



III JORNADAS CHILENAS DE SALUD PÚBLICA

Resúmenes de trabajos aceptados

1983

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

WA 100
J82
1983
C 2



III JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

1983

RESUMENES DE TRABAJOS ACEPTADOS

INDICE

SALUD MATERNA Y DEL RECIEN NACIDO	Página
Variables epidemiológicas que intervienen en el resultado de la gestación no deseada C. Martínez, R. Guzmán, R. Puente y cols.	14
Estudio epidemiológico del recién nacido de la Región Metropolitana A. Kirschbaum, A. Salomón, E. Parker	17
Peso del recién nacido y variables nutricionales y biodemográficas maternas E. Raby, E. Atalah y F. Cumsille	21
Tendencias del peso de nacimiento y puntaje APGAR en el Area Occidente de Santiago N. Vargas, M. Arriaza, M. Espinoza y R. Francos	23
Tipo de parto y su relación con la cantidad de controles de embarazo R. Plass, S. Herrera y P. Molina	26
Algunos aspectos de la relación matrona-paciente D. Zalazar y G. Marín	28
Evolución de la primiparidad en Santa Cruz J. Baeza	31
Características socioeconómicas de la madre soltera en un área periférica de Santiago M. Barría, S. Gallardo, P. Guarda y cols.	33
 SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE	
Ilegitimidad: características del primer año de vida en lactantes bajo control en un consultorio periférico de la comuna de Pudahuel. M. Barría, S. Gallardo, P. Guarda y A. Herrera	34
Perfil de morbilidad pediátrica ambulatoria en el Servicio de Salud Metropolitano Norte I. López, J. Salazar, J. Rojas y cols.	35
Comportamiento de la morbilidad del lactante menor bajo control en el consultorio La Pincoya I. López, H. Sepúlveda, N. Aguirre y cols.	38
La salud del preescolar en jardines infantiles de Santiago A. M. Kaempffer, M. Mery, H. Molina y cols.	40
Detección precoz del retraso en el desarrollo psicomotor mediante una prueba de tamizado ("screening") para el nivel primario de atención J. A. Tieffenberg y S. Labrin	41
Desnutrición infantil en Monteágula S. Herrera y R. Plass	42
Necesidades del adolescente y rendimiento académico E. Peña, I. López, A. M. Kaempffer y S. Vargas	44
Adolescente escolares de la comuna de La Reina: percepción de necesidades, intereses y problemas R. Florenzano, B. Zegers, G. Sziklai y cols.	47
Demanda manifiesta por atención fonoaudiológica en una escuela especial R. Carrasco, A. Salomón y D. Zalazar	49
Antropometría y estado nutritivo de escolares de nivel socioeconómico alto según origen de los apellidos M. de la Fuente, J. Margozzini, G. Yentzen y cols.	50
Diagnóstico del estado de salud de los alumnos de la Universidad del Norte C. Domínguez	50

Incidencia de episodios agudos de enfermedades crónicas en niños M. I. Romero, A. Le-Bert y M. Guerrero	51
La mortalidad de los niños, un enemigo vulnerable V. Botteselle, L. Marchant y J. Mascaró	53

SALUD MENTAL

Psiquiatría en el hospital general: características de consultantes y uso de una nueva clasificación O. Feuerhake, R. Florenzano, S. Gloger y G. Ríos	55
Estudio clínico y epidemiológico del alcoholismo entendido como apatencia patológica J. Pallavicini, A. Legarreta, F. Cumsille y cols.	56
Metodología estadística y computacional en la investigación epidemiológica de apatencias patológicas C. Silva, F. Cumsille, A. Legarreta y cols	58
Estudio comparativo sobre alcoholismo y otros hábitos de beber en Santiago, 1958 y 1982 J. Pallavicini, A. Legarreta, F. Cumsille y cols.	59
Epidemiología del alcoholismo desde el punto de vista ocupacional M. Trucco	61
Prevalencia de bebedores anormales en escolares adolescentes de Ñuñoa A. Repetto, G. Moya, F. Radrigán y cols.	62
Conocimientos y actitudes de los profesores de enseñanza media acerca del alcoholismo y la drogadicción en la Región Metropolitana A. Repetto, M. Báez, E. Medina y cols.	64

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Enfermedades infecciosas en Chile: situación actual y perspectivas E. Medina, A. M. Kaempffer, R. Carrasco y cols.	65
Enteroparasitosis en pre-escolares de una comunidad rural R. Baechler, C. Silva y R. González	68
Estado inmunitario de la población de Chile contra poliomielitis, sarampión y rubeola determinado por censo serológico A. Schuster, H. Rodríguez, P. Vicent y cols.	70
Evaluación del estado inmunológico y vacunación antirubeola en alumnas de la Universidad de Chile H. Briones, M. I. Vergara, E. del Solar y cols.	76
Bacteremia por <i>Salmonella typhi</i> y <i>paratyphi</i> en el menor de 2 años C. Ferrecio, M. Levine e I. Prentzel	78
Detección de portadores crónicos de <i>Salmonella typhi</i> por investigación serológica de anticuerpos Vi C. Ristori, L. Jiménez, M. Salcedo y cols.	81
Tratamiento no quirúrgico del estado de portador crónico de <i>Salmonella typhi</i> C. Lanata, R. Black, M. Levine y cols.	84

HIGIENE AMBIENTAL

Estimación del aprovechamiento y explotación de los servicios de agua potable rural BID y comportamiento de las cooperativas F. Unda y R. Quiroz	88
--	----

Aerador de placas de bajo costo en lagunas de estabilización F. Unda, J. Maturana, L. Espina y cols.	89
Planta experimental Sediplaca para el tratamiento de aguas servidas con recirculación de lodos F. Unda, J. Maturana, L. Espina y cols.	90
Programa de educación para la salud comunitaria en saneamiento básico rural en Melipilla W. Chinchón, J. Infante, J. Muñoz y cols.	92
ENFERMEDADES CRONICAS	
Factores asociados a la incidencia del cáncer de mama en Chile E. Medina, J. P. Pascual, A. M. Medina y R. Medina	94
Mortalidad por cáncer broncopulmonar en Chile L. Martínez, R. Paredes y L. Caris	96
Conocimientos y opiniones sobre cáncer en alumnos de enseñanza media L. Martínez y D. Zalazar	98
Metodología para el análisis de las variaciones geográficas del riesgo de muerte en patologías crónicas J. González y L. Martínez	101
Cumplimiento de los estándares metodológicos en los estudios de casos y controles en cáncer gástrico L. Martínez y H. Boing	103
La morbilidad del adulto: consultas médicas en el Servicio de Salud Metropolitano Norte I. López, A. Vargas, J. Salazar y cols.	104
El subprograma de hipertensión arterial en el consultorio La Pincoya I. López, M. Gutiérrez, E. Adame y cols.	107
Características de la población bajo control en el programa de hipertensión arterial del Area Occidente C. Jorquera, H. Rojas, G. Díaz y cols.	110
Bocio endémico: encuesta de prevalencia en escolares de Alhué M. Montecinos, M. Valenzuela, L. Díaz y cols.	111
Epidemiología de la litiasis biliar en Chile E. Medina, A. Csendes, J. P. Pascual y R. Medina	113
Factores asociados al abandono del hábito de fumar en el embarazo I. Salas, E. Cosoi, G. Alarcón y cols.	116
Características de la educación antitabáquica durante el embarazo I. Salas, E. Cosoi, G. Alarcón y cols.	118
Seminarios de formación de profesores monitores en tabaquismo A. Muñoz, S. Arellano, V. Hansch y cols.	120
Evaluación del control de crónicas en el Hospital de Santa Cruz A. Ortiz y M. Catalán	122
El senescente: características sociobiodemográficas y de salud en hogares de autovalentes de Conapran E. Comejo, I. López, P. Naveillán y M. Donoso	124
Examen de salud del adulto J. Giacconi, J. Montero y J. Pérez	127

ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

Atenciones por accidentes en un servicio de urgencia infantil M. I. Romero, M. Munjin, R. Muñoz y cols.	132
Mortalidad por accidentes en el niño y adolescente de Chile J. Margozzini, R. Larrondo, A. Maira y cols.	133
Consultas atendidas en el Servicio de Traumatología del Hospital del Salvador F. Saldías, F. Soto y K. Rossel	134

CIENCIAS SOCIALES

Estructura familiar y salud N. Horwitz y T. Figueras	136
Análisis crítico antropológico de la medición del nivel socioeconómico D. Zalazar	137
Algunos hallazgos en antropología de la pobreza en relación a salud D. Zalazar	139
Antropología y salud D. Zalazar	141
El modo de pensar páupero: importancia en la comunicación con el paciente D. Zalazar	143
Nivel de salud y nivel educacional I. López, J. Espinoza y E. Mandiola	145

ATENCION DE SALUD

El médico folklórico: quién es y qué espera la comunidad de él R. Oyarzún y J. M. Araneda	146
Trascendencia social del médico folklórico en Valdivia J. M. Araneda y R. Oyarzún	149
Ciclo vital y perfil de morbilidad individual y familiar I. Ringeling, N. Horwitz, L. Gómez y cols.	151
Estudio de las necesidades de salud como antecedente para un programa de atención primaria M. I. Romero, S. Vargas, G. Avilés y cols.	154
Estructura de las consultas de morbilidad del consultorio La Reina R. Florenzano y cols.	156
Experiencia en salud rural de un equipo multidisciplinario por los canales de Chiloé y Aysén a bordo del buque médico dental III Cirujano Videla M. Anabalón, P. Belmar, H. Fernández y M. Homann	159
Experiencia de monitores de salud en el plan específico de salud rural de Ñuble M. Castro, H. Concha y H. León	161
Docencia de los aspectos psicosociales del nivel primario de atención en salud en el ciclo básico de la carrera de medicina R. Florenzano, M. Maddaleno, M. I. Romero y cols.	163
El traspaso de los establecimientos a las municipalidades en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente J. Muñoz	165

Interrelación entre consultorio periférico y servicio de urgencia en atención pediátrica I. Salas, P. Prado, E. Pineda y cols.	166
Atención médica en el consultorio adosado de especialidades: enfoque desde la perspectiva del paciente C. Sanhueza	168
La relación médico-paciente en la sala de hospital A. Goic, E. Cordella, L. Aravena y A. Repetto	169
La cirugía en Chile: recursos disponibles y operaciones más frecuentes A. Csendes, E. Medina y A. M. Medina	170
Eficiencia en el uso de la capacidad instalada en camas de algunos hospitales de Santiago R. Bize	173
Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social, Area Salud. Organización administrativa y logros. L. Menchasqui y R. Ramírez	175
Medición y control de costos en el complejo hospitalario Paula Jaraquemada E. Bruce y R. Ramírez	179
Evaluación de la relación docente asistencial en un servicio de Pediatría G. Venturini, I. Ringeling y G. Adriasola	183
Evaluación a largo plazo de la enseñanza de la administración hospitalaria en las Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile E. Gudelhofer	185

PROLOGO

En este volumen aparecen los resúmenes de los trabajos aceptados para las III Jornadas Chilenas de Salud Pública, evento que organiza anualmente la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con el objetivo de estimular la investigación en salud colectiva, interrelacionar a los investigadores, conocer los nuevos programas o sistemas de organización de la atención de salud y las innovaciones introducidas en la enseñanza de la salud pública y disciplinas conexas para la carrera de medicina y otras carreras de colaboración, por parte de las universidades del país.

Las Jornadas fueron posibles gracias al apoyo del Ministerio de Salud, en particular de la Oficina de Asuntos Internacionales y la Organización Panamericana de la Salud que financiaron las Jornadas a través del proyecto Chile 6.100. El Comité Organizador fue presidido por el Dr. Ernesto Medina y estuvo formado por los Drs. Marcos Donoso, Ana M. Kaempffer, el Sr. Luis Marchant y el ingeniero Francisco Unda. El personal de secretaría y apoyo estuvo dirigido por la Sra. Mabel Navarrete.

INDICE DE AUTORES

- Adame Elía 46
 Adriasola Guillermo 81
 Aguilera Edith 31
 Aguirre N. 11
 Alarcón Gonzalo 50, 51
 Alarcón P. 11
 Anabalón Marco 70
 Araneda José Manuel 65, 66
 Aravena L. 76
 Arellano Sonia 52
 Arriaza Marta 21
 Atalah Eduardo 3
 Avila Samuel 50, 51
 Avilés Gladys 68
 Ayala MT. 11
- Baechler Roberto 30
 Báez Mercedes 28
 Báez Teresita 46
 Baeza Juan 7
 Barrera J. 11
 Barría Marcela 8, 9
 Belmar Patricio 70
 Bize Ricardo 78
 Black Roberto 35
 Boing Heiner 44
 Botteselle Verónica 21
 Briones Humberto 32
 Bruce Enrique 80
- Calderón Patricia 52
 Cárdenas Patricia 47
 Caris Luis 41
 Carrasco Raquel 17, 29
 Carrasco Mauricio 70
 Castellanos Arturo 46
 Castro Marcela 71
 Catalán María 53
 Concha Haydee 7
 Cordella E. 76
 Corey Germán 39
 Cosoi Eduardo 50, 51
 Csendes Attila 49, 77
 Cumsille A. 11
 Cumsille Francisco 3, 23, 24, 25
 Chang Nelly 83
 Chicago Silvia 68
 Chinchón Winston 39
- De la Fuente María 18
 Del Solar Enrique 32
 Díaz Gladys 47
 Díaz Leopoldo 48
 Domínguez Carmen 19
- Domínguez José Pablo 32
 Donoso Marcos 54
- Espina Luis 37, 38
 Espinoza Juan 64
 Espinoza Lucila 46
 Espinoza Mila 4
- Fernández Héctor 70
 Ferrada Y. 11
 Ferreccio Catherine 33
 Feuerhake Oscar 22
 Figueroa Teresa 59, 72
 Florenzano Ramón 16, 22, 28, 69, 72
 Francis Rina 4
- Gajewski C. 28
 Galaz Angélica 10, 45
 Gallardo Stella 8, 9
 García Julio 34, 45
 Giaconi Juan 55
 Gloger Sergio 22
 Goic Alejandro 76
 González Elda 10, 45
 González Jorge 43
 González Rafael 30
 Guarda Patricia 8, 9
 Gudelhofer Elizabeth 82
 Guerrero Marco 20, 68
 Guppy Basilia 52
 Gutiérrez Mónica 46
 Guzmán Patricio 10, 45
 Guzmán René 1
- Hanne Cristel 67
 Hansch Virginia 52
 Hausmann Norma 1
 Henríquez María 46
 Herrera Amanda 8, 9
 Herrera Luis 46
 Herrera Santiago 5, 14
 Herrera Soledad 67
 Homann Máximo 70
 Horwitz Nina 59, 67, 72
- Infante José 39
- Jiménez Luis 34, 35
 Jorquera Bernardita 39
 Jorquera Carlos 47
- Kaempffer Ana María 12, 15, 29
 Kirschbaum Aída 2
 Kraljevic Roque 32

