

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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

Editorial

Artículos Originales

- *Incidencia de ETS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el Consultorio N°1.*
- *Apoyo social laboral y extralaboral en los médicos familiares que laboran para dos instituciones de salud en Guadalajara, México.*
- *Estudio comparativo de variables clínicas y costo de la técnica quirúrgica de histerectomía por vía abdominal y laparoscópica.*

Ensayos

- *Cuestiones éticas y legales del uso de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA domiciliarias.*

Temas de Actualidad

- *Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México.*

Cifras de Hoy en Salud Pública

- *La población canina en la Región Metropolitana y sus efectos sobre la salud de las personas.*

Semblanza

- *Dr. Conrado Ristori.*

Revista de Revistas

Agenda

Instrucciones a los Autores



REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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



Comité Ejecutivo

Director

Giorgio Solimano Cantuarias

Directores Reemplazantes

Rubén Alvarado Muñoz

Paulina Pino Zúñiga

Integrantes

Daniela Araneda Reossi

Claudio Silva Zamora

Marcos Vergara Iturriaga

Comité Editorial

Presidente

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

Integrantes

Oscar Arteaga, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*
María de la Fuente, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*
Gabriel Cavada, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*
Nella Marchetti, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*
Ernesto Medina, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

Consejo

Cecilia Albala, *Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile*
Eduardo Atalah, *Facultad de Medicina, Universidad de Chile*
Marisol Concha, *Contraloría Médica, Asociación Chilena de Seguridad*
Cristina Di Silvestre, *Hospital Clínico de la Universidad de Chile*
Olaya Fernández, *Depto. de Salud Bucal, Ministerio de Salud*
Ramón Florenzano, *Depto. de Psiquiatría, Hospital del Salvador*
Caterina Ferreccio, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile* □
Patricia Frenz, *Subsecretaría de Salud*
Carlos Henríquez, *Centro de Estudios Estadísticos, Universidad de Valparaíso* □
Gloria Icaza, *Instituto de Matemáticas y Física, Universidad de Talca*
Miguel Kottow, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*
Francisco Marín, *Instituto de Salud Pública, Universidad Austral*
Guillermo Marshall, *Facultad de Matemáticas, Universidad Católica de Chile*
Ramiro Molina, *Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Universidad de Chile*
Heberto Pérez, *Depto. de Salud Pública, Universidad de Concepción*
María Inés Romero, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile*
Jaime Serra, *Depto. de Salud Pública, Universidad de la Frontera*
Mario Tarride, *Depto. de Ingeniería Industrial, Universidad de Santiago de Chile*
Gonzalo Valdivia, *Depto. de Salud Pública, Universidad Católica de Chile*
Fernando Vio, *Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile*

Representante Legal

Cecilia Sepúlveda

Domicilio

Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile
Independencia 939. Santiago de Chile
Fono: 978 6536
Fax: 737 1030
e-mail: revistasp@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

Coordinación Editorial

Verónica Artaza

Edición Periodística

Mariel Sagredo

Producción

Grafic Suisse

Índice

Editorial	77
Artículos originales	
Incidencia de ETS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el Consultorio N°1. <i>Sandra Hernández, Imai Nesvara, Carolina Torres, Cristian Pereda y Enrique Hernández.</i>	79
Apoyo social laboral y extralaboral en los médicos familiares que laboran para dos instituciones de salud en Guadalajara, México. <i>Carolina Aranda, Manuel Pando.</i>	85
Estudio comparativo de variables clínicas y costo de la técnica quirúrgica de histerectomía por vía abdominal y laparoscópica. <i>Hugo Salinas, Benjamín Naranjo, Jorge Pastén, Beatriz Retamales, Gonzalo Díaz y Lenka Franulic.</i>	93
Ensayos	
Cuestiones éticas y legales del uso de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA domiciliarias. <i>Margot Vidal.</i>	99
Temas de actualidad	
Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. <i>Felipe Hevia.</i>	107
Cifras de hoy en salud pública	
La población canina en la Región Metropolitana y sus efectos sobre la salud de las personas. <i>Hernán Varas.</i>	112
Semblanza	
Dr. Conrado Ristori: El adiós a un gran maestro. <i>Jorge Toro y Daniela Araneda.</i>	115
Revista de Revistas	118
Agenda	120
Instrucciones a los autores	123

Políticas de salud de impacto ciudadano

La Revista Chilena de Salud Pública constituye un escenario propicio para la reflexión y el debate acerca de los temas que hoy en día preocupan a quienes, en distintos roles y posiciones, participan en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud. Por ello, en esta oportunidad queremos tocar un aspecto de especial relevancia: el de las respuestas en el ámbito de la participación ciudadana, para enfrentar exitosamente las persistentes desigualdades en el acceso y calidad de los cuidados de salud en nuestro país.

En la actualidad, el mundo enfrenta aceleradas transformaciones, ocupando los avances científicos y tecnológicos un lugar destacadísimo. Desafortunadamente, no podemos decir lo mismo al analizar la escasa consideración de las ciencias sociales y del comportamiento en las diferentes acciones de salud y en el aliviar el dolor humano asociado a la enfermedad, siendo imperioso generar nuevas respuestas a los problemas de salud. Este desafío que adquiere características dramáticas al constatar que más de la mitad de la población mundial vive en condiciones de pobreza y, por lo tanto, no cuenta con atención básica o la que recibe es insuficiente.

En consecuencia, es necesario involucrar y comprometer a las personas y a las organizaciones sociales en el cuidado de su salud, privilegiando el autocuidado, la entrega de información oportuna, y la solidaridad con el vecino. En una frase, empoderando a la ciudadanía. Esto debe traducirse en generar nuevas formas de participación, sustentadas en acuerdos, una especie de pacto social, entre la ciudadanía representada por sus organizaciones y las instituciones del Estado, siendo el municipio quien tiene la mayor responsabilidad en este ámbito.

También es importante reconocer y apropiarse de numerosas experiencias de buenas prácticas en salud, la mayoría efectuada a nivel local, que desafortunadamente no son conocidas ni difundidas como sería de esperar. En parte este rol lo cumple la Escuela de Salud Pública a través de las Jornadas Chilenas de Salud Pública, en que se presentan experiencias llevadas de equipos locales, muchas veces enfrentados a dificultades para obtener adecuada información e insuficientes recursos. □

Esta acción social debe ir acompañada de una eficiente gestión participativa y moderna de los servicios de salud, gestión que debe considerar tanto a los usuarios externos, como a los internos, ya que la satisfacción y compromiso de estos últimos es imprescindible para asegurar la calidad de los servicios que requiere la población. Además, deben hacerse serios esfuerzos para que los programas de salud sean evaluados regularmente en términos de su aceptabilidad, impacto y sustentabilidad, considerando dimensiones tan importantes como su cobertura, penetración, efectividad, multisectorialidad y efectiva participación ciudadana.

Una dimensión que en nuestro país generalmente no se considera prioritaria es la formación y capacitación de los recursos humanos, que considere las necesidades actuales, pero tal vez más importante, la formulación de una política consonante con los profundos cambios demográficos y epidemiológicos que está experimentando nuestro país. □

Para disponer de una fuerza de trabajo en salud suficiente y apropiada es necesario definir, junto con la política, los recursos humanos que necesita el país, estableciendo programas de formación, capacitación, retención y desvinculación del personal de salud, así como generando proyecciones sobre las necesidades a futuro según tipo, niveles de formación, distribución espacial, etc. Igualmente importante es definir y dimensionar los perfiles de la oferta por parte de las instituciones académicas, las que junto con el desarrollo

de programas de excelencia se hagan cargo de su responsabilidad social, más allá de intereses particulares.

Otra situación que preocupa es el serio desajuste que existe entre el número de médicos y de otros profesionales y técnicos de salud en nuestro país, con una inadecuada distribución de los primeros y gran déficit de los segundos. Este problema es particularmente serio en atención primaria, donde los médicos trabajan “con taxímetro” atendiendo enfermos y, por lo tanto, están ausentes del trabajo en equipo y de importantes programas de protección en salud, los cuales debieran liderar. □

En conclusión, he aquí un conjunto de propuestas que deben ser parte de una política pública de salud que -efectivamente- tenga el impacto ciudadano esperado y, en consecuencia, contribuya a mejorar las condiciones de salud de toda la población chilena.

Incidencia de ETS y factores sociales en las trabajadoras sexuales en control sanitario en el Consultorio N°1

SANDRA HERNÁNDEZ⁽¹⁾, IMAI NESVARA⁽²⁾, CAROLINA TORRES⁽³⁾, (†) CRISTIAN PEREDA⁽⁴⁾ y ENRIQUE HERNÁNDEZ⁽⁴⁾

RESUMEN

Las ETS son un problema de Salud Pública, debido a su alta incidencia, prevalencia, y morbimortalidad. El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de ETS en las trabajadoras sexuales en control en el consultorio N°1 y su asociación con factores sociales como el Clima Social Preventivo (CSP). El presente es un estudio tipo descriptivo transversal, en el que se aplicó una encuesta a 120 trabajadoras sexuales, el que contenía preguntas abiertas y cerradas (comparadas con la información obtenida de la ficha clínica). Se estudiaron mediante regresión logística las variables incidencia de ETS, edad, escolaridad, nivel de ingreso, número de hijos, variables de tipo conductuales como edad inicio relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso preservativo, consumo alcohol-drogas, y variables del CSP estático (percepción del grupo de pares) y dinámico (lo que hace y recomienda el grupo de pares).

La incidencia de ETS en el grupo de estudio fue de 3,54% por año. Se asoció significativamente con las siguientes variables: CSP estático malo (OR=1,34; 95% IC: 1.13-3.2), CSP dinámico malo (OR=4.80; 95% IC: 1.1-7.63), tienen hijos (OR=0.47; 95% IC: -0.35-0.78), vivir fuera de Santiago (OR=1.27; 95% IC: 1.11-4.3), trabajar en la calle (OR=3.92; 95% IC: 1.19-7.4), ingreso bajo (OR=0.32; 95% IC: -0.21-0.82), más de tres años de trabajo sexual (OR=0.32; 95% IC: 0.02-1.19) y más de una pareja (OR=5.45; 95% IC: 0.98-10.5).

La incidencia de ETS se asoció a un menor CSP estático y dinámico, menores ingresos, menos tiempo de trabajo sexual, más parejas sexuales. Un clima social preventivo favorable y otros factores sociales podrían influir en la conducta de las trabajadoras sexuales para reducir la incidencia de ETS, esta información contribuir al diseño de estrategias de prevención en salud pública.

Palabras clave: Factores sociales, estudios de prevalencia, ETS, SIDA, promiscuidad, factores de riesgo, factores protectores, análisis de regresión.

(1) Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública. Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. hernandez.sa@gmail.com

(2) Estudiante de V año de Medicina. Universidad de Chile.

(3) Consultorio La Reina.

(4) Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

ABSTRACT

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES INCIDENCE AND SOCIAL FACTORS AMONG FEMALE SEX WORKERS UNDERGOING HEALTH FOLLOW-UP AT THE CONSULTORIO N°1 AMBULATORY CLINIC.

In view of their high incidence, prevalence and morbimortality, STD are a Public Health issue. The purpose of the present study is to assess the incidence of STD among female sex workers undergoing health follow-up at the Consultorio N°1 ambulatory clinic and the association between STD and social factors such as the Preventive Social Atmosphere (PSA). The present work is a cross-sectional descriptive prevalence study, consisting of a survey responded by 120 female sex workers, which included open and closed questions (the answers were compared to the information on the clinical file). The STD variables: incidence, age, education, level of income, and number of children, the behavioral variables such as age at first intercourse, number of sexual partners, condom use, alcohol-drug intake, and both static PSA (peer group perception) and dynamic PSA (what the peer group does and recommends) variables were analyzed by logistic regression. The STD incidence in the study group was 3,54% per year. The latter related significantly to the following variables: poor static PSA (OR=1.34; 95% CI: 1.13-3.2), poor dynamic PSA (OR=4.80; 95% CI: 1.1-7.63), having children (OR=0.47; 95% CI: -0.35-0.78), living outside Santiago (OR=1.27; 95% CI: 1.11-4.3), working on the street (OR=3.92; 95% CI: 1.19-7.4), low income (OR=0.32; 95% CI: -0.21-0.82), more than three years of sex work (OR=0.32; 95% CI: 0.02-1.19) and more than one partner (OR=5.45; 95% CI: 0.98-10.5).

The incidence of STD correlated with a poorer static and dynamic PSA, a lower income, shorter time as sex worker, more sex partners. A favorable preventive social atmosphere and other social factors might influence the behavior of sex workers to decrease the incidence of STD. The information herein discussed might contribute to the design of further public health prevention strategies.

Keywords: social factors, prevalence studies, STD, AIDS, promiscuity, risk factors, protective factors, regression analysis.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desplegados por organismos internacionales como la OPS, OMS, ONU, las ETS siguen siendo un problema de importancia para la Salud Pública mundial, debido a su alta prevalencia e incidencia¹, elevados costos³ y elevada morbilidad y mortalidad^{4,5}. Según la OMS, 30 a 40 millones de adultos y niños estarían infectados con VIH al 2000¹ y 333 millones de infectados por ETS^{2,3}. Se ha determinado la existencia de vulnerabilidad sociocultural, ya que se afectan más los grupos marginales y con bajo acceso a la salud, también existe más riesgo en los jóvenes^{7,8}, mujeres^{6,9} y en grupos de alto riesgo como trabajadoras sexuales y drogadictos

endovenosos, estos últimos debido a su conducta sexual y consumo de alcohol y drogas^{10,11}. En Chile las ETS son también un importante problema de Salud Pública, presentando una incidencia estimada de 71.6 casos por 100.000 habitantes¹².

En numerosos estudios se demuestra que existe asociación entre conductas preventivas como el uso de preservativo¹³⁻¹⁷ y la abstinencia sexual¹⁸, en la reducción de la incidencia de ETS en trabajadoras sexuales y jóvenes.

La OMS ha propuesto para el control y prevención la reducción de las conductas de riesgo en la población mundial y en los grupos con conductas de riesgo⁶. Algunas de estas propuestas son la educación sexual de la

población general^{19,20}, el uso de preservativo, abstinencia y sexo seguro²¹⁻²³.

Se sabe que factores sociales influirían en las conductas protectoras o de riesgo de grupos de riesgo como las trabajadoras sexuales. Uno de estos factores determinantes de estas conductas es el clima social.

El término “Clima Social” se origina del concepto de conciencia colectiva, es decir, “lo que el grupo siente, piensa y actúa es diferente de lo que piensa cada uno de los individuos que componen el grupo”²⁴. Posteriormente nace el concepto de “Clima Social Preventivo”, que se refiere a que cualquier medida de prevención adoptada frente a problemas de salud tiene menos o nulo efecto si los ambientes sociales continúan promoviendo el riesgo. Sin embargo, si las conductas de riesgo que se quieren prevenir son sancionadas socialmente por el grupo, se facilita el control y luego el cambio²⁵⁻²⁷. Como evidencia de la importancia del clima social en la conducta, datos de la literatura señalan que las conductas de riesgo individuales serían menos importantes en la adquisición de ETS que aquellas colectivas.

En Chile no existen estudios que hablen del CSP y menos aun que establezcan la asociación que existe con el comportamiento sexual y la incidencia de ETS. El propósito de este estudio es conocer la incidencia de ETS en un grupo de riesgo, las trabajadoras sexuales y su relación con algunos factores sociales como el clima social preventivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se estimó una muestra representativa de 120 trabajadoras sexuales de un universo correspondiente a 1100 trabajadoras en control sanitario en el Centro de ETS del Consultorio N°1 de Santiago. Se utilizó la fórmula para calcular el n de poblaciones limitadas y se acordó trabajar con un intervalo de confianza de 95% un error (d=4%) y una probabilidad P=50%. Se estimó una tasa de rechazo de 20% en la corrección del n muestral. La técnica de muestreo realizada fue aleatorio simple, para ello cada día de la semana por un mes se sortearon los números de

los pacientes citados ese día, encuestándose seis por día; cuando un paciente faltó se eligió el consecutivo en la lista.

La medición principal fue la incidencia declarada de ETS por persona en el último año, esta variable fue dicotomizada. Las variables independientes fueron: edad; estado conyugal; hijos; escolaridad; domicilio; lugar de trabajo; nivel de ingreso; edad de inicio de relaciones sexuales; tiempo de trabajo sexual; conducta sexual; número de parejas sexuales; comercio sexual; uso de preservativo; consumo de alcohol o drogas. El CSP de ETS fue definido como “lo que piensan, sienten, recomiendan y hace el grupo para prevenir las ETS. Existen dos tipos de CSP evaluados, con 2 categorías: bueno y malo. El CSP estático es la percepción de aceptación o rechazo por el grupo de pares sobre la prevención de ETS. El CSP dinámico fue definido como “lo que recomienda o sugiere el grupo de pares sobre prevención de ETS o si han decidido en grupo conductas preventivas en ETS”. Las variables del estudio fueron categorizadas de acuerdo información obtenida de estudios anteriores, las categorías fueron definidas previas al análisis de los datos (Tabla 1) Las dimensiones y categorías del CSP fueron creadas de acuerdo a una metodología validada previa²⁵⁻²⁸.

Como instrumento se usó una encuesta que contó con preguntas abiertas y cerradas, para el CSP las preguntas estaban validadas por estudios anteriores^{26,27}. La entrevista fue realizada por dos entrevistadores entrenados a todas las trabajadoras sexuales que asistieron al control sanitario durante un mes, a quienes se les informó previamente el propósito del estudio, el carácter de confidencial y voluntario (consentimiento informado). Se realizó un piloto en el 10% de la muestra que permitió validar la encuesta durante la primera semana del trabajo en terreno. Un 10% de los datos se verificaron con la ficha clínica y se creó un manual instructivo para los entrevistadores.

El análisis estadístico se procesó mediante STATA 5.0. Para el análisis de datos categóricos se usó tablas de estadísticas básicas (promedios máximos, mínimo, frecuencia), y tablas 2x2 para asociación (chi², OR). El análisis

multivariado de asociación se realizó mediante regresión logística (chi2, OR, p(z)). El Pvalue significativo fue <0.05.

