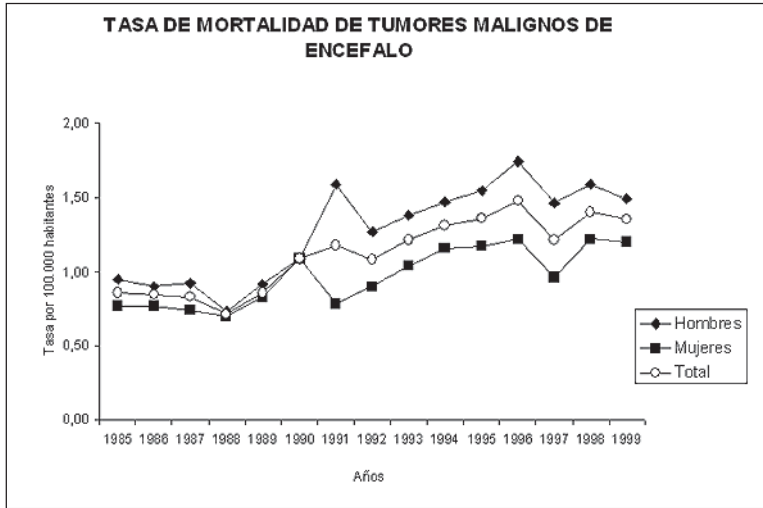


Figura 1. Se aprecia un aumento de la tendencia a la mortalidad por tumores malignos primarios del encéfalo tanto en hombres como en mujeres.

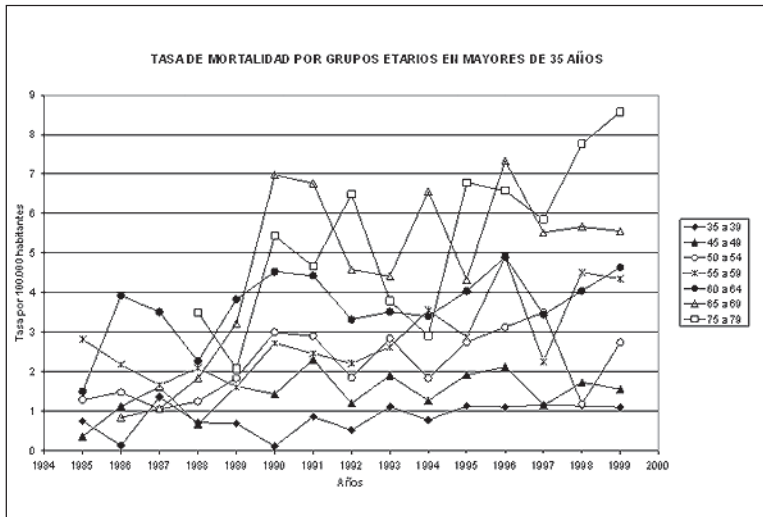


Figura 2. Aumento de la tendencia en la mortalidad sobre los 35 años. Sólo grupos etáreos estadísticamente significativos.

## DISCUSIÓN

Las tasas de incidencia de los tumores cerebrales malignos y benignos primarios del SNC en Estados Unidos son de alrededor de 11,4 casos por 100.000 persona-año (4,2 para benignos y 6,8 por 100.000 persona-año para malignos)<sup>6</sup>. La cifra es más alta en hombres que en mujeres (11,8 *versus* 11,0 por 100.000 persona-año). En Chile, no existen investigaciones ni registros sobre incidencia en tumores cerebrales.

Del total de tumores malignos sólo un porcentaje muy bajo puede completar tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

La ausencia de centros especializados en neuropatología hace aún más incierto el diagnóstico neuropatológico de los pacientes en nuestro medio. Teniendo presente estas limitaciones, podríamos decir que las cifras encontradas en mortalidad (1,35 por 100.000) podrían ser muy similares a las encontradas en incidencia, lo que motivó en la presente revisión trabajar sólo con tumores malignos primarios descartando metástasis y tumores cerebrales benignos.

En EEUU, se encontró un incremento de las tasas de mortalidad por tumores cerebrales primarios malignos desde 1973 de 0,7% por año, explicado por el aumento también de la

incidencia de 1,2% por año<sup>7</sup>. El incremento de las cifras de incidencia y mortalidad se da especialmente en los grupos de 65 años y más aumentando hasta 2,5% por año desde 1980<sup>8</sup>. Este incremento se debería al crecimiento exponencial en el número de tomografías cerebrales entre los años 1975 y 1977<sup>4</sup>. La introducción de la TAC y la RM serían responsables al menos en un 20% del incremento de los tumores de cerebro en conjunto con otros factores<sup>3</sup>. La aparición del SIDA y su consiguiente aumento de los linfomas intracerebrales, puede contribuir al aumento de la incidencia de tumores cerebrales malignos, como también los cambios que han ocurrido en la clasificación de los tumores cerebrales primarios<sup>9</sup>. En Chile, la tomografía

**Tabla 2. Tasas de mortalidad de tumores cerebrales malignos ajustadas por sexo por 100.000 habitantes**

Años	Masculino	Femenino	Total
1985	0,95	0,77	0,86
1986	0,90	0,77	0,84
1987	0,92	0,74	0,83
1988	0,73	0,70	0,71
1989	0,91	0,82	0,86
1990	1,09	1,09	1,09
1991	1,59	0,78	1,18
1992	1,27	0,90	1,08
1993	1,38	1,04	1,21
1994	1,47	1,16	1,31
1995	1,55	1,17	1,36
1996	1,74	1,22	1,48
1997	1,46	0,96	1,21
1998	1,59	1,22	1,40
1999	1,49	1,20	1,35

**Tabla 3. Tendencia de las tasas de mortalidad de tumores cerebrales malignos ajustadas por sexo por 100.000 habitante**

	Coefficiente de correlación (r <sup>2</sup> )	Pendiente (m)	Intervalo confianza 95%	p value
Total	0,69	0,05	0,03 a 0,07	< 0,001
Hombres	0,59	0,06	0,03 a 0,09	< 0,001
Mujeres	0,77	0,04	0,03 a 0,05	< 0,001

**Tabla 4. Evaluación de la tendencia a la mortalidad por tumores primarios malignos cerebrales. Análisis por grupo etáreo**

Grupos etáreos	r <sup>2</sup>	m	Intervalo confianza 95%	p value
1-4	0,0006	0,02	-0,02 a 0,05	0,31
5-9	0,05	0,01	-0,02 a 0,05	0,41
10-14	0,15	0,01	-0,02 a 0,03	0,73
15-19	0,04	-0,001	-0,01 a 0,01	0,88
20-24	0,42	-0,002	-0,01 a 0,009	0,68
25-29	0,09	0,01	-0,01 a 0,03	0,43
30-34	0,00	-0,01	-0,03 a 0,02	0,56
35-39*	0,49	0,04	0,01 a 0,07	0,01
40-44	0,08	0,04	-0,04 a 0,11	0,34
45-49*	0,52	0,05	0,01 a 0,09	0,03
50-54*	0,31	0,10	0,01 a 0,19	0,03
55-59*	0,72	0,17	0,10 a 0,23	0,001
60-64*	0,43	0,10	0,01 a 0,19	0,03
65-69*	0,22	0,35	0,05 a 0,66	0,03
70-74	0,07	0,18	-0,28 a 0,64	0,40
75-79*	0,64	0,41	0,19 a 0,65	0,003
80 y +	0,18	0,27	-0,09 a 0,63	0,13

\* < 0,05 estadísticamente significativo.

m = pendiente.

cerebral se introdujo masivamente durante la década del 90, por lo que el factor diagnóstico sería menos significativo y menos aún en los casos de tumores malignos del encéfalo.

Utilizando datos del Connecticut Tumor Registry, Shoemberg encontró una tasa de incidencia de 5,9 por 100.000 para 1955 al 1964<sup>10</sup>. Estudios recientes de Karatsu en Japón encontró una incidencia de 10,97 por 100.000 (tasa ajustada por edad) siendo más prevalentes en las edades extremas de la vida<sup>11,12</sup>.

En el presente trabajo aparece una tendencia creciente a la mortalidad, en los grupos etáreos de 35 a 39 años y sobre los 45 años, especialmente en los mayores de 65 años, lo que concuerda con la literatura americana donde ocupa la cuarta causa específica de muerte por cáncer en hombres de 35 a 54 años<sup>1</sup>.

Es aún controvertida la estimación de que existiría una tendencia al aumento de la incidencia de tumores primarios cerebrales especialmente en niños y adultos mayores a través de todo el mundo en las últimas décadas, siendo la segunda causa tumoral en los niños después de la leucemia<sup>8,9,13</sup>. En el presente trabajo no encontramos aumento de la tendencia a la mortalidad en niños menores de 15 años y adultos menores de 35 años. La equivalencia de incidencia *versus* mortalidad en niños es menos significativa en tumores malignos cerebrales, los niños tienen mejor pronóstico y el comportamiento biológico de los tumores es diferente.

En Alemania entre los años 1990 a 1999, Kaatsch<sup>13</sup> registró 3.268 tumores cerebrales intracraneales e intraespinales en niños hasta los 15 años entregando una cifra de 2,6 por 100.000 comparable a las cifras de otros países que oscilan entre 1,7 a 4,1 por 100.000. La sobrevida a 5 años fue de 64%.

En EEUU, Ashan<sup>14</sup> estudió tasas por edad y sexo para cada tipo específico de tumor cerebral y encontró un claro aumento de la incidencia con la edad. La tendencia comparada entre los períodos 1981-1982 y 1989 a 1990 también aumenta 5,6 veces.

David F G y cols<sup>15</sup> utilizando el Central Brain Tumor Registry en EEUU entre 1985 a 1994 encontró una incidencia de 13,8 por

100.000 y una prevalencia para el año 2000 de 130,8 por 100.000 para todos los tumores cerebrales. La sobrevida a 10 años fue de 38%, calculando que 350.000 individuos viven con el diagnóstico de tumor cerebral en el año 2000. La prevalencia para tumores malignos fue de 29,5 por 100.000 y de 97,5 por 100.000 para benignos.

La creación de un registro de tumores cerebrales y la realización de conferencia y de consensos en definición y clasificación de tumores cerebrales, ha permitido una mejor vigilancia de los tumores cerebrales en el análisis de sobrevida, vigilancia epidemiológica y evaluación terapéutica<sup>16-19</sup>.

## REFERENCIAS

- 1.- CENTRAL BRAIN TUMOR REGISTRY OF UNITED STATES 1995. Annual Report 1996. Cancer Statistics 1996. CA: A cancer Journal for Clinician 1996; 46: 8-9, 19.
- 2.- INE. Instituto Nacional de estadísticas de Chile y Ministerio de Salud Publica. Anuario 2002.
- 3.- DAVIS F G, KUPELIAN V, FREELS S, MAC-CARTHY B. Prevalence estimate for primary brain tumors in USA by behavior and mayor histology groups. Neuro-Oncology 2001; 3: 152-8.
- 4.- RIGGS J E, KETONEN L M. The initial impact of computed tomography on mortality attributed to brain tumor. Neuroimaging 1992; 2(3): 136-8.
- 5.- DESMEULRS M, MIKKELSEN T, MAO Y. Increasing incidence of primary malignant brain tumors: Influence of diagnostic methods. J Natl Cancer Inst 1992; 84: 442-5.
- 6.- DAVIS F G, MACCARTHY. Epidemiology of Brain Tumor. Current opinion in Neurology 2000; 13: 635-40.
- 7.- RIES L A G, MILLER B A, HANKEY B F. SEER cancer statistics review 1973-1991: Tables and Graphs, Bethesda, Md: Demographic Analysis Section, Biometry Branch, Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer and Control, Natrional Cancer Institute; 1994. NHI Publication 94-2789.
- 8.- GREIG N H, RIES L G, YANCIK R, PAPOPORT SI. Increasing annual incidence of primary malignant brain tumors in the elderly. J Natl Cancer Inst 1990; 82: 1621-4.
- 9.- MODAN B, WAGENER D K, FELDMAN J J. Increased mortality from brain tumor: A combined outcome of diagnostic technology and change of attitude toward the elderly. Am J Epidemiology 1992; 135: 1349-57.
- 10.- MACCARTHY B, SURAWICZ T, BRUNER J, et al. Concensus Conference on Brain Tumor definition for registration. Neuro-Oncology 2002; 4: 1-99.

- 11.- SCHOEMBERG B S, CHRISTINE B, WHISNANT J P. The descriptive epidemiology of primary intracranial neoplasm. *Arch Neurol* 1981; 38: 217.
- 12.- KARATZU J, TAKESHIMA H, USHIO Y. Trends in the incidence of primary intracranial tumors in Kumamoto, Japan. *Int J Clin Oncol* 2001; 6: 183-91.
- 13.- OGUNGHO B I, NAJIM O, MENDELOW A D, CRAWFORD P J. Epidemiology of adult brain tumor in Great Britain and Ireland. *Br J Neurosurgery* 2002; 16: 140-5.
- 14.- KAATSCH P, RICKERT C H, KUHL J. Population-based epidemiologic data on brain tumor in German Children. *Cancer* 2001; 15: 3155-64.
- 15.- ASHAN H, NEUGUT A I, BRUCE J N. Trends in incidence of primary malignant brain tumors in USA 1981-1990. *Intern J Epidemiology* 1995; 24: 1078-85.
- 16.- DAVID F G, MACCARTHY B J, BERGER M S. Centralized database available for describing primary brain tumor incidence, survival, and treatment: Central Brain Tumor Registry of the United States; Surveillance, Epidemiology and Ends results and National Center Database. *Neuro-oncology* 1999; 1: 205-11.
- 17.- DAVIS F G, MALINISKY H, HAENSZCL W, et al. Primary brain tumor incidence rate for United States Regions: a pilot study. *Neuroepidemiology* 1996; 15: 103-12.
- 18.- NOMURA S, NISHIZAKI T, YAMASHITA K. Pediatric Brain tumors in 10 years periods from 1986 to 1995 in Yamaguchi prefecture: epidemiology and comparasion with adult brain tumors. *Pediatric neurosurgery* 1998; 28: 130-4.
- 19.- JUKICH P J, MACCARTHY B J K, SURAWICZ T S, FREELS S, DAVIS F G. Trend in incidence of primary brain tumor in the United States 1985-1994.
- 20.- DAVIS F G, KUPELIAN V, FREELS S. Prevalence estimates for primary brain tumor in the Unites States. *Neuro-Oncolog* 2001; 3: 152-8.

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

## Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria

JULIA GONZÁLEZ<sup>(1)</sup>, GLADYS YENTZEN<sup>(1)</sup> y RUBÉN ALVARADO<sup>(1)</sup>

### RESUMEN

*El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida de mujeres con depresión y su relación con variables sociodemográficas y propias del cuadro depresivo. Es un estudio transversal en usuarias del “Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en Atención Primaria”, implementado en los consultorios generales urbanos del país. Se obtuvo una muestra de 201 pacientes ingresadas al Programa entre los últimos meses del año 2003 y los primeros meses del 2004, en 2 consultorios de la V Región y 5 de la Región Metropolitana. Mediante entrevistas al momento del ingreso, se aplicó una batería de instrumentos que recoge información acerca de variables sociodemográficas, síntomas depresivos (Criterios de la CIE-10) y calidad de vida (Cuestionario SF-36). El puntaje promedio global de calidad de vida corresponde a 44,2 (óptimo 100). Las dimensiones con menor promedio corresponden a limitación del rol debido a problemas emocionales (27,3), salud mental (35,7), vitalidad (35,8), dolor corporal (36,9) y función social (38,7). De las variables sociodemográficas estudiadas, las que muestran asociación con dimensiones de la calidad de vida son escolaridad, condición laboral y participación; no así edad ni estado civil. Se observa una peor calidad de vida a mayor intensidad del cuadro depresivo. Como conclusión se determina que existe asociación entre calidad de vida y depresión, la que se refuerza al encontrar una gradiente de peor calidad de vida a mayor intensidad del cuadro, y al comparar los puntajes con población general de otros estudios. Las dimensiones más afectadas son las esperables por las características propias del cuadro depresivo.*

**Palabras clave:** calidad de vida, depresión.

### ABSTRACT

#### QUALITY OF LIFE IN USERS OF THE DEPRESSION TREATMENT PROGRAM IN PRIMARY ATTENTION

*The purpose of this study is that of describing the quality of life of women suffering from depression and its relation to sociodemographic variables and those peculiar to depressive symptoms. It is a transversal study in users of the “Program for the detection, diagnosis and integral treatment of depression in Primary Health Care”, established in the Urban General Clinics of the country. A sample of 201 patients entered the program during the closing months of 2003 and the beginning of 2004, in two outpatient departments of the 5<sup>th</sup> Region and 5 of the Metropolitan Region. By means of interviews at the time of entry, a set of tests was applied to collect information about sociodemographic variables, depressive symptoms (Criteria of the*

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.  
juliagonzalez@med.uchile.cl

*CIE-10) and quality of life (Questionnaire SF-36). The average global grading for quality of life corresponds to 44.2 (optimal 100). Lower average dimensions correspond to role limitations due to emotional problems (27.3), mental health (35.7), vitality (35.8), bodily pains (36.9) and social role (38.7). Of the sociodemographic variables studied, those associated to quality of life dimensions are schooling, working condition and participation; age and civil status are not included. The higher the intensity of depressive manifestations, the lower is the quality of life observed. As a conclusion, it has been determined that there exists a link between quality of life and depression, which is reinforced when observing a worse quality of life gradient, the greater the intensity of depressive manifestations, and when comparing the grading with the general population of other studies. The more affected dimensions are those to be expected due to the inherent characteristics of depressive manifestations.*

**Key words:** quality of life, depression.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se ha constituido progresivamente en una preocupación tanto a nivel individual como poblacional en múltiples sectores. Se la define como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones (OMS, grupo WHOQOL, 1994). En una concepción acotada al campo de la salud, tanto a nivel clínico como colectivo, se hace referencia a la “calidad de vida relacionada con la salud”, la que se concibe como la percepción subjetiva de los efectos de una enfermedad o un tratamiento sobre diferentes ámbitos de la vida. Durante las últimas décadas se han acumulado, a nivel internacional, propuestas metodológicas para su medición y se ha tomado conciencia de los usos potenciales de esta variable<sup>1-3</sup>.

Una muestra del interés creciente en nuestro país respecto de la calidad de vida relacionada con la salud, ha sido la realización, durante el año 2000, de la I Encuesta de Calidad de Vida y Salud por parte del Ministerio de Salud de Chile<sup>4</sup>.

Se reconoce a la calidad de vida, en su concepción general, como uno de los tantos determinantes del nivel de salud de la población; y, por otra parte, la existencia de una patología crónica influirá sobre la calidad de vida relacionada con la salud; en este caso, la calidad de vida aparece como determinada

por los procesos de salud enfermedad.

Por otra parte, la depresión constituye en Chile un problema de salud de alta prevalencia, con consecuencias en la salud física, en la vida familiar y en el costo de la atención. En población general, sobre los 15 años, se estima una prevalencia de vida de depresión mayor alrededor del 9% y en consultantes de atención primaria aproximadamente un tercio sufre cuadros depresivos clínicos o subclínicos. En relación a la distribución por edad, se observa mayor prevalencia entre 20 y 45 años; en mujeres la frecuencia es el doble que en hombres, ocupando la depresión el segundo lugar en el estudio de carga de enfermedad en mujeres<sup>5,6</sup>.

El Ministerio de Salud de Chile ha implementado desde el año 2001, el “Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en Atención Primaria”, que considera detección, diagnóstico, registro, tratamiento médico, farmacológico y psicosocial y seguimiento de cada caso<sup>7</sup>. Desde el año 2003, el Programa se extendió a todo el país, por lo que se consideró importante realizar una evaluación de éste, que involucrara el seguimiento de un grupo de pacientes durante el primer semestre de tratamiento. Cabe señalar que la gran mayoría de los usuarios de este programa son mujeres (92%).

Uno de los objetivos de este Programa es mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las usuarias. Por este motivo, nos interesó describir la calidad de vida de las

mujeres al momento de ingresar a él, y su relación con variables sociodemográficas y clínicas propias del cuadro depresivo, con el fin de contribuir a un mejor conocimiento de las relaciones mutuas entre depresión y calidad de vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio transversal descriptivo, relativo a la calidad de vida de las mujeres, al momento del ingreso al Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria.

Este estudio forma parte de una evaluación más amplia de este programa y que involucra el seguimiento de un grupo de pacientes durante el primer semestre de tratamiento.