- Labrín Sara 13
 Lanata Claudio 34, 35
 Larrondo Roberto 57
 Larrovide Cecilia 10
 Lavín María 47
 Le-Bert Angela 20, 68
 Legarreta Adela 23, 24, 25
 León Héctor 71
 Levine Myron 33, 35
 López Ilse 10, 11, 15, 45, 46, 54, 64

 Maddaleno Matilde 72
 Mahaluf Jorge 23, 24, 25
 Maira Andrés 57
 Maira María Elsa 18
 Mandiola Enrique 64
 Marchant Luis 21
 Margozzini Juan 18, 57
 Marín Francisco 1
 Marín Gonzalo 6
 Martínez Alejandra 57
 Martínez Carlos 1
 Martínez Luis 41, 42, 43, 44
 Mascaró Julián 21
 Maturana Gladys 16
 Maturana Jorge 37, 38
 Medina Ana María 40, 77
 Medina Eduardo 28
 Medina Ernesto 29, 40, 49, 77
 Medina María Raquel 29, 40, 49
 Menchasqui Luis 79
 Mendoza Alejandro 46
 Mery Marcela 12
 Migone S. 28
 Molina Hugo 12
 Molina Patricia 5
 Montecinos Mario 48
 Montero B. 11
 Montero J. 55
 Morales Guillermo 16
 Moya Gloria 27
 Munjim M. 56
 Muñoz Alvaro 52
 Muñoz Jorge 39, 73
 Muñoz R. 56

 Nader Armando 23, 24, 25
 Naveillán Pedro 54
 Niera Enrique 57

 Oñate L. 56
 Ortiz Angel 53
 O'Ryan F. 28
 Oyarzún Pamela 57
 Oyarzún Ricardo 65, 66

 Sepúlveda Haydee 11
 Silva Carmen Gloria 30
 Silva Claudio 23, 24, 25
 Soto C. 11
 Soto Cecilia 8
 Soto Fernando 50, 51, 58
 Sotomayor Viviana 34, 35
 Sziklai Giozo 16

 Tabilo Edgardo 12
 Tieffenberg Jacobo 13
 Troncoso R. 28
 Trucco Marcelo 26
 Trujillo Laura 46

 Raby Ena 3
 Radrigán Francisco 27
 Ramírez Raúl 27
 Ramírez Rolando 79, 80
 Reczynski C. 56
 Repetto Ana 27, 28, 76
 Rider Juan 27
 Ringeling Isabel 67, 81
 Ríos Gloria 22
 Ristori Conrado 31, 34, 35
 Rodríguez Héctor 31
 Rodríguez J. 28
 Rodríguez José 27
 Rojas H. 56
 Rojas Hilda 47
 Rojas José 10, 45
 Romero María Inés 20, 56, 68, 72
 Romo Armando 39
 Rosas Alejandrina 39
 Rosenblit Andrés 27
 Rossel Katherine 58
 Rostagno Silvio 31
 Ruiz Pilar 46
 Ruiz R. 56

 Salas Inés 50, 51, 74
 Salazar José 10, 45
 Salcedo Mario 34, 35
 Saldías Fernando 58
 Salgado Amparo 57
 Salomón Amelia 2, 17
 San Martín Irma 47
 Sandoval Hernán 39
 Sanhueza Cedric 75
 Santolaya Elena 27
 Schiefelbein Eduardo 8
 Schuster Augusto 31
 Segovia Isabel 67
 Segura Dalila 46

Pallavicini Julio 22, 23, 24
Paredes Rodolfo 41
Parker Eduardo 2
Pascual Juan Pablo 29, 40, 49
Peña Eedita 15
Pérez J. 55
Pérez Sergio 10, 45
Pineda Eugenio 74
Plass Rodolfo 5, 14
Poblete J. 11
Poblete R. 11
Prado Margarita 18
Prado Priscilla 74

Quezada A. 11
Quiroz Raúl 36
Unda Francisco 36, 37, 38
Urbina Teresa 46

Valenzuela Lidia 12
Valenzuela Miguel 48
Valle Gonzalo 57
Vargas Alfredo 45
Vargas Nelson 4, 48
Vargas Sergio 15, 68
Vásquez Nora 52
Venturini Gabriela 81
Vergara María Isabel 31, 32
Vicent Patricia 31
Vidal Dagoberto 48
Vidal Raquel 39
Vila Claudio 23, 24, 25
Villarroel Luis 57

Wainstein Claudio 74

Yentzen Gladys 18

Zalazar Diego 6, 17, 42, 60, 61, 62, 63
Zegers Beatriz 16

1. VARIABLE EPIDEMIOLOGICAS QUE INTERVIENEN EN EL RESULTADO DE LA GESTACION NO DESEADA.

Drs. Carlos Martínez, René Guzmán, Raúl Puente, Matr. Norma Haussmann y Sr. Francisco Marín.

(Servicio e Instituto de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Valdivia y Universidad Austral; Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral, Valdivia).

El embarazo no deseado es un complejo problema psico-social. Y sus motivaciones no han sido dilucidadas, en su totalidad, debido a lo íntimo y cambiante de las determinaciones. Un embarazo muy deseado puede transformarse en indeseado, ocurriendo también lo contrario.

A los clínicos nos interesa este problema pues un embarazo no deseado con mucha frecuencia termina en un aborto provocado ilegal con las complicaciones que conocemos.

Se encuestaron 127 pacientes quienes manifestaron su disconformidad con el embarazo que presentaban. Fueron examinadas en junta por los autores, confirmando el embarazo y ofreciéndoles una atención preferencial durante el embarazo, parto y puerperio y una anticoncepción a sus deseos, si continuaban con la gestación. El seguimiento se inició aproximadamente 6 meses después de encuestadas, utilizando las historias clínicas o la visita domiciliaria.

De las variables estudiadas, (edad, paridad, nivel de instrucción, estado civil, causales predisponentes, anticoncepción previa, embarazo durante uso de anticonceptivos y conducta frente a la gestación) el estado civil influyó significativamente sobre el resultado de la gestación, observándose que las solteras tuvieron un 56,5^o/o más abortos que las casadas y, que en ellas, tres de cada cuatro abortos fueron provocados. El factor soltería como tal está influyendo, además de la tendencia adoptada por otras variables del aborto provocado, tales como educación media, paridad nula y no usuarias de anticoncepción previa.

Notorio es que el 48^o/o de las gestaciones terminó en parto. Se confirmó además que sólo el 29,4^o/o de los abortos provocados consultó en un centro hospitalario por complicaciones sépticas o hemorrágicas de la maniobra.

Se desprende que las características de las pacientes en riesgo de provocarse un aborto han cambiado con el correr de los años. Tanto la múltipara como la gran múltipara cuentan con métodos anticonceptivos eficaces y aunque fallaren, las familias tienen ahora menos componentes de manera que pueden adaptarse a un miembro más no planificado. En cambio la soltera, por tener relaciones sexuales ocasionales o por ignorancia anticonceptiva, seguirá recurriendo al aborto para limitar la gestación no deseada.

TABLA 1
SIGNIFICACION DE LAS VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS EN EL RESULTADO
DE LA GESTACION NO DESEADA

SIGNIFICADO ESTADISTICO DEL RESULTADO
DE LA GESTACION NO DESEADA:

°/o PARTOS

°/o ABORTOS

VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS		
EDAD	No	No
NIVEL DE INSTRUCCION	No	No
PARIDAD	No	No
ESTADO CIVIL	Si	P. - 0,05
CAUSALES PREDISPOENTES	No	No
USO PREVIO ANTICONCEPCION	No	No
EMBARAZO DURANTE USO ANTICONCEPCION	No	No
CONDUCTA FRENTE A LA GESTACION	Si	P. - 0,05

TABLA 2

RESULTADO DEL EMBARAZO EN 127 PACIENTES QUE SOLICITAN SU INTERRUPCION		
VALDIVIA 1977 - 1978		
RESULTADO DE LA GESTACION	NUMERO CASOS	%
PARTO	61	48
ABORTO ESPONTANEO *	23	18
ABORTO PROVOCADO	34	27
SIN INFORMACION	9	7
TOTAL	127	100

* 13 DE LOS ABORTOS ESPONTANEOS TIENEN CARACTERISTICAS QUE PONEN EN DUDA SU ESPONTANEIDAD.

2. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL RECIEN NACIDO DE LA REGION METROPOLITANA NORTE DE SANTIAGO

Autores: Kirschbaum, Aída; Salomón, Amelia y Parker, Eduardo y los alumnos de V año de Medicina Srs.: Abarca, V.; Contreras, L.; Chomali, M.; Dinator, R.; Escobar, L.; Fabré, V.; Gelman, M.; Gutiérrez, V.; Hazbún, M.; Murillo, V.; Opazo, A.; Riveros, I. y Samman, M.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitana Norte).

INTRODUCCION:

El Programa Infantil de nuestro país destaca la necesidad de atención médica eficiente y oportuna, integrando las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, concentrando los recursos en los grupos de mayor riesgo. El Recién Nacido es un grupo de alto riesgo ya que la Mortalidad Neonatal es una de las más altas de todos los grupos de edad. En la actualidad alcanza a 12.1 por 1000 Nacidos Vivos en el país, 8.4 en la Región Metropolitana y 9.8 en la Región Metropolitana Norte. En cuanto a la tasa de Mortalidad Materna alcanza a 0.52 por 1000 N V en el país, 0.29 en la Región Metropolitana y 0.15 en la Región Metropolitana Norte. Teniendo en consideración las tasas de Mortalidad mencionadas, decidimos realizar con alumnos de V Año de Medicina y en tiempo curricular, un estudio descriptivo de las características epidemiológicas del RN de la Maternidad del Hospital San José, Hospital Base de la Región M. Norte y como segundo objetivo, describir algunas características epidemiológicas de las madres de esos RN.

MATERIAL Y METODO:

Este correspondió a todos los RN en la maternidad referida, en los meses de enero, febrero, junio y julio del año en curso, cuyas madres residieran en la R.M.N. de Santiago urbano y que tuvieron su parto con niño único. Se consideraron dos meses de Verano y dos de Invierno para incluir las posibles diferencias en los RN en meses disímiles. El total de niños en estos 4 meses representan 1/3 del total, lo que corresponde a una muestra de tamaño adecuado. El sector de residencia urbana se delimitó incluyendo sólo las comunas de Independencia, Recoleta y Conchalí.

El total de RN correspondió a 220 de los cuales 104 nacieron en los meses de enero y febrero y 116 en junio y julio. La recolección de la información se realizó mediante encuesta domiciliaria completándose con la información de las fichas clínicas de la madre en la Maternidad y del niño en los Consultorios Periféricos correspondientes. Se diseñó un formulario para vaciar la información de estas tres fuentes, instrumento que fue probado mediante una encuesta piloto que permitió corregir algunos rubros antes de la encuesta definitiva.

Los entrevistadores fueron entrenados en terreno en la técnica de encuesta.

Los domicilios se obtuvieron del Registro de partos de la Maternidad; luego se visitaron los hogares y después se consultaron las fichas clínicas que correspondían a los domicilios confirmados. Después de la visita domiciliar se revisaron las fichas clínicas de los Consultorios Periféricos.

La buena calidad de la infraestructura de los Servicios de Salud que disponen de adecuada información estadística, facilitó la recolección de los datos.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

Variables Dependientes: Características del RN: Sexo, Apgar al Nacer, peso de nacimiento, talla, perímetro craneano, anomalías congénitas, patología del 1er. mes de la vida, tipo de alimentación.

Variables independientes: Características de la Madre y del padre: Edad, estado civil, ocupación, escolaridad, previsión, número de hijos vivos y fallecidos, abortos, uso de anticonceptivos, esterilización, exámenes de laboratorio, hábitos de beber y de fumar, medicamentos recibidos, tipo de parto, tipo de anestesia.

Variable operacional asociada: Días de estada en la Maternidad.

RESULTADOS:

El estudio de los 220 RN no reveló diferencias estacionales por lo cual se presenta el análisis total.

Con respecto al sexo, 50% de los RN fueron de sexo femenino. El apgar al nacer fue de 8 a 10 en el 91.8%, 6 a 7 en el 6.8% y 5 o menos en el 1.4%. Recibieron alimentación natural exclusiva en el 82.7% y además recibieron alimentación natural con algún relleno indicado por el pediatra en 12.3% más, lo que da un total de 95%. Con respecto al peso de nacimiento 2/3 de los RN pesaron entre 3000 y 3999 grs. 17.7% pesaron de 2500 a 2999 grs. 14.1% pesaron más de 4000 grs. sólo 2.7% pesaron menos de 2500 grs. Con respecto a la talla, el 96.8% midieron más de 46 cms. y sólo 3.2% midieron 45 cms. o menos.

El perímetro craneano en algo más de la mitad de los RN fue de 35 a 36 cms. algo menos de 1/3 fue de 33 a 34 cms. y sólo un 18.2% fue de 37 a 38 cms.

Con respecto a las variables independientes, la edad de la madre fluctuó entre 15 y 42 años, (sólo tres madres tenían 40 a 42 años). El 60% de ellas correspondió al grupo de 20 a 29 años; 21% correspondió al grupo de 30 a 39; en tercer lugar, el grupo de 15 a 19 años tuvo 17.5%.

La edad del padre fluctuó entre 17 y 58 años. 61% correspondió al grupo de 20 a 29 años; el grupo de 30 a 39 fue de 23.2%. El 3er. lugar correspondió al grupo de 40 y más años con 10% del total y en 4º lugar el grupo de 15 a 19 años con 5.8%.

El estado civil de la madre fue predominantemente casada con 71.3%, soltera con 18.8%, conviviente con 9.5%. Una sola madre era viuda con hijo póstumo.

Con respecto a la ocupación, la gran mayoría de las madres era dueña de casa, 86.1%; el resto eran comerciantes, obreras y oficinistas. La ocupación del padre era en el 29% obreros, 13% oficinistas, 12% comerciantes. En el momento de la encuesta 24% estaba cesantes.

El análisis de la escolaridad reveló que más de la mitad tiene desde algún nivel de educación secundaria hasta educación superior; 43% tienen educación básica; sólo una madre era analfabeta. En cuanto a los padres, 59% tenían educación secundaria incompleta o superior; 37% tenían educación básica. En 4% se ignoraba el nivel educacional.