RESULTADOS

El 28,33% de las trabajadoras sexuales en control han tenido una o más ETS en el último año. La incidencia declarada de ETS fue de 3.54% episodios por persona-año, mientras que la incidencia por persona fue de 3,04% al año, un porcentaje menor declaro 2 ETS en el año. No hubo episodios declarados de VIH-SIDA. Las patologías más prevalentes por orden de frecuencia fueron: candidiasis vaginal, tricomoniasis, condilomatosis, sífilis, gonorrea, vaginosis bacteriana y herpes.

El análisis comparado de cada variable (Tabla 1) mostró que el grupo con ETS vs. el control no tenían hijos, ni pareja estable o tenían mas de una pareja, tenían menos educación superior, un mayor porcentaje trabajaba fuera de Santiago y en la calle, y ejercían mas el comercio sexual. No existía un buen CSP estático y dinámico vs. el grupo control.

El modelo obtenido mediante análisis multivariado por regresión logística con las siguientes variables, predice la incidencia declarada de ETS SIDA en un 30% de los casos (p>chi2 0.00): CSP estático malo (OR=1.34; 95% IC: 1.13-3.2), CSP dinámico malo (OR=4.80; 95% IC: 1.1-7.63), tienen hijos (OR=0.47; 95% IC: -0.35-0.78), vivir fuera de Santiago (OR=1.27; 95% IC: 1.11-4.3), trabajar en la calle (OR=3.92; 95% IC: 1.19-7.4), ingreso bajo (OR=0.32; 95% IC: -0.21-0.82), más de tres años de trabajo sexual (OR=0.32; 95% IC: 0.02-1.19) y más de una pareja (OR=5.45; 95% IC: 0.98-10.5).

DISCUSIÓN

La ocurrencia de ETS encontrada en el grupo es de 3,5 casos por año. Al compararla con la población de referencia (mujeres embarazadas controladas), se observa una incidencia similar. La incidencia declarada de ETS por persona es menor ya que un 30% repite la infección en el año. Las patologías más prevalentes fueron

Tabla 1. Clima social preventivo y factores sociales en grupo con ETS vs. grupo control

Características	Grupo ETS (n= 36)	Grupo Control (n= 84)	P Value (.05)
Edad			
< 25 años (%)	8(23)	20(24.4)	
> 25 años (%)	28(77)	64(75.5)	
Pareja estable			
Sin pareja (%)	24(67)	54(65.1)	.049
Con pareja (%)	12(33)	30(34.8)	
Número de hijos			
Sin hijos (%)	5(13)	9 (9.3)	
Con hijos (%)	31(87)	75(90.7)	.05
Escolaridad			
Analfabetas (%)	1 (2.7)	1 (2.3)	.04
Educación básica (%)	9(26.1)	23(27.9)	
Educación media (%)	24 (65)	54(61.6)	.05
Educación Superior (%)	2 (6.1)	6 (8.1)	
Domicilio			
En Santiago –urbano (%)	30(86)	74(88)	.055
Fuera Santiago –rural (%)	6(14)	10(11.6)	.048
Lugar de trabajo sexual			
Clubes (%)	31 (85)	72 (86)	
Saunas y casas de masaje (%)	2(5.5)	4 (5.8)	
Burdeles (%)	1 (3)	2 (3.4)	
Calle (%)	2(6.4)	4 (4.6)	
Nivel de ingreso			
<\$500.000 (%)	30(86)	71 (85)	
> \$500.000 (%)	6(14)	13 (15)	
Edad de inicio sexual			
<16 años (%)	11(33)	28(33.8)	
>16 años (%)	25(67)	56(66.2)	
Tiempo de trabajo sexual			
<3años (%)	12(35)	28(34)	
>3años (%)	24(65)	56(66)	
Tipo de conducta sexual			
Heterosexual (%)	33(94)	78(93)	
Homo y bisexual (%)	3 (6)	6 (7)	
Número de parejas sexuales			
1 (%)	10(26)	28(32)	.05
>1 (%)	26(74)	56(68)	.04
Comercio sexual			
No (%)	10(26)	28(32)	.05
Sí (%)	26(74)	56(68)	.04
Uso de preservativos			
Siempre (%)	29(81)	67(80)	
A veces o nunca (%)	7(19)	17(20)	
Consumo alcohol o drogas			
No (%)	4 (9)	10(11)	
Sí (%)	32(91)	74(89)	.05
Buen CSP estático			
Sí (%)	3 (6)	6 (7)	
No (%)	33(94)	78(93)	.055
Buen CSP dinámico			
Sí (%)	8(21)	22(26)	.048
No (%)	28(79)	62(74)	.041

similares en la población de referencia. En los últimos años no se ha detectado casos VIH (+), probablemente porque el grupo de trabajadoras sexuales que asiste a control sanitario es muy seleccionado, pudiendo existir otros grupos con mayor incidencia que no consultan. □

El análisis comparado entre el grupo de trabajadoras sexuales que no ha presentado ETS en el último año y la población en estudio encontró que ellas, en un mayor porcentaje, son menores de 25 años; tienen pareja estable e hijos; mayor escolaridad o más de 13 años de estudios y viven en el Santiago, factores que podrían ser protectores al influir sobre las conductas de riesgo. También se encontró en este grupo menos promiscuidad, expresada en un menor porcentaje de número de parejas sexuales y de mujeres que ejercen el comercio sexual, lo que concuerda con los datos de la literatura. Las demás variables estudiadas parecen comportarse en forma similar entre los grupos.

Sin embargo, en el análisis de regresión encontramos significancia estadística entre la incidencia declarada de ETS y el CSP estático y dinámico, es decir, aquellas trabajadoras sexuales con ETS no tenían buen CSP estático o percibían más riesgo de contagiarse, y también no tenían buen CSP dinámico, es decir, el grupo de pares recomendaba menos las conductas preventivas. En cambio, las mujeres con buen CSP tenían menos ETS, lo que podría estar reflejando un factor protector para la ocurrencia de ETS y podría servir para futuras estrategias de intervención. □

En concordancia con el análisis simple de los datos se encontró asociación entre incidencia declarada de ETS y otros factores sociales.

Algunos de ellos fueron factores de riesgo como vivir fuera de Santiago en comunas rurales, trabajar en la calle, probablemente por un factor de acceso a la atención; y tener más de 1 pareja sexual. Otros, como tener hijos, mayor ingreso y más de 3 años como trabajadora sexual fueron factores sociales protectores. □

Para algunos de los factores estudiados no se encontró asociación clara con la incidencia declarada de ETS. Es necesario realizar más estudios prospectivos para obtener mayores

conclusiones sobre el efecto del Clima Social y los factores sociales estudiados en la incidencia de ETS.

En conclusión, el Clima Social Preventivo favorable y otros factores sociales influirían en las conductas de riesgo reduciendo la ocurrencia de ETS en el grupo estudiado. Esta información podría ser útil en Salud Pública al diseñar estrategias de prevención en este y otros grupos de riesgo.

REFERENCIAS

1. OMS. GINEBRA 1983. "Estrategia Mundial contra el SIDA". Serie OMS sobre SIDA, N°11.
2. AGACFIDAN A., KAHL P. "Sexually Transmitted Diseases (STDs in the world)". FEMS Immunol. Med. Microbiol. Jul 15 1999, 24(4): 431-5.
3. CARES W. JR. "Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States. American Social Health Association Panel. Sex. Transm. Dis. Apr. 1999, 26(4suppl): S2-7.
4. EBRAHIM S. H., PETERMAN T. A., ZAIDI A. A., KAMB M. L. "Mortality related to sexually transmitted diseases in U.S. women 1973 through 1992. Am. J. Public. Health. Jun 1997, 87(6): 938-44.
5. ANDREW N. "Sexually Transmitted Diseases: a review (see comments). J. Ark. Med. Soc. Nov. 1997,94(6): 251-4.
6. OPS. DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, PROGRAMA REGIONAL DE SIDA /ETS. SIDA EN LAS AMÉRICAS. WASHINGTON D.C.: OPS, 1999. SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en las Américas. Rev. Panam. Salud Pública: 6(3); 1995: 215-9.
7. KROWCHU K.D.P. "Sexually Transmitted Diseases in Adolescents: an update. Compr. Ther. May 1999, 25(5): 265-71.
8. HUERTA K., BERKELHAMOR S., KLEIM J., AMMERMAN S., CHANG J., PROBER C.G., "Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infections in Health". Jun 1996, 18 (6): 384-6.
9. JONSSON M., KARLSSON R., RYLANDER E. GUSTAVSON A., WADELL G. "The associations between risk behavior and reported history of sexually transmitted diseases, among young women a population-based study". Int. J. STD. AIDS. Aug. 1997, 8 (8): 501-5.
10. HSER V.I., CHOU C.P., HOFFMAN V., ANGLIN M.D. "Cocaine use and high risk sexual behavior among STD clinic patients". Sex. Transm. Dis. Feb. 1999, 26 (2): 82-6.
11. BASEMAN J., ROSS M., WILLIAMS M. "Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic

- contextof sexual risk behavior for STDs". *Sex. Transm. Dis.* Sep. 1999, 26 (8): 444-9.
12. COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA. Área de ETS. "Boletín Epidemiológico de ETS". Ministerio de Salud. Republica de Chile, 2000.
 13. TAMAYA M., NAYKAYAMA H., SAKUMOTO M., MATSUMOTO T., AKAZAMA K., KUMAZAWA J. "Trends in sexually transmitted diseases and Condon use patterns among commercial sex workers in Fukuoka City, Japan 1990-93. *Genitourin. Med.* Oct. 1996, 72 (5): 358-61.
 14. WEIR S.S., FELDBLEIM P.J. "Condom use to prevent incident STDs (letter comment)". *Sex. Transm. Dis.* Jan.-Feb.1996, 23 (1):76-7; discussion 79-82.
 15. FONTANET A.C., SABA J., CHANDELYING V., SAKONDHAVAT C., BRIRALEUS P., RUGPAO S., WOGSOMCHAI C., KIRIWAT O., TAWABUTRA S., DAPLY L., LANGE S.M., ROJANAPITHAYAKORN. "Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom results from a randomized controlled trial". *AIDS* Oct. 1998, 12 (14): 1851-9.
 16. WONG M.L., CHAN R.K., CHUA W.L., WEE S. "Sexually transmitted diseases and condom use among female freelance and brothel based sex workers in Singapore". *Sex Transm. Dis.* Nov. 1999, 26 (10): 593-600.
 17. TRUJILLO L., MUÑOZ D., GOTUZZO E., VI A., WATTS D.M. "Sexual practices and prevalence of HIV, HTLV-I II, and *Treponema pallidum* among clandestine female sex workers in Lima, Perú. *Sex. Transm. Dis.* Feb. 1999, 26 (2): 115-8.
 18. BERMAN S.M., GUNN R.A., ARAL S.D. "Abstinence and safer sex among adolescents (letter). *JAMA.* Apr. 28, 1999, 281 (16): 1485; discussion 1487-8.
 19. OMS. "Guidelines on Sexually Transmitted Diseases and AIDS for Family Planning Programs". 1989.
 20. OMS. La Educación Sanitaria Escolar en la Prevención del SIDA y de las ETS. Serie OMS sobre SIDA, N° 10, Ginebra 1992.
 21. HERNÁNDEZ-GIRON C.A., CRUZ-VALDEZ A., FIGUEROS L.J., HERNÁNDEZ-AVILA M. "Prevalence and risk factors associated with syphilis in women". *Rev. Salud Pública.* Dec. 1998, 32 (6): 579-86.
 22. RUGPAO S., WANAPIRAK C., SIRIGRATIYAKUL S., YUTABOOTR Y., PROSETWITAYAKIJ W., SUWARKITI S., WONGWORAAPT K., TAVANABUTRA S., NATPROTAN C., SABA J., "Sexually transmitted diseases prevalence in brothel-based commercial sex workers in Chiang Min Thailand impact of the condom use campaign". *J. Med.Assoc. Thai.* Jul. 1997, 80 (7): 426-30.
 23. SHAIN R.N., PIPER J.M., NEWTON E.R., PERDUE S.T., RAMOS R., CHAMPION J.D, GUERRA F.A. A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted diseases among minority women". *N. Engl. J. Med.* Jan 14, 1999, 340 (2): 93-100.
 24. TIMASHEFF N.S. Durkeim en Sociological Theory, Its nature and growth. Random House N. Y., 1967: 109-11.
 25. PEREDA C., L. CARIS L. (1999*) "Redes sociales y clima de prevención del consumo de OH y drogas en la Comuna de Los Vilos". Depto de Salud Mental. Escuela de Salud Pública Santiago, Chile.
 26. PEREDA C., L. CARIS L., BUSTAMANTE J.(1999b) "Redes de amigos y clima de prevención del consumo de OH y drogas de la Comuna de Los Vilos". Depto de Salud Mental. Escuela de Salud Pública Santiago, Chile.
 27. CONACE "Estudio Nacional sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas y el clima social preventivo de la población escolar de Chile". Informe Ejecutivo. 2000.
 28. HERNÁNDEZ S. "Clima Social Preventivo de ETS SIDA y Características Socio Demográfico Conductuales de Las Trabajadoras Sexuales en Control Sanitario en El Consultorio N° 1". Tesis de Grado para Magister en Salud Pública Mención Epidemiología. Año 2000. Escuela Salud Pública. Universidad de Chile.

Apoyo social laboral y extralaboral en los médicos familiares que laboran para dos instituciones de salud en Guadalajara, México

CAROLINA ARANDA⁽¹⁾ y MANUEL PANDO⁽¹⁾

RESUMEN

Es conocido que el apoyo social genera en el individuo un desarrollo óptimo emocional y satisfactorio con consecuencias positivas hacia su salud, en beneficio de su calidad de vida y de las personas que le rodean. La percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo, de que su red es confiable y efectiva, es un determinante importante de su estado de salud, independientemente de la condición real del sujeto.

El objetivo del trabajo fue analizar las condiciones en que se encuentra el apoyo social extralaboral y laboral y su asociación con algunas variables sociodemográficas y laborales en los médicos familiares, que laboran para dos instituciones de salud en la zona metropolitana de Guadalajara, México.

El estudio es descriptivo y transversal. La población incluye a los médicos familiares de ambas instituciones. Se les aplicó un cuestionario de datos generales y el inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga para evaluar el apoyo social.

Participaron 196 médicos, 73 mujeres y 123 hombres, el promedio de edad fue de 46.29 años, la mayoría de ellos son casados (79,7%), el nivel máximo de estudios es la especialidad (92,9%) y el 52,8% trabaja por las mañanas. En general las redes sociales de apoyo con las que cuentan los médicos fueron "muy buenas", lo bastante como para no observarse asociación ni factores de riesgo con alguna manifestación en salud.

Se sugiere continuar con su red apoyo y, para quienes no la tienen, habrá que crearla y mantenerla adecuadamente. □

Palabras clave: *apoyo social, red de apoyo, médicos familiares, instituciones de salud.*

ABSTRACT

LABOUR AND EXTRA-LABOUR-BASED SOCIAL SUPPORT AMONG FAMILY PHYSICIANS EMPLOYED BY TWO HEALTH CARE INSTITUTIONS IN GUADALAJARA, MEXICO. □

The fact that social support generates satisfaction and an optimal emotional development in an individual, resulting in positive consequences for his/her health and providing benefits for both the quality of life of the individual and the people belonging to his/her human environment, is well known. The individual's perception of receiving support and the awareness of a reliable and effective network constitute a determining factor for his/her health status, irrespectively of his/her real condition.

⁽¹⁾ Departamento de Salud Pública. Universidad de Guadalajara. caranda2000@yahoo.com.mx

The purpose of the present work was to analyse the current status of labour and extra-labour-based social support and to assess its association with any social-demographic and labour variables among family physicians employed by two health care institutions at the urban area of Guadalajara, Mexico.

The study design was cross-sectional and descriptive. The study population consisted of family physicians from both institutions. A general data survey and the Social Resources Inventory of Díaz Veiga were conducted to assess social support.

From a total of 196 physicians who were enrolled, 73 were female and 123 were male. The mean age was 46.29. Most of them were married (79.7%). The highest degree in education attained was the medical specialty (92.9%) and 52.8% worked during the mornings. In general, social support networks available to the physicians were ranked as "very good". The latter was decisive enough as to explain the lack of associations with or risk factors for any manifestation of disease. The recommendation is to maintain the available support network, and for those lacking one, to create a support network and to adequately maintain it.

Keywords: social support, support network, family physicians, health care institutions.

INTRODUCCIÓN

El concepto sobre apoyo social ha sido definido de diferentes maneras y perspectivas. Algunos autores lo conceptualizan como la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas¹, o como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la relación recíproca con los otros², como aquellas acciones que se realizan entre las personas³⁻⁵, o como la disponibilidad de dar información y ofrecer recursos para disminuir los procesos estresantes y afrontar de manera adecuada los acontecimientos.

Podemos enfatizar que en todos estos conceptos se habla de esa interrelación que se da entre las personas, en la cual no importa la cantidad de personas que puede ofrecer apoyo sino la calidad de éste. Sin embargo, no podemos referirnos sólo al concepto de apoyo social si no conceptualizamos a las "redes sociales de apoyo", ya que para esa interrelación entre las personas se necesita de, por lo menos, la presencia de alguien más para decir que se cuenta con una red de apoyo.

La red social de apoyo ya sea formal (escuela, institución, empresa, etc) o informal (brindada principalmente por la familia) es el conjunto de personas que intercambia de manera continua y recíproca una serie de acciones y/o conductas que también se relaciona entre sí al demostrarse cariño; interés; escucharse; prestarse objetos

materiales; ayuda económica y moral a alguien; dar y sentirse amado; visitarse; darse consejos e información necesaria, aceptarse, etc., con fines, metas y objetivos comunes que son llevados a cabo con responsabilidad y compromiso.

Según Lin y Cols⁶, Stewart⁷ y Barrón⁵ algunas de las formas en que se puede estudiar el apoyo social es desde el nivel de análisis de las redes sociales, desde la perspectiva estructural, funcional y contextual, así como desde la naturaleza del apoyo social, cuando se analiza la calidad del apoyo. Así, Rodríguez⁵ y Buendía⁸, refieren que la "red social" es aquel conjunto de personas y/o grupos que se brindan apoyo, el cual es recibido e intercambiado entre sí, en donde se mantiene el contacto entre ellos y que está conformado por una estructura en donde se llevan a cabo esas interrelaciones constituyendo una forma de cuerpo social, (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.).