### Universo y muestra

Se seleccionaron 2 consultorios de la V Región y 5 de la Región Metropolitana, en que el Programa mostraba un buen nivel de funcionamiento. En estos centros, se conformó una muestra de 201 pacientes, en la medida que iban ingresando al Programa, entre los últimos meses del año 2003 y los primeros del año 2004.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer; tener entre 25 y 65 años; no presentar un déficit sensorial ni cognitivo que limite la posibilidad de comunicación con el entrevistador; no estar embarazada ni haber tenido su parto en los dos meses previos a su ingreso; tener residencia estable y acceso telefónico.

### Descripción de la muestra

El rango de edad fluctuó entre los 25 y 65 años, con mediana y promedio de  $44,0 \pm 11$  años. En cuanto a su estado civil, se encuentra un 15% de solteras, 48% casadas, 15% convivientes, 16% separadas y 5% viudas; de modo que dos tercios de la muestra declara tener pareja estable.

En relación al nivel educacional, la relación es de 1% sin estudios, 40% con educación básica, 41% educación media, 12% educación técnica y 5% universitaria. Se encuentra, además, que la mediana de años de estudio aprobados es de 10.

El 34,0% de las mujeres tiene un trabajo remunerado; de éstas el 52,9% tiene un trabajo estable fuera de la casa y el 22,1% un trabajo ocasional fuera de la casa.

Respecto de participación social, el 65,3% de las mujeres no participa en ningún grupo social, 13,1% lo hace en forma ocasional y 21,6% lo hace frecuentemente en, al menos, una organización. Este último grupo de mujeres concentra su participación en iglesia (46,3%) y juntas de vecinos (30,1%).

De los factores psicosociales estudiados, los más frecuentemente identificados fueron el antecedente de un episodio depresivo anterior (65,6%) y la coexistencia de una enfermedad física o dolor crónico (45,5%).

El diagnóstico clínico de intensidad del cuadro depresivo efectuado por la entrevistadora, de acuerdo a la CIE-10, muestra un 11,9% de mujeres con depresión leve, 62,7% moderada y 25,4% severa. Estos resultados son coherentes con los del Inventario de Depresión de Beck (IDB).

### Variables, instrumentos y recolección de la información

A todas las mujeres se les informó en qué consistía el estudio, se les solicitó firmar un consentimiento informado.

Para recolectar la información se realizaron entrevistas cara a cara al ingreso, por dos profesionales mujeres, especialmente entrenadas para este estudio.

Se utilizó una batería de instrumentos que recogen información acerca de variables sociodemográficas, síntomas depresivos y calidad de vida:

- Para obtener datos sociodemográficos, tales como edad, estado civil, escolaridad, trabajo y participación social, se utilizó una encuesta diseñada especialmente para este estudio.
- Para realizar el diagnóstico clínico de la intensidad del cuadro depresivo se aplicaron los criterios de la CIE - 10 para la Atención Primaria, de acuerdo a la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud<sup>7</sup>; éstos permiten clasificar a las pacientes en depresión leve, moderada y severa. Adicio-



nalmente, se usó el Inventario de Depresión de Beck (IDB)<sup>8,9</sup>.

El instrumento utilizado para medir calidad de vida corresponde al Cuestionario de Salud SF-36<sup>1</sup>. Este es un instrumento genérico ampliamente usado y validado a nivel internacional.

El SF-36 fue desarrollado para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, Ware y Sherbourne, 1992) como una medida genérica de calidad de vida relacionada con la salud. El cuestionario es aplicable tanto a población general como a pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Incluye escalas multi ítem para medir 8 dimensiones, que cubren estado funcional, bienestar emocional y salud general; en este estudio se considera tanto la puntuación global de calidad de vida, como los puntajes obtenidos para cada dimensión.

Las dimensiones relativas a estado funcional son funcionamiento físico, funcionamiento o desempeño social, limitación del rol debido a problemas de salud física, limitación del rol debido a problemas emocionales. Las dimensiones relativas a bienestar son salud mental, que incluye distrés psicológico y bienestar; vitalidad, energía o fatiga; y dolor corporal. Por último, se agrega una dimensión relativa a salud general: percepción general de su salud.

Cada una de las 8 dimensiones está representada en el cuestionario por un número variable de preguntas (entre 2 y 10); y cada una de las preguntas cuenta con entre 3 y 6 alternativas.

Para el análisis de los resultados del SF-36 se usa el enfoque Rand<sup>1</sup>: mediante éste, se lleva el puntaje de cada dimensión a escala de 0 a 100; a mayor puntuación, mejor calidad de vida relacionada con la salud. A pesar de que el cuestionario no fue diseñado para calcular un puntaje global, algunos investigadores han calculado promedios de puntaje para las áreas de salud física y de salud mental<sup>1</sup>; en este estudio se optó por calcular un puntaje global que corresponde al promedio de los puntajes de las 8 dimensiones, teniendo igualmente un máximo de 100 (lo mejor) y un mínimo de 0 (lo peor).

Se estudió la asociación entre los puntajes del SF-36 globales y de sus 8 dimensiones, con las variables sociodemográficas y con la intensidad de la depresión. Con el fin de analizar la asociación entre calidad de vida y participación, la participación se clasificó como “sí” cuando la persona participa al menos en una organización y en forma frecuente; y como “no” cuando no participa en ninguna o sólo lo hace ocasionalmente.

Para comparar los promedios en el SF-36 respecto a categorías de variables cualitativas se usó comparación de promedios a través de la prueba T o análisis de varianza; cuando no se cumplía el supuesto de homogeneidad de la varianza (Prueba de Bartlett) se utilizó la prueba de Kruskal Wallis.

Para comparar el puntaje del SF-36 respecto de variables cuantitativas se usó la correlación de Pearson. El nivel de significación considerado fue de 0,05.

**Tabla 1. Calidad de vida al ingreso al programa. Puntajes del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	Puntajes del SF-36			
	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio ± DS
Función física (FF)	10,0	95,0	55,0	51,6 ± 27,6
Limit.rol salud física (LRSF)	0,0	100,0	50,0	49,2 ± 44,9
Dolor corporal (DC)	0,0	90,0	35,0	36,9 ± 23,3
Función social (FS)	0,0	88,0	38,0	38,7 ± 25,8
Salud mental (SM)	0,0	88,0	36,0	35,7 ± 17,2
Limit.rol probl.emoc. (LRPE)	0,0	100,0	0,0	27,3 ± 40,5
Vitalidad y energía (VE)	0,0	90,0	35,0	35,8 ± 18,4
Percep.global salud (PGS)	0,0	90,0	40,0	40,9 ± 17,7
Calidad de vida global (CVG)	5,4	93,1	43,6	44,2 ± 18,5

**Tabla 2. Calidad de vida según escolaridad. Puntajes del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	Escolaridad en años de estudio		P
	0 a 8	9 y más	
Función física (FF)	50,7 ± 26,8	52,2 ± 28,2	0,7052
Limit.rol salud física (LRSF)	46,0 ± 44,1	51,4 ± 45,5	0,4259
Dolor corporal (DC)	40,1 ± 25,3	34,7 ± 21,7	0,1224
Función social (FS)	42,2 ± 25,3	36,3 ± 25,7	0,1284
Salud mental (SM)	37,9 ± 16,9	34,2 ± 17,4	0,1526
Limit.rol probl.emoc. (LRPE)	36,0 ± 44,5	21,2 ± 36,5	0,0247
Vitalidad y energía (VE)	39,9 ± 16,9	32,9 ± 17,9	0,0113
Percep.global salud (PGS)	39,9 ± 16,9	41,5 ± 18,3	0,5482
Calidad de vida global (CVG)	46,2 ± 19,7	42,7 ± 17,6	0,2178

**Tabla 3. Calidad de vida según condición laboral. Puntajes del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	Condición laboral		P
	No trabaja	Trabaja	
Función física (FF)	51,6 ± 27,1	51,9 ± 28,6	0,9311
Limit.rol salud física (LRSF)	49,6 ± 45,0	49,2 ± 45,1	0,9614
Dolor corporal (DC)	36,3 ± 21,9	38,5 ± 25,5	0,5400
Función social (FS)	35,8 ± 26,6	43,8 ± 23,8	0,0449
Salud mental (SM)	34,4 ± 17,5	38,2 ± 16,7	0,1627
Limit.rol probl.emoc. (LRPE)	25,0 ± 38,8	31,8 ± 43,5	0,2793
Vitalidad y energía (VE)	36,1 ± 19,1	35,5 ± 17,0	0,8502
Percep.global salud (PGS)	39,2 ± 17,3	44,0 ± 18,4	0,0825
Calidad de vida global (CVG)	43,0 ± 18,9	46,6 ± 17,6	0,2102

**Tabla 4. Calidad de vida según participación. Puntajes del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	Participación social		P
	No participa	Participa	
Función física (FF)	51,4 ± 27,0	54,6 ± 29,4	0,4948
Limit.rol salud física (LRSF)	48,6 ± 45,7	51,3 ± 43,5	0,7377
Dolor corporal (DC)	35,9 ± 23,3	41,7 ± 22,0	0,1481
Función social (FS)	38,3 ± 24,9	43,1 ± 27,6	0,2721
Salud mental (SM)	33,5 ± 15,8	43,9 ± 18,8	0,0004
Limit.rol probl.emoc. (LRPE)	25,3 ± 39,3	39,7 ± 46,1	0,0435
Vitalidad y energía (VE)	35,4 ± 18,4	41,2 ± 18,8	0,0699
Percep.global salud (PGS)	40,2 ± 16,7	43,7 ± 19,7	0,2415
Calidad de vida global (CVG)	42,6 ± 17,7	50,2 ± 20,6	0,0267

## RESULTADOS

### Calidad de vida medida mediante el Cuestionario SF-36

En la Tabla 1 se muestran los puntajes del SF-36 para las diferentes dimensiones de calidad de vida. El puntaje promedio global de

calidad de vida corresponde a 44,2, con un rango entre 5,4 y 93,1. Las dimensiones con puntaje promedio más bajo corresponden a limitación del rol debido a problemas emocionales (27,3), salud mental (35,7), vitalidad (35,8), dolor corporal (36,9) y función social (38,7). Llama la atención que para

**Tabla 5. Calidad de vida según intensidad del cuadro depresivo. Puntajes del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	Intensidad del cuadro depresivo			P
	Leve	Moderada	Severa	
Función física	52,8 ± 30,7	50,2 ± 28,0	54,0 ± 25,3	0,7089
Limit.rol salud física	73,9 ± 36,5	52,8 ± 44,5	30,0 ± 42,3	0,0002
Dolor corporal	50,1 ± 20,2	37,9 ± 23,2	28,7 ± 22,1	0,0008
Función social	46,0 ± 40,3	40,3 ± 25,3	31,9 ± 24,3	0,0559
Salud mental	52,3 ± 14,4	36,7 ± 16,1	26,1 ± 14,3	< 0,0001
Limit.rol probl.emoc.	56,5 ± 46,6	25,4 ± 38,5	18,0 ± 36,4	0,0005
Vitalidad y energía	46,3 ± 21,2	36,6 ± 18,0	29,2 ± 15,3	0,0007
Percep.global salud	57,2 ± 15,3	42,2 ± 16,1	30,5 ± 15,6	< 0,0001
Calidad de vida global	62,7 ± 15,2	44,9 ± 16,3	33,9 ± 17,6	< 0,0001

**Tabla 6. Calidad de vida en población en estudio y población general de diferentes países. Puntajes promedio y D.S. del Cuestionario SF-36**

Dimensiones	U.S.A. (2)*	España (12)**	México (11)***	EstudioActual
Función física	84,2 ± 23,3	81,5 ± 25,7	94,0 ± 9,3	51,6 ± 27,6
Limit.rol salud física	81,0 ± 34,0	79,5 ± 38,0	95,0 ± 15,1	49,2 ± 44,9
Dolor corporal	75,2 ± 23,7	74,4 ± 29,7	90,0 ± 16,3	36,9 ± 23,3
Función social	83,3 ± 22,7	87,9 ± 21,7	87,0 ± 15,7	38,7 ± 25,8
Salud mental	74,7 ± 18,1	70,1 ± 20,9	80,0 ± 14,4	35,7 ± 17,2
Limit. Rol problema Emocional	81,3 ± 33,0	84,4 ± 34,2	87,0 ± 20,4	27,3 ± 40,5
Vitalidad y energía	60,9 ± 21,0	63,6 ± 22,6	82,0 ± 9,7	35,8 ± 18,4
Percep.global salud	72,0 ± 20,3	65,9 ± 22,8	74,0 ± 14,8	40,9 ± 17,7

\* U.S.A. : población general de ambos sexos.

\*\* España: población general de sexo femenino.

\*\*\* México: mujeres de 18 a 64 años, trabajadoras de institución pública, que no han utilizado servicios médicos en el último año y no padecen enfermedad crónica.

limitación del rol debido a problemas emocionales la mediana es cero, indicando una gran limitación en esta dimensión.

### Relación entre calidad de vida y variables sociodemográficas

No se observa asociación entre calidad de vida global, o alguna de sus dimensiones, con la edad ni con el estado civil de las pacientes.

En la Tabla 2 se muestra la relación entre calidad de vida y escolaridad. Si bien no se observa relación entre calidad de vida global y escolaridad, entre las mujeres con más de 9 años de estudios se encuentra un puntaje significativamente menor para las dimensiones limitaciones del rol debido a problemas emocionales, así como para vitalidad y energía.

En la Tabla 3 se presenta la relación entre

calidad de vida y condición laboral. No se observa relación entre calidad de vida global y trabajo; sin embargo, en mujeres que no trabajan, se encuentra un puntaje significativamente menor para la dimensión funcionamiento social.

La relación entre calidad de vida y participación, se presenta en la Tabla 4. El puntaje es significativamente menor en las mujeres que no participan o que lo hacen en forma ocasional, tanto para calidad de vida global, como para las dimensiones salud mental y limitación del rol para problemas emocionales.

### Relación entre calidad de vida e intensidad del cuadro depresivo

Al relacionar calidad de vida e intensidad

de la depresión de acuerdo al diagnóstico de la entrevistadora, se observa que a mayor gravedad del cuadro, menor puntaje en calidad de vida; además de encontrarse una gradiente para las categorías de gravedad, las diferencias son estadísticamente significativas. Como se observa en la Tabla 5, lo anterior es válido tanto para calidad de vida global, como para cada una de sus dimensiones, excepto funcionamiento físico.

## DISCUSIÓN

### Limitaciones del estudio

Por tratarse de un estudio de tipo transversal, no es posible extraer conclusiones respecto de la direccionalidad de las asociaciones encontradas. En este sentido se espera a futuro analizar las variaciones de la calidad de vida en la medida que avanza el tratamiento y, consecuentemente, disminuye la gravedad del cuadro clínico.

La extrapolación de los resultados al total de pacientes en control en el Programa podría verse limitada por el hecho de que la selección de los consultorios no fue aleatoria. Adicionalmente, las características de la población en estudio - mujeres de edad media, con depresión, atendidas en centros de atención primaria del sistema público de salud - no permiten extrapolar los resultados a un universo más amplio.

En la relación que pudiese existir entre calidad de vida y depresión pueden identificarse otras variables intervinientes. Por ejemplo, en la literatura se ha descrito un deterioro de la calidad de vida en mujeres climatéricas<sup>10</sup>, variable que podría estar influyendo en nuestros resultados dado que la mediana de edad de la muestra fue de 44,0 años. A futuro sería de interés analizar las relaciones mutuas entre climaterio, depresión y calidad de vida.

### Calidad de vida

Al analizar los resultados del SF-36 al ingreso de las pacientes, destaca que tanto la medición global como sus dimensiones se encuentran muy por debajo del óptimo, lo cual es coherente con lo esperado para un cuadro

clínico que afecta múltiples aspectos de la vida de las pacientes. Las dimensiones menos afectadas tienen relación con la salud física. La baja puntuación en la dimensión de dolor corporal se puede explicar a través de los resultados de la investigación clínica y psicofisiológica que ha demostrado que las personas que sufren un cuadro depresivo tienen un menor umbral y tolerancia al dolor. La dimensión más afectada, que corresponde a limitaciones del rol por problemas emocionales, muestra un puntaje promedio de 27,3 con una mediana de 0; esto implica que, al menos, la mitad de las mujeres ha hecho menos, durante menos tiempo y menos cuidadosamente que lo esperado y ha visto extremadamente limitadas sus actividades sociales, debido a algún problema emocional.

Dado que aún no se dispone de parámetros nacionales de referencia para el Cuestionario SF-36, en la Tabla 6 se comparan los resultados con parámetros de otros países en que este instrumento ha sido validado: población general de U.S.A., población general femenina de España y mujeres sanas de edad media de México<sup>2,11,12</sup>.

Como se aprecia en la Tabla 6, las usuarias al ingresar al Programa, presentan una calidad de vida mucho más baja que la población general en todas sus dimensiones; y, en particular, en el desempeño del rol por problemas emocionales, lo cual es coherente con el tipo de problema de salud estudiado.

Al comparar los resultados de la medición de calidad de vida con un estudio chileno en mujeres con depresión severa, al momento del ingreso a un programa similar<sup>13</sup>, se encuentra una mejor calidad de vida en el presente estudio. Las dimensiones más afectadas coinciden en ambos casos, pero los puntajes son muy inferiores en el estudio citado, para las dimensiones salud mental, limitación del rol por problemas emocionales y vitalidad. Esto podría explicarse por una diferente intensidad del cuadro depresivo en las dos muestras.

### Relación con variables sociodemográficas

De las variables estudiadas, la que muestra una mayor asociación con calidad de vida corresponde a participación; el grupo de

mujeres que participa en forma frecuente en alguna organización social presenta menor percepción de compromiso de su salud mental y de limitaciones de su rol por problemas emocionales. Sería de interés a futuro confirmar la hipótesis de que la participación social constituye un factor protector de la calidad de vida en mujeres depresivas; otra posibilidad sería que se seleccionaran las pacientes con mejor calidad de vida para participar en alguna organización.

La segunda variable en que se observa asociaciones significativas es la escolaridad; en este caso, las mujeres con menos de 9 años de estudio perciben menos limitaciones del rol por problemas emocionales y menor compromiso de su vitalidad y energía que aquellas con mayor escolaridad. Esto podría explicarse porque las mujeres con más años de estudio tendrían mayores expectativas de desempeño en diferentes ámbitos de su vida; lo cual determinaría una mayor distancia entre lo que perciben tener y sus expectativas.

### **Relación con intensidad del cuadro depresivo**

La asociación entre la intensidad del cuadro depresivo y el deterioro en la calidad de vida se confirma al analizar los puntajes del SF-36 para los distintos subgrupos clínicos de depresión. Todas las dimensiones, salvo función física, muestran una gradiente de peor calidad de vida a mayor severidad de la depresión; las diferencias observadas son altamente significativas. Esto es concordante con las diferencias observadas entre nuestras pacientes depresivas y la población presuntamente sana.

### **REFERENCIAS**

- 1.- BADIA X, SALAMERO M, ALONSO J. La Medida de la Salud; Edimac, Barcelona 2002.
- 2.- MCDOWELL I, NEWELL C. Measuring Health; Oxford University Press, 1996.
- 3.- FORATTINI O. Qualidade de vida e meio urbao. A cidade de Sao Paulo, Brasil. Rev Saude Publ S Paulo 1991; 25(2): 75-86.
- 4.- AGUILERA X, et al. Unidad de Estudio. Departamento de Epidemiología. Salinas J. y cols. Departamento de Promoción. División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000, INE - Minsal.
- 5.- ALVARADO R, et al. Prevalencia y detección de cuadros depresivos en pacientes adultas de centros de atención primaria, Chiloé. Rev Chil Salud Pública 2004; 8 (3): 126-36.
- 6.- VICENTE P, BENJAMÍN, et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile 2002; 130; n°5, Santiago mayo 2002.
- 7.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica para la Atención Primaria en la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, Chile.
- 8.- BECK A T, et al. An inventory on measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 53-63.
- 9.- BECK A T, et al. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Clinical Psychology Review 1988; 8: 78-100.
- 10.- BINFA L. Impacto del climaterio en la calidad de vida de las mujeres, Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 1998.
- 11.- ZÚÑIGA A, et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México, Salud Pública de México 1999; 41(2), Marzo - Abril.
- 12.- ALONSO J, et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med. Clin. (Barc.) 1998; 111: 410-6.
- 13.- ARAYA R, ROJAS G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. The Lancet 2003; 361(22): 995-1000.