Con respecto a la previsión, el 73% de las madres no tenían previsión; 20% cotizaban en el S.S.S., 3% en Fonasa y 3% en otros sistemas. En cuanto al padre, algo más de la mitad no tenía previsión; 1/3 cotizaba en el S.S.S.; 6% en Fonasa y 8% en otros sistemas.

La historia obstétrica de las madres reveló que 42% eran primíparas; 42% tenían 2 a 3 hijos y 16% tenían 4 o más. Sobre los hijos fallecidos 95% no tenían ninguno; 36% tenían 1 hijo fallecido y sólo 2 madres tenían 2 y 3 hijos fallecidos; 4/5 de las madres declararon no haber tenido aborto alguno; 14% declararon un aborto y 4% declararon 2 y 3 abortos; sólo dos madres declararon 4 o más abortos. Consultadas sobre el uso de anticonceptivos, el 14% declaró que los usaba lo que correspondería a fracasos del método y mala técnica. Después del parto se esterilizó el 7% de las madres y declararon que pensaban hacerlo el 27%. Durante el embarazo 61% de las madres fueron sometidas a algún examen no rutinario. De estas al 50% se le practicó ecografía; 44% fueron sometidas a amniocentesis y sólo 7% a amnioscopia; dos fueron objeto de alguna radiografía.

Los días de estada, en 2/3 de las hospitalizaciones fueron de 1 a 4 días. El 22% tuvo 5 a 7 días de estada y una de cada 10 tuvo 8 días o más.

Sobre el hábito de beber alcohol, el 25% de las madres y el 66% de los padres consumen bebidas alcohólicas. De éstas llegaban a la embriaguez algo más de 1/3 de las madres y casi 2/3 de los padres. La frecuencia de episodios de embriaguez es declarada como "rara vez" por 74% de las madres y 39% de los padres; con "más frecuencia" declaran que se embriaga el 26% de ellas y el 37% de los varones; ninguna mujer declaró embriagarse "a menudo" y lo declararon casi el 25% de los varones. La bebida alcohólica preferida por hombres y mujeres es el vino, aunque algunos consumían de todo.

Sobre el hábito de fumar cigarrillos declaran hacerlo 49% de las mujeres y 67.1% de los varones. Entre las mujeres, lo hacen en forma ocasional el 18%; menos de 10 cigarrillos, el 71%; hasta 20 cigarrillos 5% y más de 20, el 6.5% de las madres. El 17% de los varones fuma ocasionalmente; el 57% fuma menos de 10 cigarrillos; el 16% fuma hasta 20 y el 10% fuma más de 20. 67% de las madres y 71% de los padres declaran inhalar el humo.

Durante el embarazo las madres ingirieron medicamentos indicados por médicos o como automedicación; los principales fueron: vitaminas, sulfato ferroso, antiespasmódicos, preparados de Calcio, analgésicos y psicofármacos.

Las enfermedades que presentaron fueron: resfríos, caídas, toxemia gravídica, infección urinaria, amenaza de parto prematuro y colestasia intrahepática. 2/3 de los partos fueron normales; algo más de un cuarto fueron cesáreas y 6^o/o fueron con forceps. No se empleó anestesia alguna en 15^o/o; 47^o/o recibió anestesia local y 25^o/o, anestesia raquídea; 12^o/o recibió otro tipo y 1^o/o recibió anestesia general. 69^o/o fue atendida sin costo alguno para la madre. 31^o/o hizo alguna donación.

TABLA Nº 1

ANOMALIAS CONGENITAS DEL R.N. DEL AREA METROPOLITANA NORTE 1983

DIAGNOSTICO	Nº
MANCHAS DE LA PIEL	24
HERNIAS ABDOMINALES	10
FIMOSIS	6
HIDROCELE BILATERAL	3
DISPLASIA DE CADERA	2
FRENILLO SUB-LINGUAL ALTERADO	2
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO NEURAL	1
SINDROME DE DOWN	1
HIDROCEFALIA	1
CATARATA CONGENITA	1
MEÑIQUE CURVADO	1
TOTAL	24

TABLA Nº 2

PATOLOGIA PRESENTADA POR EL R.N. DEL AREA METROPOLITANA NORTE 1983

DIAGNOSTICO	Nº*
RESFRIO	35
ICTERICIA	33
DERMATITIS ALERGICA	28
ALGORRA	23
DERMATITIS MONILIASICA	17
BRONQUITIS AGUDA	16
CONJUNTIVITIS	15
ONFALITIS	7
SINDROME DIARREICO	7
PIODERMITIS	2
OTITIS MEDIA	2
DESNUTRICION	2
HERPES SIMPLEX	1

* ALGUNOS NIÑOS PRESENTARON DOS O TRES DE ESTOS DIAGNOSTICOS.

3. RELACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO Y VARIABLES NUTRICIONALES Y BIODEMOGRAFICAS MATERNAS.

Nutr. Ena Raby, Dr. Eduardo Atalah y Sr. Francisco Cumsille.
(Departamento de Bromatología, Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción; Departamento de Nutrición, División Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Se estudia una cohorte de 1008 binomios embarazadas - recién nacidos en forma retrospectiva y se mide la influencia de algunos factores maternos y fetales sobre el peso de nacimiento. Se observa que hay una asociación estadísticamente significativa entre el peso de nacimiento y 4 factores maternos: el estado nutricional inicial y final de la embarazada (índice peso/talla corregido por edad gestacional), el incremento del peso materno durante el embarazo y la presencia de patologías (hipertensión arterial, colestasia intrahepática del embarazo, infección urinaria y otras). También hay diferencias significativas ascendentes entre los valores promedios del peso de nacimiento entre los subgrupos: enflaquecidas, normales, con sobrepeso y obesas; incremento promedio de gramos por semana con 100 g de diferencia desde < 150 g hasta > 550 g; y diferencias significativas descendentes entre las embarazadas sin patologías y que presentan 1 y 2 patologías respectivamente. Aunque ni la paridad ni la estatura alcanzan asociación significativa con el peso de nacimiento, sí se encuentran diferencias significativas ascendentes entre los valores promedios del peso de recién nacidos de los subgrupos según talla: < 150 cms, 150-154, 155-159, > 159 cms; según paridad, el porcentaje más bajo se observa en las primíparas, el más alto entre las madres que han tenido dos a cuatro hijos, descendiendo nuevamente en las grandes múltiparas. No se encuentra asociación significativa entre la edad de la madre y el peso de nacimiento; sólo los valores promedios del peso al nacer muestran un aumento, pero que no alcanza a ser significativo, a medida que avanza la edad de la embarazada. La estacionalidad del parto no muestra ninguna relación con el peso de los recién nacidos.

Se cuantifica la relación del peso de nacimiento con cada uno y con el conjunto de las variables independientes con un modelo de regresión lineal múltiple. Las correlaciones encontradas se observan en la tabla adjunta. También se observa en ella que el peso del recién nacido se explica en un 38,6% por el conjunto de estas variables en el orden descendente de importancia indicado. El porcentaje restante se debe a variables que no entraron en este estudio y a otras no determinadas.

El estado nutricional inicial deja de ser significativo ante la importancia del peso talla final; esto evidencia lo determinante que es el adecuado incremento del peso materno. En este estudio se encuentra que, para obtener un peso promedio de nacimiento de aproximadamente 3.300 g, el aumento promedio del peso durante el embarazo debe ser para las embarazadas enflaquecidas más de 16,5 kg; para las normales de 10,5 a 16,5 kg; para las embarazadas con sobrepeso de 7,5 a 10,5 kg y para las obesas de 4,5 a 7,5 kg.

Las embarazadas obesas y con sobrepeso, en ningún caso deben aumentar menos de estas cifras, pues aún con estas cantidades tienen riesgo de tener recién nacidos de bajo peso.

El grupo en estudio tiene una baja proporción (4,8%) de recién nacidos con peso menor a 2.500 g, similar a lo descrito en países desarrollados; pero persiste un alto porcentaje (22,2%) de recién nacidos con peso insuficiente (2.500 - 3.000 g.), aunque menor al observado en otros estudios nacionales.

En relación a los factores maternos que constituyen riesgos para el nacimiento de hijos con peso subnormales, se observa que los tres factores nutricionales maternos (índice peso/talla inicial y final $\leq 90\%$ y el incremento de peso $<$ de 249 g. promedio/semana durante el embarazo) son determinantes de riesgo. Entre los factores biodemográficos, la talla materna $<$ de 154 cms. y la presencia de patologías son de riesgo para el nacimiento de recién nacidos de bajo peso; la edad $<$ 20 años y el primer hijo lo son de recién nacidos con peso insuficiente.

El perfil de la madre que en este estudio condicionó un hijo con peso de nacimiento óptimo es el siguiente: capacidad orgánica de tener embarazos de término, estado nutricional inicial y final normal, incremento de peso de 350 - 550 g. promedio/semana, estatura $>$ 154 cms. edad de 20 - 35 años, segunda a cuarta paridad y sin patologías.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN

	COEFICIENTE DE CORRELACION SIMPLE										Coeficientes de determinación múltiple (R ²)	
	Edad gestacional 38 sem. o más	Índice P/T final	Incremento peso materno	Estatu- ra ma- terna	Sexo masc.	1er. hijo	Presen- cia de pa- to- logía	Índice P/T inicial	2 - 4 hijos	Edad ma- ter- na		5 y más hijos
Peso recién nacido	0,544	0,265	0,172	0,160	0,087	-0,077	-0,069	0,175	0,074	0,038	0,001	
Edad gestacional de 38 o más semanas		0,071	0,057	0,051	-0,024	-0,017	-0,095	0,046	0,029	-0,020	-0,025	0,296*
Índice peso/talla final			0,100	0,093	0,016	-0,134	0,124	0,891	0,081	0,247	0,097	0,347*
Incremento peso materno				0,159	0,072	0,214	-0,052	-0,347	-0,152	-0,218	-0,110	0,362*
Estatu- ra materna					-0,057	0,027	0,057	0,010	-0,012	-0,058	-0,027	0,371*
Sexo masculino						-0,007	-0,050	-0,016	0,033	-0,023	-0,051	0,380*
1º hijo							-0,046	-0,219	-0,872	-0,473	-0,192	0,384*
Presencia patología								0,137	0,040	0,081	0,009	0,386*
Índice peso/talla inicial									0,141	0,330	0,143	0,386
2 - 4 hijos										0,266	-0,313	-
Edad materna											0,385	-

* Incremento significativo en R².

4. TENDENCIAS DEL PESO DE NACIMIENTO Y PUNTAJE APGAR EN EL AREA OCCIDENTE DE SANTIAGO, 1979 - 1983.

Dr. Nelson Vargas y Stas. Marta Arriaza, Mila Espinoza y Rina Francos.
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Se presentan los resultados de la revisión de peso de nacimiento y puntaje de Apgar de 1983, con datos de 2.061 nacidos vivos en el Area Occidente de Santiago. Las cifras son comparadas con estudios anteriores, que se realizan desde 1979.

El P. N. promedio ha subido en forma constante desde 3.093,5 g. en 1979 a 3.290,8 g. En el sexo femenino subió de 3.070,3 g. a 3.236,5 g. y en el sexo masculino de 3.116,5 a 3.341,9 g.

El peso inferior a 2.501 g. bajó de 12,3^o/o en 1979, a 5,4^o/o. Este descenso se aprecia en ambos sexos: en mujeres de 11,6^o/o a 5,1^o/o y en hombres de 13,0^o/o a 5,7^o/o.

El peso superior a 3.500 grs. subió de 22,4^o/o a 34,3^o/o. El alza se observó en ambos sexos: en mujeres de 19,9^o/o a 27,7^o/o y en hombres de 24,9^o/o a 40,5^o/o.

En 1983, el P. N. más frecuente estuvo entre 3.001 y 3.500 g.

La frecuencia de Apgar bajo (0-3 puntos) fue de 0,7^o/o al minuto y 0,2^o/o a los 5 minutos.

Los valores medios (4 - 6 puntos) fueron 1,6^o/o y 0,8^o/o al minuto y los cinco minutos respectivamente. Esta distribución es ligeramente más favorable que la de 1982.

REFERENCIAS:

1. Vargas N. y Vega L. Peso de Nacimiento y Edad Gestacional en 1.000 Nacidos Vivos. Bol. Hosp. San Juan de Dios 27 : 133, 1980. 2. Osorio C. y Cols. Peso de Nacimiento y Test de Apgar en 2.000 Nacidos Vivos en Santiago. Rev. Chil. Pediat. 52: 429, 1981. 3. Vargas N. y Cols. Basualto E. Peso de Nacimiento y algunas características del R. N. con Atención Médica Privada. (enviado a Boletín Hospital San Juan de Dios). 4. Vargas N. y Ramírez B. Peso de Nacimiento y Puntaje de Apgar 1982. Descripción de Tendencias. Rev. Chil. Pediat. 54 (3): 186, 1983. 5. Anuarios de Nacimientos Ministerio de Salud Pública de Chile - 1980 y 1981. 6. Guerrero G. Tipos de parto, pesos de nacimiento y test de Apgar en 788 nacidos vivos durante 1980 y 1981 en el Hospital de Los Vilos. Bol. Hosp. San Juan de Dios 30: 56, 1983.

VARIACION DE ALGUNOS GRUPOS DE PESO DE NACIMIENTO
ESTUDIOS DEL AREA DE SALUD OCCIDENTE.

	FRECUENCIA (%)		
	1979	1980	1982
GRUPO DE 1.500 g. o MENOS			
HOMBRES	2.0	0.4	1.2
MUJERES	2.0	0.9	0.5
AMBOS	2.0	0.7	0.9
GRUPO DE 2.500 g. o MENOS			
HOMBRES	13.0	8.4	7.6
MUJERES	11.6	8.1	7.3
AMBOS	12.3	8.3	7.5
GRUPO DE 3.501 g. y MAS			
HOMBRES	24.9	32.8	37.0
MUJERES	19.9	23.0	30.8
AMBOS	22.4	27.8	34.0
PESO PROMEDIO (g.)	3.093,5	3.192,3	3.256,6
			3.290,8

T A B L A 2

PESO DE NACIMIENTO SEGUN SEXO EN 2.061 NACIDOS VIVOS, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO - MARZO 1983

PESO (GRAMOS)	S E X O						T O T A L
	MUJERES			HOMBRES			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	
1.500 O MENOS	0	0,6	8	0,8	14	0,7	
1.501 - 2.000	8	0,8	13	1,2	21	1,0	
2.001 - 2.500	37	3,7	39	3,7	76	3,7	
2.501 - 3.000	237	23,7	176	16,6	413	20,0	
3.001 - 3.500	435	43,5	395	37,2	830	40,3	
3.501 - 4.000	222	22,2	340	32,0	562	27,3	
4.001 Y MAS	55	5,5	90	8,5	145	7,0	
T O T A L	1.000	100,0	1.061	100,0	2.061	100,0	

5. TIPO DE PARTOS Y SU RELACION CON LA CANTIDAD DE CONTROLES DE EMBARAZO

Drs. Rodolfo Plass y Santiago Herrera y Matr. Patricia Molina.