La importancia del apoyo social y de mantener o crear redes sociales de apoyo, es debido a que se conoce que éste genera en el individuo un desarrollo óptimo emocional y satisfactorio con consecuencias positivas hacia su salud, beneficiando su calidad de vida y a las personas que le rodean. La percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo, de que es confiable y efectiva, es un determinante importante de su estado de salud,

independientemente de la condición real del sujeto⁹.

En general, es importantísimo para el individuo contar con, al menos, una persona que esté pendiente de él, que le ofrezca su ayuda tanto en los momentos felices como en los angustiantes y estresantes; así como es importante resaltar que el apoyo social se relaciona con la “mala salud” y que ésta puede agravarse o, al menos, es más probable entre los individuos que no cuentan con apoyo o el que se brinda se da de manera no adecuada.

Con lo expuesto, nos damos cuenta de lo imprescindible que es crear y mantener lazos de apoyo y mantenerlos, en cualquiera de los ámbitos donde nos encontremos, ya sea laboral o familiar. Si no contamos con alguien que nos apoye, que nos brinde su cariño, escuche, nos de algo de él, es el momento de buscarlo. Y si ya lo tenemos, habrá que cuidarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es descriptivo, transversal, analítico. La población de estudio incluye a los médicos familiares de cada institución. De los médicos que laboran en el seguro social se obtuvo una muestra de 154 sujetos, seleccionando al médico por un muestreo aleatorio estratificado. De los médicos que trabajan en la institución de salud y los trabajadores del Estado, por ser la población de médicos pequeña en número, se tomó a toda la población (42 médicos). En ambas instituciones la participación fue voluntaria y bajo consentimiento informado. Para recabar la información necesaria se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario de datos generales con variables personales y laborales y un Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga para evaluar el apoyo social.

Existen diferentes instrumentos que ayudan a evaluar el apoyo social. Algunos evalúan los aspectos estructurales del apoyo y otros los aspectos funcionales del mismo. Los primeros son aquellos que miden la existencia de personas como fuente de apoyo (aspectos objetivos) como por ejemplo el Social Network Index¹⁰. Los aspectos funcionales del apoyo hacen referencia

a aspectos cualitativos como el grado de satisfacción con su red de apoyo (aspecto subjetivo). Por otro lado, la percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo y de que da resultados positivos, también puede ser medible. Para ello existen algunos instrumentos como el Instrumental-Expressive Support Scale⁶. Más aún, se tiene la existencia de instrumentos que evalúan ambos aspectos objetivos y subjetivos, como lo es el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Vega el cual fue utilizado en este estudio para el análisis de las redes sociales de apoyo extralaborales. Dicha escala fue construida siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, validada y con índice de consistencia interna entre 35 y 86^{11,12,5}.

El inventario original estudia el tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto sobre una escala ordinal de tres puntos, además del grado de satisfacción subjetiva con su red. Incluye a la pareja, hijos, otros familiares y amigos. A partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (oscila entre 0 y 12 puntos) y otro referido a características subjetivas de satisfacción (oscila entre 0 y 3 puntos).

Para analizar las redes sociales de apoyo laborales, fue necesario agregar al cuestionario original de Díaz Veiga variables enfocadas hacia el apoyo que perciben los sujetos dentro de la institución. Tanto para los aspectos objetivos como para los subjetivos, incluyendo a compañeros de trabajo, superiores y subordinados, los cuales fueron evaluados de la misma manera que para el análisis de las redes sociales de apoyo extralaborales¹³.

El sistema de evaluación, los puntajes y el nivel de clasificación se describe de la siguiente manera:

1. Redes sociales extralaborales (familiares).

a) Aspectos objetivos. Se suman los aspectos objetivos de la escala (frecuencia con que ve y habla con su red de apoyo) de cada una de las interacciones (cónyuge, hijos, familiares y amigos), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación. De 4 a 6 puntos significa que tiene una red alta, es decir que su red de

apoyo es muy buena, lo bastante adecuada en la frecuencia con que ve y habla con sus contactos; de 7 a 9 puntos significa que tiene una red media o regular en su aspecto objetivo, y de 10 a 12 puntos que cuenta con una red de apoyo baja o mala en su frecuencia de contactos.

b) Aspectos subjetivos. Se suman los aspectos subjetivos de la escala (grado de satisfacción con red) de cada una de las interacciones (cónyuge, hijos, familiares y amigos), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación. El mismo que para los aspectos objetivos, es decir, de 4 a 6 puntos significa que tiene una red alta, de 7 a 9 puntos red media y de 10 a 12 red de apoyo baja o mala.

2. Redes sociales laborales.

a) Aspectos objetivos. Se suman los aspectos objetivos de la escala (frecuencia con que ve y habla con su red de apoyo) de cada una de las interacciones (superiores, compañeros de trabajo y subordinados), de los cuales también se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación. De 3 a 4 puntos significa que tiene una red alta, es decir que su red de apoyo es muy buena, de 5 a 7 puntos significa que tiene una red media y de 8 a 9 puntos se considera una red de apoyo baja.

b) Aspectos subjetivos. Se suman los aspectos

subjetivos de la escala (grado de satisfacción con red) de cada una de las interacciones (superiores, compañeros de trabajo y subordinados), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación iguales que para las redes objetivas laborales.

Al final se realizó una valoración total: la suma de los puntajes de ambos aspectos objetivos y para los subjetivos, que se sitúan en un nivel de clasificación con el propósito de identificar si toda la red de apoyo con la que cuenta el sujeto es alta, media o regular.

RESULTADOS

Participaron 196 médicos, de los cuales 42 trabajan para la institución que labora para los trabajadores del Estado y 154 pertenecen a la que brinda servicios a la población derechohabiente del seguro social. Setenta y tres sujetos (37,1%) son mujeres y 124 (62,9%) hombres. La edad mínima reportada fue de 25 años y la mayor de 62. El promedio de edad fue de 46,29 años. La mayoría son casados 153 (79,7%). El nivel máximo de estudios es la especialidad (92,9%), los que no cuentan con ella, que sólo son médicos cirujanos y parteros, son considerados por parte de su contrato de

Tabla 1: Distribución de la población en número y porcentaje según aspectos objetivos (frecuencia de contactos familiar y laboral) en cada una de las instituciones de estudio

Nivel de calificación	Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga modificada por Aranda y Pando, 2004.							
	Apoyo extralaboral				Apoyo laboral			
	Aspectos objetivos (frecuencia de contactos) (Trabajadores del Estado)		Aspectos objetivos (frecuencia de contactos) (Seguro social)		Aspectos objetivos (frecuencia de contactos) (Trabajadores del Estado)		Aspectos objetivos (frecuencia de contactos) (Seguro social)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Red alta (muy buena red de apoyo)	39	92,9	122	79,2	32	76,2	112	72,7
Red media (regular red de apoyo)	3	7,1	31	20,1	10	23,8	40	26,0
Red baja (mala red de apoyo)	0	0	1	0,6	0	0	2	13
Totales	42	100	154	100	42	100	154	100

Fuente: directa

trabajo como médicos familiares. De los 196 médicos, 183 (93,4%), 4 son de base, eventuales y 9 residentes (especialidad de medicina familiar). El tiempo menor de labor continua como médico familiar es de 6 meses sólo una persona rebasa los 30 años, el promedio fue de 16,47 años, el 25,9% (51 personas) tienen entre 10 y 14 años de laborar en ese puesto, siendo el turno matutino el de mayor población 104 (52,8%) seguido por el vespertino 82 (41,6%). 107 de los médicos (54,6%) manifiestan trabajar 30 horas a la semana mientras que cincuenta y cuatro (27,6%) refieren hacerlo por 40 horas.

Como se observa en la Tabla 1, las redes sociales de apoyo extralaborales y laborales en ambas instituciones y en su aspecto objetivo, es decir en cuanto a la frecuencia de contacto con su red de apoyo, son consideradas “muy buenas”, si partimos de los criterios antes expuestos.

Llama la atención que al igual que para los aspectos objetivos (frecuencia de contacto), en los subjetivos, la mayoría de los médicos la consideran “muy buena”. resultados similares para las dos instituciones (Tabla 2). □

observamos en la tabla 4 para los médicos familiares del seguro social.

Tratando de concentrar la información, en la Tabla 5, se puede observar toda la información acerca de la red de apoyo en ambas instituciones, tomando en cuenta ambos aspectos objetivos y subjetivos, así como el apoyo extralaboral y el laboral, calificando su red como “muy buena”.

En cuanto al análisis inferencial realizado entre las variables sociodemográficas y laborales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, antigüedad en la institución y en el puesto actual, no se obtuvieron asociaciones ni factores de riesgo significativos, debido probablemente a que el apoyo social resultó ser “muy bueno”.

En general, llama la atención que las redes de apoyo en ambas instituciones son muy buenas en relación a la frecuencia de contactos y a la satisfacción que sienten y perciben de su red de apoyo ya sea familiar o extralaboral como en la laboral. Al comparar las redes de apoyo entre las instituciones, se observa que en todas las tablas, los porcentajes mayores se inclinan hacia el contar con una red alta o muy buena, cifras menores hacia

Tabla 2: Distribución de la población en número y porcentaje según aspectos subjetivos (grado de satisfacción con su red familiar y laboral), en cada una de las instituciones de estudio

Nivel de calificación	Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga modificada por Aranda y Pando, 2004.							
	Apoyo extralaboral				Apoyo laboral			
	Aspectos subjetivos (Trabajadores del Estado)		Aspectos subjetivos (Seguro social)		Aspectos subjetivos (Trabajadores del Estado)		Aspectos subjetivos (Seguro social)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Red alta	40	95,2	132	85,7	31	73,8	79	51,3
Red media	1	2,4	21	12,3	10	23,8	69	44,8
Red baja	1	2,4	1	2,0	1	2,4	6	3,9
Totales	42	100	153	100	42	100	154	100

Fuente: directa

Continuando con el análisis estadístico, los resultados en cuanto al apoyo social que reportaron los médicos familiares pertenecientes a la Institución para los Trabajadores del Estado, refieren contar con una “muy buena” red de apoyo tanto en la frecuencia de contactos con su red de apoyo como con el grado de satisfacción con la misma (Tabla 3), al igual lo

contar con una red media o regular, y muy pocos médicos refieren no contar con apoyo. □

Se hace necesario recalcar que sobre la base de estos resultados, los análisis inferenciales no mostraron asociación alguna entre las variables, pero sí que los médicos cuentan con un adecuado apoyo social.

Tabla 3: Distribución de la población en número y porcentaje de ambos aspectos en los médicos generales (familiares) para los trabajadores del Estado

Nivel de calificación	Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga modificada por Aranda y Pando, 2004.			
	Apoyo objetivos		Apoyo subjetivos	
	No.	%	No.	%
Red alta	37	88,1	35	8,3
Red media	5	11,9	7	16,7
Red baja	0	0	0	0
Totales	42	100	42	100

Fuente: directa

Tabla 4: Distribución de la población en número y porcentaje de ambos aspectos en los médicos familiares del seguro social

Nivel de calificación	Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga modificada por Aranda y Pando, 2004.			
	Apoyo objetivos		Apoyo subjetivos	
	No.	%	No.	%
Red alta	128	83,1	114	74,0
Red media	24	15,6	38	24,7
Red baja	2	1,3	2	1,3
	155	100	154	100

Fuente: directa

Tabla 5: Distribución de la población en número y porcentaje en ambos aspectos objetivos y subjetivos y por toda la población en estudio.

Nivel de calificación	Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga modificada por Aranda y Pando, 2004.			
	Apoyo extralaboral Aspectos objetivos (ambas instituciones)		Apoyo laboral Aspectos subjetivos (ambas instituciones)	
	No.	%	No.	%
Red alta				
Red media	165	84.2	149	76.0
Red baja	29	14.8	45	23.0
Totales	2	1.0	2	1.0
	196	100	196	100

Fuente: directa

DISCUSIÓN

Pensemos en la red social como un proceso de construcción permanente tanto singular como colectivo. Cada individuo que conforma la red de apoyo se enriquece a través de las múltiples y variadas relaciones que se llevan entre sí.

El apoyo social laboral o familiar, aparece en los estudios como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los acontecimientos a los que se enfrenta y afronta. Es así como el apoyo social juega un papel importante en todas las personas, al suponer que un buen apoyo social proporciona mejores niveles de salud y bienestar tanto físico, como biológico, psicológico y social y viceversa, un buen estado de salud en estas esferas facilitaría el mantener un buen apoyo social.

En el presente estudio, dado que las redes sociales laborales y las familiares resultaron dentro de su clasificación “muy buenas”, los análisis de asociación no tuvieron significancia alguna.

Sin embargo, se hace necesario mencionar la presencia de estudios en donde el apoyo social ha disminuido o prevenido el riesgo de desarrollar la enfermedad. Como en individuos que padecen enfermedades cardiovasculares, cáncer o enfermedades crónico-degenerativas. También en personas en etapa terminal o con trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad, trastornos de conducta y del sueño, ante el estado civil, el género y hasta en la jubilación^{4,13-17}.

Son pocos los trabajos que hablan sobre esta variables “apoyo social”, por lo tanto el tipo de población en las cuales se han estudiado no son tan variadas. Aún así tenemos por ejemplo el estudio de Aranda¹⁸ en personal docente y administrativo que labora en un centro de educación superior, con resultados contrarios a los encontrados con los médicos. El nivel de calificación encontrado fue bajo, tanto en la frecuencia de contacto como en el grado de satisfacción con su red; sin embargo, si se encontraron variables con asociación significativa: el apoyo extralaboral o familiar

con la edad, el estado civil, el contar con hijos y el apoyo laboral, con el estado civil y el turno de trabajo.

Es preocupante darse cuenta de cómo se presenta el apoyo social en la población adulta mayor. La misma autora, realizó un estudio en población de la tercera edad jubilada de la zona metropolitana de Guadalajara, donde se obtuvieron datos alarmantes: el apoyo social es nulo y malo, sin embargo, las personas decían sentirse satisfechas con ese poco e inadecuado apoyo, claro está que se habla del apoyo familiar o extralaboral¹⁹.

Es imprescindible estar pendiente sobre el tipo de ayuda que reciben y perciben los individuos, así como quienes son las personas que forman su red de apoyo. No olvidemos que el apoyo social y la salud se relacionan entre sí y que la “mala salud” es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta apoyo o carecen de él.

Ante esto, concluimos que es necesario crear y mantener lazos con las personas que nos rodean, tanto en el ámbito laboral como en el familiar.

Es urgente poner los pies en la tierra y observar nuestro alrededor y si nos damos cuenta que estamos solos, habrá que buscar a ese alguien que será nuestro apoyo y, si ya lo tenemos habrá que cuidarlo para no perderlo.

REFERENCIAS

1. HOUSE, J.S. Work stress and social support. Addison-Wesley 1981.
2. THOITS, P.A. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1982; 23:145-149.
3. FELTON BJ, SHINN M. Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*. Num.20,1992:103-115.
4. RODRÍGUEZ MARÍN JESÚS. *Psicología Social de la Salud*. Edit. Síntesis, Madrid, 1995.
5. BARRÓN A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Ed. Siglo XXI de España editores, Madrid, 1996.
6. LIN N, DEAN A, ENSEL WM. (1986). Social support, life events and depressions, Nueva York, Academic Press. En Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. De. Siglo XXI de España editores, Madrid, 1996.
7. STEWART MJ. Soccial Support Instrument Created By Nurse Investigators. *Nursing Research*, 1989;38(5): 268-275.
8. BUENDÍA J. Envejecimiento y psicología de la salud. Edit. Siglo Veintiuno de España S.A. España, 1994.
9. HELLER K., LAKEY B. (1985). Percived support and social interaction among friends and confidants: En Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Ed. Siglo XXI de España editores, Madrid, 1996.
10. BERKMAN L.F., SYME S.L. Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda Country residents. *American Journal of Epidemiology* 1985;109:186-204.
11. MONTORIO IGNACIO. Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, 1990.
12. MONTORIO IGNACIO. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Edit. Ministerio de asuntos sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1ª edición, Madrid 1994.
13. ARANDA BELTRÁN C. Apoyo social y Síndrome de quemarse en el trabajo “burnout” en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud Pública, Enero 2004.
14. CHAPPELL NL, SEGALL A, LEWIS DG.(1990). Gender and Helping Networks among Day Hospital and Senior Centre Participants. *Canadian Journal on Aging*. Num 9(3):220-233. En Buendía José. Envejecimiento y psicología de la salud. Edit. Siglo Veintiuno de España S.A. España, 1994.
15. MUTRAN EJ,PHD; DANIS M,MD,PHD, BRATTON KA, PhD, Sudha S, PhD, and Hanson L, MD. Attitudes of the critically III toward prolonging life: The role of social support. *The Gerontological Society of América. The Gerontologist*. 1997, Vol.37,No.2,192-199.
16. MUTCHLER JAN E., BURR JEFFREY A., MASSAGLI MICHAEL P., PIENTA AMY. Work transitions and health in later life. *The Journals of Gerontology*; Washington 1999;vol 54: 252-261
17. ARANDA BC, PANDO MM, SALAZAR EJG, TORRES LTM, ALDRETE RMG, PÉREZ RMB. (2005a). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública* 31(2).

18. ARANDA BC, PANDO MM, SALAZAR EJ. Situación del apoyo social en el personal docente y administrativo que labora para un Centro de Educación Superior, Universidad de Guadalajara, México. *Populus per saluten* 2005;1(2-3):13-15. □
19. ARANDA BC, PANDO MM. Redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara, Jal. México. *Humanitatis* 2004; 2(4-5):76-80.

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

Estudio comparativo de variables clínicas y costo de la técnica quirúrgica de histerectomía por vía abdominal y laparoscópica

HUGO SALINAS⁽¹⁾, BENJAMÍN NARANJO⁽¹⁾, JORGE PASTÉN⁽¹⁾, BEATRIZ RETAMALES⁽²⁾, GONZALO DÍAZ⁽²⁾ y LENKA FRANULIC⁽²⁾.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es comparar los efectos clínicos y económicos de la histerectomía abdominal versus la histerectomía laparoscópica. Es un estudio retrospectivo observacional de 1.663 pacientes de 27 a 83 años histerectomizadas por patología ginecológica benigna durante 1997-2005, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

De las 1.663 cirugías, el 11,36% fueron histerectomías laparoscópicas y el 88,63% correspondió a histerectomías abdominales. La tasa global de complicaciones fue de 42,8 por 100 mujeres para la histerectomía abdominal y 16,4 para la histerectomía laparoscópica.