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

## Percepciones y estados emocionales sobre el proyecto genoma humano en actores sociales seleccionados en la Región Metropolitana, Chile

IRENE SCHIATTINO<sup>(1)</sup>, CLAUDIO SILVA<sup>(1)</sup>, FERNANDO LOLAS<sup>(2)</sup>,  
CAROLINA VALDEBENITO<sup>(2)</sup> y EDUARDO RODRÍGUEZ<sup>(2)</sup>

### RESUMEN

*El objetivo de este trabajo es describir mediante árboles de regresión, las percepciones y estados emocionales sobre el genoma humano en actores sociales específicos de la Región Metropolitana. Se aplicó un cuestionario y una entrevista semiestructurada estudiada por el método de análisis de contenido de la conducta verbal, a investigadores en genómica, legisladores, estudiantes y miembros de la sociedad civil, para caracterizar las condiciones culturales y sociales que puedan influir en la representación social del proyecto genoma humano. Sobre la base de las mediciones obtenidas de una muestra dirigida de 66 individuos, se define un indicador del nivel de conocimiento (variable respuesta), considerando como variables descriptoras las mediciones de hostilidad y ansiedad, interés por temas científicos, grupo de ocupación, nivel de estudio, sexo edad de los entrevistados. El análisis estadístico utiliza el Enterprise Miner del SAS 8.2. La variabilidad del nivel de conocimiento explicada por el método de análisis de Árboles de Regresión es 0,75. Surgen diferencias entre los subgrupos distinguibles en cuanto al nivel medio de conocimiento sobre el proyecto genoma humano, sexo e intensidad de las características psicológicas expresadas por la ansiedad total y hostilidad.*

**Palabras clave:** Árboles de regresión, genoma humano.

### ABSTRACT

PERCEPTIONS AND EMOTIONAL DISPOSITIONS TOWARD THE HUMAN GENOME PROJECT IN SELECTED SOCIAL ACTORS OF THE METROPOLITAN REGION, CHILE

*The purpose of this paper is that of describing, by means of regression tables, the perceptions and emotional dispositions toward the human genome project in specific social actors of the Metropolitan Region. A questionnaire and a semi-structured interview, studied by means of an analysis content method of verbal conduct, were applied to genomics researchers, legislators, students and members of the civil society, so as to characterize the cultural and social conditions that might have an influence on the social appraisal of the human genome project. On the basis of the measurements obtained from a directed sample of 66 individuals, a level of knowledge (variable response) indicator is defined, considering as variable descriptors the measurements of*

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. email: ischiattino@med.uchile.cl

<sup>(2)</sup> Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile.

*hostility and anxiety, interest in scientific subjects, occupational group, level of studies, sex and age of those interviewed. The statistical analysis uses the Enterprise Miner of SAS 8.2. The variability of the knowledge level explained by the Regression Trees is 0.75. Differences arise among the distinguishable subgroups as far as average level knowledge about the human genome project, sex and intensity of the psychological characteristics expressed by total anxiety and hostility, are detected.*

**Key words:** *Regression Trees, Human genome.*

## INTRODUCCIÓN

El Proyecto Genoma Humano, secuencia completa del genoma humano, se inició en la Universidad de California en 1984 y continuó en el Departamento de Energía y Salud de los Estados Unidos (DOE) en 1990, con la colaboración de países europeos y Japón. El objetivo del proyecto era identificar la secuencia de los 3 billones de pares de bases nucleotídicas que constituyen la base química del genoma humano y realizar un mapa exacto de cada uno de los 24 cromosomas humanos. Sin embargo, los progresos en la tecnología de la ingeniería genética y la computación han hecho que se superen las expectativas, obteniéndose el mapa genético completo en 1994, el mapa físico en 1997 y la secuencia completa en el 2001<sup>1</sup>. Ya se han identificado 1.112 genes relacionados con enfermedades mendelianas<sup>1</sup>. Se espera que este esfuerzo proporcione información sobre enfermedades hereditarias, posibilitando diagnósticos y pronósticos más exactos y un mayor entendimiento tanto de los defectos causados por un solo gen como de las enfermedades multifactoriales como el cáncer o la diabetes<sup>2</sup>. Al mismo tiempo, para la sociedad se plantean numerosos problemas éticos, sociales, jurídicos, políticos, económicos y culturales. Conocer la constitución genética de los individuos, da lugar a una serie de interrogantes, ya que a la persona se la puede identificar por ella, se puede determinar su paternidad o filiación y pronosticar enfermedades o predecir su estado de salud, por lo que se hace susceptible de discriminación y estigmatización<sup>2</sup>.

En general se tiene la impresión de que los países latinoamericanos no se encuentran

preparados para responder al explosivo avance de la genómica y la ingeniería genética que ha habido en los países desarrollados, predominando la actitud de actuar más como consumidores de los beneficios que se obtengan de la investigación genómica. A esta realidad se añade el problema de la falta de información de los ciudadanos en general para comprender la complejidad de lo que significan las pruebas genéticas, lo que genera cierta ansiedad, pues se teme que los temas de genómica sean manipulados<sup>2</sup>.

El proyecto "Representation of genomics research among Latin American laymen and bioethics: a inquiry into the migration of knowledge and its impact on underdeveloped communities" (DE-FG02-02ER63435), plantea entre sus objetivos: Describir el conocimiento de expertos y profesionales relacionados con las normativas e implicaciones prácticas del proyecto genoma humano; evaluar la importancia y profundidad del conocimiento en la sociedad civil, y desarrollar un modelo entre el grado de conocimiento y el acceso a la información en las construcciones sociales sobre el genoma humano.

Este proyecto incluyó una entrevista semiestructurada y un cuestionario aplicados a profesionales médicos o investigadores, legisladores o abogados, miembros de la sociedad civil (dueñas de casa, por ejemplo) y estudiantes universitarios de cuatro países latinoamericanos: Chile, Perú, Argentina y México. Se trabajó con muestras dirigidas de las capitales respectivas donde sus componentes son independientes entre sí.

Las entrevistas semiestructuradas fueron estudiadas por el método de análisis de contenido de la conducta verbal<sup>3</sup>, que es un

instrumento que analiza datos de la comunicación humana en sus aspectos formales y de contenido con el propósito de inferir estados emocionales, tales como el grado de hostilidad y ansiedad en relación con la investigación genómica.

El cuestionario pesquisó el nivel de conocimiento en investigación genómica (20 preguntas, cada una en escala Likert de 5 puntos), el interés en la ciencia, las características sociodemográficas y los significados de conceptos como clonación, enfermedades hereditarias, enfermo de VIH/SIDA, alimentos transgénicos, manipulación genética y ciencia asociados a la investigación genómica<sup>4,5</sup>.

A partir de la información obtenida en el proyecto mencionado, el presente artículo describe, para actores sociales de la Región Metropolitana de Chile, relaciones multidimensionales entre el nivel de conocimiento, los estados emocionales asociados a la investigación genómica, el interés en temas científicos y las características sociodemográficas.

Para lograr tal objetivo, se aplicó el método de análisis árboles de regresión. Los árboles de clasificación y regresión constituyen un procedimiento estadístico no paramétrico, de carácter recursivo<sup>6</sup> implementado en softwares estadísticos como CART y el Enterprise Miner de SAS 8.2, entre otros. Nos referimos a árboles de regresión si la variable respuesta es continua y a árboles de clasificación si la variable respuesta es categórica<sup>7</sup>.

El procedimiento se aplica a una selección de individuos caracterizados por una variable respuesta y un conjunto de variables explicativas o predictoras, que pueden ser tanto categóricas como continuas. El objetivo es discriminar, estimar o predecir la variable respuesta en función de los predictores, realizando particiones sucesivamente más finas del conjunto de individuos según los valores de los predictores, maximizando en cada paso una medida de contenido de la información con respecto a la variable de interés, hasta construir el árbol global.

## MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de 66 participantes, dirigida de modo de reflejar las actitudes de actores

sociales específicos, incluyó 19 (28,8%) legisladores o abogados, 15 (22,7%) médicos o investigadores, 14 (21,2%) participantes de la sociedad civil y 18 (27,3%) estudiantes. La edad mediana y el rango intercuartílico en cada uno de los grupos se presentan en la Tabla 1.

Para el análisis estadístico, a partir del cuestionario aplicado se definió un indicador de “nivel de conocimiento” del entrevistado como suma de las puntuaciones obtenidas en la Sección conocimientos del cuestionario, ponderada por la proporción de preguntas contestadas.

A partir de la transcripción de la entrevista semiestructurada, donde las personas respondieron espontáneamente acerca del proyecto genoma humano y sus consecuencias sociales, se determinaron, por el “método de análisis de contenido de la conducta verbal”, los niveles de hostilidad y ansiedad de los individuos. De la escala de hostilidad se midieron las subescalas “hostilidad hacia fuera encubierta” que mide la agresividad de uno hacia otros, “hostilidad hacia dentro” que mide la agresividad con uno mismo, y la “hostilidad ambivalente” que mide la agresividad de otros hacia uno. De la escala de ansiedad se midieron las subescalas de “ansiedad de muerte”, “de mutilación”, “de separación”, “de culpa”, “de vergüenza”, “difusa” y “total”. Las características estadísticas de estas escalas han sido estudiadas con anterioridad<sup>8,9</sup>. En el análisis que sigue se usó la ansiedad total definida como la suma de las otras subescalas de ansiedad.

En la construcción de los árboles de regresión, a través del Enterprise Miner de SAS 8.2, se especificaron como variables independientes o descriptoras las características personales de los entrevistados, edad, sexo, nivel de educación, religión, grupo de ocupación,

**Tabla 1. Edad de los entrevistados, según grupos de ocupación (mediana y rango intercuartílico)**

Grupos de ocupación	Edad mediana	Rango Intercuartílico
Legisladores o abogados	40	13
Médicos o Investigadores	39	18
Sociedad Civil	41,5	26
Estudiantes	21	2



interés respecto a temas científicos y las mediciones de las subescalas de hostilidad y la ansiedad total. La variable “nivel de conocimiento” fue especificada como respuesta o variable dependiente con niveles que abarcaron desde “muy poco conocimiento” (20 puntos) a “muy buen conocimiento” (100 puntos).

## RESULTADOS

Las medias y la desviaciones estandar del nivel de conocimiento en cada uno de los grupos de ocupación, se presentan en la Tabla 2 mostrando variabilidad relativa similar. Previamente, se aplicó

**Tabla 2. Medias y desviación estandar (D. E), valores máximos y mínimos del Nivel de conocimiento (variable respuesta) en cada grupo de ocupación y en el total de individuos**

Grupos	Medias $\pm$ D.E	Min	Máx
1. Legisladores o abogados	39,3 $\pm$ 13,9	20	67
2. Médicos o Investigadores	52,4 $\pm$ 20,5	16	87
3. Sociedad civil	28,2 $\pm$ 7,4	20	44
4. Estudiantes	40,2 $\pm$ 15,9	22,8	70
Total	40,2 $\pm$ 16,9	16	87

una prueba de no normalidad en cada grupo, resultando no significativas, con valor-p 0,41, 0,88, 0,51 y 0,24, respectivamente, garantizando distribuciones simétricas.

**Tabla 3. Distribución porcentual de los individuos participantes según predictores categóricos considerados en el estudio**

Variables		Frecuencia	
Características personales de los entrevistados:		n	%
Sexo	Hombres	29	43,9
	Mujeres	37	56,1
¿Tiene alguna religión?	Católica	46	69,7
	Judía	2	3,0
	Otra	1	1,5
	Ninguna	17	25,8
¿Cuál es su nivel de educación?	Básica incompleta	1	1,5
	Básicacompleta	1	1,5
	Media incompleta	2	3,0
	Media completa	7	10,6
	Universitaria incompleta	18	27,3
	Universitaria completa	17	25,8
	Postítulo	7	10,6
	Master	2	3,0
Doctor	11	16,7	
<b>Intereses:</b> ¿Qué grado de interés tiene usted por los temas científicos?	1.- Trato de informarme constantemente	11	16,9
	2.- Trato de informarme regularmente	25	38,5
	3.- A veces me informo	22	33,9
	4.- Rara vez me informo	6	9,2
	5.- Nunca me informo	1	1,5
¿A través de qué medios se informa sobre temas científicos?	1.- Revistas y/o diarios	10	15,4
	2.- Televisión, radio y/o internet	1	1,5
	3.- Libros, diarios, TV, Internet	27	41,5
	4.- Ninguno en particular	27	41,5
¿Qué lugar diría usted que ocupa la ciencia en sus conversaciones con amigos o familiares?	1.- Conversamos regularmente sobre diversos temas científicos	18	27,7
	2.- Conversamos sobre los descubrimientos científicos	32	49,2
	3.- Rara vez conversamos sobre temas científicos	15	23,1

Las Tablas 3 y 4 presentan la distribución y las estadísticas descriptivas de las variables independientes incluidas en el estudio. La descripción de cada variable en la primera columna de la Tabla 3 transcribe el enunciado de la pregunta correspondiente en el cuestionario.

La Tabla 5 presenta los coeficientes de correlación de rangos de Spearman entre el nivel de conocimiento y las mediciones de hostilidad y ansiedad total, cuando son significativos en al menos uno de los grupos o en el total de la muestra.

El árbol de regresión óptimo (Figura 1), basado en los 66 individuos y obtenido usando como criterio de optimización de los cortes la "reducción de la varianza en los nodos (del árbol)", concluyó con 13 nodos en total (7 de ellos terminales) con un R cuadrado de 0,75. En cada nodo de esa figura se indica el número de individuos incluidos en él, la media y la desviación estándar del "nivel de conocimiento respecto al genoma humano".

La Tabla 6 presenta las reglas de clasificación asociadas a cada nodo terminal, y la composición de ellos según sexo y grupo de ocupación. Tomando como referente la variable de mayor fuerza descriptora de la respuesta, el procedimiento utilizado asigna una importancia relativa a las otras variables descriptoras; en la

Tabla 7 se listan aquellas con peso relativo mayor a 20%.

**Caracterización de los individuos predominantes en cada nodo terminal del árbol de regresión obtenido**

Los individuos clasificados en los nodos terminales 8 y 9 representan el 22,7% de la muestra, tienen un nivel de ansiedad total menor a 2.575 y son menores a 56,5 años. Los pertenecientes al nodo 8 presentan un nivel promedio de conocimiento de 61,5, mayoritariamente son médicos o investigadores, hombres y presentan una hostilidad hacia fuera encubierta menor a 1,22. Por otra parte, el estudiante perteneciente al nodo 9 presenta una hostilidad hacia fuera encubierta mayor a 1,22 y un nivel de conocimiento de 24.

El subgrupo representado en el nodo terminal 5, es el 6% del total, mayoritariamente médicos o investigadores, hombres, pero mayores a 56,5 años y con un nivel promedio de conocimiento 33.

En cambio, los individuos clasificados en el nodo 10 (21% del total) son mayoritariamente legisladores o abogados, hombres, con un nivel promedio de conocimiento de 42 y un nivel de ansiedad total entre 2.575 y 2.895. A diferencia de éstos, los pertenecientes al nodo 11 (29% del total de individuos), tienen un nivel de

**Tabla 4. Medias y desviación estándar de las subescalas de hostilidad y ansiedad total de los entrevistados**

Escalas	Subescalas	Medias	Mínimo	Máximo
Hostilidad	Hacia fuera manifiesta (HFM)	0,02 ± 0,14	0	1,12
	Hacia fuera encubierta (HFE)	0,65 ± 0,58	0	1,62
	Hacia dentro (HD)	0,13 ± 0,34	0	1,31
	Ambivalente (HA)	0,41 ± 0,49	0	1,26
Ansiedad	Total (AT)	2,82 ± 0,55	1,81	4,03

**Tabla 5. Coeficientes de correlación de rangos de Spearman entre el nivel de conocimiento y algunos estados emocionales de los individuos**

Nivel de conocimiento <i>versus</i> :	Total	Legisladores o abogados	Médicos o Investigadores	Sociedad civil	Estudiantes
Total de Ansiedad (AT)	-0,48**	-0,32	-0,32	0,11	-0,42*
Hostilidad hacia fuera encubierta (HFE)	-0,07	0,40*	-0,59**	0,02	-0,50**
Hostilidad hacia dentro (HD)	-0,18	-0,43*	-0,25	0,30	-

\*\* muy significativa (0,01 < p < 0,05) \*significativa (0,05 < p < 0,10)

**Tabla 6. Reglas de clasificación asociadas a cada nodo terminal y la composición de él según sexo y grupo de ocupación**

Nodo Terminal	Reglas de clasificación	Composición de los nodos terminales según Sexo y grupo de ocupación:			
			Hombres	Mujeres	Total
8	A T < 2,575, EDAD < 56,5 y HFE < 1,22	Grupos de ocupación			
		Legisladores	2	2	4
		Médicos/Investigadores	3	4	7
		Estudiantes	3	0	3
		Total	8	6	14
9	AT < 2,575, EDAD < 56,5 y HFE ≥ 1,22	Estudiantes	1	-	1
5	AT < 2,575 y EDAD ≥ 56,5	Legisladores	1	-	1
		Médicos/Investigadores	3	-	3
		Total	4	-	4
10	AT entre 2.575 y 2.895, y GRUPO: Legisladores, Médicos, Estudiantes	Legisladores	6	2	8
		Médicos/Investigadores	1	3	4
		Estudiantes	1	1	2
		Total	8	6	14
11	AT ≥ 2.895 y GRUPO: Legisladores, Médicos, Estudiantes	Legisladores	-	6	6
		Médicos/Investigadores	-	1	1
		Estudiantes	3	9	12
		Total	3	16	19
12	AT ≥ 2.575, GRUPO:Sociedad civil y Var303 =1 ó 2	Sociedad civil	3	6	9
13	AT ≥ 2.575 , GRUPO: Sociedad civil y Var303 = 3	Sociedad civil	1	3	4

AT: Ansiedad total HFE: Hostilidad hacia fuera encubierta Var303: ¿Qué lugar diría usted que ocupa la ciencia en sus conversaciones con amigos o familiares?

**Tabla 7. Importancia relativa (respecto a AT) de las variables descriptoras usadas en la construcción del árbol de regresión**

Variables	%
Ansiedad Total	100
Edad	66.8
Grupo de ocupación	53
Hostilidad hacia fuera encubierta	52
Hostilidad hacia dentro	48.8
Hostilidad ambivalente	23
Var303	20.8

Var 303: ¿Qué lugar diría usted que ocupa la ciencia en sus conversaciones con amigos o familiares?

ansiedad total mayor a 2.895 con un nivel de conocimiento de 33,7 y son mayoritariamente estudiantes mujeres.

Los subgrupos representados en los nodos 12 y 13 corresponden a la sociedad civil, con un nivel de ansiedad total superior igual a 2.575. Los pertenecientes al nodo 12 se caracterizan por “conversar regularmente sobre diversos temas y descubrimientos científicos”, mientras que los pertenecientes al nodo 13 “rara vez lo hacen”. Los niveles medios de conocimiento en estos grupos, son 30,9 y 21,5 respectivamente.

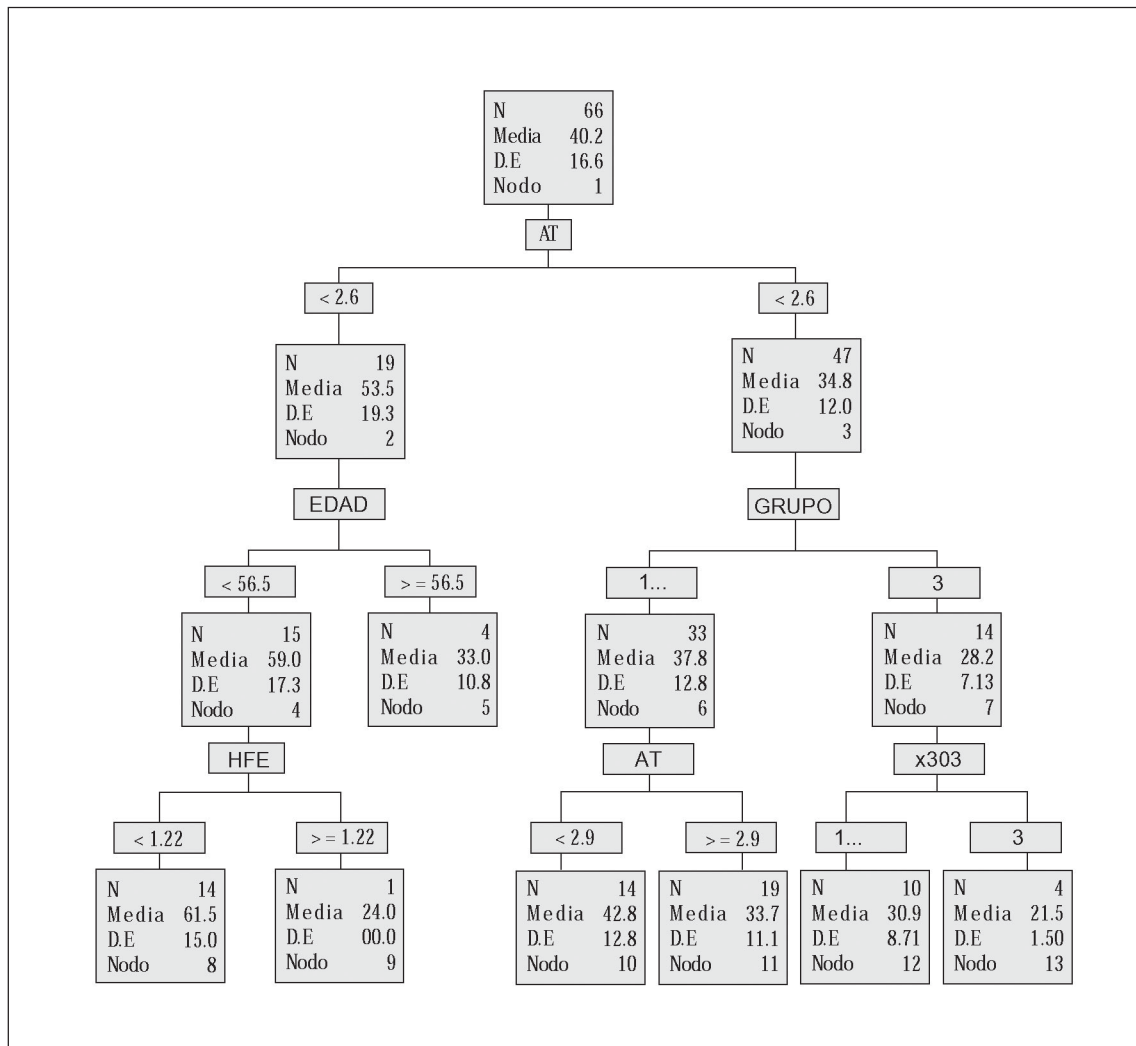


Figura 1. Caracterización del nivel de conocimiento del genoma en actores sociales de la Región Metropolitana, Chile.