(Consultorio San Ignacio, Municipalidad de San Ignacio y Consultorio Monteáguila, Servicio de Salud Bio - Bio.

El Consultorio General Rural de San Ignacio depende de la Municipalidad de San Ignacio y se encuentra ubicado en la localidad del mismo nombre, a 32 km. de Chillán hacia la Cordillera. La Comuna de San Ignacio posee una población de 15.500 habitantes, dependiendo de este establecimiento, 4.500 de ellos. La población asignada de mujeres en edad fértil es de 2.579, recibiendo también del sector rural que se incluye; posee una ruralidad superior al 85^o/o.

Se investigó la posible relación existente entre el número de controles de embarazos y el tipo de partos de los mismos.

Se revisaron y estudiaron 506 fichas de partos cuyos embarazos fueron controlados en el Consultorio General Rural entre Enero de 1980 a Julio de 1983. Se dividieron según el número de controles de embarazo en 5 ó menos y 6 y más, comparando los tipos de partos que ocurren en cada uno de estos dos grupos.

Encontramos que un 52,17^o/o de los embarazos estudiados, tenía 5 controles o menos y un 47,82^o/o tenía 6 controles o más.

Posteriormente analizamos el tipo de Parto ocurrido según las siguientes características:

a) eutócico o distócico. b) en domicilio o maternidad. c) partos Prematuros o de términos.

Analizamos de la misma forma los pesos de Nacimiento agrupándolos en:

a) peso de nacimiento menor de 2499 grs. b) peso de nacimiento entre 2499 grs. y 2999 grs. c) peso de nacimiento mayor de 3.000 grs.

A continuación se detallan las dos tablas estadísticas más significativas.

TABLA 1 RELACION PARTOS EN DOMICILIO Y NUMERO DE CONTROLES DEL EMBARAZO

Nº DE PARTOS EN DOMICILIO

	Nº	%
MENOS 5 CONTROLES	52	76,47
MAS DE 6 CONTROLES	16	23,53
TOTAL	68	100

TABLA 2 RELACION PARTOS PREMATUROS Y NUMERO DE CONTROLES DEL EMBARAZO

	Nº PARTOS PREMATUROS	
	Nº	o/o
MENOS DE 5 CONTROLES	31	88,57
MAS DE 6 CONTROLES	4	11,43
TOTAL	35	100

CONCLUSIONES:

En esta revisión hemos podido demostrar que mientras a través del número de controles que reciba un embarazo, dentro de las normas establecidas, podemos influir, a través de las múltiples acciones que lleva cada control, a disminuir importantemente los riesgos de partos en domicilio, sobre todo en un area de alta ruralidad como la nuestra, y, así mismo, evitar la mayor cantidad de partos prematuros, y, por consiguiente, el bajo peso de nacimiento.

6. ALGUNOS ASPECTOS DE LA RELACION MATRONA - PACIENTE

Sr. Diego Zalazar y Dr. Gonzalo Marín.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Este trabajo se realizó en una muestra de 60 matronas de diferentes servicios asistenciales de la Región Metropolitana. El objetivo fue establecer algunas características de la relación matrona - paciente. Algunos resultados se detallan a continuación:

- Todas las matronas encuestadas manifiestan hacer educación a sus pacientes.
- El 92^o/o está de acuerdo en que la atención obstétrica en sí, por sencilla que sea, es un proceso educativo en el que la paciente tiene la oportunidad de conocer mejor su cuerpo y su funcionamiento.
- 83^o/o está de acuerdo en que, en la determinación de los resultados de la atención obstétrica, la colaboración de la paciente es tan importante como la calidad técnica del profesional; un 17^o/o consideran esa colaboración como menos importante que la calidad del profesional en la determinación de los resultados.
- 25^o/o consideran que la paciente obstétrica siempre es un canal de información espontánea hacia la comunidad respecto a lo que son el obstetra y la matrona; 58^o/o consideran que la transmisión de ese tipo de información se da con frecuencia; y 17^o/o que sólo se da rara vez.
- En relación al ítem según el cual el profesional obstétrico debería considerar a su paciente como un canal de información obstétrica hacia la comunidad, 78^o/o se mostró de acuerdo, 17^o/o en desacuerdo y 5^o/o no tuvo opinión.
- En relación al ítem según el cual "los aspectos emocionales que la paciente desarrolla en forma concomitante con la atención que recibe, tales como sentirse apoyada, atendida o estimada, carecen de valor", el 75^o/o dió la respuesta esperada de "desacuerdo", 12^o/o dió una respuesta no esperada "de acuerdo" y 5^o/o se mostró "sin opinión".

Por considerarlos entre los de mayor interés se presentan los cruces entre tres ítems: El ítem A fue: "Los aspectos emocionales que la paciente desarrolla en concomitancia con la atención que recibe, carecen de valor" y el ítem B: "Para la curación de las patologías obstétricas, las actitudes de la paciente frente a la atención que recibe, son más importantes que los conocimientos de la paciente respecto a su patología", revela que la mayoría (76^o/o) de las profesionales que declaran "desacuerdo" con el primer ítem, declaran acuerdo con el segundo ítem: (Tabla 1).

TABLA 1

Comparación de Ítem A con Ítem B.

ÍTEM B

ÍTEM A	En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
En desacuerdo	8	17	3	7	35	76	46	100
Sin opinión	3	100	0	0,00	0	0,00	3	100
De acuerdo	0	0,00	10	100	0	0,00	10	100
TOTAL	11	19	13	22	35	59	59	100

- El cruce del ítem A con el ítem C: "La paciente que llega a saber mucho respecto al proceso de su embarazo tiene más probabilidad de no hacer conductas contraindicadas que aquella que sabe poco o nada", muestra que la mayoría (76%) de las que declaran "acuerdo" con este segundo ítem, se declaran en desacuerdo con el primer ítem, revelando así dar importancia tanto a los aspectos emocionales como a los cognoscitivos de la paciente en relación a la atención que recibe.

15 de las matronas que muestran desacuerdo con el ítem A, se muestran también en "desacuerdo" con el ítem C, señalando así su desconfianza respecto al valor útil que tengan los conocimientos de las pacientes respecto a las conductas contraindicadas, pero valoran su reacción emocional. (Tabla 2).

TABLA 2
Comparación ítem A con ítem C.

ITEM A

ITEM C	En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
En desacuerdo	15	83	3	17	0	0,00	18	100
Sin opinión	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	100
De acuerdo	32	76	0	0,00	10	24	42	100
TOTALES	47	78	3	5	10	17	60	100

El cruce del ítem B (ya definido anteriormente) con el ítem D: "En la determinación de los resultados de la atención obstétrica, la colaboración de la paciente es: a) tan importante como . . . , b) más importante que . . . , c) menos importante que . . . , la calidad técnica del profesional obstétrico, revela que el 78% de las 45 matronas que aceptan que la colaboración de la paciente es tan importante como la calidad del profesional, aceptan también de que la actitud frente de la paciente frente a la atención es más importante que los conocimientos que ésta tenga respecto a su patología. (Tabla 3).

TABLA 3

Comparación Item B con Item D.

ITEM B

ITEM D	En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
La colaboración de la paciente es tan importante como la calidad técnica del profesional	10	22	0	0,00	35	78	45	100
La colaboración de la paciente es más importante que la calidad profesional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
La colaboración de la paciente es menos importante que la calidad del profesional.	0	0,00	10	1,00	0	0,00	10	100
TOTALES	10	18	10	18	35	64	55	100

El estudio señala en la muestra una concentración alta en las respuestas esperadas (deseables) en todos los ítems considerados.

**7. EVOLUCION DE LA PRIMIPARIDAD EN SANTA CRUZ,
VI REGION - CHILE
1979 a 1983**

Matr. Juan Baeza
(Hospital de Santa Cruz)

Durante los dos últimos años los profesionales del Servicio de Obstetricia del Hospital de Santa Cruz, del Servicio de Salud de la VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, habían notado, empíricamente, un incremento de las primíparas, que habrían pasado a ser el grupo de mayor prevalencia dentro de las parturientas, lo que nos motivo a efectuar el presente trabajo.

El estudio tomó una muestra de 933 partos, correspondientes al 17,38^o/o del total, seleccionándola de los meses de cambio de estación de los años 1979 a junio de 1983, agrupándolos por año de estudio. Se determinó enseguida la prevalencia de cada grupo de paridad estableciéndose su valor porcentual dentro del total, de los partos de la muestra de cada año. De igual forma se procedió para evaluar los rubros edad, tipo de parto, peso del Recién Nacido, Apgar, previsión de la madre y sexo del producto.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos nos muestran que el número de partos no sufre variaciones significativas en los 5 años estudiados, notándose, al evaluar los grupos de paridad, un incremento de las primíparas y secundíparas, en tanto que el grupo de grandes multíparas sufre una gran disminución (Tabla 1). Se esbozan, a partir de los datos encontrados, tendencias para cada nivel de paridad.

Al evaluar otros aspectos es posible ver que las primíparas tienen un comportamiento similar al total de parturientas con respecto al tipo de parto, aunque ocupen el porcentaje mayoritario de los partos por forceps.

Se establecen además edades medias comparadas de la muestra y las primíparas, encontrándose que la de este último grupo es estable, con tendencia leve a aumentar (Tabla 2), al comparar los años de estudio.

El estudio compara grupos de edades de primíparas mostrando que éstas se agrupan en los tramos 16 - 20 años y 21 - 25 años. Se comparan pesos de recién nacidos, mostrando el mismo comportamiento en el tiempo que los parámetros anteriores, señalándose los grupos de mayor relevancia. El Apgar a su vez es agrupado de acuerdo a normas observándose una notoria mejoría en los últimos años.

Se cierra el estudio señalando, a modo de curiosidad, que el 55,62^o/o de las primíparas de la muestra consiguen el "hombrecito" al primer intento.

**TABLA 1
GRUPOS DE PARIDAD EN LOS AÑOS 1979 - 1983,
HOSPITAL DE SANTA CRUZ DISTRIBUCION PORCENTUAL**

GRUPO DE PARIDAD	1979	1980	1981	1982	1983	Media
0	37,5	33,0	33,4	37,3	33,6	34,97
1	25,4	25,5	28,7	28,6	31,8	28,00
2	14,4	15,0	19,6	12,1	16,3	15,50
3	9,6	10,5	6,6	6,3	10,0	8,62
4	4,3	4,0	4,3	2,9	3,6	3,83
5 a 7	6,2	8,5	4,3	6,7	2,7	5,71
8 o más	2,4	3,5	2,8	5,8	1,8	3,28
						100,00 ^o /o

TABLA 2
EVOLUCION DE LA EDAD MEDIA DE LAS PRIMIPARAS Y DEL TOTAL DE
EDAD MEDIA

	1979	1980	1981	1982	1983	Media
PARTURIENTAS	25,14	25,55	25,85	25,86	25,24	25,52
PRIMIPARAS	21,50	21,31	22,42	21,84	21,47	21,70

8. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA MADRE SOLTERA EN UN AREA PERIFERICA DE SANTIAGO

Drs. Marcela Barría, M. Stella Gallardo, M. Patricia Guarda, Enf. Amanda Herrera y Srs. Cecilia Soto y Eduardo Schiefelbein.

(Departamentos de Pediatría y Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorio Carlos Avendaño, Servicio de Salud Metropolitano Occidente).

La ilegitimidad, considerada un factor negativo para la salud infantil, muestra una tendencia creciente en varios países, incluido Chile. Según estadísticas vitales del año 1981, la proporción de nacidos vivos ilegítimos fue de un 27,4^o/o en nuestro país, lo que significa que uno de cada 3 a 4 niños chilenos es ilegítimo.

Dada la magnitud de este problema, las autoras estimaron de interés conocer el ambiente que rodea a la madre soltera y su hijo, diseñando para tal efecto el trabajo que se presenta a continuación, cuyo propósito fue estudiar las características socioeconómicas de un grupo de madres solteras que controlan a sus hijos en un Consultorio Periférico de la comuna de Pudahuel.

Se realizó una encuesta a 100 madres solteras, sin convivencia, que asistieron al Consultorio Dr. Carlos Avendaño entre el 8 de noviembre de 1982 y el 13 de enero de 1983, cuyos hijos eran menores de 2 años. Se completó la información con revisión de la ficha clínica del niño y visitas domiciliarias.

RESULTADOS:

Un 43^o/o de los lactantes estudiados no estaban reconocidos por su padre; un 79^o/o de las madres estudiadas, tenían entre 15 y 24 años; un 89^o/o habían cursado entre 5^{to.} básico y algún año de Enseñanza Media. Un 76^o/o de ellas tenían un solo hijo, y en aquellas madres que tenían dos o más niños, se encontró que los hijos anteriores eran de distinto padre en las 3/4 partes de los casos.

Con respecto a la calidad de la vivienda, aproximadamente la mitad del grupo estudiado vivía en casa de material sólido y con índice de hacinamiento de 1 - 2 personas por pieza, un 73^o/o de estas viviendas tenía luz eléctrica, agua potable y alcantarillado.

Estudiando la mantención de los niños, llamó la atención que menos de un 30^o/o de las madres y un 36^o/o de los padres proporcionaban algún aporte económico, lo que determinaba que fueran los familiares maternos los responsables de la alimentación, vestuario y otros gastos.

En cuanto a la esfera afectiva, se observó que el 97^o/o de las madres tenía una adecuada relación con su hijo y, en general, un buen contacto con sus familiares.

Un 60^o/o no tenía relación alguna con el padre del menor y un 4^o/o había establecido lazos afectivos con otro individuo.

Se interrogó a las madres sobre la posibilidad de un nuevo embarazo y se encontró que un 76^o/o no lo deseaba; sin embargo, sólo 1/3 de ellas estaba usando algún método anti-conceptivo en ese momento.

9. ILEGITIMIDAD : CARACTERISTICAS DEL PRIMER AÑO DE VIDA EN LACTANTES BAJO CONTROL EN UN CONSULTORIO PERIFERICO DE LA COMUNA DE PUDAHUEL

Drs. Marcela Barría, M. Stella Gallardo y Patricia Guarda y Enf. Amanda Herrera.
(Departamentos de Pediatría y Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorio Carlos Avendaño, Servicio de Salud Metropolitan Occidente).

La ilegitimidad, que tiene importantes repercusiones en el desarrollo integral del niño, ha ido en aumento en los últimos años.

Existen escasos estudios que permitan conocer con detalle los efectos de esta situación social.