La histerectomía laparoscópica presenta algunas ventajas al compararla con la histerectomía abdominal. Se asoció a menos complicaciones y menor tiempo de estadía hospitalaria. En contraste, su costo es significativamente mayor.

Palabras clave: métodos de histerectomía, histerectomía laparoscópica, histerectomía abdominal, costo-efectividad histerectomías.

ABSTRACT

A COMPARATIVE STUDY OF CLINICAL VARIABLES AND SURGICAL TECHNIQUE COST BETWEEN PATIENTS TREATED WITH EITHER ABDOMINAL OR LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY

The purpose of the present study is to compare clinical and economic outcomes of abdominal versus laparoscopic hysterectomy. The study design was retrospective and observational, and it was conducted on 1.663 patients aged between 27 and 83 undergoing hysterectomy for benign gynecologic conditions between 1997-2005, at the Hospital Clínico of the University of Chile. Of the 1.663 surgeries, 11,36% were laparoscopic hysterectomies and 88,63% accounted for abdominal hysterectomies. The global complication rate was 42,8% for abdominal hysterectomy and 16,4% for laparoscopic hysterectomy.

Laparoscopic hysterectomy offers advantages such as a fewer complications and a shorter hospital stay when compared to abdominal hysterectomy. However, its cost is significantly higher than that of the abdominal approach.

Keywords: hysterectomy approaches, laparoscopic hysterectomy, abdominal hysterectomy, hysterectomy cost-benefit.

(1) Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. hsalinas@redclinicauchile.cl

(2) Interno(a) de Medicina. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una intervención quirúrgica frecuente y a la vez costosa en salud. Es una de las cirugías más comúnmente realizadas¹⁻³. Después de la operación cesárea, es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en ginecología.

La oportunidad de una mujer de tener una histerectomía depende de una multiplicidad de factores, incluyendo su edad, la raza, el lugar de residencia y la experiencia de su médico. En prácticamente todos los estudios, el mioma uterino es la principal indicación para la histerectomía⁴. En los últimos años, ha ido ganando terreno la técnica quirúrgica laparoscópica.

Cuando es posible realizar, la histerectomía vaginal (HV) es la ruta de elección, ya que es la alternativa quirúrgica más rápida y más barata, sin otras diferencias claras en los resultados a mediano y largo plazo⁵.

Como es de suponer, las indicaciones para cada vía de abordaje se superponen y no existen criterios específicos que se puedan utilizar para determinar la vía de la histerectomía. La vía de acceso elegida debe ser individualizada. Por todo lo anterior, se hace necesario medir los efectos médicos y económicos de las distintas alternativas quirúrgicas existentes para la resección uterina⁶.

Es razonable pensar que cada una de estas técnicas presenta ventajas y desventajas, dependiendo del motivo por el cual está indicada. Debido a la gran diversidad de criterios existentes por parte de los ginecólogos para optar por cada una de ellas, resulta difícil establecer una comparación directa entre las técnicas quirúrgicas⁷.

Se ha descrito que la histerectomía laparoscópica (HL) tiene numerosas ventajas respecto de la histerectomía abdominal (HA), específicamente, una estadía hospitalaria más corta, un retorno precoz a las actividades normales y una menor morbilidad asociada⁸.

Por el contrario, existen estudios que no encuentran diferencias significativas en el postoperatorio como tampoco una mejor calidad de vida posterior a la cirugía⁹.

No obstante, la HL es ampliamente aceptada como alternativa a la vía abdominal cuando la vía vaginal se considera dificultosa o inapropiada¹⁰⁻²¹.

La diferencia de costos de la histerectomía abdominal en relación a la histerectomía laparoscópica, ha sido establecida sólo en pequeños estudios observacionales y en trabajos con series poco importantes²²⁻²⁷.

Los resultados de estos trabajos parecen inconsistentes, puesto que en algunos se encuentra que es más costosa la HL y en otros la HA²⁷.

En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la HL se efectúa de la forma tradicional, realizando la resección uterina en su totalidad por vía abdominal, no existiendo experiencia con la modalidad laparoscópica con asistencia vaginal referida en la literatura anglosajona.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar y comparar la HA con la HL realizadas en nuestro Departamento de Obstetricia y Ginecología, considerando variables epidemiológicas, médicas, quirúrgicas y postquirúrgicas, además de contrastar el costo de producción de cada intervención con los valores reales de las histerectomías realizadas en el período estudiado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de las pacientes sometidas a histerectomía en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se compara las dos modalidades de histerectomía (HA vs HL) indicadas por patología ginecológica benigna durante el período comprendido entre enero del año 1997 hasta diciembre del 2005. Cada paciente fue ingresada a una base de datos File Maker 8.0 previo a la cirugía, creando campos con distintas variables epidemiológicas, cuantitativas y cualitativas.

Se analiza las distintas variables relacionadas al procedimiento quirúrgico en sí, es decir, tiempo operatorio y complicaciones durante el procedimiento; específicamente pérdidas sanguíneas, lesión vesical, lesión de vía urinaria, lesión intestinal y tasa de conversión. Luego se

analiza las complicaciones postoperatorias: médicas (presencia de fiebre, tromboembolismo, infección urinaria, neumonía, hematomas pélvicos, shock, sepsis e íleo), dolor postoperatorio (medido a través de una escala métrica de rango 0-10 de acuerdo a la intensidad del dolor referido por la paciente), necesidad de transfusión sanguínea, infección de herida operatoria, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, necesidad de uso de analgesia endovenosa mayor de 24 horas, uso de antibióticos endovenoso (como tratamiento), proporción de pacientes que requirió exámenes postoperatorios, necesidad de reintervención y requerimiento de interconsultas a otras especialidades.

Posteriormente se realizó un estudio comparativo de los costos de producción de las diferentes modalidades quirúrgicas con los costos reales. El costo de producción se compone del gasto teórico que el hospital realiza para llevar a cabo un procedimiento, en este caso la histerectomía. Incluye los días de hospitalización, los exámenes de laboratorio, los procedimientos, los medicamentos e insumos requeridos durante la hospitalización, la intervención quirúrgica propiamente tal y, en general, todos los procedimientos relacionados que significan algún costo para el hospital. Los costos reales también consideran todos los factores que se mencionan, pero se refieren a qué significa para el bolsillo del paciente la realización de la cirugía, que considera los gastos asociados a factores inherentes a las características de las pacientes sometidas a la cirugía y las demás variables señaladas previamente.

Las distintas variables fueron analizadas mediante el software estadístico STATA 8.0 a través de test de comparación de dos medias y test de Fisher para comparar proporciones. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas con $p < 0,05$.

RESULTADOS

El análisis final se realizó sobre un total de 1.663 pacientes sometidos a histerectomía en el período 1997–2005. Durante este tiempo se realizaron 1.474 (88,63%) histerectomías

abdominales (HA) y 189 (11,36%) histerectomías laparoscópicas (HL). Los diagnósticos asociados a la intervención quirúrgica se muestran en la tabla I. La tabla II muestra el análisis de las distintas variables estudiadas.

La edad media de las pacientes sometidas a HA fue de 47,3 años y 46,3 años para la HL no presentando diferencias significativas. En relación al tiempo operatorio la HL requirió como tiempo medio 124 minutos y la HA 119 minutos no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($P = 0,9784$).

Tampoco se encontraron diferencias significativas en relación a las complicaciones inmediatas derivadas de la cirugía (pérdida sanguínea importante, lesión vesical, lesión vía urinaria, lesión intestinal) ($P = 0,714$). Estas fueron de 5,97% para HA y de 3,17% para HL. El porcentaje de conversión para la HL fue de 6,87%.

Las complicaciones post operatorias, en su totalidad, se presentan de manera significativamente mayor en la HA ($P < 0,001$).

Específicamente, el dolor postoperatorio moderado a severo fue significativamente mayor en la ruta abdominal ($P < 0,001$). La necesidad de analgesia endovenosa por un tiempo mayor de 24 horas es concordante con lo anterior y fue significativamente mayor en la HA ($P < 0,001$).

Existen también diferencias significativas respecto del uso de tratamiento antibiótico endovenoso, siendo más requerido en las pacientes que se realizaron una HA. La infección de la zona operatoria (infección de sitio operatorio y accesos de trócares) fue mayor en la HA siendo esto estadísticamente significativo ($P = 0,042$). Debido a su evolución, el 26,21% de las 1.663 histerectomías requirió exámenes postoperatorios, siendo mayor en la HA, hecho estadísticamente significativo al compararlo con la HL ($P < 0,001$). La realización de otros procedimientos quirúrgicos (tabla I) fue significativamente mayor en la HA ($P < 0,001$).

La estadía hospitalaria promedio fue de 3,19 días para la HA y 2,39 días para la HL, diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,0001$).

El análisis de los costos muestra que el gasto en la HL es significativamente más elevado que

Tabla 1. Principales diagnósticos preoperatorios en 1.663 pacientes sometidos a histerectomía por patología benigna según vía de acceso. Hospital Clínico Universidad de Chile, 1997-2005.

Diagnósticos preoperatorios n (%)	Histerectomía abdominal (n=1474)	Histerectomía laparoscópica (n=189)
Mioma uterino	993 (67,36)	153 (80,95)
Lesión anexial	216 (14,65)	22 (11,64)
Adenomiosis	93 (6,30)	17 (8,99)
Anemia secundaria	53 (3,59)	5 (2,64)
Metrorragia/hipermenorrea	47 (3,18)	12 (6,4)
Hiperplasia/engrosamiento endometrial	40 (2,71)	18 (9,52)
Prolapso	30 (2,03)	5 (2,64)
Endometriosis	27 (1,83)	2 (1,05)
Enfermedad inflamatoria pélvica	26 (1,76)	0 (0,00)
Absceso tuboovárico	22 (1,49)	6 (3,17)
Algia pélvica	18 (1,22)	0 (0,00)

Algunos pacientes tienen múltiples diagnósticos y no necesariamente los diagnósticos son la indicación de la histerectomía.

en la HA ($P < 0.0001$). El costo de producción de las histerectomías al compararlo con el costo real de cada una de las alternativas es significativamente menor ($P < 0.0001$). □

DISCUSIÓN

Está en discusión si la vía de abordaje para la histerectomía obedece a razones técnicas o es originada en preferencias del médico y/o equipo médico tratante²⁸. La técnica laparoscópica tiene un costo mayor que la abdominal, si bien, éste puede reducirse al no utilizar material quirúrgico desechable²⁶. No obstante, en los resultados de este estudio no se observan diferencias significativas en los costos ni en los tiempos operatorios, que según la literatura, explicarían estas diferencias²⁶. Por esto, en nuestro hospital la vía de abordaje de la histerectomía dependería de otros factores como son la experiencia del equipo de cirujanos,

Tabla 2. Variables analizadas por vía de histerectomía. Hospital Clínico Universidad de Chile periodo 1997 – 2005.

Características de las pacientes (n=2527)	Histerectomía abdominal(n=1474)	Histerectomía laparoscópica(n=189)	P
Promedio de edad ± DS (rango en años)	47,27 ± 7,23 (27-83)	46,25 ± 5,07 (37-64)	0.06
Promedio tiempo operatorio ± DS (rango en minutos)	118,98 ± 34,28 (30-240,5)	124,48 ± 42,11 (55-360,1)	NS
Complicaciones inmediatas % (n) *	5,97 (88)	3,17 (6)	NS
Conversión quirúrgica % (n)	no corresponde	6,87 (13)	No corresponde
Complicaciones post cirugía % (n) †	42,87 (632)	16,40 (31)	<0,001
Dolor moderado a severo ≥4	33,98 (501)	13,22 (25)	0.003
Transfusión	0,81 (12)	0,52 (1)	1.000
Infección herida	2,03 (30)	0,00 (0)	0.0042
Complicación médica % (n) ‡	5,02 (74)	2,11 (4)	0.0097
Reoperación % (n)	1,01 (15)	0,52 (1)	1.000
Estadía en Unidad de Cuidados Intensivos % (n)	1,22 (18)	0,52 (1)	NS
Estadía hospitalaria días ± DS rango (días)	3,19 ± 2,08 (3-21)	2,39 ± 1,07 (2-15)	<0.0001
Exámenes postoperatorios % (n)	17,97 (265)	5,82 (11)	<0.001
Tratamiento antibiótico endovenoso	14,99 (221)	4,23 (8)	<0.001
Analgesia endovenosa >24 horas	13,97 (206)	2,11 (4)	<0.001
Interconsulta especialidad % (n) En el postoperatorio	5,97 (88)	3,17 (6)	0.175
Otros procedimientos % (n) §	16,01 (236)	3,17 (6)	<0.001
Costos reales en pesos chilenos ± DS (rango)	1.061.879 ± 105.847 (956.033-1.167.726)	1.146.082 ± 112.322 (1.033.760-1.258.404)	<0.0001
Costos teóricos de producción en pesos chilenos	928.446	928.446	<0.0001

la patología asociada y el tamaño uterino. Además, es sabido que el tamaño del mioma, la presencia de cicatrices o cirugía abdominal previa y la patología asociada, pueden ser un factor de sesgo al comparar los grupos analizados, lo que limita los resultados del estudio.

La tasa de complicaciones de nuestra serie no difiere de otras series²⁹, al igual que los tiempos operatorios y los resultados de las otras variables estudiadas.

Actualmente, no disponemos de una revisión del seguimiento de las pacientes histerectomizadas en nuestro hospital, por lo que no obtuvimos datos en relación al retorno normal a las actividades y a la calidad de vida posterior al alta de las pacientes. Sin embargo, existen estudios previos de costo-efectividad que no demuestran mayores diferencias en la calidad de vida desde las primeras semanas de alta hasta meses posteriores a la cirugía¹⁰.

Como conclusión, es necesario señalar que en nuestro centro la histerectomía vaginal es la primera elección para la resolución de la patología uterina benigna cuando no presenta contraindicaciones. En este último escenario, la vía abdominal y la vía laparoscópica están indicadas y su elección depende en gran parte de la experiencia del equipo quirúrgico, variables como el tamaño uterino (muy discutida en la literatura) y la patología asociada.

REFERENCIAS

1. VESSEY MP, VILLARD-MACKINTOSH L, MCPHERSON K, COULTER A, YEATES D. The epidemiology of Hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 402-7.
2. LEPINE LA, HILLIS SD, MARCHBANKS PA, KOONIN LM, MORROW B, KIEKE BA, et al. Hysterectomy surveillance-United States 1980-1993. *MMWR Surveill Summ* 1997; 46: 1-15.
3. GRAVES EJ, KOZAK LJ. National Hospital Discharge Survey: Annual Summary, 1996.
4. STOVALL T. Hysterectomy. *Novak gynecology* 13th Ed. 2002; 22: 761-768.
5. CLINCH J. Length of Hospital stay after vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(3) 253-4.
6. GARRY R, FOUNTAIN J, MASON S, NAPP V, BRIDGMAN S, HAWE J, et al. The evaluate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004; 328(7432):129-33.
7. GARRY R, FOUNTAIN J, BROWN J, MANCA A, MASON S, SCULPHER M, et al. Evaluat hysterectomy trial: a multicentre randomized trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technology Assesment* 2004; Vol8: No.26.
8. LIU CY, REICH H. Complications of total laparoscopic hysterectomy in 518 cases. *Gynaecol Endosc* 1994; 3: 203-208.
9. LUMSDEN MA, TWADDLE S, HAWTHORN R, TRAYNOR I, GILMORE D, DAVIS J, et al. A randomized comparison and economic evaluation of laparoscopic-assisted hysterectomy and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107(11): 1386-91.
10. JOHNSON N, BARLOW D, LETHABY A, TAVENDER E, CURR L, GARRY R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 1478-1786.
11. WOOD C, MAHER P, HILL D, LOLATGIS N. Laparoscopic hysterectomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994; 34: 81-84.
12. MINELLI L, ANGIOLILLO M, CAIONE C, PALMARA V. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Endoscopy* 1991; 23: 64-66.
13. MENCAGLIA LUCA, HERENDAEL BV, TANTINI C, STAMPISI A. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy: evaluation of benefits of laparoscopic hysterectomy. *Gynaecol Endosc* 1994; 3 209-211.
14. HUNTER RW, MCCARTNEY AJ. Can laparoscopic assisted hysterectomy safely replace abdominal hysterectomy? *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 932-934.
15. BOIKE GM, ELFSTRAND EP, DELPRIORE G, et al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168:1960-1701.
16. KOVAK SR. Vaginal Hysterectomy. *Baillière's Clin Obstet Gynaecol.* 1997; 11: 95-110.
17. DICKER RC, GREENSPAN JR, STRAUSS LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1982; 144: 841-846.
18. KOVAC SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1995; 85: 18-23.

19. RICHARDSON RE, BOAURNAS N, MAGOS A. Is a laparoscopic hysterectomy a waste of time? *Lancet* 1995; 345: 36-41.
20. QUERLEU D, COSSON M, PARMENTIER D, DEBODINANCE P. The impact of laparoscopic surgery on vaginal hysterectomy. *Gynecol Endosc.* 1993; 2: 89-91.

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

ENSAYO

Cuestiones éticas y legales del uso de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA domiciliarias

MARGOT VIDAL⁽¹⁾

RESUMEN

La epidemia del VIH/SIDA se expande en forma alarmante por el mundo mundo, 9 de cada 10 personas que han adquirido el virus del VIH desconocen que están infectadas, por lo tanto siguen teniendo relaciones sexuales de riesgo y contagiando. El objetivo de este estudio es generar una discusión ética y legal sobre el uso de pruebas rápidas de VIH/SIDA de uso domiciliario en Latinoamérica.

Actualmente están por introducirse en Latinoamérica pruebas de diagnóstico rápido para VIH/SIDA de uso domiciliario, que podrían ser de gran utilidad en la lucha contra su expansión. Son más atractivas, debido a la rapidez de disponibilidad de los resultados y a que proveen mayor privacidad, sin embargo, su disponibilidad en las farmacias también conlleva riesgos por la falta de consejería pre y pos-test, y porque corren el riesgo de ser utilizadas sin el adecuado consentimiento.