## DISCUSIÓN

La simetría de la distribución de la variable “nivel de conocimiento sobre el genoma humano” en los cuatro grupos de ocupación así como su asociación negativa con los estados emocionales de ansiedad total y hostilidad hacia fuera encubierta, constituyen hallazgos que interesa validar en otros países latino-americanos.

La aplicación de árboles de regresión permitió afinar los resultados mencionados llevando a clasificar a los individuos respecto al nivel de conocimiento sobre el genoma

humano, en base a un conjunto de reglas que involucran variables relativas a características personales, y estados emocionales de los individuos, a través de la ansiedad total y hostilidad, con distinto nivel relativo de importancia.

La proporción de variabilidad del nivel de conocimiento (valor de R cuadrado) que se explica por el árbol de regresión obtenido fue 0,75.

En la caracterización de los individuos predominantes en cada nodo terminal del árbol de regresión, el nivel de conocimiento sobre el genoma humano varía desde “muy poco” (20

puntos) en el nodo 13, a más que “regular” (70 puntos) en el grupo 8. La variación descrita es concordante con la existencia de diferentes combinaciones predominantes en cada nodo terminal respecto a grupo de ocupación, interés por los temas científicos, sexo e intensidad de las características psicológicas expresados por la ansiedad total y la subescala de hostilidad. Estos resultados multidimensionales ilustran claramente el potencial de aplicación de los árboles de regresión, en general como metodología de exploración generadora de hipótesis a estudiar. En particular, el resultado global exhibido valida en medida importante la aplicación futura de esta metodología entre países de modo de reflejar las actitudes de actores sociales específicos que se espera sean demográfica y educacionalmente heterogéneas. Una muestra aleatoria, suficientemente grande, de habitantes de cada uno de estos países podría haber capturado las respectivas idiosincrasias influyentes en la opinión respecto al proyecto genoma humano, ese podría ser el objetivo de un estudio distinto al descrito aquí.

## REFERENCIAS

- 1.- VENTER C, LANDER E, LINTON L, BIRREN B, NUSBAUM C, ZODY M, et al. INTERNATIONAL HUMAN GENOME SEQUENCING CONSORTIUM, Initial Sequencing and Analysis of Human Genoma” Nature 2001; 409: 860-921.
- 2.- RODRÍGUEZ E, VALDEBENITO C, MISERONI A, FERNÁNDEZ L, OTOMURO D, SCHIATTINO I, LOLAS F. Percepciones sociales sobre genómica en cuatro países latinoamericanos. Implicaciones éticas sociales. *Electronic Journal of Biotechnology y Percepciones sociales sobre genómica en cuatro países latinoamericanos. Implicaciones ético legales. Rev Der Gen.* 2004, N° 21 Julio-Diciembre pág. 141-64.
- 3.- GOTTSCHALK A, LOLAS F. The Gottschalk-Glesser content analysis method of measuring the magnitude of psychological dimensions: Its application in transcultural research. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1989; 26: 83-111.
- 4.- OSGOOD C, SUCI G, TANNENBAUM P H. La medida del significado. Editorial Gredos. Madrid 1976.
- 5.- SCHIATTINO I, SILVA C, LOLAS F, VALDEBENITO C, RODRIGUEZ E. Descripción de las percepciones sobre el proyecto genoma humana en Chile, Perú, Argentina y México. (En prensa : *Rev Quirón* 2005, v 36: N°1/3).
- 6.- BREIMAN L, FRIEDMAN J, OLSHEN R, STONE C. Classification and Regression Trees, Wadsworth International Group, 1984.
- 7.- BRAVO M. Técnicas de Segmentación y su relación con SAS, Enterprise Miner (v 1.4). Universidad Complutense de Madrid, Junio 2003.
- 8.- LOLAS F. Análisis de la conducta verbal en psiquiatría. Principios y aplicaciones. Monografías de Psiquiatría Año VI Número 6 Noviembre Diciembre 1994.
- 9.- UBILLA G, LOLAS F, SILVA C. Métodos Multivariantes: Aplicaciones en el diagnóstico psiquiátrico. Tesis de Licenciatura en Ed. Matemática y Computacional. USACH, 1980.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)

ARTÍCULOS ORIGINALES

## Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos

RUTH MORAGA P.<sup>(1)</sup>

### RESUMEN

*Su objetivo es explorar en la experiencia subjetiva de enfermedad y el modelo explicatorio de enfermedad que tienen los diabéticos. Se optó por la metodología de investigación cualitativa y la entrevista cualitativa como instrumento. Entre los principales hallazgos de este estudio está el hecho que los diabéticos que han logrado vivir con normalidad su enfermedad son quienes cuentan con redes de apoyo social (la familia y otros diabéticos), así como de instancias de salud que los mantienen informados sobre su enfermedad. También se conoció sobre dos tipos de experiencia de enfermedad, la normalizada y la no normalizada, referida a la manera en que se convive con la diabetes en la cotidianidad.*

**Palabras claves:** Diabetes mellitus, enfermedad crónica, soporte social, modelo explicatorio de la enfermedad.

### ABSTRACT

#### QUALITATIVE STUDY REGARDING THE SUBJECTIVE EXPERIENCE OF SICKNESS IN DIABETICS

*Objectives: The objective of this study is that of exploring the subjective experience of sickness of diabetics. Methods: The qualitative methodology of research was chosen, and the qualitative interview as an instrument. Results: Among the main findings of this study is the fact that diabetics who have achieved to live their ailment normally, have networks of social support (the family and other diabetics), as well as health institutions that keep them informed about their ailment. The non normalized types of sickness experiences were also explored, referring to the way in which these patients cope with diabetes in their daily life.*

**Key words:** Diabetes mellitus, chronic diseases, social support, explanatory disease models.

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de carácter crónico, se han convertido en una de las preocupaciones más importante de la sociedad moderna, debido a que implica la no recuperación del estado de salud, lo que significa una estadía permanente

en los sistemas de salud, al mismo tiempo que el deterioro que generan en el enfermo es causa de que requieran que terceros se hagan cargo de ellos.

Una de esas enfermedades es la diabetes mellitus, la cual ha sido muy estudiada desde el punto de vista médico<sup>1</sup>, pero encontramos

<sup>(1)</sup> Universidad de Viña del Mar, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Sociología. ruthi\_moraga@yahoo.es

un vacío en cuanto a lo que ocurre en el enfermo, en sus apreciaciones de la enfermedad, incluso en su opinión de cómo debe ser tratada. El diabético se enfrenta a todo un mundo nuevo de retos, entre ellos ser rotulado de enfermo para siempre; ver cómo se van degenerando sus funciones vitales y sociales<sup>2</sup>; tener que pasar varias horas en centros médicos para controlar la enfermedad, sumado a las dificultades que encuentra para ser atendido en ciertas áreas (como las dentales y las quirúrgicas) por lo complicado que es la cicatrización de las heridas y las posibles hemorragias. Lo anterior, lleva al sujeto a vivir en un continuo estado de enfermedad<sup>3</sup>.

Pero, ¿qué sucede con el sujeto?, ¿cómo vive su enfermedad? Es decir, ¿cómo experimenta que estar enfermo constituye un área poco explorada por las ciencias médicas y que puede tener una gran importancia a la hora de dar al sujeto un nivel de vida aceptable física, mental y socialmente? Esta investigación pretendió realizar un acercamiento sociológico a la experiencia de enfermedad que viven los pacientes con diabetes, abriendo una ventana a una perspectiva que se encuentra presente y que influye en la práctica médica: la mirada del paciente y su aporte a la problemática de la enfermedad. Además, el estudio de las enfermedades crónicas es un llamado importante para las ciencias sociales, en general, y la sociología, en particular, considerando que la enfermedad no es sólo una experiencia personal, sino que también social<sup>4</sup>. Las formas de asumir el rol de enfermo, el seguimiento del tratamiento y la recuperación del estado de salud, no sólo competen al área médica, sino que se encuentran contextualizadas dentro de una sociedad que dicta pautas, que tiene creencias y formas de vivir la enfermedad<sup>5</sup>.

La pregunta que intentamos responder fue la siguiente: ¿cómo es la experiencia subjetiva y la definición de enfermedad de los pacientes

diabéticos? Responderla nos llevó a acercarnos a la realidad que viven estos enfermos, que durante la última década se han multiplicado. La diabetes constituye en Chile la octava causa de muerte, y del 100% de las muertes por diabetes, el 79,9% son adultos mayores. A raíz de eso, podemos comprender que la diabetes tiene implicancias sociales importantes. Los costos que los países deben asumir en la salud pública para atender a los diabéticos son muchos, considerando que el mantenimiento del enfermo involucra la atención de varias especialidades médicas, ya que tienden a padecer de otras enfermedades crónicas, como las del corazón. Los gastos en medicamentos, en la dieta y los exámenes que deben ser realizados para controlar la enfermedad son relevantes.

## MATERIAL Y MÉTODO

La metodología en que la investigación se enmarcó fue la cualitativa. Nuestra opción por ella se fundamentó, en su opción por la mirada de los fenómenos desde la subjetividad de aquellos que lo vivencian y considerandos que nuestro objetivo general buscaba la descripción de la experiencia de enfermedad que elaboraban los diabéticos adultos mayores. Asimismo, se seleccionó la tradición cualitativa de la fenomenología\*, que nos permitió comprender la esencia de la experiencia de ser diabético.

El universo del estudio fueron los diabéticos de la comuna de Puente Alto, en la Región Metropolitana. Se abarcó a los adultos mayores, desde los 60 años. En cuanto al número de sujetos seleccionados fue de 11, el tamaño final quedó determinado cuando se produjo la saturación\*\* de la información. El diseño muestral que se utilizó fue el 'muestreo de criterio\*\*\*.

La técnica seleccionada fue la entrevista en profundidad. Lo anterior significó que el propio

\* Podemos entender la fenomenología como el estudio de las esencias (aquello que no cambia de una persona a otra en relación a la experiencia) "el pensar sobre la experiencia originaria" (García et al., 1999: 42).

\*\* El término saturación se refiere al momento en que los datos no aportan nuevos conocimientos, es decir, cuando comienza a repetirse la información.

\*\*\* El muestreo por criterio consiste en seleccionar los casos que cumplan con ciertas características seleccionadas por el investigador en relación con los objetivos planteados en el estudio.

investigador se acercara a hablar con el sujeto, para aplicar directamente el instrumento de recolección de datos. El trabajo de campo fue desarrollado durante agosto y diciembre de 2002.

## RESULTADOS

Con el fin de procesar y reducir la información se optó por el análisis fenomenológico<sup>6</sup>, el cual fue aplicado desde dos perspectivas: la de los diabéticos que viven con normalidad su enfermedad y aquellos diabéticos no normalizados. Es importante señalar que esta división no es tajante, más bien es un proceso, ya que en ambos casos la normalización se desarrolla gracias a la situación social en que se encuentra el sujeto y las redes de apoyo con que cuenta.

La primera etapa del análisis fenomenológico es la horizontalización y consiste en la selección de las afirmaciones que hacen referencia al fenómeno y que permiten una descripción de él (Tabla 1).

Luego viene la descripción textural que implica realizar una descripción acerca de lo que fue experimentado por el sujeto, tratando de responder a la pregunta ¿qué sucede? (Tabla 2).

Después se realiza la agrupación de temas comunes en la cual se reúnen los componentes invariables de la experiencia relacionándolos con una etiqueta temática, de manera de responder a la pregunta de ¿cómo fue experimentado el fenómeno? (Tabla 3).

Por último, se realiza la descripción exhaustiva de la experiencia o descripción estructural, en que se presenta la esencia y la estructura invariante de la experiencia en que la meta consiste en “reducir la textura (¿qué sucede?) y estructura (¿cómo fue experimentado el fenómeno?) significantes de la experiencia a una descripción breve que tipifica la experiencia de todos los participantes en el estudio”<sup>7</sup>. Esta etapa la presentamos de manera completa a continuación.

### *Diabéticos normalizados*

Para este tipo de diabéticos, la diabetes es considerada una enfermedad, que implica un cuidado de por vida, incurable, pero no peligrosa, y que no causa la muerte: “*La diabetes es una cosa normal, es una enfermedad normal, que tiene que cuidarse para toda la vida cuidándose y mantenerla*” (Mujer, 72 años). Además es una enfermedad que se presenta sin síntomas claros.

**Tabla 1**

<b>Diabéticos Normalizados</b>	<b>Diabéticos no Normalizados</b>
“Cuando uno se siente mal de la diabetes sesiente decaído”.	“Me las estoy tomando (las pastillas) un día por medio, a la idea mía”
“Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios, se siente bien uno”.	“Es una cosa que me preocupa, porque esto no tiene remedio”.
“No me siento enfermo, porque como me controlo mucho yo mismo, porque eso es muy importante”.	“Preocupado porque es una enfermedad que es eterna y eso me bajó la moral”.

**Tabla 2. ¿Qué sucede?**

<b>Diabético normalizado</b>	<b>Diabético no normalizado</b>
Manifestación de crisis de la diabetes por medio del decaimiento.	Las pastillas causan la sensación de intoxicación, por lo que se decide a tomar el tratamiento según su parecer y no el del médico.
El diabético se preocupa de la diabetes cuando comete un desarreglo en el tratamiento.	El diabético busca remedios hasta comprender que para la diabetes nada sirve.
El diabético se acostumbra a llevar el control de su enfermedad, lo que hace que no se sienta enferma.	La diabetes impide desempeñarse en la cotidianidad.



**Tabla 3 ¿Cómo fue experimentado el fenómeno?**

Diabético normalizado	Diabético no normalizado
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Autocontrol de la diabetes (rol de enfermo).</li> </ul> <p>El diabético se acostumbra a llevar el control sobre su enfermedad y esto permite que no se sienta una persona enferma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Manejo de las crisis.</li> </ul> <p>Ante una baja grave de glicemia se acude al consultorio.</p> <p>Manifestación de crisis de la diabetes por medio del decaimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Inicio de la enfermedad</li> </ul> <p>El diabético al no tener síntomas no se daba cuenta de que tenía diabetes.</p> <p>El seguir el tratamiento para la diabetes disminuye la sensación de gravedad de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sensaciones en torno a la diabetes</li> </ul> <p>Bienestar por el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>El diabético considera que es bueno solo controlarse con la dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Normalización de la vida cotidiana.</li> </ul> <p>La normalidad de vida lleva a que la gente no crea que padece diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Limitaciones del diabético</li> </ul> <p>La diabetes limita lo que el enfermo puede comer.</p> <p>Malestar por dificultades para cicatrizar las heridas a causa de la diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Reacciones emocionales frente a la diabetes</li> </ul> <p>Para el diabético no existe sensación de normalidad de vida cuando se compara con la gente sana.</p> <p>La diabetes genera angustia y miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Rol de enfermo</li> </ul> <p>No hacer desarreglos es considerado una necesidad.</p> <p>El diabético tiene la tarea controlarse con relación al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Crisis de glicemia</li> </ul> <p>La subida de glicemia se manifiesta con emborrachamiento y dolor fuerte de cabeza.</p> <p>Al tener un problema que afecte al sistema nervioso sube la glicemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Búsqueda de soluciones alternativas para la diabetes.</li> </ul> <p>El ingerir aguas de hierbas es visto como una forma de ayudar al bienestar del diabético.</p> <p>El tener una actividad ayuda a olvidarse de que se tiene diabetes.</p>

El diabético no conoce la enfermedad antes de padecerla, por lo que cuando se le diagnostica siente temor ante lo desconocido. Así, la diabetes es experimentada con preocupación al principio, debido a la falta de conocimiento en relación con lo que es, la forma como vivir con ella y a las ideas asociadas al término “incurable”. Pero el conocer la enfermedad y el tratamiento contribuye a que disminuya la gravedad: *“Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios, se siente bien uno”* (Mujer, 77 años).

Hay una sola preocupación que tiene que ver con la capacidad de mantenerse estable, la cual se traduce en seguir conductas (los horarios de las comidas y de los remedios), y no ‘hacer desarreglos’, los cuales pueden llevar a una crisis. La diabetes es asumida por el sujeto desde el tratamiento. El diabético aprende a explorar en su cuerpo, siendo capaz de darse cuenta cuando se aproxima una crisis, especialmente a través de sus estados de ánimo: *“Cuando uno se siente mal de la diabetes se siente decaído”* (Mujer, 69 años).

La normalidad, entendida como la capacidad de desarrollar una vida normal: *“La diabetes es una enfermedad que no la siente la persona”*

(Mujer, 72 años), viene de no pensar en la diabetes, seguir el control frente a conductas que puedan desencadenar una crisis, la ausencia de síntomas y la sensación de ser cuidado por el médico: *“Y no es tan grave, porque ya uno sabiéndose controlar y tomándose todos los remedios no, se siente bien uno”* (Mujer, 77 años). Así, el diabético que ha logrado vivir con normalidad su enfermedad, es capaz de preocuparse de otros aspectos de su vida. Este estado de bienestar sólo es alcanzado cuando el diabético llega a conocer de que se trata la diabetes, la utilidad de seguir el tratamiento y la capacidad de evitar que las crisis sucedan, por lo que vive como si no tuviera enfermedad: *“No me siento enfermo, porque como me controlo mucho yo mismo”* (Hombre, 89 años).

#### *Diabético no normalizado*

En este caso, ser diabético significa vivir con una enfermedad que es incurable, crónica, catastrófica, grave y que reprime al sujeto. No lleva una vida con normalidad, constituyendo la diabetes un tema central en su vida: *“es una cosa que me preocupa, porque esto no tiene remedio, la diabetes es lo mismo que el cáncer”* (Hombre, 79 años).

Lo que le molesta al enfermo de la enfermedad más que sus síntomas son las restricciones: *“Uno no puede comer nada de lo que pueden comer los demás”* (Mujer, 72 años). La limitación en las comidas, la sensación de hambre que no se satisface, no poder moverse o tener dolor en el cuerpo, la dificultad para cicatrizar heridas, hace que el sujeto se vea como anormal, lo cual le causa angustia, aislamiento social y frustración: *“Me vino, como le diría, una depresión, como pensamientos, preocupado porque es una enfermedad que es eterna y eso me bajó la moral”* (Hombre, 79 años).

El diabético sabe que su tarea es ‘no hacer desarreglos’, los cuales son frecuentes. Ellos también reconocen que tener problemas de tipo ‘nerviosos’ es causa de que se desencadene una crisis de la enfermedad: *“Todo eso me pasa por los nervios y hace que me suba la glicemia”* (Mujer, 61 años). Debido a que no ha logrado una convivencia exitosa con la enfermedad, trata de buscar una solución al hecho de estar enfermo, y al no encontrarla en el ámbito médico, la busca en la medicina alternativa, sin lograr asumir que es una enfermedad incurable. El uso de remedios alternativos, como aguas de hierbas, son una forma tratar de encontrar una solución a lo que es irremediable: *“Yo mismo todos los años corto hartas hierbas, las corto así, hierbas medicinales, las junto todas, después las hiervo y después estoy tomando agua de eso, entonces eso me ayuda.”* (Hombre, 79 años). Esta búsqueda se ve potenciada por la sensación de intoxicación que le causa tener que tomar pastillas: *“Ya estoy intoxicá con tantas pastillas”* (Mujer, 72 años).