En un trabajo realizado en 1980, se observó que no había diferencias importantes en el período neonatal precoz entre los hijos de madres solteras, convivientes y casadas, aunque sí las había en la proporción de embarazos no deseados y en la iniciación tardía del control de embarazo con cifras significativamente superiores en las solteras.

Estos antecedentes llevaron a las autoras a preocuparse de estudiar el primer año de vida del lactante, intentando determinar si existen diferencias entre los hijos de madres solteras, convivientes y casadas. Con este propósito se diseñó el trabajo que se presenta a continuación.

Se revisaron las historias clínicas de 228 hijos de madres solteras, convivientes y casadas que ingresaron al Consultorio Dr. Carlos Avendaño, entre enero y diciembre de 1980 y que fueron controlados por lo menos hasta la edad de un año.

Se excluyeron para todos los grupos los niños de bajo peso de nacimiento y los que presentaban patologías crónicas que afectaran su crecimiento y desarrollo.

Se estudió el desarrollo pondoestatural, la asistencia a controles de salud, incidencia de desnutrición y de retraso del desarrollo sicomotor entre otros aspectos.

RESULTADOS:

El progreso pondoestatural, analizado por separado en varones y niñas, no mostró grandes diferencias, excepto en los hijos hombres de madres casadas que mostraron una tendencia a tener mayores incrementos ponderales en todas las edades.

El ingreso al consultorio fue más tardío en las solteras y convivientes, pero la asistencia a control de salud no mostró diferencias significativas en los tres grupos estudiados.

Fue mayor la incidencia de desnutrición en los hijos de solteras y la incidencia de retraso del desarrollo sicomotor en los hijos de madres convivientes.



10. PERFIL DE MORBILIDAD PEDIATRICA AMBULATORIA EN EL SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE

Ilse María López, José Salazar, José Rojas, Angélica Galaz, Patricio Guzmán, Elda González, Sergio Pérez, Haydee González, Cecilia Larrovide.

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorios La Pincoya, Lucas Sierra, Quinta Buin, N° 2 e Independencia del Servicio de Salud Metropolitano Norte).

La consulta por morbilidad que atiende el médico en los establecimientos periféricos corresponde, por una parte, a un gran volumen de acciones de atención primaria y, por otra, a la satisfacción de una necesidad permanente de la población. Conocer la estructura o importancia relativa que los diagnósticos constituyen una necesidad para la administración en salud.

Con el propósito de disponer de un perfil de morbilidad pediátrica ambulatoria para el Servicio de Salud Metropolitana Norte se diseñó un estudio que cumpliera con los siguientes objetivos: a) Determinar los grupos de diagnóstico más importante para todo el servicio, por consultorio y por edad; b) Identificar los diagnósticos de mayor importancia relativa por establecimiento y edad.

La fuente básica de datos fue el informe diario de consulta médica pediátrica otorgada entre el 1° de Enero y 31 de Diciembre de 1982, incluyen 155.934 consultas de los consultorios Til-Til, Pincoya, Quinta Buin, Independencia, Lucas Sierra, Valdivieso y Consultorio N° 2. En cada una de estos se tenía una muestra de consulta que permitiera el análisis mantenido. El tamaño total de éstos es de 5461. Cada consulta sorteada fue procesada en forma manual. Se registró edad del niño, diagnóstico, nombre del consultorio, mes en que se otorgó. No fué posible diferenciar las consultas nuevas de las repetidas por defectos de registro y definiciones poco claras.

RESULTADOS:

La frecuencia de consultas disminuye francamente con la edad, desde 1 de cada 4 para los menores de un año y 1 de cada 6 para los de 1 año, se llega a sólo 1 de cada 45 para los niños que tengan 12 a 14 años. No constituye novedad que el grupo de causas de mayor importancia relativa son las enfermedades respiratorias que alcanza casi a la mitad de estas atenciones; le siguen a gran distancia las infecciosas y parasitarias que alcanzan a 1 de cada 5. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades de los órganos de los sentidos y las de la piel. (7,1 y 6,1% respectivamente). Entre las diferencias destacables por establecimiento está la menor proporción de respiratorias en el consultorio N° 2; una mayor importancia para las digestivas en Valdivieso y N° 2, para las de la piel en Quinta Buin y congénitas en el N° 2.

El comportamiento de los grupos de causas es diferente por edad. A medida que ésta aumenta, se observa una mayor importancia relativa de las enfermedades mentales, las del sistema nervioso y órganos de los sentidos, las del aparato génito urinario, las de la piel, las del sistema osteo-muscular y los traumatismos y envenenamientos. En cambio, descienden su importancia relativa con la edad, las respiratorias y las malformaciones congénitas.

En cuanto a diagnósticos específicos, se puede observar que el 75% de las consultas se concentra en 18 causas. En el consultorio Independencia corresponden a un 80% y el N° 2 solo a un 67%. El diagnóstico más frecuente es bronquitis con casi un 18%, le sigue el resfriado común, las diarreas y amigdalitis, pero ellas se presentan la mitad de las veces que la Bronquitis. Continúan las faringitis, parasitosis intestinal, gripe, otitis y bronconeumonía las que, a su vez se observan en la mitad de las veces que los mencionados anteriormente. El impétigo y la infección urinaria aparece un 2% de las veces y entre 16% y 10% las conjuntivitis, viosis, dermatitis, adenopatía, epilepsia, escabiosis y hepatitis.

En cuanto al comportamiento de los grupos de diagnósticos en los consultorios cabe destacar: La gripe es entre 3 y 6 veces más importante en Til-Til. Algo parecido ocurre con la bronconeumonía y la parasitosis intestinal en Pincoya. En cambio, en este centro, las diarreas son menos importantes que en los demás. Entre las infecciones y parasitarias, las consultas por sarna son tanto o más frecuentes que las hepatitis, como ocurre en el consultorio N° 2 y Valdivieso. La epilepsia aparece como frecuente causa de consulta en el consultorio Independencia y el N° 2.

La lista de diagnósticos del grupo de afecciones a la piel es bastante extensa y a su vez muy variable entre establecimientos. El impétigo es causa de más de la mitad de este grupo en Pincoya y Lucas Sierra. El prurigo es muy escaso en Quinta Buin y Lucas Sierra.

En resumen la mitad de la consulta médica pediátrica se debe a enfermedades respiratorias y dentro de ellas las bronquitis originan más de un tercio, constituyéndose en la primera causa de consulta infantil. Las diarreas agudas mantienen un tercer lugar. La importancia relativa de los distintos grupos varían con la edad. El panorama entre consultorios es diferente sólo para algunos diagnósticos pero, en general, para el grueso de ellos no se observan diferencias.

TABLA 1 . IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN CADA ESTABLECIMIENTO

GRUPO	DISTRIBUCION PORCENTUALES							TOTAL Consultorio N° 2	TOTAL Consultorio N° 0/0
	Til-Til	Pincoya	Qta. Buin	Indepen.	L. Sierra	Valdiv.	Consult. N° 2		
I Infecc. y parasit.	19.7	18.7	19.0	21.9	19.2	17.8	21.4	1075	19.7
II Tumores			0.1				0.1	2	0.0
III Gland. endocrinos	0.2	-	2.4	0.6	0.6	0.3	2.1	49	0.9
IV Sangre	1.9	1.1	2.4	2.0	2.4	0.7	2.1	100	1.8
V Mentales	0.4	0.4	0.7	0.9	1.1	1.5	1.4	49	0.9
VI Sist. Nervioso y org. de los sentidos	6.5	8.6	8.4	7.0	5.8	5.8	7.3	386	7.1
VII Ap. Circulatorio	0.2	0.3		0.3	0.2			9	0.2
VIII Ap. Respiratorio	50.9	49.7	44.9	49.9	48.9	51.8	41.3	2633	48.2
IX Ap. Digestivo	2.4	3.6	4.0	3.4	4.0	6.0	5.5	222	4.1
X Ap. genito urinario	3.6	2.4	3.6	2.8	2.9	2.2	4.2	170	3.1
XI Sist. osteo musc.	1.0	0.1	1.8	1.9	2.0	1.0	2.4	81	1.5
XII Piel	4.7	6.7	9.4	4.9	5.0	7.2	5.0	334	6.1
XIII Congénitas	1.0	-	0.8	1.8	1.7	1.0	2.9	73	1.3
XIV Mal definidas	1.8	4.6	-		2.0	1.5	2.8	94	1.7
XV Traumatismo y Envenenamientos	5.7	3.8	2.5	2.6	4.2	3.2	1.5	184	3.4
TOTAL 0/0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	5461	100.0
N°	788	744	826	901	804	685	713		

TABLA 2 . 18 DIAGNOSTICOS MAS IMPORTANTES, EN EL TOTAL DEL SERVICIO Y CADA CONSULTORIO. PORCENTAJES

DISTRIBUCIONES PORCENTUALES

DIAGNOSTICO	Til-Til	Pincoya	Quinta Buin	Independencia	Lucas Sierra	Valdi.	Nº 2	TOTAL
1 Bronquitis	19.2	17.7	16.1	16.1	21.4	16.5	17.8	17.9
2 Resfrío común	7.7	11.4	10.8	12.7	6.7	16.5	7.0	10.4
3 Diarrea aguda	8.1	5.5	9.4	10.1	8.2	9.8	8.8	8.6
4 Amigdalitis	9.6	6.9	6.4	10.4	10.3	4.8	9.1	8.3
5 Faringitis	3.2	3.4	7.0	3.0	4.1	5.4	3.8	4.2
6 Parasitosis intest.	2.2	4.0	3.4	3.8	4.1	2.2	3.4	3.3
7 Gripe	9.6	1.6	1.5	2.9	2.2	4.1	-	3.1
8 Otitis	2.4	3.9	3.8	3.1	2.4	2.8	1.8	2.9
9 Bronconeumonía y Neumonía	0.8	7.9	2.3	4.2	2.6	0.6	0.7	2.8
10 Impétigo	1.6	3.4	2.5	1.6	3.0	1.3	0.8	2.1
11 Infección Urinaria	3.3	1.7	2.1	1.7	2.2	0.4	2.2	2.0
12 Conjuntivitis	1.9	2.3	1.7	1.4	1.6	0.6	2.0	1.6
13 Virosis	2.3	0.4	1.1	1.9	1.6	0.3	4.6	1.6
14 Dermatitis	1.0	1.3	2.9	0.9	1.0	2.8	1.4	1.6
15 Adenopatía	1.5	0.4	1.8	1.8	1.9	0.4	1.0	1.3
16 Epilepsia	1.4	0.9	0.8	1.9	0.7	0.6	2.2	1.2
17 Escabiosis	1.4	1.5	0.7	1.3	0.9	1.3	0.7	1.1
18 Hepatitis	1.3	1.1	1.1	0.9	1.5	0.6	1.1	1.0
SUBTOTAL Nº	619	526	626	716	615	486	481	4096
o/o	77.6	75.3	75.6	79.7	76.4	71.0	67.4	65.0
TOTAL	788	744	826	901	804	685	713	5461

11. COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD DEL LACTANTE MENOR BAJO CONTROL CONSULTORIO LA PINCOYA

Sra. Ilse López, Dra. Haydee Sepúlveda y Srs. N. Aguirre, P. Alarcón, M. T. Ayala, J. Barrera, A. Cumsille, Y. Ferrada, B. Montero, J. Poblete, R. Poblete, A. Quezada y C. Soto

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorio La Pincoya, Servicio de Salud Metropolitano Norte)

En un análisis reciente de una muestra de consultas pediátricas otorgadas durante un año en este consultorio se observó que una de cada cuatro de estas acciones correspondía a menores de un año. Este es un volumen importante dentro de la atención primaria de salud y ello ha motivado la realización de un estudio que permitiera saber: 1) cuáles son los diagnósticos que originan las consultas; 2) cuántos son los niños que consultan por enfermedad; 3) qué relación tienen con la edad del lactante y 4) cuántos son los niños que no registran morbilidad en este período de vida.

Se definió como grupo de estudio los recién nacidos inscritos durante 10 meses. En ellos se analizó toda la morbilidad observada durante el primer año de vida. El estudio comprende 805 niños. La fuente básica de datos fue la ficha clínica, la cual fue identificada a través del libro de registro de inscripción de recién nacidos. La totalidad del procesamiento se realizó en forma manual por lo que fue necesario la colaboración de numerosas personas.

RESULTADOS

Se trata de un grupo de niños que se inscribe en el Consultorio oportunamente, en un 92,30% antes de las 2 semanas. El 70,70% nace de parto normal; la gran mayoría (95,20%) pesa sobre 2.500 g. Sólo un 50% presentó un Apgar de 7 o menos, al minuto de nacer. Por lo tanto, se puede suponer que es un grupo que nace con un buen pronóstico y llega al establecimiento oportunamente.

Más de la mitad de la morbilidad de los menores de un año corresponde a enfermedades respiratorias, la que no constituye novedad dentro de la morbilidad ambulatoria infantil. Lo que sí parece novedoso es que un 40% restante se reparte en solo 5 causas de consultas: diarrea, afecciones a la piel, otitis, conjuntivitis e infecciosas.

Esta estructura presenta variaciones importantes, en especial en los primeros dos meses de vida en los que casi no hay consultas por otitis y la diarrea presenta su menor importancia, al igual que las respiratorias; en cambio son muy frecuentes las conjuntivitis y una variedad de diagnósticos incluidos en el grupo "otros". La bronconeumonía es tal vez uno de los diagnósticos más constantes a lo largo de este 1er. año. Disminuye la importancia relativa de las conjuntivitis, las afecciones de la piel con excepción de los 12 meses en que vuelven a aparecer como en el 1er. mes.

¿Qué ocurre con los riesgos o relación entre niños que consultan y niños bajo control? Lo más destacable es que las tasas por enfermedades respiratorias tienen un comportamiento curioso: bajas en los extremos del año (80%), se duplican en el tercer mes y siguen ascendiendo hasta los 8 meses en que alcanzan el máximo (20,70%). El riesgo de enfermar por bronconeumonía es mayor en el 1er. semestre. La incidencia de la diarrea es ascendente del 1º al 6º mes para descender en el 2º semestre. Las tasas por infecciosas son parecidas a lo largo del período.

En cuanto a la concentración de consultas entre los consultantes esta varía entre 1,4 en los primeros 4 meses de vida y sube constantemente hasta llegar a 3,75 consultas por niño entre los que cumplieron el año. Lo curioso es que con la edad disminuye el número de consultantes y también el de consultas.

Se ha mostrado hasta aquí lo que podría llamarse el aspecto negativo, la demanda por morbilidad, sin embargo, es interesante cuantificar los que no enferman o al menos no demandan en el consultorio. Las cifras no bajan de 78^o/o en el 1er. semestre, luego ascienden en el 2^o hasta llegar a 96.8^o/o entre los que cumplieron 12 meses.