La introducción de estas pruebas si bien implica una esperanza de detener la propagación de la infección, debido a que propicia la auto evaluación y con ello el conocimiento sobre su estado sexológico, también involucra consideraciones éticas y legales que nos deben llevar a reflexión. Esto para que no ocurra que en vez de hacer un bien, hagamos más daño, ya que es necesario preparar un escenario en el cual prime el respeto de los derechos de las personas para que introducir estas pruebas sea una herramienta eficaz para la lucha contra el VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH/SIDA, bioética, derechos humanos, pruebas rápidas domiciliarias.

ABSTRACT

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF RAPID HIV/AIDS DIAGNOSIS HOME TESTING

The HIV/AIDS epidemics is spreading worldwide alarmingly; 9 out of 10 people having acquired the virus ignore they are infected, and thus continue practicing unsafe sex and perpetuating contagion.

The purpose of this study is to elicit a discussion on the ethical and legal aspects of the use of rapid HIV/AIDS diagnosis home testing in Latin America.

Currently, rapid HIV/AIDS diagnosis home testing is soon to be implemented in Latin America, being of great use to impede the disease expansion. Such tests are more attractive, by virtue of their rapidity to provide results and the atmosphere of preserved privacy they generate, nevertheless,

⁽¹⁾ Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Unidad de Bioética OPS-OMS. anzardo2004@yahoo.com.

their availability in pharmacies constitutes a risk resulting from the lack of pre and post testing counseling, and because they are likely to be used without the proper consent. Although the implementation of such techniques provides the hope of stopping the spread of the infection, because it promotes self-assessment and thus the awareness of the self-sexologic status, it also entails ethical and legal considerations that should lead us to reflection. The latter might ensure that no harm results from the genuine intention to provide a benefit, since it is necessary to prepare a scenario in which human rights respect prevail, in such a manner that the introduction of these testings becomes an efficient tool against HIV/AIDS.

Keywords: HIV/AIDS, bioethics, human rights, rapid home testing.

INTRODUCCIÓN

Catorce mil personas adquieren el virus de VIH cada día en el mundo, 9 de cada 10 desconocen su diagnóstico. La epidemia para fines del 2004 habría cobrado 30 millones de vidas en el mundo, se estima que en la actualidad 40 millones de personas viven con VIH/SIDA, el 95% se encuentra en países en vías de desarrollo¹.

Una de las principales estrategias para evitar que esta epidemia se siga extendiendo, es hacer un diagnóstico temprano de las personas infectadas, de manera tal que reciban tratamiento oportuno y se tienda a evitar la propagación de la adquisición del virus a través de relaciones sexuales de riesgo sin protección por desconocimiento de la serología. El Test Elisa es considerada la prueba estándar de diagnóstico porque tiene muy alta sensibilidad y especificidad (99,5 y 99,8 respectivamente)²⁻⁴.

Sin embargo su aplicación tiene algunas dificultades, que no se relacionan con la prueba directamente, como el riesgo de ser reconocido al acudir a los centros de salud donde se realizan, o las que se relacionan con la misma prueba, como que se requiere para su aplicación de un buen entrenamiento y un aparato especial para leer los resultados, los cuales están disponibles en 24 a 48 horas. Por esa razón, cuando una persona que se hace la prueba de Elisa debe regresar al otro día para recibir el resultado, permanece angustiada durante ese lapso y, en algunos casos, desiste de conocer su resultado. Prueba de esto es lo reportado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas de los EE.UU. “de 2,5 millones de

personas a las que se realizó la prueba de descarte en 1995: 25% de las positivas y 33% de las negativas no recibieron sus resultados, calculando en 1998 un total de 697.495 personas que en el mundo podrían haber conocido sus resultados si se hubieran usado pruebas rápidas para VIH^{5,6}.

En este aspecto es necesario también recordar que cada país tiene procedimientos para la entrega oficial del diagnóstico, y que un solo Elisa reactivo o no, no diagnostica o descarta por si solo la presencia o ausencia del virus y lo mismo ocurriría en el caso de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA.

En el caso de Chile, la Resolución Exenta 371, que regula el proceso de detección de VIH, indica que después de un primer Elisa reactivo o dudoso se debe realizar otro examen en duplicado, si, al menos, 2 de estos 3 exámenes resultan dudosos, débilmente reactivos o reactivos se envían al Instituto de Salud Pública (ISP), donde tras nuevas pruebas se entrega el diagnóstico: en el caso de resultar positivo se solicita una segunda muestra de sangre al paciente -prueba de identidad-, y sólo si ésta resulta positiva se confirma el diagnóstico. En Perú se requieren 2 Elisa para VIH reactivos y sólo en este caso se procede a su confirmación a través de un Western blot realizado a través del Instituto Nacional de Salud (INS). De tal manera que tanto los Elisa para VIH/SIDA como las pruebas rápidas de diagnóstico requieren confirmación a través de otros exámenes. La introducción de estas últimas involucraría, además, discusiones sobre la confiabilidad que proporcionarían, más si son realizadas en los domicilios por las personas interesadas en

conocer su estado serológico. Podrían ser mal realizadas y peor aún, mal entendidas cuando se presenten resultados débilmente reactivos, dependiendo del laboratorio que las produce podría variar su habilidad para diagnosticar la infección por el VIH/SIDA en el periodo ventana.

En relación a este aspecto, es importante remarcar que normalmente las prueba de Elisa -en su mayoría exceptuando a los Elisa de 4ta generación-, sólo detectan la presencia de anticuerpos para VIH, no así partículas virales (p24). Esto hace que el período de ventana para el diagnóstico sea no menor a ocho semanas desde el momento de la adquisición del virus, siendo el período de ventana de tres meses con cualquier Elisa de 3ª generación (que son los que generalmente se utilizan en los centros de salud). En este caso el resultado sólo es válido si la persona no ha tenido conductas de riesgo durante los últimos tres meses, en el caso de las pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA sucede lo mismo, ya que sólo detectan anticuerpos, por lo cual es de suma importancia que sea de conocimiento de los posibles usuarios de estas pruebas rápidas domiciliarias. La primera prueba rápida para VIH aprobada por FDA fue el Single Use Diagnostic System (SUDS) VIH-1, el cual mostró una sensibilidad del 99.9% y una especificidad 99.6% siendo comparable con el estándar del tipo Elisa⁷. El último aprobado por la FDA es el OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test, que tiene un 99.6% de eficacia⁸. Actualmente existen en el mercado a nivel mundial más de 60 pruebas rápidas para VIH⁹, muchas de ellas con características similares al Elisa¹⁰⁻¹⁵.

Una prueba rápida para VIH es definida como una prueba de diagnóstico que revela la presencia o ausencia de anticuerpos para VIH en sólo 10 a 20 minutos, teniendo la ventaja de que la persona conozca el mismo día su resultado, reduciendo el tiempo de espera y eliminando el estrés¹⁶. A su vez, no requiere entrenamiento para su aplicación ni un lector especial para obtenerse los resultados. Esto hace que sea posible su realización no sólo en los centros de salud, por personal entrenado, sino que puede hacérsela uno mismo en la intimidad

de su casa, eliminando así el temor a ser reconocido. Esto facilitaría, en teoría, que más personas se hicieran la prueba de descarte. Sin embargo como ya lo mencionamos podría darse el caso de que el resultado no fuera fácil de interpretar como el "débilmente positivo", porque dependerá de la agudeza visual y la subjetividad de quien lo lee, que podría estar afectada, incluso asustada por una probable infección por el virus, y deseosa de que el resultado fuera negativo. Todo esto es perjudicial, no sólo para la persona realmente infectada porque retrasaría su tratamiento, sino también para sus futuros contactos sexuales.

El motivo de la realización de este ensayo, es la pronta comercialización en las farmacias de las pruebas rápidas de VIH/SIDA de uso domiciliario, en países de América Latina, introducción que si bien implica una esperanza de detener la propagación de la infección, también involucra consideración éticas y legales que nos deben llevar a reflexión para que no ocurra que en vez de hacer un bien, hagamos mas daño.

OBJETIVO

En el presente trabajo analizaremos algunos derechos señalados en la segunda consulta internacional sobre VIH/SIDA y los derechos humanos, así como también los principios de bioética que están implicados en la realización y comercialización de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH de uso domiciliario.

El VIH/SIDA, los derechos humanos y las consideraciones éticas que implica: "Varios años de experiencia en la lucha contra la epidemia VIH/SIDA han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH y reducir los efectos del VIH/SIDA.

La promoción y protección de los derechos humanos es necesaria tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA como para alcanzar los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas y comunidades

para responder a la epidemia”¹⁷.

Respetar los derechos de las personas, nos asegura un actuar ético, y viceversa ya que al respetarlos respetamos al mismo tiempo los principios fundamentales de Bioética: No maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, por lo tanto, el derecho y la ética se potencian uno al otro.

Entre los principales derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA y la comercialización de pruebas rápidas de VIH de uso domiciliario consideraremos los siguientes:

Derecho a la intimidad de la vida privada y el principio de No maleficencia.

El artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que "nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques"¹⁷.

El derecho a la intimidad de la vida privada comprende obligaciones relativas a la intimidad física. En nuestra tema de discusión en particular en relación al VIH, el Estado tiene la obligación de no negar el derecho de las personas a conocer su situación respecto al VIH. Por consiguiente el acceso a la realización de toda prueba diagnóstica que se lo facilite, más aún si ésta le permita guardar su privacidad en mayor grado que con otras pruebas y disminuir el riesgo de ser identificado y discriminado, pero la realización de una prueba de diagnóstico hecha en casa, no asegura del todo la privacidad de la persona que compra la prueba en las farmacias, si es que no existe un compromiso de confidencialidad de aquellas personas que se lo venden. Es deber del Estado garantizar la privacidad de esas personas, lo que puede ser logrado a través del Derecho, dando una sanción a aquellos que violen esa privacidad, especialmente ahora con la pronta comercialización de las pruebas rápidas de diagnóstico de VIH caseras. Esto comprende la obligación de garantizar que se apliquen salvaguardias adecuadas para que no se realicen pruebas sin consentimiento fundado, que se

proteja la confidencialidad, particularmente en el ámbito de la salud y el bienestar sociales, y que la información sobre la situación respecto del VIH no se revele a terceros sin el consentimiento de la persona.

El interés de la persona centrado en su intimidad es particularmente importante respecto del VIH/SIDA, por el estigma y la discriminación, que acarrearán la pérdida de intimidad y confidencialidad si se revela su situación respecto del VIH.

Es importante, pues, que al dar acceso a estas pruebas rápidas de diagnóstico de VIH, nos aseguremos de que, queriendo hacer un bien, siguiendo el principio de beneficencia, no hagamos más daño, no cuidando que la realización de esa prueba sea totalmente confidencial, y violemos sin querer el principio de No maleficencia: “PRIMERO NO HACER DAÑO”.

Derecho a disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones y el principio de Beneficencia.

El principio de Beneficencia, impone la obligación moral de actuar en beneficio de otros¹⁸. Los adelantos científicos y sus aplicaciones son importantes en este sentido y en relación con el VIH/SIDA dado los rápidos y constantes adelantos de los análisis, las terapéuticas y la elaboración de una vacuna cuyo principal objetivo es beneficiar a las personas afectadas o en riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Por otro lado, si bien el mundo entero ha estado preocupado de que en todos los países las personas que viven con VIH tengan acceso al tratamiento antirretroviral y gracias al apoyo del Fondo Global de la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se está consiguiendo. ¿De qué valdrá que exista disponibilidad de tratamiento antirretroviral si aún muchas personas ignoran que están viviendo con el VIH? ¿Qué sentido tiene el avance de la ciencia si no puede la humanidad disfrutar de sus beneficios?

Tener acceso a estas nuevas pruebas diagnósticas es un derecho sustentado también en el principio de beneficencia. Es claro que

éste proporcionaría mayores beneficios a las personas que las pruebas convencionales, ya que es una nueva herramienta diagnóstica con rápidos resultados, de fácil aplicación y ofrece mayor privacidad desde el momento en que se puede realizar en sus propios hogares, la cual estaría eliminado una de las principales razones por la que las personas no acuden a los centros de salud a realizarse la prueba: el temor a ser reconocido y discriminado. Sin embargo estos beneficios podrían no ser vistos si no se toman adecuadas medidas de control.

El derecho de no discriminación y el principio de justicia.

“La normativa internacional de derechos humanos garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

La discriminación por cualquiera de estos motivos no sólo es injusta en sí, sino que crea y mantiene condiciones que conducen a la vulnerabilidad social en la infección por VIH, en particular la falta de acceso a un entorno favorable que promueva el cambio de conductas y permita a las personas hacer frente al VIH/SIDA”¹⁷.

Una epidemia que apareció simultáneamente con la del VIH/SIDA, es la que se refiere a la discriminación. Esta última es más cruel, ya que muchas personas que viven con VIH o que están en riesgo de adquirirlo prefieren seguir ignorando su situación a ser señalados y discriminados por vecinos, amigos o lo que es peor por sus familiares al acudir a un Centro de Salud a realizarse la prueba de Elisa. El tener acceso a pruebas rápidas de diagnóstico de VIH en las casas, reduciría el riesgo de discriminación para aquellas personas que ignoran hasta ahora su condición con respecto al VIH por este temor.

El principio de justicia se refiere a que se le dé a cada ser humano lo que merece, lo que tiene derecho como persona, basado en normas que defiendan el sentido y el fin de la cooperación social¹⁸. Por lo tanto es de justicia que cualquier persona que desee conocer su

estado de salud, pueda acceder a las pruebas diagnósticas sin temor a ser discriminada por ello, por lo tanto, es deber del Estado proporcionar las condiciones favorables para que se ejerza dicho derecho.

El derecho a recibir información y difundirla y los principios de No maleficencia y de Autonomía.

El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos declara que: "Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole,..." Por tanto, este derecho comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con la prevención y atención médica del VIH/SIDA¹⁷.

Uno de los más grandes temores acerca de la introducción de las pruebas rápidas para VIH/SIDA domiciliarias, son las consecuencias negativas de la ausencia de consejería pre y post-test, que si bien se realiza en la actualidad con la aplicación de Elisa para VIH en los centros de salud; y existe en la legislación de algunos países de Latino América (Chile y Perú) una ley que no permite la realización de un Elisa para VIH sin previa consejería. Dicha consejería podría no estar considerada para estas nuevas pruebas de diagnóstico ya que hasta hace poco la única prueba de descarte existente era el Elisa.

La importancia de la consejería radica en que ambas son indispensables, la realizada previamente para que la persona, si obtuviera un resultado negativo, no se vuelva a poner en riesgo de contraer la infección y la posterior al examen para evitar una reacción que podría llevar a que la persona se hiciera daño a si misma al no estar preparada para un resultado positivo. En un estudio realizado en Nueva York en que se evaluó a 207 mujeres VIH(+), el 27% reportó un intento de suicidio desde su diagnóstico por VIH, 42% de ellas en el primer mes y 27% en la primera semana¹⁹.

Es importante en este sentido que las organizaciones de la sociedad civil vigilen que esta ley también se cumpla para la aplicación de las pruebas rápidas de diagnóstico para VIH.

Otro de los temores de la realización de las pruebas para VIH/SIDA domiciliarias, está en

relación al consentimiento informado, la aplicación de las pruebas diagnósticas caseras imposibilita su existencia y al no haber un control por personal de salud familiarizado con obligaciones éticas y legales en la aplicación de estas pruebas, existe el riesgo de que algunas personas podrían ser forzadas a realizarse una prueba que debería ser totalmente voluntaria y no coaccionada y con total conocimiento de lo que este diagnóstico involucra.

En Bioética cuando hablamos del principio de autonomía, se refiere a la capacidad que tiene una persona a tomar decisiones, pero para que éstas sean consideradas realmente autónomas deben cumplir tres requisitos:

- Tener intencionalidad, lo cual quiere decir que esa decisión fue deseada por la persona. □
- Tener pleno conocimiento del panorama sobre el cual toma las decisiones, es decir debe poseer toda la información disponible sobre el tema.
- No debe haber tomado la decisión bajo influencia de factores externos o terceras personas²⁰.

Por eso en relación a la introducción de pruebas rápidas para VIH/SIDA de uso domiciliario, es necesario reconocer que no basta con su disponibilidad en las farmacias, es necesario también, brindar toda la información necesaria al respecto. Es derecho de toda persona que al adquirir algo en este caso una de estas pruebas, reciba además información al respecto en nuestro caso sobre el VIH/SIDA, vías de adquisición, prevención, alternativas de tratamiento, además de información sobre la prueba rápida, cómo usarla, cómo leer los resultados y dónde acudir si resulta positiva, incluyendo un teléfono para llamar desde donde puede recibir consejería post-test.

Por tanto, es deber del Estado, salvaguardar este derecho de información, solicitando a las industrias proveedoras de estas pruebas, requisitos que aseguren se respete este derecho a estar informado y que, asimismo, no vean este servicio como una mera relación comercial, sino que actúen con responsabilidad en la epidemia, de manera tal que sean parte de la lucha contra el VIH/SIDA, que sea un acto de beneficio para las personas y no un acto de maleficencia.

REFLEXIONES FINALES

Retomando lo dicho en la 2° consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos en Ginebra, en relación al uso de pruebas rápidas domiciliarias de VIH/SIDA:

En relación a la autorización o no de la introducción de pruebas rápidas para VIH/SIDA de uso domiciliario, los Estados no deberían adoptar una posición paternalista, semejante a la que adoptaban los médicos en relación a sus pacientes en la antigüedad, en que los veían como alguien falto de firmeza física y moral, por lo que el médico tomaba las decisiones por él, tal como un padre lo hace con su hijo con la finalidad de evitarle un sufrimiento. Hoy ese modelo no es aceptable porque no reconoce la autonomía de las personas, en su lugar se recomienda un modelo más bien deliberativo²¹ en el cual se actúe como un maestro o un guía moral, ofreciendo todas las alternativas posibles y recomendando las mejores opciones, pero es la persona y sólo ella la que finalmente toma la decisión, en el caso de las pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA de uso domiciliario de adquirirlas, pero es el Estado el que debe velar para que estén dadas las mejores condiciones para la utilización de ellas.

Los Estados deberían garantizar la calidad y disponibilidad de las pruebas y asesoramiento sobre el VIH, la venta de pruebas rápidas domiciliarias para detectar el VIH, debería sujetarse a una reglamentación estricta de calidad y certeza. También debería tenerse en cuenta la falta de los consiguientes servicios de asesoramiento y el riesgo de utilización no autorizada, por ejemplo, a efectos de empleo o inmigración.