En resumen, la diabetes es experimentada como una enfermedad catastrófica, que altera el ritmo de vida, debido principalmente a las consecuencias físicas y las consecuencias psicosociales de la enfermedad. Esto último es al mismo tiempo causa de las alzas de la glicemia, es decir más que por hacer desarreglos en los alimentos es causada por problemas emocionales. No hay una situación de control, porque lo que menos experimenta el sujeto es control sobre su enfermedad, pese a haber adquirido información sobre ella, generando

desde el principio y durante el desarrollo de la enfermedad temor.

## CONCLUSIONES

### *El proceso de diagnóstico y la experiencia subjetiva de enfermedad*

Los diabéticos no normalizados no se dan cuenta acerca del mal funcionamiento del organismo. Esto manifiesta la necesidad de ver a la enfermedad no sólo como un fenómeno biológico sino como un hecho social<sup>8</sup>, dejando de lado el modelo biomédico de enfermedad, pues muchas veces hay ausencia de síntomas que indiquen la enfermedad. Tampoco el otro significativo (familia y amigos) pueden indicar que las cosas que está experimentando no son normales, porque se trata de personas que viven situaciones de abandono. En cambio, los diabéticos normalizados por medio de la interacción con los otros significativos van descubriendo que lo que sienten no es normal, y deciden recurrir al médico. De este modo, los otros significativos constituyen un referente sobre lo que se puede considerar normal<sup>7</sup>, discerniendo la gravedad de la situación y enfrentando a los sujetos con esa nueva realidad. Otra forma a través de la cual son diagnosticados es por medio de la detección realizada en lugares públicos, es decir, que la intervención de organismos dedicados a los problemas de salud tiene un papel fundamental.

El tiempo que dure el ‘proceso de normalización de síntomas’, dependerá tanto para los diabéticos normalizados como para los no normalizados, de lo que el entorno social considere como normal. La reacción que el sujeto diabético tenga frente al diagnóstico está en concordancia con la definición que sostiene de enfermedad. El desconocimiento genera temor. La diferencia entre el diabético normalizado y el no normalizado, es que el primero se integra con mayor éxito a las redes de apoyo (clubes en los consultorios), donde se encuentra con otros diabéticos. De este modo, la enfermedad es percibida como un reto por controlar los síntomas y así convivir con la enfermedad en la cotidianidad con éxito. En el caso de los diabéticos no normalizados, al no contar con redes de apoyo viven en

constante estado de incertidumbre frente a su enfermedad.

En el momento en que se dan cuenta de que necesitan ayuda, los diabéticos comienzan a perder el control sobre sí, otros aceptan hacerse responsables de ellos. Esta situación permite dos cosas: dar tiempo al enfermo a que asimile la situación que está viviendo y ayudarle en el proceso de adquirir nuevas conductas de vida. Los diabéticos no normalizados no tienen este tiempo ni esta cooperación, y asimilan la conducta de enfermarse al rol de paciente.

Recuperar el control, asumirse como diabéticos, dará paso a la incorporación de nuevos elementos constitutivos de su identidad a partir de la cual, desarrollarán y modificarán su vida. Los diabéticos normalizados se saben diabéticos, formulan una definición propia de enfermedad, superan el estado de crisis y aprenden a vivir con la enfermedad adquiriendo maestría en la lectura de las señales que el cuerpo envía y aprendiendo a moverse en el sistema de salud que los acoge.

El diabético no normalizado también logra una maestría en la lectura de los síntomas de la enfermedad y en el uso de los sistemas de salud, pero la forma en que los usa es diferente. Él requiere de la atención que se le proporciona, ya que se encuentra entre constantes crisis gatilladas por desapego al tratamiento y por problemas emocionales por lo que van más seguido al médico. El sujeto no consigue alcanzar un nivel de normalidad de vida.

#### *Definición de enfermedad y atribución de enfermedad*

La definición que las personas tienen de su enfermedad está en relación con lo que han experimentado en su vida. El diabético no normalizado define la diabetes como una enfermedad incurable, crónica, catastrófica y que reprime. Hace atribuciones con respecto a su enfermedad, que tienen su origen en el conocimiento que poseen de ella, también esta atribución de enfermedad tiene que ver con los sistemas de creencia en salud que manejan, llegando a asignar la culpa a persona y acciones que provienen desde fuera.

El diabético normalizado genera otra visión de la enfermedad, la ve como un desafío y

como algo común, lo que puede ser explicado por la interacción que tienen con otros diabéticos y al manejo que han logrado de los síntomas. Las causas a las cuales atribuyen la enfermedad están marcadas por el proceso de socialización en la enfermedad al que ha estado expuesto.

#### *Contenidos del rol de enfermo*

La primera diferencia con que nos topamos frente al rol de enfermo es que los diabéticos normalizados pueden ser denominados enfermos pues viven con una enfermedad controlada con cierto éxito, y los diabéticos no normalizados, en cambio son enfermos y pacientes, pues requieren permanentemente supervisión médica debido a las constantes crisis que padece.

Ser diabético normalizado, implica la tarea del autocontrol y de seguir las rutinas que se han ido construyendo. Con normalización no hay alejamiento de las responsabilidades sociales, sino una modificación en los contenidos del rol que anteriormente ejercía, siendo ampliado en cuanto a que se incorpora la dimensión de diabético. No constituye un problema para su entorno porque los síntomas de la enfermedad se encuentran bajo control, lo que permite que los otros significantes se desliguen del cuidado. Y aunque no podemos hablar de curación, el grado de normalidad con que logra vivir lo llevan a percibirse como no enfermo.

Los diabéticos no normalizados, viven en constante periodos de crisis, transformándose en pacientes de manera permanente, no hay recuperación y buscan poder ejercer con plenitud el rol de enfermo. Esto se manifiesta en la necesidad de ser atendidos, de que alguien este pendiente de sus necesidades. También indican que es difícil hacerse cargo de su situación económica o social debido a su enfermedad. No hay autocontrol ni cooperación en el tratamiento, aún cuando saben las consecuencias.

#### *Manejo del régimen y percepción acerca del tratamiento*

El manejo del régimen tiene mucho que ver con la organización y planificación de las

actividades cotidianas que se desarrollan para dar normalidad a la existencia del enfermo.

En los diabéticos no normalizados, el régimen puede constituir un problema mayor que los síntomas, sufre por el cambio de las antiguas conductas alimenticias, especialmente cuando no cuenta con el apoyo de los otros. La poca confianza en el médico, sumado al hecho de que no se les atiende con regularidad reduce la adherencia al tratamiento, lo cual se refleja en la búsqueda de otra solución (medicina alternativa). Al mismo tiempo, la interferencia de las actividades diarias de importancia genera un rechazo al régimen.

El diabético normalizado tiene un alto grado de éxito debido al seguimiento de los regímenes y aunque critica la atención que recibe en el sistema de salud, se encuentra conforme con el tratamiento. El médico no es cuestionado en su autoridad, por lo que la presencia en el uso de tratamientos alternativos es mínima. El tratamiento que es parte de la vida del diabético mediante la rutinización de conductas, no constituye una interferencia para las actividades diarias.

Por último, adquieren gran importancia los servicios de apoyo que pueda prestar el sistema de salud a aquellos enfermos que no tienen redes sociales de apoyo óptimas. La existencia de clubes de diabéticos, en donde cuentan con atención especial, formación en torno a la enfermedad y el acceso a medicamentos y exámenes es importante. El apoyo a estas instancias de ayuda a los pacientes crónicos que no cuentan con los recursos financieros deben ser potenciadas por los sistemas de salud públicos primarios, no sólo para disminuir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes sino que también para la realización de diagnósticos de aquellos que aún no saben que la padecen.

## REFERENCIAS

1.- CUASAY L, LEE E, ORLANDER P, STEFFEN-BATEY L, HANIS C. Predominio y determinantes

- de diabetes tipo 2 entre los filipinos - americanos en el área estadística metropolitana de Houston, Texas. *Revista Diabetes Care* 2001; 24(12). USA.
- 2.- MORSE J, JOHNSON J. Toward a theory of illness: the illness - constellation model. En: 'The illness experience. Dimensions of suffering'. Sage Publications. California, USA, 1991.
- 3.- STRAUSS A, GLASER B. Chronic illness and the quality of life. The C. V. Mosby Company. Saint Louis, USA, 1975.
- 4.- FABREGA H. Conceptos de enfermedad: características lógicas e implicaciones sociales. En: 'Perspectives in Biology and Medicine', 1972.
- 5.- MECHANIC D. Sociological dimensions of illness behavior". *Revista 'Social Science and Medicine'*, 1995; 41(9). England.
- 6.- MOUSTAKAS C. Phenomenological research methods. Sage Publications. California, USA, 1994.
- 7.- CRESWELL J. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Sage Publications. California, USA, 1998.
- 8.- MISHLER, E. Perspectivas críticas sobre el modelo biomédico. En: 'Social contexts of health, illness and patient care'. Cambridge University Press. Cambridge, England, 1981.
- 9.- GONZÁLEZ M. Seguimiento y educación a pacientes hipertensos y diabéticos en oficina de farmacia. Memoria para optar al Título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Chile, 1998.
- 10.- INE. Chile y los adultos mayores. Impacto en la sociedad del 2000". Santiago, Chile, 1999 (a).
- 11.- KAPLAN H. Salud, enfermedad y estructura social. En: 'Handbook of Medical Sociology'. Prentice Hall. New Jersey, USA, 1989.
- 12.- RAMACHANDRA U, SNEHALATHA C, KAPUR U, VIJAY V, MOHAN V, DAS A, RAO P, YAJNIK C, PRASANNA KUMAR K, NAIR J. Alto predominio de diabetes e intolerancia a la glucosa en India: Estudio nacional urbano de diabetes. *Revista 'Diabetologia'* 2001; 44(9). Alemania.
- 13.- RIEMANN G, SCHUTZE F. Trajectory as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. 'Social organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss'. Editorial Aldine de Gruyter. New York, USA, 1991.
- 14.- ROSALES S. Características de la población diabético hipertensa atendida en consultorios de atención primaria del sector sur y sur oriente de la Región Metropolitana. Memoria para optar al Título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Chile, 2000.
- 15.- TAYLOR S, BOGDAN R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1986.

## OPINIÓN

# Hacia la constitución de una salud pública compleja

MARIO IVÁN TARRIDE<sup>(1)</sup>

## INTRODUCCIÓN

Entre las múltiples causas y expresiones de los problemas pasados y actuales de la salud pública, tanto en su teoría como en su práctica, se encuentra que diversos actores/autores relevantes de la escena mundial y local la hayan señalado en crisis y la sigan considerando en problemas. Entre algunos de los factores mencionados se encuentra la crítica política e ideológica surgida en la década de los 60, la adjudicación de problemas de identidad, organización y realización; señalar como difusas las fronteras del quehacer del salubrista no obstante los esfuerzos de organismos internacionales y algunos autores (Segura et al, 2003) por definir sus funciones esenciales; la falta de claridad y alcance de los compromisos gubernamentales con la sociedad; factores estructurales, no sólo económicos y financieros de carácter coyuntural; la dominancia del modelo médico científico en la práctica, que extendida al ámbito de la investigación muestra una salud pública debilitada en producción científica y que choca con el espíritu integrador que la debe caracterizar, derivando en una investigación medicalizada y en la carencia de un pensamiento social de la salud.

Los ofrecimientos que múltiples autores han realizado para la superación de estos males de la salud pública han ido desde repensar la salud, tanto en lo individual como en lo social, hasta la trivial solución ideológica de privatizar o estatizar todo lo que diga relación con ella. Entremedio se encuentran recetas tales como: desmedicalizar la salud; reformular la institucionalización del conocimiento para provocar

un viraje a la actual medicalización de la vida; salirse del sistema de salud y crear espacios de crítica socio-ecológica; rediscutir la misión de las instituciones de salud; discutir la salud como una cuestión de poder; repensar la medicina y la salud pública desde los procesos de trabajo y desde el afecto o bien repensarla desde el marco que impone la ciencia; abrir el camino a una teoría de la salud a través del ejercicio de la inter y la transdisciplina así como de la transectorialidad.

Como es posible apreciar, algunas ofertas proponen cambios radicales en tanto que otras pueden ser calificadas de parcialmente correctivas o sencillamente de cosméticas o accesorias.

Este conjunto de problemas y posibles soluciones de la salud pública, ha sido tratado desde diferentes perspectivas, incluyendo la histórica, cultural, social, política, ética y principalmente económica, a las cuales se ha agregado también la epistemológica, sosteniéndose que los problemas de la salud pública pueden y deben ser vistos también atendiendo al modo de conocer que preferentemente se da en este ámbito, tanto en lo disciplinario como en lo práctico.

Si lo epistemológico alude a los fundamentos y métodos del conocimiento científico, entonces la perspectiva incorporada interroga los cimientos de la salud pública, principalmente en cuanto al uso, alcance y validez del método científico como fuente de explicaciones para las interrogantes que se formulen; con particular interés por su aplicación en el ámbito social. Y, en cuanto a sus fundamentos, se preocupa de cuestionar los modos de conocer que se ponen en juego al momento de abordar el

<sup>(1)</sup> Universidad de Santiago de Chile mtarride@lauca.usach.cl

fenómeno de la salud pública en general o de alguno de sus componentes en particular. Las diferentes teorías del conocimiento alimentan esta vertiente de interrogación fundamental de la Salud Pública.

La articulación de la propuesta se hace atendiendo al movimiento histórico que se produce desde el paradigma mecanicista al sistémico, en las seis primeras décadas del siglo XX, y luego desde este último al paradigma de la complejidad, en desarrollo hasta estos días; en todo caso, es necesario precisar que ninguno de estos dos paradigmas emergentes, han logrado desbancar al mecanicismo de su calidad de paradigma dominante\*.

## EL MOVIMIENTO PARADIGMÁTICO

Históricamente, el paradigma mecanicista surge con la Modernidad, y se constituye sobre el conjunto de conocimientos, supuestos y metáforas o modelos que servían para explicar el mundo que habitamos y también a nosotros mismos. La principal inspiración fue el modelo físico que se construyó para la comprensión del Universo, que lo trataba como una “*gran máquina universal*”, a la manera de un reloj analógico, aislado de influencias externas y con regularidades posibles de ser conocidas y expresadas en determinismos estrictos y, sólo a fines del siglo XIX, en determinismos probabilísticos. La complejidad de la realidad es abordada a través de la fragmentación dejando como una de sus más importantes consecuencias la división de las ciencias. La forma que se estructuró para conocer y explicar los fenómenos de este universo mecanicista fue y sigue siendo el método científico, construido a partir de los trabajos de diversos autores del siglo XVII. Entre las premisas fundamentales de este paradigma se encuentran: la independencia entre el sujeto que conoce y

el objeto a ser conocido, y la existencia de regularidades en el mundo de los objetos, que pueden ser capturadas por el sujeto, con suspensión de su subjetividad, de modo que el conocimiento obtenido es un hecho objetivo y ciertamente verdadero.

Así, los últimos tres siglos han estado marcados por la dominancia de esta forma de mirar, de explicar la realidad y otorgarle el carácter de verdadera, siendo hasta hoy paradigma dominante. No obstante, otras formas de mirar han surgido y la antigua disputa entre objetivismo y subjetivismo reaparece con nuevos bríos especialmente durante la segunda mitad del siglo XX.

Uno de los paradigmas emergentes que más impacto ha tenido es el sistémico, surgido hacia fines del siglo XIX y consolidado durante el XX. La metáfora mecánica es cambiada por la del ser vivo, lo que de paso significó otorgarle el estatus de ciencia principal a la Biología que hasta entonces había tenido la Física. Entre los aportes más significativos a este pensamiento está el de la insuficiencia del método analítico-reductivo propugnado por el mecanicismo para la explicación de los fenómenos, impulsándose la idea del uso de las totalidades para enfrentar el desafío de explicar las sinergias y emergencias que quedaban sin respuesta desde el conocimiento fraccionario.

Para cierto grupo de biólogos, entre ellos Ludwig Von Bertalanffy (1987), la pregunta acerca de lo que era un ser vivo no tenía respuesta desde el paradigma mecanicista, porque no estaba en condiciones de explicar a través de los procesos de análisis y síntesis, lo que ocurría en determinados niveles jerárquicos. La descomposición y luego recomposición de un ser vivo no permitía explicar lo que éste era, de modo que se propuso asumir al ser vivo como una totalidad indescomponible que para ser explicada debía ser integrada a su entorno o medio ambiente; surge así, la idea de sistemas

\* La acepción ‘paradigma’ se usa aquí en el sentido ‘kuhniano’ de conjunto de realizaciones científicas reconocidas por la comunidad científica como válidas, y que proporcionan modelos de problemas y soluciones, durante un cierto tiempo. La expresión ‘paradigma dominante’ alude a ‘ciencia normal’, al conocimiento científico establecido, y referirse a ‘paradigma emergente’ es hablar de conocimiento que pugna por llegar a establecerse como normal. No obstante, la complejidad puede ser vista también no sólo como un paradigma, sino como una forma de mirar, pensar, hacer, estar en el mundo.

abiertos, como aquellos que intercambian materia, energía y/o información con su medio. Conjuntamente, y como una extensión de esta idea expansionista, se lanza el desafío de la integración de las ciencias, el intercambio de modelos explicativos de una a otra ciencia, la preponderancia del uso de las relaciones entre las partes como fundamento explicativo de los fenómenos sistémicos, dando origen a lo que se denominó el movimiento de sistemas\*\*.

Conforme estas ideas permearon a todas las ciencias, se construyeron diferentes teorías de sistemas -Compartimientos, Automatas, Redes y Grafos, Juegos, Decisiones, Información, entre otras- y se vio nacer, en 1947, una nueva ciencia: la cibernética (Wiener, 1988).

Mientras en el paradigma mecanicista el proceder analítico fragmenta y reconstituye suponiendo interacciones débiles o ausentes entre las partes, así como aditividad para la recuperación del todo, el pensamiento sistémico veía alta interconectividad entre los componentes y comportamientos no lineales. Este movimiento, que mantenía en su seno la aspiración de la explicación científica determinística, fuera ésta estricta o probabilística, tampoco logró explicar las propiedades emergentes de los sistemas ni tratar con el fenómeno esencial de la permanente incertidumbre que se observa por doquier. Surge, entonces, el tercer movimiento paradigmático en el último cuarto del siglo XX, teniendo a Edgar Morin (1984a; 1984b; 1985; 1986, 1990a; 1990b; 1991a; 1991b; 1994) como su padre o fundador: el paradigma de la complejidad.

Tanto en el paradigma mecanicista como en el sistémico se ve a la complejidad como una característica objetivable de los sistemas, a través de la cuantificación del número de partes o relaciones que lo constituyen como un todo. En cambio el paradigma de la complejidad la asume como una constatación esencial del universo que habitamos, incluidos nosotros mismos. Así, la complejidad de la realidad ya no es una cuestión a medir como lo era para los otros dos paradigmas, sino más bien el desafío principal con el cual convivir.

Etimológicamente, la palabra complejidad

alude a la cualidad de complejo (*com-plexus*), que -a su vez- dice relación con lo enredado y su opuesto es lo implexo (*im-plexus*), es decir, la unidad, la totalidad, el sistema. Por otra parte, el concepto complicado (*com-plicare*) alude a aquello que tiene pliegues, dobleces y que, en consecuencia, puede ser desplegado o desdoblado, permitiendo ir en el otro extremo, a lo simple, a aquello que no tiene pliegues o dobleces (Le Moigne, 1990). Consecuentemente, lo complejo es distinto de lo complicado, dado que no es lo mismo algo enredado que algo plegado. Mientras lo complicado/simple se inscribe en el paradigma de la simplificación o de la reducción, lo complejo/implexo se inscribe en el paradigma de la complejidad.

En consecuencia, lo que se denota como complejo tanto en el paradigma mecanicista como en el sistémico no es sino complicación. Ambos, ante la complejidad de la realidad, han tratado más bien con la complicación, buscando lo simple, reduciendo, simplificando; en tanto que el emergente paradigma de la complejidad aspira a tratar directamente con ella. Se funda en la necesidad de distinguir, analizar y sintetizar, al igual que el paradigma simplificador, pero -además- pretende establecer la comunicación entre el objeto distinguido, el entorno, y el observador, en tanto unidades activas fundamentales e inseparables. Se esfuerza en concebir la problemática de la organización, sin reducir el todo a la parte ni la parte al todo. Pretende abrir y desarrollar el diálogo entre orden, desorden y organización para concebir, en su especificidad, en cada uno de sus niveles, los fenómenos físicos, biológicos y humanos.