TABLA 1

Tasas de morbilidad por causas y edad en lactantes menores bajo control

Edad (meses)	Respiratorias	Bronco-neumonía	Diarrea	Piel	Otitis	Conjuntivitis	Infecciosas	Otras	Total de niños en control
-1	7.8	0.7	1.1	2.1	0.0	2.5	0.4	3.6	805
1	7.9	1.6	4.9	3.0	0.5	1.0	1.8	3.9	792
2	15.4	1.0	5.4	2.9	1.5	0.8	0.8	2.7	785
3	15.4	1.0	6.3	1.9	1.3	0.4	0.9	2.1	779
4	18.1	1.2	6.3	2.1	1.3	0.5	1.3	1.4	775
5	18.4	1.3	7.0	2.7	1.0	1.2	1.0	0.9	773
6	16.3	0.5	5.2	2.1	2.7	0.7	0.9	1.6	769
7	16.1	0.7	5.0	1.8	1.4	1.3	0.9	1.4	765
8	20.7	1.4	3.8	3.3	1.8	0.5	1.0	2.0	762
9	12.0	0.8	3.4	1.5	1.6	0.0	1.1	1.2	758
10	12.1	1.1	4.5	1.5	1.5	0.3	0.7	1.2	754
11	9.3	0.7	5.2	1.2	1.3	0.5	0.8	1.1	750
12	6.4	0.4	0.7	1.5	0.7	0.0	0.7	0.9	746

TABLA 2

Porcentaje de niños que no presentaron morbilidad en cada mes de vida.
Lactantes menores bajo control

Edad (meses)	Nº	o/o	Total de niños en control
-1 m.	702	87.2	805
1	620	78.3	792
2	613	78.1	785
3	615	78.9	779
4	607	78.3	775
5	613	79.3	773
6	612	79.6	769
7	634	82.9	765
8	601	78.9	762
9	666	87.9	758
10	670	88.9	754
11	685	91.3	750
12	722	96.8	746

12. LA SALUD DEL PREESCOLAR EN JARDINES INFANTILES DE SANTIAGO

Dra. Ana M. Kaempffer y Srs. Marcela Mery, Hugo Molina,
Lidia Valenzuela y Edgardo Tabilo
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La edad de la vida infantil comprendida entre los 2 y 5 años también llamada preescolar fué, durante muchos años, denominada "la edad abandonada". En efecto, frente a situaciones de salud infantil más apremiantes los recursos de atención de salud fueron destinados a resolverlos.

En las últimas décadas, sin embargo, el interés por la salud intergral del niño preescolar va en aumento, reconociéndose los importantes problemas psicológicos y de socialización que pueden presentarse en esta edad y que se proyectan en las etapas sucesivas de la vida. Existe, además, la creencia de que, salvo los accidentes, el preescolar no presenta problemas de salud física.

El propósito del presente trabajo fué analizar el nivel de salud de preescolares presuntamente sanos, asistentes a Jardines Infantiles de la ciudad de Santiago. Los objetivos específicos se centraron en la descripción del estado nutricional, del desarrollo psicomotor y de diferentes cuadros mórbidos pesquisados en un examen realizado directamente por los investigadores.

Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo. Se trabajó en 8 Jardines Infantiles ubicados en diversas comunas de la ciudad de Santiago, con niños de nivel socioeconómico bajo; se examinó a todos los niños asistentes con un total de 1.496. Además se pesó y midió a otros 106 niños, en los que no se realizó examen físico.

Para la clasificación de estado nutricional se utilizaron los criterios de Sempé para peso-edad y talla-edad. Además se calculó la relación peso - talla. Para la clasificación de desarrollo psicomotor se adaptó la escala de desarrollo psicomotor de las normas del Ministerio de Salud, las que, fuera de la observación directa de los investigadores, requirió de datos anamnésticos sobre conductas no observables en el momento del examen, que fueron proporcionadas por la educadora de cada nivel.

RESULTADOS

Estado nutricional. El estado nutricional encontrado fué mejor del que teníamos como antecedente en publicaciones del Ministerio de Salud y de otros estudios. En los varones encontramos un 72,70% de eutrofia y un 220% de sobrepeso en la relación peso-talla, con un 5,20% de desnutridos. Sin embargo la cifra fué de 6,6 según sexo-edad y de 26,50% en la relación talla-edad, lo que estaría indicando daño previo suficiente para alterar la talla. La situación es similar en las niñas.

En relación a desarrollo psicomotor, un 85,70% de los varones y un 890% de las niñas presentaban un desarrollo psicomotor normal. Es probable que la situación real sea algo mejor ya que el examen se realizó en un contacto único.

En relación a patologías encontradas, nos llamó la atención el escaso número de niños completamente sanos que detectamos. En efecto fueron catalogados como sanos sólo un 3,90% de los niños y un 6,80% de las niñas. Se encontró un promedio de 2.1 patologías por niño examinado. Estos resultados fueron obtenidos excluyendo como patología la rinitis, presente en un 92,60% de los niños. El examen físico se realizó en meses de Otoño e Invierno.

El grupo de patología más frecuentemente observado fue "Respiratorias" con un 350% de total de diagnósticos. En segundo lugar se encontró la patología bucal especialmente caries dentarias con un 330% de los diagnósticos. El tercer lugar lo ocuparon las afecciones dermatológicas con un 130% de los diagnósticos.

Resumen y conclusiones. Se examinó a un total de 1496 niños asistentes a Jardines Infantiles en los que se analizó el estado nutricional, el desarrollo psicomotor y la presencia de morbilidad.

El estado nutricional actual es satisfactorio aunque hay evidencia de un número importante de secuelas de daño nutricional.

El desarrollo psicomotor es adecuado en la mayor parte de los niños. La proporción de niños totalmente sanos es baja, observándose una alta incidencia de enfermedades respiratorias, caries dentarias, maloclusión y patología dermatológica.

Frente a esta situación, parece indispensable una buena coordinación y cooperación de los establecimientos de salud de los sectores donde se encuentran ubicados los Jardines, la que en la actualidad no son satisfactorias, y un esfuerzo educativo hacia los padres de los párvulos sobre cuidados de salud y utilización correcta de los servicios locales.

13 DETECCION PRECOZ DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ MEDIANTE PRUEBA DE "SCREENING" PARA EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

Dr. Jacobo A. Tieffenberg y Enf. Sara Labrín
(INTA, Universidad de Chile)

Se aplicó una prueba del desarrollo psicomotor a 104 lactantes de edad inicial media 5-6 meses (rango: 3-9 meses) en el control sano que realiza la enfermera de un Consultorio habilitado por INTA en un sector de nivel socio-económico bajo del área Sur-Oriente de Santiago. Esta prueba está preparada para el grupo de edad de 0 a 5 años. Habiendo sido concebida como un screening es pasada por la enfermera en menos de cinco minutos.

La prueba abarca las áreas Social, Motora, Lenguaje y Coordinación. Mediante ella no se hace diagnóstico, porque la prueba no da puntaje; pero se consideró alteración cuando se detectó algún retraso en dos controles consecutivos, siendo entonces el paciente referido al Pediatra.

Luego de cinco meses usando esta prueba, los resultados preliminares mostraron que 13 niños (12,5%) evidenciaron retraso en dos o más áreas por más de dos meses consecutivos. En 7 de ellos, los retrasos persistieron; tres de ellos tuvieron que ser referidos a Neurología por el Pediatra. El resto fue incluido por él en Estimulación Temprana.

Estos niños fueron vistos contemporáneamente en el control sano de rutina en su Policlínico (donde esta prueba no se utiliza), sin que las enfermeras involucradas en estos dos controles simultáneos tuvieran contacto entre sí. En este control sano, en los que no se buscan específicamente problemas de crecimiento y desarrollo, no se registró ningún trastorno en los niños vistos.

Esta prueba de screening ha evidenciado ser en estos niños una herramienta eficaz para la detección precoz de problemas del desarrollo psicomotor en el nivel primario de atención.

14. ESTUDIO DE LA DESNUTRICION INFANTIL EN MONTE AGUILA AÑOS 1980 - 1983

Drs. Santiago Herrera y Rodolfo Plass
(Consultorio Montaguila, Servicio de Salud Bio-Bío y Consultorio San Ignacio, Municipalidad de San Ignacio)

Monte Aguila, pequeño Pueblo Rural de la VIII Región con 5.600 habitantes es atendido por un Consultorio General Rural perteneciente al Servicio de Salud de Bío Bío.

Uno de sus problemas de Salud más importante, es la desnutrición infantil y su equipo de salud local ha puesto en marcha, desde 1980, una serie de estrategias tendientes a bajar el porcentaje de este problema de 17,6^o/o en 1980 a 11,9^o/o en 1983.

Una de las estrategias, ha sido la creación del Centro de Recuperación Nutricional, cuyos logros se entregan en este trabajo, analizando 61 casos de niños desnutridos, que han sido atendidos en dicho Centro, desde Enero 1982 a Julio 1983.

El trabajo tuvo como objetivo hacer un estudio comparativo de la desnutrición en la Comunidad de Monte Aguila, durante los años 1980 - 1983, ver sus variaciones de frecuencia, según grado de desnutrición y grupo etario afectado.

a) analizar las acciones realizadas en el Centro de Recuperación Nutricional de Monte Aguila, estudiando 61 casos de niños desnutridos que han sido atendidos en él y de las variables que influyeron en su desnutrición y recuperación posterior.

RESULTADOS

A continuación se presentan 2 tablas de mayor significación.

TABLA Nº 1 DESNUTRICION EN MONTE AGUILA

	1980	1981	1982	1983
POBLACION BAJO CONTROL	600	623	646	699
NUMERO DE DESNUTRIDOS	106	103	91	80
PORCENTAJE	17,6 ^o /o	16,5 ^o /o	14 ^o /o	11,9 ^o /o

GRADO DE DESNUTRICION	1980		1981		1982		1983	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
LEVE	92	15,3	90	14,4	81	12,5	72	11,0
MODERADO	13	2,1	12	1,9	10	1,5	8	1,2
AVANZADO	1	0,2	1	0,2	0	0	0	0
TOTAL	106	17,6	103	16,5	91	14,0	80	11,9

TABLA 2

Resultados observados en el Centro de Recuperación Nutricional, Monteáguila

	Ingresos		Recuperación	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Total	61	100	51	84
Desnutridos 1	53	87	43	81
Desnutridos 2	8	13	8	100

CONCLUSIONES

A través de este trabajo podemos inferir que los factores de mayor relevancia en la génesis de la desnutrición, son el medio ambiente (condiciones habitacionales, familiares y analfabetismo) y la hipo-alimentación, ya que se observa en este estudio que al iniciar una alimentación adecuada se logra la recuperación de estos niños.

Se concluye que ha habido un descenso importante en el porcentaje de desnutrición en Monte Aguila, 1980 - 1983 (17,6^o/o a 11,9^o/o).

La desnutrición leve es la de mayor frecuencia y el grupo etario más afectado es de los 2 a 6 años.

De los 61 niños distróficos que han ingresado al Centro de Recuperación Nutricional, se han recuperado 51, con un 84^o/o de rendimiento.

15. NECESIDADES DEL ADOLESCENTE Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

Enf. Edita Peña, Sra. Ilse M. López, Dra. Ana M.
Kaempffer y Sr. Sergio Vargas

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El adolescente, en la actualidad, es motivo de preocupación especial, tanto de instituciones gubernamentales de salud y educación como religiosas. Las razones son, por una parte cuantitativa, ya que 2 de cada 10 chilenos tienen entre 10 y 19 años y, por otra parte, ellos presentan una problemática que difiere a la del niño y a la del adulto. Están sometido a tareas y problemas de su desarrollo que deben superar y a necesidades propias que tienen que satisfacer en beneficio de su propia estabilidad como individuos partícipes de una sociedad.

Se supone que una adecuada satisfacción de las necesidades tanto físicas como personales y sociales lleva al adolescente a la apertura de aspiraciones y perspectivas más amplias, permitiéndole llegar a metas tales como "autorespeto, dignidad personal, status, solidaridad colectiva, etc." Al existir una situación inversa, el joven se vería enfrentado a conflictos que se traducirían en situaciones de bajo rendimiento escolar, inadecuada ocupación del tiempo libre, malas relaciones con sus familiares, con sus iguales, las que, de no remediarse, se traducen en problemas de salud mental.

El estudio que se presenta, muestra en un grupo de adolescentes la satisfacción de las necesidades, el rendimiento académico y la relación entre ambas variables. En él las necesidades físicas incluyen los componentes o estados de necesidad de "hambre, sed, descanso, actividad física, sexo y evacuación"; las necesidades personales, los de "status, manejo de dinero, identificación, independencia, reconocimiento a esfuerzos y tener formación religiosa"; las sociales incluyen "comunicarse con otros y pertenecer a grupo de pares".

Se analiza una muestra de 402 adolescentes entre 15 y 19 años, estudiantes de 3er. año medio de colegios diurnos fiscales y particulares de la comuna de Santiago. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario autorespondido por los estudiantes, el cual contenía todas las preguntas destinadas a dimensionar adecuadamente cada una de las variables. Previamente fue validado y medida su confiabilidad. El rendimiento académico correspondió a la 1ra. evaluación trimestral.

RESULTADOS

El único estado de necesidad que aparece satisfecho por la gran mayoría de los jóvenes es la "evacuación". Para los demás estados de necesidad se observa la insatisfacción por más de la mitad de los entrevistados.

El rendimiento académico (RA) se clasificó como "muy bueno, bueno, suficiente e insuficiente". La gran mayoría de los adolescentes del estudio están en las categorías bueno y suficiente (45,3% y 39,3% respectivamente).

Con respecto a la relación entre RA y grado de satisfacción de las necesidades se puede concluir que el primero no depende del segundo, con excepción de "manejo de dinero, identificación y status". Los dos primeros determinan una mejor RA si ellos están satisfechos. En cambio, el último, si lo está "insatisfecho".

El RA tampoco aparece como dependiente del tipo de establecimiento y grado de satisfacción de las necesidades, salvo en el caso de "comunicarse con otros" y la "independencia". En el primero, el RA es más alto si está satisfecho y pertenece a colegio particular y en el segundo, si está insatisfecho y pertenece al mismo tipo de colegio.

En suma, se observa un grupo de adolescentes cuyas necesidades no están satisfechas y por lo tanto, son potenciales pacientes de "salud mental". De gran importancia resulta buscar las causas de la insatisfacción en especial de las necesidades personales y sociales. Además, al no encontrar relación entre RA y grado de satisfacción de las necesidades cabe preguntarse en los factores asociados al RA suficiente e insuficiente: ¿intereses personales, patrones culturales de la familia, incentivos escolares, estabilidad de la familia?.