Para resguardar el derecho a privacidad que tienen las personas, se debería adoptar medidas que lo garanticen, como la creación de un organismo independiente encargado de reparar el quebrantamiento de la confidencialidad. Debería preverse que los colegios profesionales sancionen el quebrantamiento de la confidencialidad como falta profesional prevista en los códigos deontológicos, en el caso específico de la comercialización de las pruebas

rápidas para VIH/SIDA de uso domiciliario, que estarán disponibles en su mayor parte en las farmacias se debería poner mayor énfasis en los profesionales químicos farmacéuticos responsables de estos establecimientos.

Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH/SIDA en actitudes de comprensión y aceptación.

Los Estados deberían apoyar la formación o cursos de derecho humano y ética, en relación con el VIH.

Un instrumento importante para lograr el cambio social es la existencia de un entorno propicio y potenciador para realizar la prevención, atención y apoyo en relación con el VIH. Se puede conseguir en parte ese entorno mediante el cambio de las actitudes con una educación general y específica, la información pública y las campañas de educación sobre los derechos y la ética relacionados con el VIH.

Este ensayo pretendió orientar la respuesta a las interrogantes que están en discusión en cuanto a la introducción de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA domiciliarias, una orientación inspirada en la normativa internacional de derechos humanos, en los principios fundamentales de Bioética y en la convicción de que al proteger los derechos humanos de las personas significa proteger su salud, sus vidas y su felicidad en un mundo aquejado por el VIH/SIDA.

REFERENCIAS

1. OMS. Departamento de VIH/SIDA. Tratar a 3 Millones de personas para 2005: Cómo hacerlo realidad: La Estrategia de la OMS. [Archivo PDF] 2005 [Fecha de acceso 4 de Agosto del 2005]. 70p. Disponible en: <http://www.aidslaw.ca/maincontent/issues/testing/finalreports/tofc.htm>
2. Diagnostic tests for HIV, *Med Lett Drugs Ther* 1997; (39): 81-83.
3. BENETUCCI J, et al. Métodos Aplicados al diagnóstico y seguimiento de la infección por el HIV-1 en los adultos. En: *SIDA y enfermedades asociadas*. Buenos Aires-Argentina: Carcos S.R.L., 2001; 53-96.
4. SAVILLE R, CONSTANTINE N, CLEGHORN F, et al. Fourth-Generation Enzyme-Linked Immunosorbent Assay for the simultaneous Detection of Human Immunodeficiency Virus Antigen and Antibody. *Journal of Clinical Microbiology* 2001; (39): 2518-2524.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Update: HIV Counseling and Testing Using Rapid Tests—United States 1995. *MMWR* 1998; (47): 211-215.
6. PAUL S, GRIMES-DENNIS J, BURR C AND DI FERNANDO T. Rapid Diagnostic Testing for HIV. *Supplement to New Jersey Medicine* 2003; 100(9): 11-17.
7. MACHADO A. Advantages of the rapid HIV-1 test in occupational accidents with potentially contaminated material among health workers. *Rev Int. Med trop S. Paulo* 2001; 43(4): 199-201
8. BRANSON BM, DEL RÍO C, LARRABEES, et al. Rapid fingerstick testing: a new era in HIV diagnostic. *AIDS Clin Care* 2003; (15): 19-23.
9. ELLIOT R JÜRGENS. Accuracy of Rapid Screening. [Documento PDF] En: *Rapid HIV Screening at the point of care: Legal and ethical question*. Canadian Strategy on HIV/AIDS, Montreal Canada, 2000; [Fecha de Acceso 5 de Abril del 2005]. Disponible en: <http://www.aidslaw.ca/maincontent/issues/testing/finalreports/tofc.htm>
10. MALONE JD, SMITH ES. Comparative evaluation of six rapid serological tests for HIV-1 antibody. *J Acquir Immune Def Syndr* 1993; (6): 115-19.
11. BLOOD SAFETY UNIT WHO/UNAIDS. HIV Test Kits. Comparative evaluation of the operational characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human. [En Internet] [Fecha de Acceso 17 de diciembre del 2001] Disponible en: http://www.who.int/pht/blood_safety/hivkits.html
12. BULTERYS M, JAMIESON D, O'SULLIVAN M, et al. Rapid HIV-1 Testing During labor A Multicenter Study. *Jama* 2004; 292(2) 219-223.
13. CARVALHO R, KRAHE C, FARINA G, et al. Teste Rapido para diagnóstico da infeccao pelo HIV em pariturients. *RBGO* 2004; 26(4): 325-328
14. BEHETS F, BISHAGARA K, DISASI A, et al. Diagnosis of HIV infection with instrument-free assays as an alternative to the ELISA and western blot testing strategy: an evaluation in Central Africa. *J Acquir Immune Def c Syndr* 1992; (5): 878-82
15. KANNANGAI R, RAMALINGAM S, PRADEEPKUMAR S, DAMODHARAN K, SRIDHARAN G. Hospital-based evaluation of two rapid human immunodeficiency virus antibody screening tests. *J Clin Microbiol* 2000; (38): 3445-7
16. CDC. Update HIV counseling and Testing Using Rapid Test—United States 1995. En: *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47 (11)

17. NACIONES UNIDAS. Comisión de derechos humanos. 2º consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. [En Internet] Ginebra, 1996. [Fecha de acceso 12 de Octubre del 2005]. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.1997.37.Sp?Opendocument)
18. LOLAS F. Bioética: los principios fundamentales. En: El diálogo moral en las ciencias de la vida. Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Ed. □ Mediterráneo, 2003: 64-71.
19. COOPERMAN NA, SIMONI JM. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *J Behav Med.* 2005; 28(2):149-56.
20. MANZINI R. Normas éticas para la investigación Clínica. [En Internet] 2002 [Fecha de acceso 28 de Junio del 2005]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/normas.htm>
21. RODRÍGUEZ E. Relación médico-paciente y práctica médica. En: Diálogo y Cooperación en Salud. Diez años de bioética en la OPS. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS, 2004; p.61-72.

AGRADECIMIENTOS

A todo el equipo de profesionales del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Unidad de Bioética: OPS-OMS, por su guía constante y apoyo. Al Fogarty Internacional, NIH-USA por brindarme el apoyo financiero para capacitarme en Bioética (Grant 5R25TW006056-04) y por consecuencia hacer posible la discusión de este ensayo.

Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México

FELIPE HEVIA(1)

INTRODUCCIÓN

La confianza/desconfianza en las sociedades complejas parece ser cada día más un factor clave¹⁻⁴ y el sector salud no escapa a ello^{5,6}. Sin embargo, a pesar de su importancia, son pocas las investigaciones que buscan comprender cómo se construye la confianza/desconfianza sobre el sistema público de salud por parte de sus usuarios. Como concluimos en esta investigación, esta pregunta es central puesto que la confianza aparece como un elemento fundamental para tomar decisiones sobre el sistema de salud (público o privado) que se utilizará en caso de existir alguna enfermedad en el hogar. □

En la literatura especializada se ha definido a la confianza como un mecanismo de reducción de la complejidad ante un futuro incierto^{3,4}. Utilizando la definición de Sztópka, “La confianza es una apuesta acerca de las acciones contingentes futuras de otros (...) Confiar llega a ser una estrategia crucial para tratar con un futuro incierto e incontrolable”³. Es decir, frente a la incertidumbre que implica el mundo futuro, la confianza aparece como un mecanismo que nos brinda seguridad y tranquilidad, nos sentimos menos vulnerables. De ahí que resulte en contextos de salud central la confianza: en situaciones de vulnerabilidad (como es padecer una enfermedad) y de incertidumbre (no saber de qué tipo y gravedad de enfermedad se trata) las personas recurren a la confianza como una forma de reducir esta incertidumbre. □

Esta investigación se pregunta no sólo por el grado de confianza que tienen los usuarios en el sistema público de salud, sino que intenta identificar los elementos que dotan de contenido dichas representaciones sociales, por medio del análisis de los discursos de los usuarios del Centro de Salud Emiliano Zapata, ubicado en Xalapa. México, un centro de atención primaria de la capital del estado de Veracruz, de 450.000 habitantes⁷.

MATERIAL Y MÉTODO

Para esta investigación se realizaron 4 grupos focales y 3 entrevistas en profundidad, que se centraron en la calidad de la atención. Fueron transcritos y analizados bajo los parámetros del análisis estructural del discurso^{8,9}. Esta información se contrastó con los resultados de la encuesta de Trato Digno desarrollada por la “Cruzada Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud” de la Secretaría de Salud y Asistencia del Estado Mexicano^{10,11}, en el Centro de Salud Emiliano Zapata, Xalapa. *La Cruzada...* es una iniciativa del gobierno federal mexicano, que involucra a las secretarías o ministerios del ramo federal y estatales, para introducir la cultura de la calidad en todos los niveles de atención*.

RESULTADOS

Discursos sociales

Los discursos sociales pueden ordenarse en

(1) Estudiante de doctorado en Antropología Social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-DF) México. heviadelajara@yahoo.com

Tabla 1. Códigos semánticos significativos en buena atención

	Buena Atención (+)	Mala atención (-)
Capacidades técnicas del médico	Chequeo médico exhaustivo	No revisan/revisan sólo por encima
	Traspaso adecuado de información	No explican detalles
	Capacitación	No están capacitados
Calidad cantidad medicamentos	Potencia y dosis adecuada	Recetan medicamentos caducos
	Existencia en los Centros de Salud	No están los medicamentos en los centros de salud
Trato humano	Capacidades empáticas personal de salud Tiempo dedicado	No se ponen en el lugar de uno Hay que esperar mucho para que te atiendan poco
	Individualidad	Tratan como enfermedad y no como personas

torno a códigos semánticos significativos, los que a su vez implican una valoración del hablante^{8,9}. La siguiente tabla resume los códigos o unidades semánticas significativas que refieren los usuarios cuando caracterizan las atenciones médicas.

El primer elemento que utilizan los usuarios para clasificar una atención de buena o mala calidad tiene que ver con las capacidades técnicas del médico. El primer elemento es que exista un chequeo médico exhaustivo por parte del médico:

“A mí no me revisa, no sé, el corazón, la presión, nada. Nomás me pregunta “qué cosa tienes” -tengo dolor en el estómago –“ya, ¿cuáles son tus síntomas del dolor del estómago?” , “pos que tengo diarrea que tengo retortijones” ok. “Bueno pus te voy a recetar esto y esto”, pero no me sentó, no me escuchó el estómago, no me pesó, no me tomó la presión ni nada. Y ya, me voy con mi receta y salgo, hasta luego, adiós. Yo creo que la consulta yo he tomado tiempo no dura más de ocho minutos”. (Mujer, 35 años)

Otro elemento considerado fundamental en los discursos sociales tiene que ver con el traspaso adecuado de información. Pero no basta con “mostrar” hay que “demostrar” también que el médico posee las capacidades técnicas y “comunicativas” para traspasar adecuadamente la información:

“O son, a veces los doctores te pueden dar

detalles que uno no sabe... mi mamá lleva tres años utilizando esas cosas para asmáticos (...) y ahora que llegamos, que te digan algo tan elemental como “ah, pos fíjese que los estos tienen cortisona”(…) entonces te apantalla [impresiona] y al apantallarte el doctor, te genera confianza, o sea ah, este sabe”, (Mujer, 28 años).

Una variable más en esta categoría tiene que ver con la capacitación que muestra (y demuestra) el médico. Es decir, entre las capacidades técnicas de un médico que da una buena atención, está también que sea uno que siga preparándose:

“¿sabes en el caso de los médicos me dices confianza a qué lo ligo en el segundo? Al conocimiento, o sea a todo eso de grados académicos todo eso, yo voy por ejemplo a un consultorio y veo que tiene veinte diplomas de congresos internacionales digo ¡ay si, este sabe! (Hombre, 29 años).

Una segunda categoría que afecta la calidad de la atención tiene que ver con la cantidad y calidad de los medicamentos. Así, los discursos identifican una buena atención con medicamentos que funcionen y que estén disponibles en los establecimientos de salud:

-Entrevistador: y me decían que había un problema con los medicamentos, que por eso la atención era regular...
- Si porque no hay medicamentos

*Para mayores referencias sobre la Cruzada, ver www.salud.gob.m

- Entrevistador: ¿y qué medicamentos les recetan?
 - Pus a veces son buenos, pero a veces no (...) [a una señora] le recetaron un medicamento que en vez que ayudarla la perjudicaron (...) y ella está ahora con un médico particular y le dijo que era a causa de los medicamentos que le habían puesto (Mujer, 56 años).

El desabastecimiento de medicamentos en el sistema público de salud en México no es una novedad; sin embargo, en los discursos más se habla de la calidad de los mismos. En particular se hace referencia tanto a la potencia como a las dosis de éstos:

“Si hay medicamentos, pos ya la hice, y si no lo hay, pos regrésate con la doctora pa’ decirle que no hay medicamentos y que sustituya ese por otro. Bueno ya, lo sustituye pero sabes que me dice “no hay penicilina, te voy a recetar un sustituto que te va a tardar mucho más en hacerte el efecto porque no es netamente penicilina sino es derivado”. (Mujer, 25 años).

Un punto central en la definición de una atención de calidad tiene que ver con el trato que da el personal de salud (médicos y enfermeras) a los pacientes. Cuatro son los principales elementos que construyen una atención personalizada. Aquí se incluye, en primer lugar, el interés y escucha activa que tenga el médico, en segundo, las capacidades empáticas o características de actitud o personalidad de los profesionales, puntos coincidentes con otras investigaciones¹²⁻¹⁵. *“[un buen médico] te pone mucha atención, checa cada detalle, escucha cada síntoma que tengas tú que, que platicarle, eh se preocupa por el paciente.* (Hombre, 29 años).

Los otros elementos son el tiempo dedicado al paciente (tema inseparables de las capacidades técnicas del profesional) y la individualidad del trato:

“Algunos médicos te atienden porque te tienen que atender, no te hacen caso, vaya, eres como que un número más en la lista ¿no? Se cumplen con cubrir su lista de pacientes y anda más. De todas formas perciben un salario con pacientes o sin pacientes”. (Mujer, 35 años). □

También influye en la percepción de la calidad de la atención la percepción de los tiempos de espera. La idea es que éstos son largos, a pesar de que las mediciones en salas de espera y las

encuestas a los usuarios dicen otra cosa. Cabe señalar que la variación de estos tiempos es muy grande, principalmente por el sistema de turnos de atención (se atiende al que llega primero en casos de no estar citados) lo que hace que los primeros, prácticamente, no esperen mientras que los últimos deban esperar por horas.

En sus discursos, los actores diferencian claramente los tiempos de espera dependiendo de la naturaleza de la consulta (morbilidad, cita o urgencia). Aquí vale la pena advertir que un elemento relacionado con este tema es la poca flexibilidad que muestran los facultativos frente a dar preferencia a los citados por sobre los que llegan a morbilidad**, a pesar de la comprensión de los usuarios ante las situaciones urgentes: *“Sí, bueno de hecho aquí los mexicanos como que tenemos un poquito de conciencia ¿no?, en que bueno, los que están menos enfermos se esperan “que vamos a atender a la señora que está grave”, esto es lo que tenemos aquí yo eso lo he visto aquí”.* (Mujer, 57 años). □

OTRO PUNTO DE VISTA: ENCUESTA DE TRATO DIGNO POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para contrastar los discursos, se llevó a cabo la encuesta de trato digno, aplicada a 60 usuarios hombres y mujeres seleccionados al azar¹⁰. El principal resultado aparece como una paradoja: en general los usuarios perciben recibir una muy buena atención, en sus cuatro elementos constitutivos: En todos los ítems sobre las capacidades técnicas del médico, los porcentajes sobrepasan el 90% de aprobación (aunque llama la atención que la revisión, por ejemplo, no tenga el 100%)

Tabla 2. Información y explicación por parte del médico

	Sí		No		Nsnc	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿Pudo hablar?	60	100%	0	0%	0	0%
¿Lo examinó?	57	95%	3	5%	0	0%
¿Sabe enfermedad?	54	90%	3	5%	3	5%
¿Explicó Tratamiento?	56	93%	3	5%	1	2%
¿Sabe qué Medicamentos tomar?	59	98%	0	0%	1	2%
¿Explicó los cuidados?	57	95%	2	3%	1	2%

Algo parecido pasa con la cantidad y calidad de medicamentos. Vemos que la satisfacción sobre los medicamentos entregados es alta. A pesar de que muchas recetas no fueron surtidas ni siquiera parcialmente,*** dos de cada tres usuarios se declararon “satisfechos” o “muy satisfechos”.

Tabla 3. Cantidad de Medicamentos

	Satisfacción	No.	%
Satisfacción sobre cantidad de medicamentos recibidos	Satisfecho	40	67%
	Más o menos satisfecho	11	18%
	Insatisfecho	5	8%
	Ns/nc	4	7%

Sobre la calidad de los medicamentos recibidos, hubo un porcentaje alto de respuestas NSNC, esto se debió, probablemente, a dos razones: Era primera consulta en el centro de salud o estaban en control y no recibían “medicamentos”. En todo caso, sorprende que para un 10% de los usuarios entrevistados el medicamento entregado o prescrito no haya solucionado el problema de salud.

Tabla 4. Calidad de Medicamentos

	Sí		No		Nsnc	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La última vez le sirvieron los medicamentos	46	77	6	10%	8	13

Sobre el trato personalizado, se utilizó el formato que desarrolló la Contraloría General del Estado en sus encuestas y que se aplica en todas las oficinas públicas a nivel estatal. En ella aparece un contundente 100% de atención cordial

Tabla 5. Calidad del trato

Trato médico	Trato	No.	%
	Cordial	60	100%
Descortés	0	0%	
Trato enfermera	Prepotente	0	0%
	Cordial	56	93%
	Descortés	3	5%
	Prepotente	1	2%

**Estas categorías, al igual que las demás, están presentes en los discursos de los usuarios, no son conclusiones mías.

***Lamentablemente la encuesta aplicada no permite saber cuántos medicamentos le fueron prescritos ni cuantos suministrados.

****En este sentido estos tiempos abarcan desde que el paciente entró al centro hasta que se atendió, y no desde que tenía su hora. Esto permite incluir a los pacientes que asisten por morbilidad aguda y no tienen hora citada.

del médico y un 93% por parte de la enfermera.