La complejidad es imprevisibilidad esencial pero inteligible, y se hace comprensible a través de la modelación por conjunción -haciendo uso del 'y'-, ya no por disyunción -uso del 'o', como se actúa en la modelación de la complicación. Pero más aún, no descarta el 'o', y en consecuencia el 'y' se transforma en un 'y/o'.

El pensamiento complejo, o genéricamente la complejidad en tanto paradigma epistémico, trabaja con incertidumbres, antinomias,

\*\* Un sistema, es un conjunto de partes interrelacionadas que persigue objetivos.

multidimensionalidad, antagonismos, conflictos, contradicciones, emergencias, y lo hace a través de la conjunción. No se encierra en lo vago, ambiguo, confuso, sino que se manifiesta como un juego/trabajo con/contra la incertidumbre, la imprecisión, la contradicción. Usa la circularidad causal, la paradoja, la antinomia como fuentes generadoras de pensamiento complejo, buscando un nuevo modo de actuar que no ordene sino organice, que no manipule sino comunique, que no dirija sino anime.

En definitiva, hablar de complejidad es hablar de un modo de conocer, una forma de pensar, una manera de estar/hacer en/el mundo y no sólo una adjetivación de la realidad.

### **UNA ‘SALUD PÚBLICA COMPLEJA’\*\*\***

Decir que la Salud Pública es compleja alude al reconocimiento de ella como un espacio habitado por el enredo, la incertidumbre, las contradicciones, los antagonismos, entre otras características, por cierto constatadas por nosotros tanto en la práctica como en la reflexión. Pero, además, una ‘Salud Pública Compleja’, busca apropiarse del emergente paradigma de la complejidad, incorporándolo como método de trabajo, que permita superar el abordaje simplificador del paradigma mecanicista y del sistémico clásico. Así, la Salud Pública dejaría de ser vista como un fenómeno a reducir, a tratar como una complicación, y se desplazaría hacia el amplio y prometedor espacio del uso de la contradicciones, de los dialógicos, de las tautologías, de la circularidad causal o retroalimentación, de la conjunción, de la hologramática, de la recursión, de la autoproducción como fuentes generadoras de lucidez, que permitan comprender y construir inteligibilidad a través del permanente ejercicio de la modelación de su complejidad.

La ‘Salud Pública Compleja’ no desestimaría el análisis ni las explicaciones científicas, muy por el contrario, formarían parte de la amplia gama de herramientas para la comprensión de

los fenómenos de su interés. La cuestión es que no sólo se nutriría de ellas, sino que las incorporaría, al igual que otras, en la tarea de construir inteligibilidad.

Una ‘Salud Pública Compleja’ permitiría efectivamente el desarrollo de la actividad interdisciplinaria al entrenar en primer lugar a su cultor en el uso de metalenguajes que le permitan la transdisciplinación. Ante la imposibilidad de aprender de todo, se hace necesaria la metaformación, esto es, el aprendizaje de lenguajes, disciplinas, teorías, ciencias, de carácter unificador, que no provean datos, sino métodos y modelos generales que faciliten el auto-aprendizaje y la comprensión de los más variados tipos de fenómenos provenientes de las más diversas disciplinas. Así, el cultor de la Salud Pública estará en mejor condición de enfrentar el trabajo interdisciplinario, haciéndolo de manera efectiva.

En el paradigma de la complejidad, el salubrista dejaría de ser un sujeto que da cuenta de lo que ocurre con los objetos de la Salud Pública, es decir, un espectador privilegiado, independiente, que tiene acceso a la verdad de ella, para convertirse en un observador/constructor de sistemas de salud, como producto de la inseparabilidad de la triada constituida por lo observado (la salud pública), el medio (todo lo que rodea a la salud pública) y el observador (el salubrista).

Asimismo, la Salud Pública podría reconstruirse epistemológicamente, para superar la tradicional dicotomía sujeto-objeto, haciendo uso, por ejemplo, del constructivismo individual y social, en donde ya es posible encontrar algunos llamados en el ámbito de la educación y promoción de la salud (Solimano, 2001), que sería necesario acoger y desarrollar.

En este mismo sentido, parece útil también el enfoque ontológico constitutivo de Maturana y Varela (1986) acerca del conocer, que pone la objetividad entre paréntesis, al hacer surgir la realidad en el proceso de interacción recíproca entre ser humano y medio ambiente

\*\*\* Denominación usada en texto publicado en portugués en 1998 y reeditado en castellano (Tarride, 2004).



a través de ‘gatillamientos’\*\*\*\* que nada determinan en el individuo, sino que sólo desencadenan comportamientos ya existentes en la persona. En este cuadro explicativo el observador no tiene posibilidad de acceder a ‘la realidad’ independiente de él, y cuando ello ocurre, sería porque se mueve desde la emoción\*\*\*\*\* del obligar; obligar a otro(s) a hacer algo que quiere que haga(n), con el argumento de conocer la realidad tal cual es.

La mirada de estos biólogos resulta de mucho interés para las conversaciones de salud pública, por cuanto ellas se efectúan, preferentemente, desde el supuesto del acceso a lo verdadero proveniente de ‘la realidad’, a través del conocimiento científico. Más aún, las implicancias son también de orden ético, dado que si no son posibles los argumentos trascendentales, entonces la responsabilidad por las consecuencias de nuestros actos, es toda nuestra. Para Maturana (1991) es esta una ética que se funda en la “*biología del amor*”\*\*\*\*\*, que se rige por “*la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia*”; una ética invitante y en ningún caso prescriptiva.

En particular, las conversaciones acerca de la prevención y promoción de la salud de las personas, ciertamente se verían enriquecidas desde este espacio conceptual, ayudando a la complejización del fenómeno y a través de ello a hacerlo más inteligible.

Este breve comunicado es precisamente una invitación a los cultores de la salud pública a transitar otros caminos, alternativos a los tradicionales; un llamado a darle una oportunidad a los paradigmas emergentes a que digan lo que tienen que decir, a abrirnos a nuevas cuadros explicativos, nuevas teorías, enfoques, a abandonar las certezas, a expandir nuestras mentes. En especial, una invitación a hacer uso del paradigma de la complejidad para repensar los temas de la salud en general y de la salud pública en particular, dando cabida a

enfoques que hasta ahora habían sido descartados por la dominación del paradigma de la simplificación.

De acuerdo con lo anterior, si se examinan los contenidos de los programas de enseñanza de la Salud Pública, tanto en pregrado como en postgrado, se observa una heterogeneidad que debe ser considerada como fortaleza, en especial si se tiene en cuenta que ello contribuye a un mejor desempeño práctico de los salubristas, ante la variedad de temáticas y puntos de vista que deben abordar. Entre los contenidos tradicionales se destacan los derivados de las ciencias biológicas, la epidemiología, la gestión de sistemas de salud, la salud laboral y la ambiental, a los que se agregan, según la Escuela, distintos contenidos de carácter complementario u optativo.

Son escasos los centros de enseñanza en que se abordan contenidos diferentes a los tradicionales. En los últimos años se ha incorporado la preocupación por la ética, principalmente a través de los programas de Bioética.

En general, se aprecia un fuerte dominio de temáticas propias del tradicional paradigma de la simplificación provenientes de las ciencias naturales, en desmedro de las sociales y humanas. Se destaca la ausencia de contenidos filosóficos, metodológicos y epistemológicos. Tampoco se reconocen disciplinas orientadas a formalizar instrumental de pensamiento sintético, como podría ser la Sistémica y la Complejidad. Es necesario proveer a los educandos de estos metalenguajes que les permitan integrar los conocimientos obtenidos. De lo contrario, el proceso de síntesis será lento y en muchos casos nunca llegará a producirse, reduciéndose la totalidad (salud pública) a alguno de sus componentes (epidemiología, gestión hospitalaria, economía de la salud, u otra).

Este espíritu integrador que se busca para la

\*\*\*\* Maturana y Varela consideran a los seres vivos como sistemas determinados estructuralmente, es decir, hacen sólo aquello que pueden hacer, según ellos fueron hechos y nada más que eso. Claro que como nosotros, los seres humanos disponemos de un sistema nervioso altamente desarrollado, nuestras posibilidades de comportamientos parecen ser ilimitadas.

\*\*\*\*\* Para Maturana y Varela, las emociones son disposiciones corporales que no deben confundirse con sentimientos; las primeras son de carácter físico-biológico y las segundas son reflexiones acerca de las primeras.

\*\*\*\*\* El amor es para Maturana una de las emociones fundamentales, constituyente de lo humano.

formación en Salud Pública, impregnaría también las acciones de investigación, incorporando nuevos objetos de estudio o trabajando sobre los ya establecidos, pero utilizando enfoques, métodos y herramientas provenientes del paradigma de la complejidad. Parece necesario también intensificar y ampliar, más de lo que hasta ahora se ha hecho, la participación multiprofesional al interior de la salud pública. La constitución de estructuras organizacionales de confluencia del tipo 'Centros', con un alto grado de autonomía, con capacidad investigativa y formativa, esencialmente críticos, multiprofesionales, inter y transdisciplinarios, donde concurren las más variadas ciencias y disciplinas, puede ser una alternativa para ello, y de hecho lo ha sido en algunos lugares.

Finalmente, la oferta de construcción de una 'Salud Pública Compleja' no es sino la construcción de un espacio de conversaciones que tendría una «*especie de nuevo espíritu científico*»\*\*\*\*\* dado por el axioma de la inclusión, que permitiría superar el carácter reductor del uso de la disyunción o exclusión, propio del paradigma de la simplificación. Tal vez, este emergente paradigma de la complejidad nos ayude a proyectar nuevos acuerdos de comprensión acerca de la salud en general y de la salud pública en particular, con la inteligencia necesaria para ser operacionalizados en una salud saludable.

## REFERENCIAS

- 1.- BACHELARD G. O Novo Espírito Científico. Editorial Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, Brasil. 1985.
- 2.- BERTALANFFY L. Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1987.
- 3.- KUHN T. La Estructura de las Revoluciones Científicas. Editorial Fondo de Cultura Económica, México. 1986.
- 4.- LE MOIGNE J. La Modélisation des Systèmes Complexes. Collection Afcet Systèmes, Dunod. Paris, France. 1990a.
- 5.- MATURANA H, VARELA F. El Árbol del Conocimiento. Editorial Universitaria, Santiago, Chile. 1986.
- 6.- MATURANA H. El Sentido de lo Humano. Editorial Hachette, Santiago, Chile. 1991.
- 7.- MORIN E. O Problema Epistemológico da Complexidade. Publicações Europa-América. 1984a.
- 8.- MORIN E. Ciencia y Conciencia de la Complejidad. Editorial Aix-en-Provence. 1984b.
- 9.- MORIN E. El Método. La Vida de la Vida. Editorial Seuil. 1985.
- 10.- MORIN E. El Método. La Naturaleza de la Naturaleza. Ediciones Cátedra S.A. Madrid, España. 1986.
- 11.- MORIN E. Ciencia con Conciencia. Editorial Fayard. 1990a.
- 12.- MORIN E. Introducción al Pensamiento Complejo. Editorial ESF. 1990b.
- 13.- MORIN E. El Método. El Conocimiento del Conocimiento. Editorial Seuil. 1991a.
- 14.- MORIN E. Ideas. Editorial Seuil. 1991b.
- 15.- MORIN E. Complejidad Humana. Editorial Flammarion. 1994.
- 16.- SEGURA A, LARIZGOITÍA I, BENAVIDES F G, GÓMEZ L, et al. La Profesión de Salud Pública y el Debate de las Competencias Profesionales. Gaceta Sanitaria 17(Supl 3): 23-34. Barcelona. 2003.
- 17.- SOLIMANO G. La Capacitación de Recursos Humanos para la Promoción de la Salud. [www.medwave.cl/congresos/salud/](http://www.medwave.cl/congresos/salud/) Consultado 06/07/2005. 2001.
- 18.- TARRIDE M. Salud Pública una Complejidad Anunciada. Editorial Universidad de Santiago de Chile. 2004.
- 19.- WIENER N. Cibernética y Sociedad. Editorial Sudamericana, Buenos Aires. 1988.

\*\*\*\*\* Parafraseando a Gastón Bachelard (1985).

## ¿Es posible un consenso social sobre el aborto?

ANÍBAL FAÚNDES<sup>(1)</sup> y JOSÉ BARZELATTO<sup>(2)</sup>

Se estima que ocurren 46 millones de abortos cada año en el mundo; que el 26% de todos los embarazos, o sea uno de cada cuatro termina en aborto provocado, y que una de cada 28 mujeres de 15 a 45 años de edad se hace un aborto cada año en el mundo.

Más grave aún, desde el punto de vista de la salud, es que, aproximadamente, la mitad de los abortos en el mundo se realiza en forma “insegura”, o sea, por alguien no calificado o en condiciones técnicas y de higiene inapropiadas. En general, el 80 a 90% de los abortos se realiza en condiciones de riesgo y son responsables de una alta proporción de las muertes relacionadas con el embarazo, y por un número mucho mayor de mujeres que sufre secuelas graves como esterilidad y dolor pélvico crónico. Sin mencionar el significativo porcentaje de recursos sanitarios, siempre escasos, que deben destinarse a la atención de estas mujeres.

Lo increíble es que se conocen cuáles intervenciones son eficientes para reducir los abortos, pero en lugar de prestar atención a implementar estas medidas, la mayor parte de las personas que discute el problema se limita a discutir si se está a favor o en contra del aborto. La verdad es que ese es un falso dilema. Nadie está a favor del aborto, porque a ninguna mujer le gusta tener uno y nadie desea que otras personas tengan que abortar. La verdadera diferencia es que algunas personas creen que la solución del problema es declararlo ilegal y penalizar a la mujer que aborta, mientras que otros creemos que eso no resuelve nada, porque está demostrado que no es eficaz para reducir los abortos, además de ser injusto y acarrear graves consecuencias para las mujeres y para

la sociedad.

De hecho, los países con las menores tasas de abortos en el mundo, son los de Europa Occidental, donde el aborto es legal y de fácil acceso, en cambio en América Latina, donde las leyes son muy restrictivas, las tasas son 5 a 8 veces más elevadas. Esos países con bajas tasas de aborto reúnen otras condiciones que favorecen que las mujeres que no desean tener un hijo raramente se embaracen: educación en sexualidad desde la infancia, mayor igualdad de poder entre mujeres y hombres, amplio conocimiento y acceso a todos los métodos anticoncepcionales. Además, ofrecen protección social y económica a toda mujer que desea tener un hijo.

En América Latina, incluyendo Chile, la educación en sexualidad continúa siendo un tabú, el acceso a métodos anticonceptivos no es fácil para las mujeres más pobres y para las adolescentes; y los hombres se consideran con derecho a disponer del cuerpo de la mujer, la que no puede controlar cuándo o en que condiciones tener sus relaciones sexuales. Todo eso lleva a embarazos no deseados y, consecuentemente, al aborto. Por otra parte, hay mujeres a quienes les gustaría tener un hijo; pero su compañero las abandona, la patrona amenaza con despedirla de su empleo o el director no acepta muchachas grávidas en su escuela, todo lo cual lleva a la mujer a abortar para sobrevivir y adaptarse a la sociedad en que vive.

En otras palabras, sabemos porque hay tantos abortos inseguros en nuestros países, conocemos las intervenciones que han conseguido reducir los abortos en los países con las menores tasas, pero seguimos

<sup>(1)</sup> Universidad de Campinas. Brasil afaundes@unicamp.br

<sup>(2)</sup> Centro para la Salud y Política Social.

manteniendo una discusión simplista sobre el falso dilema de estar a favor o en contra del aborto.

Personas razonables tienen diferentes creencias y opiniones sobre lo que está bien y lo que está mal. En consecuencia, la aceptación de un “*pluralismo razonable*” parece ser un requisito de las sociedades democráticas. Por otra parte, la gente razonable con concepciones generales muy diferentes puede identificar y ampliar algunas ideas y valores comunes -lo que John Rawls llama “*consenso entrecruzado*” [*“overlapping consensus”*]. La construcción del consenso entrecruzado con propósitos sociales no choca con la libertad de los individuos para adherir a sus propias concepciones generales de la moralidad en sus actos personales; y les permite aceptar que, dentro de límites razonables, otras personas puedan actuar de diferente manera y persistir en sus propias ideas de lo que está bien y lo que está mal.

Aplicando este concepto al problema que nos ocupa, nosotros creemos que es eventualmente posible alcanzar un consenso entrecruzado sobre el aborto, teniendo como uno de sus fundamentos el respeto por la diversidad, que supone en todas las personas la capacidad de actuar como plenos agentes morales. Creemos que la mayoría de las

personas no está ni totalmente a favor ni absolutamente en contra del aborto en cualquier circunstancia. Al contrario, ya existe un restringido pero significativo consenso entrecruzado con respecto al aborto: 1) a nadie le gusta abortar ni la idea de que otras personas lo hagan, aunque casi todos coinciden en que el aborto está moralmente justificado en ciertas circunstancias; 2) hay demasiados abortos evitables, y 3) el aborto inseguro es un gran problema de salud pública. A fin de definir mejor este consenso y ampliarlo, el debate público debe concentrarse en la forma de prevenir los abortos y en definir cuándo tienen una justificación moral.

Si evitamos los enfrentamientos y la agresividad innecesaria, deberá ser posible ampliar el consenso existente y utilizarlo para legislar y regular el aborto, siempre con una actitud de respeto hacia los diferentes sistemas de valores de cada sociedad. Un diálogo respetuoso permitiría identificar la profundidad y extensión del problema, sus causas y consecuencias, y las intervenciones que han demostrado su eficacia para reducir su impacto. El proceso de búsqueda y expansión del consenso es una tarea de largo plazo y, por eso mismo, urgente, en la cual deben tomar parte los gobiernos, las religiones y la sociedad civil en general.

## CIFRAS DE HOY

# Migración de afiliados en el Sistema Isapre

MANUEL INOSTROZA<sup>(1)</sup>, ALBERTO MUÑOZ<sup>(2)</sup> y MARLENE SÁNCHEZ<sup>(2)</sup>

## INTRODUCCIÓN

Desde 1998, el Sistema Isapre viene experimentando una pérdida sistemática de beneficiarios. Aunque esta disminución de cartera muestra una tendencia anual decreciente, la pérdida neta total de beneficiarios asciende a 1.224.202, a contar de diciembre de 1997, período durante el cual el Sistema alcanzó un máximo de 3.882.572 personas. Sólo en lo que va corrido de 2005, la pérdida de cartera alcanza aproximadamente a los 20.637 beneficiarios, lo que indica que la migración de afiliados sigue siendo un tema para esta industria.

Variadas son las causas que explican la migración, entre ellas se distinguen: la crisis asiática de finales de los noventa y su impacto negativo sobre las tasas de empleo y poder adquisitivo de las personas; el mejoramiento continuo de los servicios de atención del Fonasa, percibido favorablemente por la población de isapre; y, la reciente incorporación del Plan Auge (GES) que no ha sido promocionado adecuadamente por las isapres, con el consiguiente fortalecimiento de la competitividad del seguro público. Otras causas se atribuyen a las fallas estructurales del Sistema, que posibilitaban la adecuación anual tanto de precios como de beneficios junto a la desafiliación voluntaria por parte de los afiliados, condiciones que transformaron al contrato de salud privado en un seguro de corto plazo que no tomaba en consideración el riesgo ni las necesidades de salud futuras de los usuarios, aspectos muchos de los cuales,

fueron recogidos y mejorados con la Reforma. Finalmente, otras causas son imputables a las propias isapres y a su falta de iniciativas orientadas a fidelizar a los clientes y a promover su permanencia; por ejemplo, a través de la implementación de programas de tipo preventivo o de mayor protección para la tercera edad o mediante el traspaso de sus mayores utilidades a nuevos beneficios y/o menores precios para sus beneficiarios, incentivos que, de ahora en adelante, les impone la propia Reforma, con una mayor estandarización de planes de salud, regulación de precios y modelos de atención que enfatizan la prevención y promoción, médicos de familia, compra de soluciones integrales en salud, entre otras.

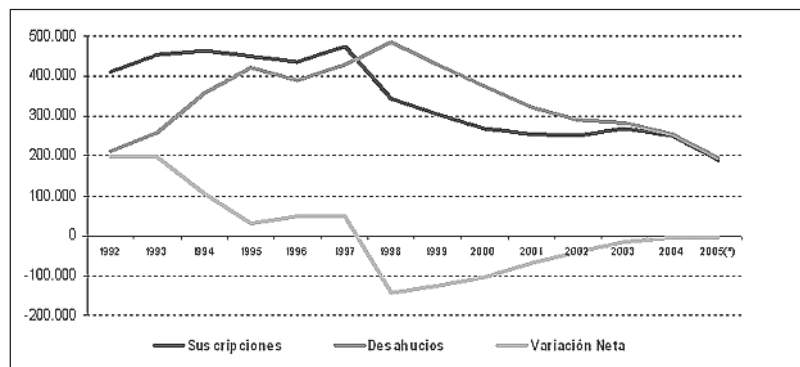
Entre 1997 y 1998 el número de desahucios de contratos pasa a ser superior al número de suscripciones ocurridas en cada período (Figura 1), determinando una tasa de variación negativa a partir de ese punto de inflexión, que muestra una tendencia decreciente con aproximación al equilibrio en los últimos años.