TABLA 1

Porcentaje de adolescentes que sienten satisfechos los diferentes estados de necesidad

Necesidad	Estado de Necesidad	o/o
Física	Hambre	7,7
	Sed	9,2
	Actividad física	1,5
	Descanso	15,9
	Sexo	13,2
	Evacuación	89,8
Personal	Status	48,6
	Manejar dinero	33,8
	Identificación	10,7
	Independencia	21,1
	Reconocimiento de esfuerzo	57,5
	Tener formación religiosa	28,1
Sociales	Pertenecer a grupos de pares	51,7
	Comunicarse con otras	58,7

TABLA 2

Porcentaje de adolescentes según rendimiento académico, según grado de satisfacción de cada uno de los estados de necesidad

Estado de necesidad	Rendimiento (°/o)					Total N°
	Satisfacción	Muy Bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente	
Hambre	Satisfecha	6.4	38.7	45.2	9.7	31
	Insatisfecha	11.3	45.9	38.8	4.0	371
Sed	Satisf.	13.5	54.1	29.7	2.7	37
	Insatisf.	10.7	44.4	40.3	4.6	365
Actividad física	Satisf.	—	83.3	16.7	—	6
	Insatisf.	11.2	44.7	39.6	4.5	396
Descanso	Satisf.	12.5	46.9	32.8	7.8	64
	Insatisf.	10.7	45.0	40.5	3.8	338
Sexo	Satisf.	9.4	47.2	37.7	5.7	53
	Insatisf.	11.2	45.0	39.5	4.3	349
Evacuación	Satisf.	11.6	45.4	38.8	4.2	361
	Insatisf.	5.0	45.0	42.5	7.5	40
<hr/>						
Status	Satisf.	7.2 *	47.7	41.0	4.1	195
	Insatisf.	14.6 *	42.7	37.9	4.8	206
Manejo de dinero	Satisf.	14.7 **	43.4	38.2	3.7	136
	Insatisf.	9.1 **	46.0	40.0	4.9	265
Identificación	Satisf.	20.9 *	48.9	27.9	2.3	43
	Insatisf.	9.7 *	44.9	40.7	4.7	359
Reconocimiento a esfuerzo y ser reconocido	Satisf.	12.1	44.6	38.5	4.8	231
	Insatisf.	9.4	46.5	40.0	4.1	170
Independencia	Satisf.	11.8	43.5	37.6	7.1	85
	Insatisf.	10.8	45.9	39.5	3.8	316
Tener formación religiosa	Satisf.	9.7	49.6	35.4	5.3	113
	Insatisf.	11.5	43.4	40.9	4.2	288
<hr/>						
Pertener a grupo pares	Satisf.	11.1	44.2	40.4	4.3	208
	Insatisf.	10.8	46.5	38.1	4.6	194
Comunicarse con otros	Satisf.	10.6	44.4	40.3	4.7	236
	Insatisf.	11.5	46.7	37.6	4.2	165

* $p < .001$: ** $p < 0.05$

16. ADOLESCENTES ESCOLARES EN LA COMUNA DE LA REINA: PERCEPCION DE SUS NECESIDADES, INTERESES Y PROBLEMAS

Dr. Ramón Florenzano, Ps. Beatriz Zegers, Ps. Giozo Sziklai, Enf. Gladys Maturana y Dr. Guillermo Morales
(División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile; Consultorio La Reina, Servicio de Salud Metropolitano Oriente; Dirección de Salud, Municipalidad de La Reina)

A pesar del creciente interés por los adolescentes y sus necesidades, existen aún pocos datos estadísticos básicos en relación con este grupo etario, lo que dificulta organizar sistemas de salud para los adolescentes. El uso de drogas por los jóvenes y algunos de sus problemas, aparece como un conjunto altamente visible y publicitado. Hemos venido desarrollando la tesis de que lo anterior corresponde a una distorsión con fines publicitarios de una realidad menos amenazante.

Como parte de un programa docente asistencial en el que participan el Consultorio de La Reina (Servicio de Salud Metropolitano Oriente), la I. Municipalidad de La Reina, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la fundación W.K. Kellogg, iniciado en 1980, se realizó una encuesta en 1982, para obtener datos útiles. Este trabajo resume los resultados de dicha encuesta.

De 2.299 estudiantes que cursaban entre 7º básico y 4º medio en once establecimientos educacionales, se identificaron tres subgrupos del 7º básico, 1º medio y 4º medio: 2249 jóvenes contestaron la encuesta. El procesamiento corresponde a datos de 428 alumnos (18,70/o) por faltar información referentes a edad y sexo, en las encuestas.

El instrumento aplicado fué una encuesta organizada en dos partes: una destinada a obtener datos socio-demográficos e información sobre uso del tiempo libre y otra que exploraba, mediante una escala tipo Likert (siempre-a menudo casi nunca-nunca), 8 áreas de percepción de problemas por parte de los adolescentes.

Los datos se procesaron asignando puntajes de 0 a 5 de acuerdo a una escala acordada por cuatro expertos, que ponderaron cada ítem de acuerdo al grado de gravedad de los problemas señalados en cada pregunta.

El análisis general de los problemas percibidos se encuentran en los cuadros 1 y 2. Tanto en hombres como en mujeres, las áreas mayoritariamente percibidas como problemáticas son las de la propia corporalidad (3,13) y sexualidad (3,28). A continuación están las preocupaciones vocacionales (2,93) y de relación con la familia (2,75). El rendimiento escolar (2,29) y los síntomas psicológicos (2,12) están en un nivel intermedio. Es interesante destacar que el área de alcohol y drogas tiene una ponderación significativamente más baja que todos los rubros anteriores (0,66).

El puntaje promedio para todos los indicadores es 2,49, siendo mayor entre las mujeres (2,64) que entre los hombres (2,33). Sólo en el área de alcohol y drogas los hombres tienen un puntaje algo mayor que las mujeres (0,78 vs. 0,53). En todas las otras áreas las mujeres tienen puntajes más altos.

Al analizar la variación de puntajes por edad y curso hay un descenso leve de indicadores desde 7º básico a 4º medio tanto en puntajes globales (2,56-2,39) como en las preocupaciones por las relaciones familiares corporales, amistades, sexuales, síntomas psicológicos y vocacionales. Sólo aumenta la preocupación por el uso de drogas, y se mantiene constante la preocupación por el estudio.

TABLA 1

Puntaje de Problemas Percibidos, según sexo y área de problemas

PROBLEMAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	n = 217	n = 211	n = 428
1. Relaciones Familiares	2.64	2.87	2.75
2. Drogas	0.78	0.53	0.66
3. Preocupación Corporal	3.09	3.17	3.13
4. Rendimiento Escolar	2.31	2.27	2.29
5. Amigos	2.30	2.97	2.63
6. Preocupaciones Sexuales	3.12	3.44	3.28
7. Síntomas Psicológicos	1.83	2.41	2.12
8. Necesidad de Ayuda	2.30	2.94	2.62
9. Preocupación Vocacional o Futuro.	2.63	3.17	2.93
PUNTAJE GLOBAL	2.33	2.64	2.49

TABLA 2

Puntaje de Problemas Percibidos, Comparados por Curso y por Area de problemas.

PROBLEMAS	CURSOS					
	7º básico		1º Medio		4º Medio	
	H	M	H	M	H	M
Promedio Edad	13 años		15 años		18 años	
	(n = 68)(n = 72)		(n = 71)(n = 90)		(n = 78)(n = 49)	
1. Relaciones Familiares	2.84	3.02	2.55	2.88	2.57	2.65
2. Drogas	0.63	0.38	0.68	0.56	0.99	0.71
3. Preocupaciones Corporales	3.19	3.28	3.01	3.08	3.06	3.14
4. Estudio	2.20	2.07	2.38	2.54	2.33	2.04
5. Amigos	2.30	3.10	2.42	3.12	2.16	2.47
6. Preocupaciones Sexuales	3.28	3.62	3.38	3.58	2.76	2.94
7. Síntomas	2.17	2.53	1.88	2.43	1.51	2.20
8. Necesidad de Ayuda	2.30	2.94	2.08	2.94	2.51	3.22
9. Vocacional	2.97	3.28	2.63	3.09	2.54	3.12
PUNTAJE GLOBAL	2.43	2.69	2.34	2.69	2.27	2.50

En este resumen se han presentado los resultados globales fundamentales encontrados. Si bien los datos no son generalizables a otros sectores juveniles, los resultados aportan algunos antecedentes interesantes al estudio de las características de este grupo no consultante a Servicios de Salud, sino pertenecientes al sistema escolar general.

Quisiéramos subrayar que de todas las áreas exploradas, la que mereció menor preocupación a los jóvenes fue la del uso de sustancias químicas. Este resultado contrasta con la insistente campaña de los medios de comunicación en torno al tema y apoya nuestra afirmación de que las actividades de prevención del abuso de alcohol y drogas deben enfocar otras áreas, de mayor prioridad para los jóvenes, como son las relaciones familiares, preocupaciones corporales y sexualidad.

Así mismo, creemos conveniente destacar que el 51,90% de los jóvenes declaró tener siempre o frecuentemente dudas que consultar con un profesional de la salud.

17. DEMANDA MANIFIESTA POR ATENCION FONOAUDIOLÓGICA EN UNA ESCUELA ESPECIAL

Dra. Raquel Carrasco, Enf. Amelia Salomón, Sr. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se realizó un estudio descriptivo en la Escuela de Trastornos del lenguaje oral FN Nº 79 donde se estudió el universo de niños atendidos en el período 1978 - 1980 (633 niños). Todos ellos eran niños sanos con un coeficiente intelectual normal, que presentaban algún trastorno del lenguaje oral.

El propósito del trabajo fue conocer la participación del sector primario de salud en la pesquisa de las diferentes patologías de lenguaje de los niños preescolares que asistían a control de salud.

De los resultados obtenidos se aprecia que los 633 niños que demandaron atención, el 49,60% presentaron problemas de lenguaje. El 70,70% de estos menores eran de sexo masculino. Las patologías más frecuentes encontradas fueron: dislalias (65,60%), retraso del lenguaje (200/o) y tartamudez (11,80/o).

Del total de pacientes, el 53,50% ingresaron al tratamiento y fueron dados de alta como sanos. Cada menor demandó un promedio de 20 sesiones para su recuperación y alta. No dispusimos de referencias para estimar la magnitud de la demanda de atención por problemas de lenguaje en otros centros y el hecho que el Consultorio Independencia derive más del 500/o de la población de preescolares que atiende, puede ser considerada como una demanda potencial que se acerque a la realidad del problema, ya que hay interés en los profesionales en buscar estas patologías, por el hecho de constituir un equipo de vecindad con la Escuela Especial del área.

Por no haber estudios comparativos de otros consultorios distantes de la Escuela de Trastornos de lenguaje, no podemos opinar si la menor demanda depende de problemas de derivación del equipo de educación o del de salud, o limitaciones derivadas de las madres (percepción del problema de sus hijos, limitaciones económicas, etc.).

Dada la importancia de los hallazgos de esta investigación se hace necesario sensibilizar al equipo de salud con educación en la pesquisa de casos e interesarlo en la derivación de sus niños al centro especializado, ya que el resultado se observa un porcentaje importante (500/o) de recuperación de los defectos observados, lo que nos muestra la eficacia del nivel de atención primaria y secundaria en este importante problema, que tiene relación con el rendimiento escolar del niño y su oportunidad laboral en la edad adulta.

18. ANTROPOMETRIA Y ESTADO NUTRITIVO DE ESCOLARES DE NIVEL SOCIOECONOMICO ALTO SEGUN ORIGEN DE LOS APELLIDOS

Drs. María de la Fuente, Dr. Juan Margozzini, Enf. Gladys Yentzen,
Dra. María E. María y Enf. Margarita Prado
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile;
Hospital de la Universidad de Chile J. J. Aguirre; Colegio Santiago College)

En esta investigación, de tipo transversal, el universo lo constituyó la totalidad de niños matriculados en un colegio mixto de nivel socioeconómico alto: 1278 mujeres y 522 hombres entre 5 y 17 años, sometidos a exámenes médicos periódicos, cuyos datos se consignan en la ficha médica escolar.

Se presenta el análisis de los hallazgos antropométricos y del estado nutritivo de 1800 escolares de ambos sexos, en comparación con patrones nacionales del Centro de Crecimiento y Desarrollo (CCD) y extranjeros del Nacional Center for Health Statistics (NCHS), según número de apellidos hispánicos.

El porcentaje de desnutridos es muy bajo, cualquiera sea el patrón de comparación.

No se encontraron diferencias significativas al comparar el estado nutritivo medido por peso/edad y talla/edad en los tres grupos en estudio; niños con 1, 2 o ningún apellido hispánicos.

En relación peso/edad se encuentra en ambos sexos un alto porcentaje de obesidad, que es mayor en varones. Estas cifras de obesidad bajan considerablemente al relacionar el peso con la talla.

Aún considerando la limitante de haber trabajado sólo con los primeros apellidos nos parece que el factor socioeconómico ambiental prima sobre el genético lográndose pesos y tallas relativamente uniformes cuando el nivel socioeconómico es muy elevado.

19. DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE, ANTOFAGASTA

Nutr. Carmen Domínguez
(Universidad del Norte, Antofagasta)

El estudio fue diseñado para detectar las necesidades, servicios y recursos de salud más requeridos por los alumnos de esta Universidad, con el fin de planificar acciones específicas de prevención en salud.

La muestra estratificada y al azar se obtuvo sobre el listado total de alumnos de todas las Carreras que se ofrecían en dos Sedes universitarias. Se determinó la muestra en base a la proporción 1:20.

Para evaluar las necesidades de salud de los alumnos se utilizó el modelo médico, que define la presencia de enfermedades, apoyándose en exámenes clínicos y de laboratorio. También se utilizó el modelo funcional, que mide las necesidades de salud de acuerdo a la forma en que el individuo supera el deterioro de su salud, cuánto interfiere el daño de salud en el diario vivir y cómo este deterioro de salud se traduce en una conducta enfermiza. Para lograr estas metas se diseñaron 4 instrumentos en base a otros diseñados y validados estadísticamente en estudios del mismo tipo.

Los instrumentos recogieron información sobre la incidencia de enfermedades, utilización (atenciones y financiamiento) de los servicios y recursos de salud que la Universidad y la comunidad ofrecían a los alumnos, hábitos de salud, ingesta de alimentos, salud bucal (índice COP, salud oral, uso de prótesis dental). También se obtuvo información demográfica, cultural y económica.

La información que se obtuvo fue analizada mediante métodos de estadística descriptiva.

Los problemas de salud más frecuentes en el examen clínico fueron muy similares a los que presenta el adulto joven a nivel nacional e internacional. El estudio reflejó alta sintomatología que indica malos hábitos de salud de los sujetos. No se determinó el origen de estos hábitos.