Finalmente, también los tiempos de espera se mantuvieron en rangos aceptables, considerando que la pregunta era sobre la percepción de la espera.****

Tabla 6. Tiempos de espera

Pregunta	Nº	%
Cuánto tuvo que esperar	<30	35 58%
	30-60	13 22%
	>60	12 20%
Con ese tiempo quedó usted	Satisfecho	54 90%
	Más o menos	4 7%
	insatisfecho	2 3%

En esta encuesta, sin embargo, agregamos una pregunta más no incluida en los formatos oficiales: Por qué razón se atiende en el centro de salud.

DISCUSIÓN

Si comparamos discursos y encuesta, descubrimos una contradicción: los resultados de las encuestas nos dicen que la atención que se da en el primer nivel es buena, los médicos explican e informan y son cordiales, pero al mismo tiempo, en los discursos y en las conversaciones cotidianas observamos que hay una sensación de atenciones de mala calidad.

Esta aparente contradicción revela dos temas muy importantes. El primero tiene relación con la resolutivez del problema, es decir, la capacidad de solucionar el problema de salud por el que asiste el paciente. Y para eso, debemos responder primero estas preguntas: ¿para qué utilizan los usuarios el sistema público de salud? ¿Es ahí donde realmente resuelven sus principales problemas de salud? En este sentido, la tesis que sostengo es que, finalmente, para los temas de construcción de confianza es la capacidad de resolver el problema de salud, en última instancia la que determina los conceptos de confianza o desconfianza, a pesar de que la atención sea considerada de “buena calidad”.

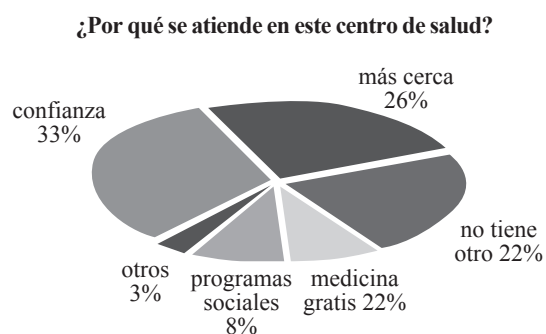


Figura 1. Utilización del servicio de salud

Y en ese sentido es que la gente efectivamente asiste al centro de salud (y responde satisfactoriamente a las encuestas que en él se hacen) pero no soluciona, si puede, sus problemas de salud ahí, prefiere solucionarlos en el sistema privado (con médico particular):

- “Preferimos pagar e ir a un médico particular y sabemos que estamos en buenas manos ¿no?, vamos a un particular si hay dinero. (mujer, 35 años)”.

Es decir, los usuarios, para enfermedades más serias o más graves, prefieren asistir con un médico particular. Y en esta decisión influyen directamente los factores que definen una buena atención médica.

En síntesis, las caracterizaciones de confianza (y desconfianza) de los usuarios sobre el SPS se construyen sobre la evaluación que hacen los actores sociales de tres elementos directos y uno indirecto: la capacidad técnica, la calidad de los medicamentos y la atención personalizada y las referencias, familiares, personales y sociales de los sistemas de atención (públicos abiertos, públicos cerrados y privados) donde el riesgo más importante tiene que ver con la resolutivez del sistema. Según estos criterios se caracteriza la relación con el sistema público de salud y constituyen así elementos significativos para la toma de decisiones en salud: dependiendo de la confianza que los usuarios tengan en el sistema abierto de salud pueda resolver su problema, asistirán o no a él.

Pero la confianza como “mecanismo de toma de decisiones” tiene límites. Por un lado, cuando no hay “riesgo” (como en las citas de

oportunidades o las vacunaciones) las relaciones no se caracterizan como de confianza o desconfianza y, por otro, la confianza como factor para elegir el sistema de atención en salud está limitada por el dinero, hay un umbral donde se elige el sistema porque no tiene otra posibilidad.

REFERENCIAS

1. FUKUYAMA F. Confianza Atlántida, Buenos Aires, 1996.
2. GOBIERNO DE CHILE. Confianza social en Chile; desafíos y proyecciones. División de Organizaciones Sociales, Santiago, 2001.
3. SZTOMPKA P. Trust: A sociological Theory. Cambridge. Univ. Press, Cambridge, 1999.
4. MISZTAL B. Trust in modern societies. Polity Press, Londres, 1993.
5. HEVIA DE LA JARA F. Los usuarios ¿confían en las instituciones de salud? Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Tesis Maestría), México, 2003.
6. HEVIA DE LA JARA F. Imágenes de confianza Ponencia presentada en el Segundo Congreso Internacional de Retórica. UNAM, México, 2003.
7. GOBIERNO DE MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario Estadístico de Veracruz CD-ROM INEGI, México, 2003.
8. MARC E. & PICARD D. La interacción social. Cultura institución y comunicación. Paidós, Barcelona, 1992.
9. MARTINIC S. Análisis estructural: presentación de un método para el estudio de las lógicas culturales CIDE, Santiago, 1992.
10. GOBIERNO DE MÉXICO. Secretaría de salud y asistencia. Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica. Gobierno de México, México, 2000.
11. GOBIERNO DE MÉXICO. Secretaría de salud y asistencia. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos Gobierno de México, México, 2000.
12. LAVADOS M, PAZ R, MOSSÓ L. Evaluación de la relación médico paciente: estudio y reflexión PUCH, Santiago, 1991.
13. HEVIA DE LA JARA F. La Relación Médico Paciente a través de la palabra. Santiago U. de Chile (tesis de grado licenciatura), Santiago, 1999.
14. DOMÍNGUEZ O. La relación médico-paciente: un desafío para la ética moderna CEP, Santiago, 1991.
15. MEEUWESSEN L, CAS SHAAP & VAN DER STAAK C. Verbal analysis of doctor-patient communication Soc. Sci. Med. 1991. 32(10) pp.1143-1150.

La población canina en la Región Metropolitana y sus efectos sobre la salud de las personas

HERNAN VARAS⁽¹⁾

Tradicionalmente el principal problema de salud pública asociado a la población canina es la rabia. En el país existía una condición de enzootia hasta fines de la década de los sesenta, pero la aplicación estratégica y sistemática de las medidas del programa nacional de control logró, a mediados de la década de los ochenta, controlar la presentación de esta enfermedad con casos aislados sin capacidad de generar una epidemia¹.

Sin embargo, ya en 1997 la población canina en la Región Metropolitana bordeaba el millón de animales, según estudios de la Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias de la Universidad de Chile², sólo considerando los canes con dueño, sin contarse en ese momento con una estimación cierta de la cantidad de canes denominados vagabundos o sin dueño.

Más recientemente, de acuerdo a estudios publicados por dicha facultad para el año 2002; realizados con el apoyo de los Departamentos de Higiene y Control Ambiental de las municipalidades de la región aplicando más de 9400 encuestas probabilísticas en 28 de las 34 comunas urbanas y rurales del Gran Santiago; la población canina de la región totalizaba 1.117.192 ejemplares con dueño^{3*}. (Figura 1)

A partir de la cantidad de viviendas habitadas arrojada por el censo de 2002⁴, se calculó que la proporción de caninos en residencias ascendía a 3 canes por cada 4 viviendas (0,76 canes/vivienda). El promedio de edad de dicha población es levemente mayor a 3 años y medio,

por lo que se trata de población canina joven con un alto potencial reproductivo. Con anterioridad Montes (1966)⁵ informó de 280.505 canes para la región, en cambio Matus para 1970⁶ encontró una población canina de 361.558 animales es decir un aumento de 20.263 /año.

De acuerdo a las cifras publicadas por Ibarra y cols, el incremento anual entre 1970 y el 2002 es algo superior, llegando a 23 613 canes/año (755.634 animales más en ese lapso). De mantenerse esta tendencia; podría esperarse alcanzar en 2010, una población de más de 1.300.000 canes en la Región Metropolitana.

Por otra parte, una proporción importante de la población canina de la región se encuentra circulando por las calles, de acuerdo al estudio de Ibarra, L; Espínola, F; Echeverría, M (2004)⁷ que describe la población estimada del conjunto de "perros callejeros", es decir animales que tienen dueño y una casa y que las personas dejan salir a la calle; "canes supervisados", es decir los animales que circulan junto a su dueño; "perros vagabundos"; que no tienen propietario; y "canes de vecindario", animales que si bien no tienen dueño, los habitantes del lugar, calle o pasaje, mantienen y alimentan sin asumir su propiedad (Figura 2).

Dicha población de circulación libre, fue calculada a partir del promedio de animales estimado por manzana en cada comuna. En base a esta forma de estimación, en las calles de Santiago habría un total de 214.933 canes,

(1) Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. hvaras@med.uchile.cl

*Nivel significación de 99 %, error 20%. Margen no respuesta calc. 20 %. No respuesta real: 14,9 %

correspondiendo en orden de importancia a 112.719 perros callejeros (52,44%); 46.443 perros vagabundos (21,9 %); que corresponden a la población de más difícil control para los organismos de salud; 37.420 perros supervisados (16,78%), y 18.351 perros de vecindario (8,93%). En suma, habría 150.139 perros con dueño y 64.794 perros sin dueño. Esta situación ha determinado que se hagan muy relevantes los problemas asociados a la población canina, que se resumen en la Tabla 1.

Entre los problemas descritos destacan los accidentes por mordeduras. De acuerdo a las cifras sobre número de mordeduras, aportadas por la unidad de Zoonosis de la Secretaría Regional Ministerial de Salud⁸ se atendieron durante el trienio 2003-2005, un total de 50.246 mordeduras (Tabla 2), es decir un promedio de 16.749 atenciones/año. en personas que demandaron atención sanitaria. Esta cifra equivaldría a una tasa de 276,3 por 100.000 hbtes. Sin embargo la cifra real de mordeduras es bastante superior ya que de acuerdo a lo publicado por la Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias de la Universidad de Chile para la Región⁹, en un estudio poblacional

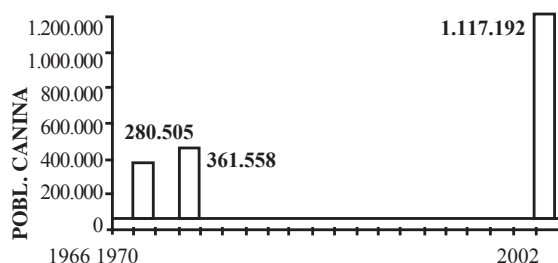


Figura 1. Población canina Región Metropolitana 1966-2002.

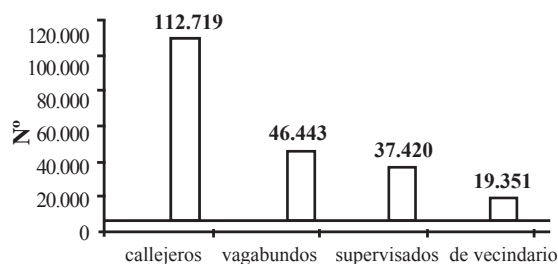


Figura 2. N° y tipo de canes de circulación libre en las calles del gran Santiago (2004).

se estimó una tasa de mordeduras de 1262 casos por 100.000 hbtes., es decir una cifra 5 veces mayor, lo que implica que se demanda sólo un 22 % de atenciones de salud por esta causa dentro del universo de casos.

Las prestaciones de salud por mordeduras con alguna frecuencia deben incluir el tratamiento de complicaciones. Según Martínez A.¹⁰; el principal riesgo de las mordeduras es la infección de la herida ya que puede derivar a una artritis séptica, osteomielitis o tendosinovitis.

Esto se traduce en una alta distracción de recursos humanos y financieros necesarios para su resolución. Se estima que el costo unitario de atención de mordeduras, de acuerdo a Urcelay y Aguayo¹¹ asciende a US. \$ 45. A un promedio de 16.749 mordeduras/año, el costo de atención por esta causa se eleva sobre los US \$ 750.000 anuales.

La población canina, en especial la de circulación libre en las calles de la Región Metropolitana, aparte del problema de las mordeduras a personas, interfiere con su calidad de vida generando inseguridad de desplazamiento en las vías públicas constituyéndose en un peligro para los conductores de vehículos ya que con frecuencia propician accidentes de tránsito,

Por otra parte, contribuyen con frecuencia a la dispersión de basura, la acumulación de fecas en calles y áreas verdes, los malos olores, la proliferación de vectores, la generación de molestias por ruido y la transmisión de enfermedades zoonóticas entre otros importantes problemas de salud pública.

Todo lo expuesto representa un interesante desafío para la autoridad sanitaria regional, toda vez que se requiere coordinar con las autoridades locales y la comunidad una respuesta conjunta al problema de la población canina y sus implicancias en la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. SESMA, CHILE, MINISTERIO DE SALUD. (2001) Problemas asociados a la población canina en la Región Metropolitana. Documento de trabajo.

2. FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS Y PECUARIAS. U DE CH. (1998) Estudio demográfico de la población canina y felina del Gran Santiago. (cit. por Sesma en 1)
3. IBARRA, L; MORALES, M; ACUÑA, P. (2003) Aspectos demográficos de la población de perros y gatos de la ciudad de Santiago de Chile. Avances en Ciencias Veterinarias 18 (1-2) 13-20 ISSN 0706-260X.
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO.(INE) (2003) Resultados población y vivienda censo 2002. (citados por Ibarra y cols. en 3)
5. MONTES, L (1966) Estudio de la población canina en la ciudad de Santiago, su densidad y composición. □ Tesis: Facultad de Ciencias Pecuarias y Medicina Veterinaria..Universidad de Chile.(73 pp.) □
6. MATUS, P; MORALES, M; LOYOLA, R; ROMÁN, D. (1974). Estudio de la población canina del Gran Santiago. Revista de la Sociedad Médico Veterinaria de Chile. Vol. 24 (pags. 31-42)
7. IBARRA, L; ESPÍNOLA, F; ECHEVERRÍA, M. (2004). Estimación de la población de perros callejeros y vagabundos en la ciudad de Santiago, Chile (en preparación para publicación)
8. SEREMI SALUD RM (2006) Unidad de Zoonosis. Mordeduras caninas totales anuales en la Región Metropolitana. Trienio 2003-2005. Com. personal.
9. IBARRA, L.; MORALES, M. A.; CÁCERES, L. 2003. Mordeduras a personas por ataque de perros en la ciudad de Santiago, Chile. Avances en Ciencias Veterinarias. Vol 18, (1-2): 41-46.
10. MARTÍNEZ, A. (2005) Microorganismos asociados a infecciones por mordeduras de perros y gatos. Mon. Electr. Patol. Vet. 2 (1) : 1-16).
11. URCELAY, S Y AGUAYO, S (1994) Estimación del costo de mordeduras animales. XII Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias. Acapulco. México.

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

SEMBLANZA

Conrado Ristori El adiós a un gran maestro

JORGE TORO⁽¹⁾ y DANIELA ARANEDA⁽²⁾



“¿Usted es el hijo del Dr. Ristori?” solían preguntarle a Leonardo Ristori Hernández cuando daba sus primeros pasos como médico. “¿Usted es el papá del Dr. Ristori?” era la pregunta que, algunos años después, le hacían al epidemiólogo y salubrista Conrado Ristori Costaldi, quien no ocultaba su orgullo al responder.

Nunca le dijo a su hijo “vas a estudiar medicina”, pero sin duda marcó el camino para que él lo siguiera. Su presencia, cariño, ejemplo, sentido de la justicia y dedicación al servicio público delinearon además la vida personal de Leonardo y su hermana Claudia.

Nacido en San Fernando y criado en Italia, médico formado en las universidades Católica y de Chile, Conrado Ristori “era capaz de gritar de indignación frente al televisor si veía un hecho que él considerara injusto”, cuenta su hijo. Pero, en lugar de convertirse en un revolucionario, supo sublimar ese sentimiento y canalizarlo en su trabajo.

Desde siempre tuvo claro que era mayor el impacto de los esfuerzos por prevenir que por curar, lo cual lo motivó hacia el campo de la salud pública. Obtuvo un master en la Universidad de Harvard en 1953, se integró a los equipos de profesionales que dieron forma al Servicio Nacional de Salud -del que llegaría a ser su Director General en 1967- y fue protagonista en los programas de vacunación que convirtieron a Chile en pionero a nivel mundial. Hizo docencia en la Escuela de Salubridad, trabajó en la posta del hospital

Barros Luco, tuvo un cargo en el Ejército cuando hubo un brote de meningitis al interior de la institución y fue llamado a colaborar con el ejército argentino en temas sanitarios. Tras jubilar, se incorporó como especialista en salud pública en la Oficina Sanitaria Panamericana, desde donde dirigió el Programa de Salud en las Américas y colaboró, activamente, en la campaña mundial de erradicación de la viruela.

MI MAESTRO

Son muchos los chilenos que, sin saberlo, viven sanos gracias a la visión y vocación de este hombre. También son muchos los que lo conocieron y tuvieron el privilegio de aprender de él, ya sea como colegas, alumnos o discípulos. Uno de ellos es el Dr. Jorge Toro, quien hoy dedica unas líneas al maestro que ya no está:

“Va a tener suerte, doctor- me dijo la Sra. Nubia, secretaria del Departamento de Programación del Ministerio de Salud, cuando me comunicó que compartiría oficina con el Dr. Conrado Ristori-; va a compartir con una gran persona, de la cual va a aprender mucho”.

Así fue. He tenido muchos maestros en mi carrera, a quienes agradezco su generosidad y su altura humana y científica. Sin embargo, el principal en Salud Pública y Epidemiología fue el Dr. Ristori. Era marzo de 1980 y, recién jubilado de la OPS, se vino a ofrecer para colaborar en el Ministerio ad honorem, los primeros años a tiempo completo y, luego, a media jornada hasta fines de 1990. Once años

(1) Ministerio de Salud. jtoro@minsal.cl

(2) Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

de trabajo de gran calidad y sin costo para el Ministerio de Salud. Se hizo cargo del Boletín de Vigilancia Epidemiológica y comenzó a interiorizarse en las vacunas actuales y futuras junto a la evolución de las enfermedades transmisibles, las cuales eran su pasión y grandes competencias.

Fue un gran innovador, desde que batalló junto a Horwitz y Borgoño en la Sociedad Chilena de Pediatría para iniciar las vacunaciones a nivel nacional en los años sesenta. Recordaremos que en 1964 se inició la vacuna antisarampión como uno de los primeros países en el mundo en colocarla en un esquema nacional y a gran escala. Había mucha desconfianza por los virus atenuados que se inyectarían a los niños.