No obstante lo anterior, durante los meses de julio y agosto de 2005, la tasa de desafiliaciones ha experimentado un nuevo y fuerte incremento como resultado de la puesta en marcha del Plan Auge en el Sistema Isapre, el cual ha determinado un costo adicional para los afiliados. Este incremento de precios, aunque marginal, ha sido percibido negativamente por los beneficiarios, quienes han ejercido su derecho a desahuciar sus contratos con las isapres.

La mayor tasa de desafiliaciones, en este período, implicó la pérdida de 9.809 contratos

<sup>(1)</sup> Superintendente de Salud.

<sup>(2)</sup> Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.



**Figura 1. Evolución de las suscripciones y desahucios de contratos.**

Elaboración propia sobre la base de información disponible en la Superintendencia de Salud.

de salud y de 22.658 beneficiarios\* (Tabla 1). Las isapres que se han visto más afectadas son: Consalud, Banmédica, Vida Tres y Normédica.

Del total de desahucios entre agosto de 2004 y agosto de 2005, un 64,8% corresponde a desafiliaciones voluntarias de los cotizantes, lo que constituye la principal causa; un 20,3% a finiquitos cursados por las Isapres y un 14,9%

corresponden a términos por otras causas entre las que se encuentran el mutuo acuerdo de las partes (Tabla 2).

#### Cotizantes según antigüedad en la Isapre

Los cotizantes que se quedaron en el Sistema Isapre luego de la crisis asiática, muestran un comportamiento estable, por cuanto, más de

**Tabla 1. Suscripciones y desahucios de contratos**

Período	suscripciones	Desahucios	Variación neta
Ene-05	19.115	17.070	2.045
Feb-05	14.925	15.012	-87
Mar-05	23.378	22.511	867
Abr-05	23.072	23.164	-92
May-05	21.761	21.964	-203
Jun-05	26.153	23.819	2.334
Jul-05	31.377	38.837	-7.460
Ago-05	29.433	31.782	-2.349

**Tabla 2. Distribución de los desahucios de contratos según causal. Agosto 2004 a agosto de 2005**

	Desahucios			Total desahucios
	Voluntarios	Parte Isapre	Otra causal	
Número de contratos	191.274	60.084	43.936	295.294
Distribución porcentual	64,8%	20,3%	14,9%	100,0%

Fuente: Superintendencia de Salud.

\* Proyecciones efectuadas sobre la base de las suscripciones y desahucios de contratos ocurridos en julio y agosto de 2005, considerando el número de cargas promedio por cotizante en cada isapre.

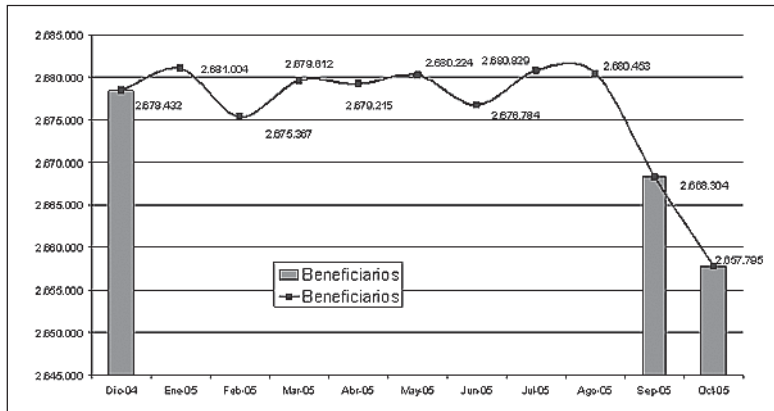


Figura 2. Evolución de los beneficiarios Año 2005.

Elaboración propia sobre la base de información disponible en la Superintendencia de Salud.

un 70% han permanecido fieles a su Isapre por más de 3 años y un 25,3% lo ha hecho por más de 10 años (Figura 3).

Al distribuir la cartera de cotizantes antiguos de agosto de 2005\*\*, por tramos de permanencia en sus respectivos contratos de salud, se puede observar que un 9,2% de los cotizantes presenta una antigüedad inferior a un año; un 19,9%, entre 1 y 3 años; un 26,3% entre 3 y 6 años; un 19,3% entre 6 y 10 años; y un 25,3% presenta una antigüedad de más de 10 años en sus respectivos contratos y por ende, en la misma isapre.

Al efectuar el análisis por isapre, se observa, que las isapres cerradas, como es natural, presentan un mayor nivel de fidelidad por parte de sus cotizantes. Las isapres abiertas en cambio, concentran su cartera de cotizantes en el tramo de antigüedad que corresponde a 3 y 6 años de permanencia (26,2%). Las isapres abiertas que destacan por una mayor proporción de cotizantes fieles, son: Consalud, con un 32,6% de su cartera en el tramo de antigüedad superior a 10 años; Banmédica, con un 29,2%; Colmena, con un 22,6% y; Normédica con un 22,6%. Por otra parte, las isapres abiertas que se destacan por presentar una mayor proporción de cotizantes en tramo

de antigüedad inferior a un año, son: Sfera, con un 13,6% de su cartera en este tramo y Masvida, con un 10,4%.

## CARACTERIZACIÓN DE LOS COTIZANTES SEGÚN PROPIEDADES DE MIGRACIÓN

### Cotizantes que permanecieron en el Sistema

Un 89% de los cotizantes de agosto de 2004 permanecieron en el Sistema Isapre, al menos, hasta agosto de 2005. De ellos, un 87,7% continuaron en la misma isapre mientras el 12,3% restante se cambió de institución\*\*\*.

Al comparar las características de los cotizantes que permanecieron en el Sistema Isapre entre agosto 2004 y agosto 2005, se observa que: la cotización pactada promedio aumentó en un 6% real, la cotización adicional promedio aumentó en un 10,9% real, la edad promedio aumentó en un año, tal como se podía esperar y el número de cargas promedio aumentó en 0,01.

La principal diferencia entre los cotizantes que se cambiaron de isapre y aquéllos que continuaron en ella, radica en que los primeros tienen un menor poder adquisitivo, un menor

\*\* La cartera de cotizantes antiguos de agosto de 2005, no considera los cotizantes que se incorporaron al Sistema Isapre, por primera vez, en los últimos tres años. Esta cartera representa un 79,1% del total de cotizantes del período.

\*\*\* Para determinar la población de cotizantes que permaneció en el Sistema Isapre, se utilizó la información correspondiente a los Archivos Maestros de Beneficiarios de agosto 2004 (período inicial) y agosto 2005 (período final). De esta forma, los cotizantes que permanecieron en el Sistema, se definen como aquéllos cuyos RUT aparecen en ambos períodos. Este cruce entrega información para el 95,5% de la cartera.

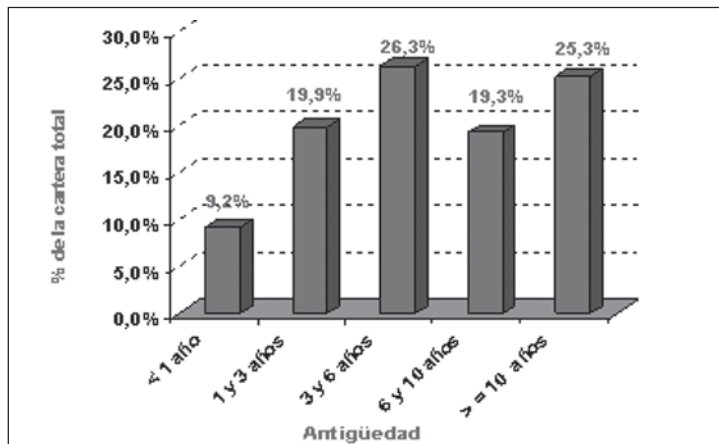


Figura 3. Cotizantes según antigüedad en la isapre.

Elaboración propia a partir de información disponible en la Superintendencia de Salud.

Tabla 3. Características de la cartera de cotizantes que abandonó el sistema. (Valores a agosto de 2004)

	Nº Cotizantes	Cotización pactada	Cotización adicional	Número cargas	Edad cotizante	Masculino
Permanecen (2004)	1.089.452	56.660	14.334	1,23	41,7	65,00%
Abandonan (2004)	129.314	36.613	6.610	0,88	36,9	68,20%

número de cargas y presentan, en promedio, 5 años menos de edad.

### Cotizantes que abandonaron el Sistema

Un 11% de la cartera de cotizantes de agosto de 2004, abandonó el Sistema Isapre entre septiembre de 2004 y agosto de 2005\*\*\*\*.

Al comparar las características de los cotizantes que permanecieron en el Sistema con las características de los cotizantes que lo abandonaron, se observa que: la cotización pactada promedio de los que abandonaron, es menor a la de los que permanecieron, en \$20.047; la cotización adicional promedio de los que abandonaron, es menor a la de los que permanecieron, en \$7.724; la edad promedio de los que abandonaron, es menor a la de los que permanecieron, en 4,8 años; el número de cargas promedio de los que abandonaron, es

menor a la de los que permanecieron, en 0,35 cargas y que la proporción de hombres que abandonaron es mayor a la de los que permanecieron, en 3 puntos porcentuales\*\*\*\*\* (Tabla 3).

El análisis realizado permite concluir que los cotizantes que abandonaron el Sistema Isapre presentan un menor poder adquisitivo, son más jóvenes y tienen un menor número de cargas que aquéllos que permanecieron en el Sistema.

### COMENTARIOS

El Sistema Isapre ha experimentado desde 1998 una sustancial pérdida de beneficiarios, aproximadamente un 32% de su cartera. Han transcurrido 8 años desde entonces y la migración de beneficiarios sigue siendo un

\*\*\*\* Para determinar la población de cotizantes que abandonó el Sistema Isapre, se utilizó la información correspondiente a los Archivos Maestros de Beneficiarios de agosto 2004 (período inicial) y agosto 2005 (período final). De esta forma, los cotizantes que abandonaron el Sistema, se definen como aquéllos cuyos RUT aparecen en el período inicial y no aparecen en el período final. Este cruce entrega información para el 95,5% de la cartera.

\*\*\*\*\* La comparación considera la información de los subgrupos a agosto de 2004, ya que, en agosto de 2005, no existe información referida a los cotizantes que abandonaron el Sistema.



problema por resolver en esta industria.

La principal causa de los desahucios, es la desafiliación voluntaria, la cual explica cerca del 65% de los casos, mostrando el grado de sensibilidad que los cotizantes presentan frente a la calidad de los servicios ofrecidos y al precio de los planes de salud. Hasta ahora, los cotizantes que han abandonado el Sistema presentan, en promedio, un menor poder adquisitivo, menor edad y un menor número de cargas.

Aunque los cotizantes que permanecieron en el Sistema se muestran mayoritariamente estables, persiste entre ellos el riesgo de abandono mientras los planes de salud continúen encareciéndose. Se debe tener presente que la cotización pactada de estos cotizantes ha experimentado un incremento promedio de 6% real, sólo en el último año.

Lo anterior, denota una actitud pasiva de parte de las isapres para fidelizar a sus clientes y una clara falta de iniciativa para generar mecanismos que permitan incentivar la permanencia de los beneficiarios en el Sistema. Esto, por cuanto las utilidades obtenidas en los últimos 3 años no se han visto reflejadas en mayores y mejores beneficios para los usuarios, y mucho menos en una rebaja de los precios cobrados por los planes de salud. Sólo en el primer semestre de 2005, el Sistema presenta una rentabilidad promedio de 8,7% sobre el

ingreso operacional, mostrando un 28,5% de incremento en las utilidades respecto de igual período del año anterior. Estos resultados proporcionan un respaldo financiero a las isapres para enfrentar la competencia del Fonasa.

Se debe tener presente que en los últimos años, el mejoramiento continuo de la atención ofrecida por el Fonasa, como así también, las prácticas comerciales asumidas por las isapres junto a la reciente incorporación del Plan Auge, han fortalecido al sector público de la salud, haciéndolo más competitivo frente a las isapres, generando con ello una nueva amenaza para esta industria.

En definitiva, las isapres deberán asumir tanto las nuevas posibilidades como los desafíos que les establece la Reforma. En otras palabras, cambiar el modelo de atención y la forma de resolver los problemas de salud de su cartera, con un mayor énfasis en lo preventivo y promocional, en la conformación de redes de atención con una mejor mezcla entre lo ambulatorio y lo hospitalario y en soluciones más integrales y eficientes de los problemas de salud de la población en todo su ciclo de vida, incluso con la incorporación, entre otros, de medicamentos ambulatorios. De no considerar los incentivos que la Reforma les impone, las isapres continuarán disminuyendo su participación e importancia en el Sistema de Salud.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)

## ENTREVISTA

*Dr. Ed Davis*

# Un Amor por Accidente

DANIELA ARANEDA<sup>(1)</sup> y CLAUDIO SILVA<sup>(2)</sup>



El jefe del Departamento de Bioestadística de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte se enamoró de la salud pública por accidente. Gracias a ello, ha podido generar importantes aportes a esta disciplina, particularmente en las áreas de los ensayos clínicos y la epidemiología, con investigaciones en enfermedades cardiovasculares y otras afecciones crónicas.

Creció en Texas pero luego partió a New Orleans para estudiar Bioestadística en la universidad de Tulane. Posteriormente, obtuvo su Ph.D. en North Carolina State University.

El Dr. Ed Davis visitará nuevamente Chile el próximo mes de enero, para dictar el curso "Diseño de Estudios en Salud Pública" en la VIII Escuela Internacional de Verano, que organiza la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

### **¿Cómo surgió su interés por la Salud Pública?**

- Cuando dejé Texas me fui a New Orleans a la Escuela de Salud Pública, pero realmente no sabía qué era la Salud Pública; había ganado una beca y pensé que sería interesante, pero realmente no sabía de qué se trataba. Fue bastante accidental aunque finalmente me gustó muchísimo. ¡Fue un amor por accidente!

### **¿Cuáles son los estudios más importantes en los que ha participado?**

- Estoy muy orgulloso de mi participación en un importante ensayo clínico en que trabajé muy temprano, al llegar a UNC, desde 1972 hasta 1985. Fue uno de los primeros que trataban de probar que bajar los niveles de colesterol en la sangre reducía las probabilidades de infartos cardíacos. Hasta ese entonces, los estudios desarrollados eran observacionales, mostrando que pacientes con alto colesterol tienen mayor riesgo. En nuestro estudio, se tomaba un grupo de varones con alto colesterol y se lo dividía aleatoriamente en dos: uno que era tratado con la droga en estudio, mientras al otro grupo se lo trataba con un placebo. El primer grupo, cuyo colesterol bajaba, mostraba muchos menos infartos que el segundo, cuyo colesterol seguía alto. Fue un estudio muy importante que se conoció como Lipids Project.

### **¿Qué rol cumplió usted en ese estudio?**

- Yo fui el bioestadístico principal en ese ensayo clínico. Desde mi punto de vista fue pionero y, posteriormente, otros ensayos clínicos han verificado que reducir el nivel de colesterol es beneficioso, y han detectado drogas mucho más eficientes para bajar el

<sup>(1)</sup> Coordinación de Extensión y Comunicaciones. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. [daraneda@med.uchile.cl](mailto:daraneda@med.uchile.cl)

<sup>(2)</sup> División de Bioestadística y Demografía. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.

colesterol que la estudiada por nosotros, que en realidad no era muy buena.

### **¿Dónde están los límites éticos para la realización de ensayos clínicos?**

- Creo que a nivel mundial los ensayos clínicos son muy, muy populares y usados a menudo. Cada agencia regulatoria que supervisa la fabricación de remedios o productos farmacéuticos exige que el fabricante de cada uno de ellos sea sometido a ensayos clínicos que prueben que la droga en cuestión funciona. Literalmente, hay miles de ensayos clínicos en desarrollo alrededor del mundo. El problema ético surge cuando uno se pregunta si puede o no usar un placebo, y eso depende de si existe alguna terapia que es beneficiosa; se considera no ético privar a alguien de ella. Hoy no se aceptaría considerar un grupo de pacientes con alto colesterol y asignar a una parte de ellos a tratamiento con la droga y al resto a tratamiento con placebo, porque se estaría privando a estos últimos de una terapia eficaz y haciendo peligrar su salud. Hoy, si se desarrolla una nueva droga o una nueva terapia, debemos compararla con la terapia antigua, no con un placebo. Sólo se aceptaría usar un placebo en condiciones en que no se dispusiera de alguna terapia probada o si se agregara a la terapia ya establecida el placebo o la nueva droga.

### **¿Hay algún ejemplo de ello?**

- En un segundo ensayo clínico en que participé, se estudiaba a personas con insuficiencia cardíaca. Cada una recibió el mismo tratamiento, el mejor de que se disponía en ese momento, más un placebo o la droga que se quería probar. Eso fue considerado ético porque cada sujeto recibió, por lo menos, el mejor tratamiento disponible para la insuficiencia cardíaca. Ese estudio mostró que las personas que recibían la droga tenían una tasa mucho menor de insuficiencias cardíacas que aquellos que no la recibían. Hoy, si un cardiólogo ve una persona con insuficiencia cardíaca usará una droga de esta familia de inhibidores.

### **¿Hay sectores de la sociedad que se opongan a la realización de estudios de este tipo?**

- Hay personas que se oponen si está

involucrado el uso de placebos. No conozco ninguna organización que como tal se oponga completamente a los ensayos clínicos. Todo gobierno demanda ensayos clínicos para la aprobación del uso de nuevas drogas. Hoy se realizan no sólo en Estados Unidos, en Europa o en Sudamérica, sino en todo el mundo. Muy a menudo se desarrollan inmensos ensayos clínicos con algunos pacientes en Estados Unidos, otros en Chile, otros en México, otros en Alemania, etc., todos al mismo tiempo.

## **LOS ENSAYOS CLÍNICOS**

### **¿Cuáles son las etapas de un ensayo clínico?**

- Los ensayos clínicos sobre productos farmacéuticos comienzan en animales... bueno, en realidad comienzan mucho antes en los laboratorios químicos donde se desarrollan sobre bases teóricas compuestos químicos que deberían ser eficaces como terapia para alguna dolencia. Luego, se desarrollan experimentos en animales, después se emprende una serie de ensayos: La primera fase corresponde a la primera ocasión en que seres humanos enfrentan el producto, usualmente en el contexto de una hospitalización, por lo que hay profesionales pendientes de la seguridad de los pacientes, para detectar rápidamente cualquier reacción negativa muy severa suspendiendo la aplicación del producto en cuanto sea necesario. Posteriormente, se procede a ensayar el compuesto en estudios más y más grandes, culminando en ensayos que involucran miles y miles de sujetos alrededor del mundo. Así se prueba que el producto es eficaz y seguro como terapia. Se dice que, de unos 15.000 compuestos desarrollados en los laboratorios, sólo uno llega a ser una droga plenamente aceptada. Hay mucho, mucho trabajo detrás de ese resultado.

### **¿Existen ensayos clínicos para temas distintos a probar un medicamento?**

- El centro en que trabajo actualmente hace también ensayos clínicos en asistencia psicosocial para personas que han sufrido infartos leves al corazón. Es muy claro que mucha gente, si sufre un ataque al corazón cae

en depresión, probablemente porque piensa que habiendo sufrido ese infarto, pronto se morirá y debe enfrentar la realidad de no estar bien. En este ensayo clínico dividimos a los pacientes en dos grupos: en uno de ellos se proporciona asistencia de psicólogos que los orientarán en el trabajo en sesiones grupales que, así lo esperamos, les ayudarán a tener una actitud más positiva, evitando que caigan en depresión. Esperamos que haya mejores resultados clínicos. Yo no trabajo directamente en este ensayo clínico, pero lo menciono para ilustrar cómo el área de aplicación es mucho más amplia que los estudios sobre drogas.

**¿Es posible realizar investigaciones de este tipo en temas conductuales, pensando en un enfoque más preventivo?**

- Sí, recientemente participé en estudios preventivos en niños. El primero de ellos fue un programa de prevención de obesidad en niños aborígenes estadounidenses de ocho años. Los aborígenes americanos tienen muchos problemas de salud, en algunas áreas hasta el 50% de los adultos sufre diabetes. ¡La mitad de esa población es obesa y ello se asocia con distintas enfermedades! Algunos autores estiman que 80% de la población aborigen americana es obesa... ¡cuatro de cada cinco son obesos! En nuestro estudio tomamos 40 escuelas con alumnado aborigen y las dividimos en 20 como grupo de intervención y 20 como grupo control. En las escuelas intervenidas cambiamos sus menús de desayuno y almuerzo; como los aborígenes americanos son económicamente muy pobres, el gobierno provee desayunos y almuerzos gratuitos a esas escuelas. Así que nosotros pudimos cambiar lo que sería servido al desayuno y al almuerzo reduciendo las grasas e incorporando más frutas y verduras, reemplazando la leche común por leche descremada, las papas fritas por manzanas, etc.

**¿Y cómo les fue?**

- No hubo muchos reclamos. Los profesores se esforzaron por entusiasmar a los niños a hacer ejercicios y deportes esperando que mantuvieran hábitos de actividad física en edades adultas y no llegaran a ser obesos. El

estudio se inició en 1995 y duró tres años, o sea, comenzamos con niños de 8 y terminamos teniendo ellos 11 años. La parte triste de esta historia es que fracasamos. ¡Los niños terminaron con igual nivel de grasa en los dos grupos! Yo creo (es difícil afirmarlo con certeza) que la explicación está en que después de la escuela comían papas fritas y todas esas cosas en abundancia mientras estaban inmóviles viendo TV: si hubo ganancia en la escuela, ella se perdía en el hogar.

**¿Qué conclusión o enseñanza sacaron de esa experiencia?**

- Si hubiera el interés de repetir este esfuerzo tendríamos que intervenir comunidades completas, no sólo las escuelas. Necesitaríamos trabajar también con las madres, que van a preparar las comidas en el hogar: ellas deberían privilegiar el consumo de vegetales, por ejemplo. Es difícil, si se considera además que frecuentemente esas madres están lejos y son las abuelas las que atienden a los niños al volver de la escuela.

**Actualmente ¿Está trabajando en algún otro estudio de tipo conductual?**

Hoy estamos trabajando en un conductual de las madres en relación con niñas adolescentes. En Estados Unidos, hasta los 11 años generalmente niñas y niños desarrollan aproximadamente el mismo nivel de actividad física. A los 12, las niñas reducen esas actividades, mientras los niños continúan jugando fútbol, corriendo, etc., hasta los 18 años más o menos. Nuestro programa pretende que las niñas mantengan su nivel de actividad física, a través de actividades extraescolares como bailar, jugar deportes, nadar, etc. Escogimos 36 escuelas, asignando aleatoriamente 18 al grupo de intervención y 18 al grupo control. En el grupo intervenido, aparte de la oferta de tales actividades está la participación estimulante de los profesores, en el grupo control no. Iniciamos la preparación del proyecto alrededor del 2000 y aproximadamente en 2002 iniciamos la recolección de datos, así que todavía no podemos adelantar resultados.

## **AMÉRICA LATINA Y LA SALUD PÚBLICA**

### **¿Cree que la Salud Pública es menos interesante para los estudiantes que Medicina?**

- Ciertamente la Medicina es más “glamorosa” que la Salud Pública, pero yo suelo decirles a mis estudiantes: en la Escuela de Medicina se les enseña cómo tratar a personas enfermas, que sufren de cáncer, que tienen diabetes, etc. En Salud Pública tratamos de pre-ve-nir, tratamos de evitar que personas enfermen de cáncer o sufran diabetes, por lo tanto, trabajamos con poblaciones en su totalidad, en cambio el médico trata a un individuo a la vez, busca mejoría en el paciente, a veces lo logra rápidamente y la sociedad lo nota. Si nosotros queremos reducir la contaminación atmosférica en Santiago, cualquier acción tomará años, pero la ganancia para la sociedad a través de esas acciones es mucho mayor que la generada entrenando diez médicos para tratar a las personas afectadas por esa contaminación ambiental. Nuestro objetivo entonces debe ser

convencer a los gobiernos de desarrollar esas intervenciones preventivas.

### **En ese sentido ¿Cómo ve el desarrollo de la Salud Pública en América Latina?**

- Sólo puedo comentar lo que he observado aquí en Santiago. Creo que vine por primera vez en 1999; en ese tiempo la Escuela de Salud Pública era pequeña, la I Escuela Internacional de Verano incluía seis cursos, por lo tanto pasar a los 23 cursos de la actual Escuela de Verano es un tremendo crecimiento. En aquel tiempo, la Escuela de Salud Pública sólo tenía sus dos programas de Magister, mientras ahora ya tiene un Doctorado en Salud Pública; el número de académicos era pequeño, no tengo cifras exactas, pero creo esa cifra ha aumentado también. Así, en estos años esta institución ha crecido notablemente, pudiendo generar los recursos humanos que el desarrollo de la Salud Pública chilena está demandando. Así veo a la Escuela como muy fuerte. En Latinoamérica, creo que los dos países fuertes en Salud Pública son México y Chile; Brasil es menor. Los programas, Magister y Doctorado son aquí muy fuertes.

## REVISTA DE REVISTAS

### **PROCURAMIENTO DE ÓRGANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA PÚBLICO CHILENO. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN PROYECTO DE 12 AÑOS**

Palacios J., Jiménez O., Turu I, y Monsalves J. Rev Chil de Cirug Vol 57 - Nº 5, Octubre 2005, págs. 397-403.

Los trasplantes de órganos y tejidos son una terapia aceptada para el tratamiento de diversas enfermedades terminales. Los criterios de inclusión de potenciales receptores se han flexibilizado y han hecho que la diferencia entre donantes efectivos y los pacientes en lista de espera se incremente en forma progresiva. Los sitios de ingreso de donantes potenciales a un hospital son los servicios de urgencia y los de cuidados intensivos.

El Hospital San Juan de Dios tiene adosado un Servicio de Urgencia de Adultos, la Posta 3 Tres, que se trasladó en agosto de 2004 a sus nuevas dependencias al Centro de Diagnóstico y Tratamiento con una organización y estructura diferentes.

En 1992 se organizó una Unidad de Procuramiento de Órganos y Tejidos que funcionó doce años en aquel lugar. El objetivo de esta comunicación fue dar a conocer e identificar debilidades y fortalezas del sistema y reiniciar esta actividad en el nuevo sitio.

Durante este período se identificaron 285 donantes potenciales de los cuales 125 fueron efectivos. Un 57,6% fueron varones entre 25 y 54 años. La mayoría falleció por trauma encéfalo-craneano. En las mujeres la causa fue el accidente vascular encefálico.

La negativa familiar fue la principal causa de pérdida de donantes potenciales (27,6%). El órgano que se procuró con mayor frecuencia fue riñón y en 106 donantes se procuró uno o más tejidos. Un 35% de los donantes fueron multiorgánicos.

La Posta 3 generó más del 19% de los órganos que se implantaron a nivel nacional en los últimos 12 años.

La motivación y mística del grupo humano fue una de sus fortalezas y la falta de recursos suficientes (profesionalización e infraestructura)

una de sus debilidades.

Palabras clave: Procura de órganos, donantes.

### **APLICACIÓN DE DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN INFANTIL. ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO Y ENFOQUE DE PUNTO DE CORTE**

Municipio de Olavaria, Buenos Aires, Argentina Bolzán A., Gatella M., Cotti M. Rev Chil Pediatr 76 (5) 485-493, 2005 Artículo original.

Los programas de salud pública que buscan intervenir eficazmente en una población, deben basarse en el conocimiento obtenido a través de métodos apropiados de acopio de información. En el presente trabajo se pretende evaluar el estado nutricional de una población infantil empleando dos métodos diagnósticos: cálculo de la prevalencia estandarizada (PE) el recomendado de -2 Z desvíos Standard.

Se evaluaron 4.300 niños del Municipio de Olavaria, Buenos Aires, Argentina, medidos y pesados en forma estandarizada, convirtiendo los datos crudos a score z.

Se calcularon las distribuciones de frecuencia de talla /edad, peso /edad, peso /talla e índice de masa corporal. Se utilizó como referencia el estándar NCHS/ CDC.

Independientemente del método empleado, los indicadores antropométricos mostraron un comportamiento diferencial, reflejando mayor sesgo en la talla, seguido del peso /edad y sesgo positivo para el peso /talla. Sin embargo, el cálculo de la prevalencia estandarizada tiene la ventaja de tomar en consideración los falsos positivos y negativos. Epidemiológicamente es más adecuado para evaluar prevalencias, mientras que el método de puntos de corte lo es para la identificación de casos.

Los datos fueron muy similares a los obtenidos hace una década en el Censo Nacional de Talla.

El aporte de los estudios antropométricos repetidos periódicamente constituye una

valiosa herramienta para evaluar el estado de salud general infantil, sobre todo en segmentos bajo acciones programática como la aquí presentada.

Palabras clave: Estado nutricional, prevalencia estandarizada, planes sociales.

### **RESULTADOS DE LA VACUNA UNIVERSAL A NIÑOS DE UN AÑO CON VACUNA DE VARICELA EN MONTEVIDEO URUGUAY**

Quián J., Romero C., Dall'Orso P., Cerisola A., Ruttimann R.

Rev Chil Pediatr 76 (2) 209-217, 2005 Sección revistas del Cono Sur

Artículo original: Arch. pediatr. urug 2003; 74 (4): 259-67.

En Uruguay, a partir de octubre 1999, se inició la vacunación universal obligatoria y gratuita a niños de un año con vacuna de varicela. Esta inmunización alcanzó altos índices de cobertura. El objetivo fue conocer lo sucedido en Montevideo, ciudad capital del país luego de la introducción de esta vacuna.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, multicéntrico en el que se incluyeron niños menores de 15 años, con diagnóstico de varicela que consultaron médico en el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 2002, en Montevideo. Se analizaron las consultas y hospitalizaciones registradas en el hospital público pediátrico, en una institución privada y en dos sistemas de emergencia médica móvil en el período pre vacunación (1997-1999) y en el período post vacunación (2000-2002).

Resultados: En el Hospital Público las hospitalizaciones disminuyeron en 0,82%, en el período de pre vacunación a 0,33% en el período de post vacunación. Las hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y las consultas en el Departamento de Emergencia también lo hicieron significativamente. En los servicios de emergencia médica móvil las consultas disminuyeron en un 1,62% en el período pre vacunación a 0,64% en el post vacunación.

Conclusiones: La aplicación sistemática de la vacuna de varicela a los niños al año de edad con altas tasas de cobertura ha sido efectiva, observándose una disminución significativa del número de consultas externas y de hospitalizaciones que alcanza a los niños vacunados e incluso a niños de otros grupos de edades.

### **LA EXPERIENCIA DE ABUSO EN LAS MADRES ¿ES UN PREDICTOR DE ABUSO SEXUAL DE SUS HIJOS?**

Maida A., Molina M., Basualto C., Bahamondes C., Leónvendagar X., Abarca C.  
Rev Chil Pediatr 76 (1); 41-47, 2005.

La madre de un niño que ha sufrido abuso sexual, tiene un rol complejo, tanto en el fenómeno del abuso del hijo como en la reparación psicológica. Con el propósito de establecer la relación entre experiencias de abuso sexual infantil a través de las generaciones, se exploraron aspectos de las historias de madres que pueden estar asociados a la ocurrencia de abuso sexual de los hijos.

Se administró una encuesta a dos grupos de madres: uno cuyos hijos fueron abusados y otro con hijos no abusados.

Se encontró que: Las madres de niños abusados sexualmente presenta más reportes de abuso sexual en la infancia (61,4) en comparación con el otro grupo (26,7%). La probabilidad de reporte de abuso sexual en la infancia (Odds) en el grupo de casos es de 1,59 y en el grupo control es de 0,36 con un Odd Ratio de 4,37.

Se concluye que existe relación entre el abuso sexual de un hijo y el relato materno de experiencias abusivas en la infancia. Se requiere mayor investigación para explorar factores involucrados en esta relación y si estos se asocian a capacidades parentales.

El conocimiento logrado en este proceso puede servir de base para elaborar modelos de comprensión del abuso sexual, y de las dinámicas de interacciones asociadas a éste que permitan proponer estrategias de intervención.

## AGENDA

### APOYANDO A LA DISCAPACIDAD

El IV Congreso Iberoamericano sobre Tecnologías de apoyo a la discapacidad (IBERDISCAP 2006), que se realizará entre el 20 y el 22 de febrero de 2006 en Vitoria, Brasil, contará con las conferencias del Dr. José del R. Millán, del Dalle Molle Institute for Perceptual Artificial Intelligence - IDIAP, de Suiza; Inmaculada Placencia (Agente Científica de la Dirección General de la Sociedad de Información - DGINFO, de la Comisión Europea; Antonio Borges, de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), Brasil; y la Dra. Lucila Santarosa, de la Universidad Federal de Río Grande del Sur (UFRGS), Brasil.

En la ocasión, se presentarán trabajos de los 20 miembros de la Red Iberoamericana Sobre Tecnologías de Apoyo a la Discapacidad (Red RIBERDISCAP) y se realizará una Mesa Redonda sobre el Tema «La Investigación en el Desarrollo de Tecnologías de Apoyo a Personas con Discapacidad. Todo ello sumado a las presentaciones de más de 200 trabajos sobre los temas de comunicación, movilidad, manipulación y acciones horizontales para personas con discapacidad.

Mayor información:  
[www.riberdiscap.org](http://www.riberdiscap.org)

### SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Entre los días 6 y 10 de marzo de 2006 en La Habana, Cuba, se desarrollará el IX Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud, organizado por el Ministerio de Salud de ese país y auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud.

Entre los temas centrales a tratar se encuentran la Salud Pública en Cuba, Salud Mundial Año 2006, Salud de la Familia, Salud Reproductiva Integral, Salud Infantil en la América Latina, Derechos Reproductivos y el Desarrollo Sostenible.

El seminario contará con paneles desarrollados por destacadas figuras de la salud, talleres, conferencias temáticas, temas libres orales y pósters.

Contactos:  
Ana María Lagos y Bernardita Cortés  
Teléfonos: (56-2) 33 58497 - 33 58 259  
[eventos@caribbeanservices.cl](mailto:eventos@caribbeanservices.cl)  
[ventas@caribbeanservices.cl](mailto:ventas@caribbeanservices.cl)

### CURSOS DESTACADOS VIII ESCUELA INTERNACIONAL DE VERANO

#### DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. SITUACIÓN EN CHILE Y AMÉRICA LATINA

16 al 20 de enero, 09:00 a 12:30 h.

El Dr. Aníbal Faúndes, académico de la Universidad Estadual de Campinas y del Centro de Estudios en Salud Reproductiva de Campinas (Brasil), y el Dr. Ramiro Molina, director del Centro de Medicina Reproductiva y del Adolescente (CEMERA) de la Universidad de Chile, serán los docentes de este curso, al cual están convocados profesionales, técnicos, estudiantes y otras personas interesadas en el tema.

Uno de los tópicos centrales será el concepto de derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, así como el rol de los actores sociales en su defensa y promoción.

#### ABOGACÍA POR LA SALUD, UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

16 al 20 de enero, 14:30 a 18:00 h.

Entre los objetivos de este módulo están conocer la estrategia de abogacía con la prensa y con los “tomadores de decisiones” y poder elaborar un Plan de Abogacía por la salud. Para ello, se abordarán las diferencias entre una campaña de abogacía y una campaña educativa, los pasos en la elaboración de una



estrategia de abogacía, la forma de hacer coincidir objetivos políticos con objetivos de salud, análisis y segmentación de audiencias y objetivos comunicacionales, selección de canales y plan de abogacía.

El curso está dirigido a profesionales de la salud, las comunicaciones, la educación y las ciencias sociales, y contará con la participación

de docentes de la Universidad de Toronto.

Informaciones e inscripciones:

Fonos (56-2) 978 6536 - (56-2) 978 6146

extension@med.uchile.cl

brebolle@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

La Revista Chilena de Salud Pública desea agradecer muy sinceramente la colaboración de todos aquellos profesionales que, durante el año 2005, participaron como revisores de los trabajos recibidos. Gracias a su experiencia y a su rigurosidad en la revisión, la calidad de los artículos originales y temas de actualidad publicados ha ido mejorando en cada edición, permitiendo a la Revista posicionarse como un instrumento de divulgación científica en el campo de la salud pública.

Ellos son:

Loreto Aguirre

Rubén Alvarado

Waldo Aranda

Oscar Arteaga

Pedro Astudillo

Eduardo Atalah

Luis Fidel Avendaño

Lorena Binfa

Luis Caris

Gabriel Cavada

Gabriel Cavada

María de la Fuente

María de la Fuente

Cristina Di Silvestre

Ramón Florenzano

María Luisa Garmendia

Julia González

Carlos Felipe Henríquez

Antonio Infante

Nella Marchetti

Ramiro Molina

Paulina Pino

Gustavo Possel

Rodrigo Salinas

Irene Schiattino

Isabel Segovia

Rafael Sepúlveda

Fanny Serani

Iván Serra

Aldo Vera

Gladys Yentzen

## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

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

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 este sistema, el cual permite ahorrar tiempo y reducir las probabilidades de errores en el proceso de revisión.

Las indicaciones están a disposición de los autores en [www.saludpublica.uchile.cl](http://www.saludpublica.uchile.cl)

### 1.-ARTÍCULOS ORIGINALES

a) El trabajo debe ser digitado en carácter Times New Roman, tamaño 12 y no debe exceder de 3.000 palabras. El archivo debe ser enviado vía correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl), o bien en un diskette o CD, 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 **“introducción”, “material y método”, “resultados”, “discusión” y “referencias”**.

Las especificaciones de cada sección son las siguientes:

<b>Página del título</b>	Debe contener: Título del trabajo atinente al tema y no superior a 20 palabras; él o los autores, identificándolos con su nombre de pila, 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.
<b>Resumen</b>	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 título y resumen en inglés (abstract) que considere el título del trabajo. Los autores deben proponer 3 a 6 palabras clave elegidas en la lista correspondiente del Index Medicus.
<b>Introducción</b>	Identifique el problema en estudio. Si es pertinente, haga explícita la hipótesis que pretende probar. Cite las referencias bibliográficas que sean estrictamente necesarias.
<b>Material y método</b>	Describa el universo o la muestra y las condiciones de selección de los sujetos en estudio. Indique los métodos, instrumentos y procedimientos estándar empleados y cite las referencias respectivas.
<b>Resultados</b>	Preséntelos en secuencia lógica. Muéstrelos en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Destaque en el texto las observaciones más importantes. No mezcle resultados con discusión.
<b>Discusión</b>	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.

**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. Límite 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 seis 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 numeradas 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.  
 En los casos en que la información de los gráficos, tablas y/o figuras proceda de una fuente externa a la institución en la cual se contextualiza el trabajo, dicha fuente deberá ser citada en el lado inferior de cada tabla o figura (Ejemplo: “Fuente: Ministerio de Salud, 2003”). Cuando los datos hayan sido tomados de otra publicación, la fuente deberá citarse de acuerdo a las normas que rigen para las referencias bibliográficas.

## **2.-TEMAS DE ACTUALIDAD**

En esta sección se publicarán aquellos artículos informativos de interés coyuntural. La extensión máxima es de 3.000 palabras, en carácter times new roman cuerpo 12, considerando los mismos requisitos de formato que los artículos originales.

## **3.- CARTAS AL EDITOR**

En esta sección se publicarán cartas que contengan comentarios, preguntas, críticas, observaciones o aportes a artículos originales, temas de actualidad, entrevistas o a cualquier otro texto publicado en las ediciones anteriores de la Revista. También se recibirán opiniones sobre temas contingentes de la salud pública, que sean de interés para el público objetivo de la Revista.

Las cartas deben contener un máximo de 500 palabras y señalar claramente el nombre y apellido de su autor. Pueden ser enviadas vía e-mail a [revistas@med.uchile.cl](mailto:revistas@med.uchile.cl), por fax al N° (56-2) 737 9605 o por correo postal a Av. Independencia 939, Santiago, Chile.

## **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 él 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.



---

## **Editorial**

- Relevancia y sentido del Consejo de la Revista Chilena de Salud Pública.

## **Artículos originales**

- Tendencia de la mortalidad por tumores cerebrales malignos. Análisis de tasas.
- Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria.
- Percepciones y estados emocionales sobre el proyecto genoma humano en actores sociales seleccionados en la Región Metropolitana, Chile.
- Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos.

## **Opinión**

- Hacia la constitución de una salud pública compleja.
- ¿Es posible un consenso social sobre el aborto?

## **Cifras hoy en salud pública**

- Migración de afiliados en el Sistema Isapre.

## **Entrevista**

- Dr. Ed Davis

## **Revista de Revistas**

## **Agenda**

## **Instrucciones a los autores**