Todas las modificaciones del esquema de vacunaciones del país en esos once años de trabajo se debieron al Dr. Ristori. Fue él quien comenzó a hacer propuestas para concretar el cambio del BCG líquido por el liofilizado, trasladar la vacunación antisarampión desde el octavo mes al año de edad con vacunaciones de refuerzo y dar las bases técnicas para el inicio de la vacunación tresvétrica.

En otra área de Salud Pública, sus argumentos sólidos alcanzaron hasta la Sociedad Protectora de Animales, que se oponía a la eliminación de perros callejeros, que en ese entonces revestían un peligro de transmisión de rabia animal hacia las personas. Fue escuchada y aceptada su propuesta de controlar a los perros vagabundos, y la Sociedad respaldó la decisión de la autoridad sanitaria.

Durante esos once años, todos los artículos publicados desde textos en inglés del Weekly Epidemiological Record de la OMS, del Morbidity and Mortality Weekly Report del CDC y otras, fueron transcritos por el Dr. Ristori. Me pidió en algunos casos que cotejara los datos de los textos originales con los transcritos en español. Siempre me asombró que sus traducciones fuesen mejoradas al traducirlas a su excelente castellano, en muchísimas palabras y frases exactas y notables.

Siempre se mostró jovial y muy sencillo -la sencillez es de hombres sabios- a pesar de su notable trayectoria, desde Director subrogante del Servicio Nacional de Salud hasta epidemiólogo de OPS en Buenos Aires para la región del Cono Sur.

En 1980 me correspondió organizar el segundo Curso de Epidemiología Clínica en Puerto Montt, con el respaldo de UNICEF,

OMS, UNFPA y Ministerio de Salud. El Dr. Ristori aceptó la invitación de actuar como docente en varios temas, los que presentó, como siempre, en forma brillante. Esperando en el lobby del hotel nuestro traslado al aeropuerto, lo encontré sentado viendo dibujos animados, exactamente "Tom y Jerry". Le pregunté si quería cambiar de canal, a lo que me respondió asombrosamente "¡No, Jorge, por ningún motivo! Me fascina verlos en distintos roles, hasta viajes espaciales...", contándome en seguida que era un asiduo seguidor de ellos, con distintas historias que había visto. ¡Quién creería que este maestro de gran prestigio, de un metro noventa y cuatro, corpulento, hombre mayor, que se imponía con su sola presencia, disfrutara de simples programas infantiles!

Otra faceta de su personalidad era su actitud siempre positiva, con su rostro plácido y sonriente. Pese a que sufría de varias dolencias, jamás hablaba de ellas y había que sonsacarle datos sobre la evolución y tratamientos de control.

Cada vez que le pedía que cuando tuviese tiempo me revisara un documento o me respondiera algunas dudas, dejaba de inmediato su trabajo de escribir a máquina y me decía "¡...A ver, veámoslo ahora...!"

Como Director Técnico del Boletín decidió, como política, "rescatar" todos los trabajos que se recibían para su publicación, iniciando la carta de respuesta a los autores, generalmente médicos y profesionales jóvenes sin mayor experiencia en publicar artículos en revistas, con la frase "Felicitaciones... su trabajo ha sido aceptado para ser publicado en el Boletín Epidemiológico..." para luego señalar una lista, no pocas veces extensa, de observaciones y preguntas. La totalidad era respondida por los autores y, con apoyo de figuras, gráficos y referencias bibliográficas que colocábamos, se lograba mejorar notablemente el trabajo original para beneplácito de ellos, teniendo además el propósito de incentivar a los profesionales y no perder esfuerzos de un trabajo e inquietudes locales.

Su espectro en Salud Pública no solamente abarcó el área de las vacunas y enfermedades transmisibles. Después del terremoto en la zona central en marzo de 1985, se abocó a realizar una búsqueda bibliográfica que se publicó en

el Boletín. También indagó en temas como los problemas sanitarios frente a emergencias nucleares, colecistitis crónica y su asociación a portador de salmonelosis, mortalidad infantil, infecciones intrahospitalarias y otros. □

Don Conrado, mis sinceros agradecimientos por su generosidad en enseñar, por su espíritu noble, excepcional, por su jovialidad, por sus conocimientos y experiencias. El país, y yo en

lo personal, le debemos muchísimo. En parte, ello fue expresado en los reconocimientos públicos realizados en el Edificio Diego Portales a diez años de haberse cumplido en el país el Programa de Infecciones Intrahospitalarias y haber recibido la Cruz del Sur, con la cual el ex ministro de Salud, Dr. Juan Giaconi, le condecoró con todo el honor que se merecía.

REVISTA DE REVISTAS

PROBLEMAS AUDITIVOS EN PRE ESCOLARES, SEGÚN ESTUDIO AUDIOLÓGICO Y PERCEPCIÓN DE EDUCADORES. REGIÓN METROPOLITANA, DICIEMBRE 2005

Schonhaut L, Farfán C, Neuvonen R, Vacaristas P. Rev Chil Pediatr 77 (3); 247-253, 2006. □

La relación entre audición y desarrollo neuropsicológico está ampliamente demostrada. Pérdidas auditivas leves o incluso unilaterales se asocian a retraso del lenguaje y dificultades escolares. En Chile no existe un tamizado auditivo masivo para los pre escolares y escolares, sino una pesquisa en base a estimación subjetiva de la audición en los programas de salud escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de hipoacusia en pre escolares y correlacionarlo con la percepción de educadores sobre la audición y lenguaje de los niños.

Durante diciembre de 2005 se citó a todos los niños de 4 y 5 años de un jardín infantil del área norte de la RM a una evaluación audiológica consistente en otoscopia, audiometría e impedanciometría, realizada en el laboratorio de Otoneurología de la Escuela de Tecnología Médica (U. de Chile). Previamente, y sin mediar entrenamiento, se interrogó a las educadoras acerca de la sospecha de pérdida auditiva o problemas de lenguaje en los niños evaluados.

Se evaluaron 87 de 100 pre escolares con una edad promedio de 4.4 años. De ellos, 13 niños (15% tenía problemas audiológicos. De éstos, diez no pasaron el tamizado auditivo, lo que da una tasa de hipoacusia de 11.6%; todos correspondieron a hipoacusias de transmisión. La sensibilidad de las educadoras para pesquisarla fue de 50%. No se correlacionó la percepción de problemas de lenguaje con hipoacusia. Se concluye destacando la alta frecuencia de problemas audiológicos encontrados. La sola sospecha de hipoacusia por parte de los educadores, es insuficiente como método de preselección, ya que pesquisa solo a la mitad de los afectados. Estos hallazgos nos plantea la necesidad de implementar tamizados auditivos objetivos a todos los niños al comenzar su educación formal.

MORBIMORTALIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA CHILENA EN 10 INSTITUCIONES DE SALUD

Csendes A, Malvenda F. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 – N° 3 Junio 2006, págs. 208-212

La obesidad mórbida es una enfermedad que ha aumentado en forma significativa en Chile, llegando a cifras de 120.000 a 150.000 pacientes en la actualidad.

Datos del Ministerio de Salud señalan que un 17% de los niños tiene obesidad, cifra que se eleva a 20% entre los 25 y 44 años, a 33% entre 45 y 64 años y a 45% sobre los 65 años. Con el objeto de conocer la situación de la cirugía de la OM en el país, se planeó la realización de dos encuentros. Uno en 2005, motivo del presente estudio, sobre morbilidad y el otro se realizará en dos años más, para observar resultados alejados.

Se solicitó a 10 grupos quirúrgicos universitarios o privados, que realizan cirugía bariátrica, presentar sus resultados. En este encuentro no hubo representantes de hospitales ministeriales público, ya que esta cirugía se realiza allí en forma esporádica.

El objetivo fue determinar la morbilidad de la cirugía bariátrica en Chile. Se analizó la letalidad operatoria, sus causas, la morbilidad post operatoria más importante y la tasa de reoperaciones precoces, tanto al realizar bypass gástrico como en la banda gástrica ajustable. Resultados: en los últimos 5 años se han realizado 4040 bypass gástrico y 896 colocaciones de banda gástrica ajustable en los 10 centros participantes. La letalidad global del bypass gástrico fue 0,32% siendo la embolia pulmonar la causa más frecuente (casi el 50%). La tasa de complicaciones varió entre 2,3 y 20% y la tasa de reoperaciones entre 1,6 y 11,6%. No hubo mortalidad después de banda gástrica ajustable. Se concluye que las cifras de morbilidad y letalidad operatoria por cirugía bariátrica en Chile son enteramente comparables a los mejores centros quirúrgicos de Estados Unidos y Europa.

INFLUENCIA DE LA CONSULTA PREVIA CON EMPÍRICOS SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NIÑOS INTERNADOS

Pavlicich V, Benítez C. *Pediatr Py* 2004, 31(2): 88-97 (Revista de Pediatría de Paraguay)
 Revista Chilena Pediatría 77 (3), 306-316, 2006

Los niños que consultan en los hospitales públicos de Paraguay y que requieren hospitalización han recibido, previamente, medicaciones tradicionales principalmente hierbas medicinales de arraigo popular, que son prescritas y administradas por familiares o por curanderos.

El objetivo del presente trabajo fue determinar si la consulta previa (CP) con el curandero, influye sobre la morbilidad y mortalidad de los niños internados por infección respiratoria baja (IRB) o diarrea aguda y comparar la influencia de la CP a la internación con: el pediatra, médico general, enfermera y farmacéutico. Se hizo un diseño de cohorte prospectivo y analítico. Se incluyó a 130 niños de 1 mes a 5 años internados por diarrea aguda o IRB entre agosto 2002 y agosto 2004 en el Hospital Nacional de Itauguá. Se realizó cálculos de frecuencia en el análisis univariado, tablas de contingencia en el divariado y regresión logística para variables independientes.

Resultados: 117 pacientes realizaron 176 consultas previas: a Pediatra 35,7%, a Curandero 25%, a Médico general 25%, a Enfermera 9%

y a Farmacéutico 5,1%. El 39,2 de las CP no fueron al médico, la gravedad al ingreso fue mayor en pacientes que consultaron con el curandero ($p=0,004$) y con el farmacéutico ($p=0,001$). Las complicaciones aumentaron cuando el niño había consultado más de dos veces con el curandero (OR= 2,6 RR=01,6).

68 pacientes utilizaron 49 tipos de yerbas aisladas o combinadas sin aumento de complicaciones ($p=0,2$), con 3,8 días más de estadía. La media de días de internación fue: Sin CP 5,3 días, (DS3,2) curandero 17,2 días, (DS 16) médico general 13,5 días (DS15,5) Pediatra 11,6 días (DS 14). □

Los días de internación aumentaron cuando el inicio de los síntomas fue igual o mayor a tres días previos. Existieron más complicaciones en los niños que realizaron consultas previas ($p=0.003$). Fallecieron 6 pacientes, habían realizado 26 consultas de las cuales 16 fueron con empírico.

El análisis multivariado mantuvo la independencia de curandero en relación con; complicaciones ($p=0,006$ y días de internación $p= 0,02$).

Se concluye que la consulta previa con el curandero aumentó la morbilidad en pacientes internados con relación a retraso en la consulta y mayor gravedad al ingreso. Los pacientes con menor morbilidad fueron los que consultaron directamente en el hospital previo a la hospitalización.

AGENDA

XI CONGRESO NACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO

Tampico, México, 13 al 16 de septiembre de 2006

La Federación Nacional de Salud en el Trabajo y la Sociedad de Medicina del Trabajo de las Huastecas, México, invitan a este evento, que tendrá como tema central "La Salud de los Trabajadores y su Trascendencia en la Productividad de las Empresas". El objetivo del encuentro es cubrir las necesidades académicas, abrir las opciones para ser competitivos, conocer otros puntos de vista de especialistas, todo esto buscando la mejora continua para aplicar los conocimientos en beneficio de la comunidad laboral.

Informaciones:
patriciamedellin@prodigy.net.mx
www.11congresost.com

XX CONGRESO MUNDIAL DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL TRÁNSITO

Melbourne, Australia, 16 al 18 de octubre de 2006

Este Congreso está orientado a todos los profesionales involucrados en la prevención, tratamiento o interpretación de los daños ocasionados por el tránsito vial. Se incluyen las perspectivas médica, de ingeniería, legal, educacional, política y de salud pública. Un día del Congreso será especialmente dedicado al tema de las drogas y la conducción.

Informaciones:
traffimed@vifm.org
http://www.traffimedicine.org/

VII CONFERENCIA REGIONAL EUROPEA DE LA UIPES

Budapest, Hungría, 18 al 21 de octubre de 2006

Organizada por la Unión internacional de

Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) en cooperación con el Instituto Nacional Húngaro de Desarrollo de la Salud (NIHD) y la Escuela de Salud Pública de Debrecen, con ayuda del Ministerio de Salud Húngaro y la Oficina del Comisario para la Coordinación de la Salud Pública. Globalización, Equidad, Desigualdades y Salud será el eje temático de las presentaciones.

Informaciones:
alice.sipos@motesz.hu
www.equityinhealth2006.hu

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA **Versión 2007**

Hasta el 30 de noviembre están abiertas las postulaciones al Magíster en Salud Pública, que ofrece la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Este programa académico, con casi 25 años de existencia, tiene como objetivos proporcionar una formación académica sistemática de alto nivel en las disciplinas y contenidos del campo de la Salud Pública y entregar los conocimientos científicos para que el graduado pueda desempeñarse eficientemente en funciones de carácter directivo, así como en docencia e investigación.

El Magíster está reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Postgrado (CONAP), lo que permite a los estudiantes postular a distintas becas de financiamiento.

Informaciones:
Fono: (56 - 2) 978 6150 – 978 6433
ncastillo@med.uchile.cl
hcuitino@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

IX ESCUELA INTERNACIONAL DE VERANO

Santiago, Chile, 08 al 19 de enero de 2007

Cerca de una veintena de cursos en distintas áreas relacionadas con la salud pública, serán

dictados en la IX versión de la Escuela Internacional de Verano, que organiza la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en conjunto con su similar de la Universidad de Carolina del Norte (EE.UU.).

Prestigiosos docentes nacionales y extranjeros estarán a cargo de los módulos, de una semana de duración cada uno, en materias como Epidemiología, Salud Mental, Salud Ocupacional, Estadística y Bioestadística,

Atención primaria, Ensayos Clínicos, Gestión y Administración, Salud Ambiental, Promoción de la Salud y Participación Comunitaria.

Listado de cursos, informaciones e inscripciones:

Fonos (56-2) 978 6536 – 978 6146 □

extensión@med.uchile.cl

brebolle@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

Fe de erratas

Por un error de imprenta, en la páginas 48 y 49 del volumen 10 (1) dice´5f. Debe decir α5f.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

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

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

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

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

1.-ARTÍCULOS ORIGINALES

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

Las especificaciones de cada sección son las siguientes:

Página del título □ Debe contener: Título del trabajo, atinente al tema y no superior a 20 palabras; □ el o los autores, identificándolos con su nombre de pila y apellido paterno; nombre de la institución donde se desempeñen al momento de la ejecución del trabajo; nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del primer autor; fuente de apoyo económico, si lo hubo.

Resumen □ No debe exceder 250 palabras, que describa los objetivos y diseño de estudio, hipótesis si corresponde, los materiales y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes, siguiendo el mismo formato descrito en 1b. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Debe incluirse también un resumen en inglés (abstract). Los autores pueden proponer 3 a 6 palabras clave elegidas en la lista correspondiente del Index Medicus. □

Introducción □ Identifique el problema en estudio. Si es pertinente, haga explícita la hipótesis que pretende probar. Cite las referencias bibliográficas que sean estrictamente necesarias.

Material y método □ Describa el universo o la muestra y las condiciones de selección de los sujetos □ en estudio. Indique los métodos, instrumentos y procedimientos estadísticos empleados y cite las referencias respectivas.

Resultados □ Preséntelos en secuencia lógica. Muéstrelos en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Destaque en el texto las observaciones más importantes. No mezcle resultados con discusión.

Discusión □ Destaque los aspectos nuevos y relevantes que aporta su trabajo. Indique si se ha validado la hipótesis (si corresponde). Relacione sus hallazgos con otros estudios y señale posibles limitaciones.

Agradecimientos □ Manifieste su reconocimiento sólo a personas e instituciones que hicieron □ contribuciones importantes a su trabajo, en caso de ser necesario. □

Referencias □ Deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos entre paréntesis), que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo. Limite las referencias a no más de 40. La cita de las referencias se hará siguiendo las normas internacionales para artículos de revistas, libros y capítulos de libros. □

El apellido e inicial del nombre del o los autores debe escribirse en letras mayúsculas. Mencione a todos los autores cuando su número sea igual o inferior a seis; si son siete o más, incluya los primeros tres y agregue "et al". La única puntuación corresponde a comas que separen los autores entre sí. Los nombres de las revistas deben abreviarse según el estilo usado en el Index Medicus. A modo de ejemplo, si la referencia corresponde a una revista, se debe citar: □

12. DOHERTY M, DAVIES P, BELLI M, TOCQUE K. Tuberculosis in England and Wales. Ethnic origin is more important than social deprivation. B M J. 1995 Jul 15: 311 (6998): 187. Si la cita es de un texto: □

15. DURAN E. Guía de Estudio de Técnica Bibliográfica, Hemerográfica y Documental. UNAM SUA. México, 1978. 125 págs.

Tablas y figuras □ Las tablas, gráficos y/o figuras deben ser planos y numerados en orden consecutivo. Deben incluir título, nombre de las variables y sus categorías, unidad de medida y nota aclaratoria a pie de página si lo requiere. Incluya como máximo 8 tablas, gráficos y/o figuras.

2.-TEMAS DE ACTUALIDAD

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

3.-ARTÍCULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se aceptarán para publicación revisiones sistemáticas y narrativas. En ambos casos, el trabajo debe tener: Introducción, con una definición precisa del tema sujeto a revisión.

Material y Métodos utilizados para realizar la revisión. En el caso de revisiones sistemáticas con análisis estadísticos, se debe especificar los fundamentos del análisis elegido, además de indicar los criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía contenida en la revisión.

4.-APARTADOS

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

IMPORTANTE

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