Se evidenció una falta de información por parte de los alumnos sobre los servicios y recursos de salud que la Universidad y la comunidad les ofrecían. Esto se agrava ante la presencia de un número apreciable de alumnos con problemas visuales y kinésicos, y que no pueden adquirir el tratamiento.

La ingesta alimentaria demostró alto consumo de alimentos energéticos y déficit en el consumo de ciertas vitaminas y sales minerales.

El examen dental indicó gran número de problemas dentales que requieren de tratamiento de alto costo. Un número menor de alumnos mostró afecciones bucales que indican falta de higiene bucal.

La encuesta socioeconómica indicó que la mayoría de los alumnos dependían económicamente de sus padres y que provenían de hogares con ingreso económico medio-bajo.

Los resultados del estudio permitieron hacer recomendaciones relacionando el aspecto socioeconómico con las necesidades de servicios y recursos de salud de los alumnos y fueron orientadas hacia el enfoque económico social de la medicina curativa para los problemas de salud dental, kinésicos y de salud mental. Se sugirió adoptar el enfoque de la medicina preventiva, especialmente las acciones de educación en salud, para los problemas de morbilidad, hábitos de salud, y nutrición.

20. INCIDENCIA DE EPISODIOS AGUDOS DE ENFERMEDADES CRONICAS EN NIÑOS:

EL ASMA BRONQUIAL

Dra. María Inés Romero y Srs. Angela M. Le-Bert y Marco A. Guerrero
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se ha documentado el aumento creciente de las enfermedades crónicas en la población en general, especialmente de edad adulta. Sin embargo, ello también está ocurriendo en la edad infantil, de modo tal que en Estados Unidos se ha establecido que el 10^o/o de los niños presenta alguna patología crónica. Estimaciones chilenas dan cifras de 5^o/o a 10^o/o de prevalencia de condiciones crónicas en la infancia. En 1975 se hospitalizaron cerca de 6.000 niños de 6 a 19 años por asma, epilepsia, diabetes, enfermedad reumática y trastornos hematológicos.

Es importante el estudio de las características de la patología crónica en la infancia por cuanto ella influye directamente en el bienestar del niño. Una patología crónica mal controlada produce aislamiento y ausentismo escolar, con el mal rendimiento consiguiente y riesgo de deserción, que puede marcar su futuro laboral y calidad de vida. Desde el punto de vista del sistema de atención médica, estas patologías representan una demanda creciente de servicios.



Una forma de disminuir los efectos adversos de la enfermedad crónica y la sobrecarga innecesaria de uso de recursos, es el tratamiento adecuado por parte del paciente y controlado periódicamente por el equipo de salud. El cumplimiento de indicaciones, ("adherencia al tratamiento") es, así, el elemento más útil para contribuir al bienestar de un niño con una patología crónica y disminuir las limitaciones que ella produce para llevar una vida normal.

Al grupo investigador le pareció de interés estudiar qué proporción de las atenciones de emergencia realizadas en un Servicio de Urgencia Infantil se produce por crisis agudas de una enfermedad crónica, el asma, a fin de establecer cuántas crisis se producen por incumplimiento de indicaciones y eventualmente proponer programas para mejorar la adherencia.

Como objetivo se plantearon: estudiar la distribución según edad y sexo de los pacientes atendidos por crisis asmáticas en un Servicio de Urgencia durante 1 año; la distribución de estas atenciones en el tiempo; el tipo de tratamiento recibido; el pronóstico del cuadro al momento de la atención, con especial referencia a los cuadros más graves.

Como metodología se recolectó la información en una planilla diseñada para tal efecto, directamente de los boletines de atención durante 1 año (Diciembre 1981 a Noviembre 1982); se estudió la totalidad de las atenciones por episodios de asma y se procedió al análisis de la información en términos descriptivos.

Los resultados fueron los siguientes:

- a) Las crisis de asma bronquial representaron el 0,6^o/o de todas las atenciones del Servicio de Urgencia durante el año, con un total de 668.
- b) Del total atendido, 63^o/o correspondió a varones y 37^o/o a mujeres.
- c) Las atenciones se concentraron en primavera con un 53^o/o en los meses de Agosto a Noviembre.
- d) El 22^o/o de las atenciones se produjo en días festivos (que correspondieron al 16,7^o/o de los días/calendarios).
- e) Los pacientes reciben 1,08 tratamientos, siendo los más usados adrenalina y nebulizaciones.
- f) El 20^o/o de los pacientes presentó una crisis de tal gravedad que requirió hospitalización.

De estos resultados destaca la concentración en primavera, propia del cuadro; la concentración en días festivos que estaría motivado por la menor disponibilidad de atención en Consultorios o Consulta Privada en dichos días y la proporción de cuadros que por su gravedad requiere hospitalización (20^o/o).

De acuerdo a la bibliografía la gran mayoría de estas crisis podía haberse evitado con tratamiento adecuado, bien llevado, lo que obliga al Equipo de Salud a buscar métodos que mejoren el cumplimiento de indicaciones en los pacientes crónicos; experiencias extranjeras muestran el impacto positivo de grupos de auto-ayuda en niños y adolescentes con asma, experiencias que podrían probarse en nuestro país.

21. LA MORTALIDAD EN LOS NIÑOS, UN ENEMIGO VULNERABLE

T. E. Verónica Botteselle y Srs. Luis Marchant y Julián Mascaró
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La población infantil, excluidos los menores de un año, es la que tradicionalmente ha tenido los menores riesgos de muerte, en comparación con los adultos.

Si se examina el curso seguido por las tasas respectivas se comprueba, además, que su descenso ha sido asombroso, particularmente en el grupo de preescolares (1 a 4 años de edad) en el que las tasas de mortalidad han experimentado una reducción más espectacular que la observada en la mortalidad infantil de los últimos veinte años.

Al comenzar la década del 60 las muertes de 1 a 14 años se aproximaban a 10.000; en la actualidad bordean un número de 2.300.

Tan importantes logros podrían inducir una declinación en el grado de preocupación por este grupo poblacional, toda vez que las prioridades siguen apuntando hacia las edades extremas.

TABLA 1

Mortalidad según grupos seleccionados de población Chile
Promedios del trienio 1980 - 1982

Grupos de población	Nº de defunciones	Importancia relativa	Riesgo de muerte x mil
Menores de un año	7.196	10,1	25,9
Preescolares	1.173	1,6	1,2
Escolares	1.175	1,7	0,5
Adultos	61.650	86,6	9,1
Total	71.194	100,0	6,3

Sin embargo, un examen de la actual estructura de la mortalidad por causas entre los preescolares y los escolares, revela que es posible alcanzar nuevas importantes reducciones, si se programan adecuadamente las acciones de recuperación y, sobre todo, de protección de la salud de estos niños.

De acuerdo con las proyecciones que el Ministerio de Salud ha desarrollado hasta el año 2.000, podríamos esperar para esa fecha señera una tasa de mortalidad de preescolares alrededor de 0,50 por mil habitantes y para los escolares (de 5 a 14 años) una tasa de 0,36 por mil. Esto es, al finalizar el siglo estaríamos ahorrando en un año unas 700 vidas de este importante grupo de niños, comparativamente con las que actualmente se pierden.

Entre los niños de 1 a 4 años, más del 70% de las muertes se concentra anualmente en cuatro grupos de causas: accidentes (35,30%), respiratorias (15,90%), mal definidas (12,10%) e infecciosas (9,80%).

Entre los niños de 5 a 14 años, el 44% de las muertes son producidas por accidentes, el 10% por algún tipo de neoplasia, casi 8% por enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y 7,2% por cuadros respiratorios.

TABLA 2

Diez principales causas de muerte en Prescolares y Escolares Chile.
Promedios del trienio 1980 - 1982

Causas de muerte	Pre - escolares			Escolares		
	Nº	%	Lugar	Nº	%	Lugar
Accidentes	414	35,3	1º	517	44,0	1º
Respiratorias	187	15,9	2º	85	7,2	4º
Mal definidas	141	12,1	3º	79	6,7	5º
Infecciosas y paras.	115	9,8	4º	68	5,8	6º
S. nervioso y org. sent.	92	7,8	5º	90	7,7	3º
Congénitas	72	6,1	6º	33	2,8	8º
T. malignos	53	4,5	7º	119	10,1	2º
Digestivas	28	2,4	8º	32	2,7	9º
Endocr. y nutrición	26	2,2	9º	16	1,4	10º
Ap. circulatorio	23	2,0	10º	47	4,0	7º
Resto	22	1,9		89	7,6	
Total	1173	100,0		1175	100,0	

Es decir, en ambos grupos se dan condiciones favorables para conseguir reducciones importantes de sus niveles de mortalidad, porque una proporción alta de las causas que los determinan son vulnerables a acciones de prevención y tratamiento. Considerando en conjunto a los niños de 1 a 14 años, se concluye que el 40% de las muertes son provocadas por accidentes, 12% por enfermedades respiratorias y 8% por cuadros infecciosos, o sea, el 60% de las muertes (casi 1.400) estarían sujetas a control.

En conclusión, este trabajo permite sostener que a una razonable cuantía de inversión (costo) puede obtenerse una reducción significativa de los indicadores de mortalidad del grupo analizado (beneficio).

Por otra parte, del examen de la estructura de la mortalidad en los grupos estudiados, se aprecia la factibilidad de reducir estos indicadores incorporando el concurso de elementos extras al sector salud, dadas las implicaciones psico - sociales y culturales de su principal componente: los accidentes.

**22. PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL. CARACTERISTICAS DE LOS CONSULTANTES EN UN CONSULTORIO EXTERNO DE PSIQUIATRIA
USO DE UNA NUEVA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES;
D.S.M. III**

Dr. Oscar Feuerhake M., Dr. Ramón Florenzano U., Dr. Sergio Gloger K.,
Dra. Gloria Ríos G., Sr. César Jara Vargas
(Departamento de Psiquiatría, División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de
Medicina Universidad de Chile)

Se describen las características socio-demográficas y diagnóstico de derivación y de ingreso de 106 consultantes al Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, elegidos al azar, durante los meses de julio a noviembre de 1982, y a los cuales se les aplicó una batería standard de tests psicológicos y exámenes de laboratorio. Se hizo diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al sistema clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su 3^o Edición (cada diagnóstico tiene criterios precisos y explícitos).

El análisis de las características socio - demográficas muestra un 90^o/o de consultantes son mujeres con un promedio de edades de 41 años. Un 65^o/o de los pacientes son analfabetos o con educación básica.

Un 43^o/o de los consultantes mantienen una vida de pareja, existiendo un 13^o/o de separados y un 12^o/o de anulados o viudos.

Un 76,4^o/o de los diagnósticos hechos corresponden a cuadros neuróticos, un 9,4^o/o a cuadros orgánico cerebrales y un 4,7^o/o tuvo el diagnóstico de psicosis. Dentro de los cuadros neuróticos, el diagnóstico más frecuente es el de desorden ansioso.

Al hacer la distribución por edad de los diagnósticos, los cuadros afectivos se distribuyen en una curva que aumenta con la edad, en tanto los cuadros disociativos disminuyen en frecuencia con la edad.

Por último, en el trabajo se relacionan los diagnósticos de derivación con los diagnósticos de ingreso, encontrando una alta correlación en el diagnóstico sindromático, no así al analizar los cuadros específicos.

Se discute la utilidad de usar sistemas clasificatorios uniformes y con criterios explícitos para la planificación en salud Mental.

23. ESTUDIO CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL ALCOHOLISMO ENTENDIDO COMO APETENCIA PATOLOGICA

Julio Pallavicini, Adela Legarreta, Francisco Cumsille,
Armando Nader, Jorge Mahaluf, Claudio Silva, Claudio Vila y Cols.
(Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División Ciencias Médicas Norte,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile;
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile;
Departamento de Matemáticas y Ciencia de la Computación, Universidad de Santiago de Chile;
Instituto Nacional de Estadística.

En la actualidad, observamos que el progreso de la psiquiatría ha llevado a los especialistas, una vez establecida una sistemática general de los cuadros clínicos tradicionales con sus respectivos pronósticos y tratamientos, a intentar ahora reconocer las enfermedades mentales en sus estados iniciales, donde obviamente las posibilidades terapéuticas son mejores.

Mirando el problema desde otra perspectiva, se encuentra que en diversas partes del mundo se ha verificado que las formas de presentación de distintas enfermedades psiquiátricas se ha modificado, mostrándose en la actualidad bajo formas clínicas menos agudas o más disimuladas que en el pasado. Es una realidad innegable que en nuestro país existen aún muchos alcohólicos del tipo tradicional que se embriagan sin ningún disimulo ni medida. En cambio en los individuos con alguna educación, en los más jóvenes y en las mujeres, la adicción se presenta actualmente bajo formas encubiertas como las que reseñamos más arriba.

Considerando los cambios transculturales ocurridos y las necesidades actuales, el presente trabajo pretende abordar el estudio de la enfermedad desde una perspectiva más moderna tratando de pesquisar también las formas disimuladas y los estados más precoces de la enfermedad. Para ello se adoptó la concepción del alcoholismo como apetencia patológica explícita en la clasificación chilena de Roa, en uso en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División Ciencias Médicas Norte, Facultad de Medicina. Las características de cada tipo quedan definidas en los siguientes párrafos.

Los normotimizantes beben a lo largo de su actividad diaria en pequeñas cantidades, a fin de adquirir confianza, seguridad, disponibilidad fácil de sus recursos psíquicos. El alcohol les crea lenguaje social seductor, creativo y hace fácil la comunicación y el trato con el prójimo. En suma, refuerza en el hombre el carácter de sujeto, quita la timidez y lo hace sentirse igual con los otros; es un reasegurador de la personalidad.

Los tediófóbicos, experimentan su fobia al tedio similar a la del claustrofóbico frente al espacio cerrado. Sin el alcohol se aburrirían mortalmente en sus horas libres. Son bebedores vespérales o nocturnos, que caen al fin en crisis de ingestión, pero que pueden abstenerse por semanas o meses. Muy incomunicados, porque sólo divisan el aspecto de forzosidad y no el de generosidad imbricado en los actos que efectúan, o de los que son beneficiarios. El alcohol hace visible esa generosidad y en esa medida abre la comunicación íntima borrando el tedio. Los impulsivos sintomáticos, bebedores impredecibles de grandes cantidades, se observan en algunas psicopatías, esquizofrenias y epilepsias.

Existen otros, a quienes podría llamarse "alcohólicos ocultos", que beben dosis capaces de embriagar al más fuerte, sin que en su conducta o en la hilación de sus pensamientos o sentimientos se note nada; beben y beben según ellos por una extraña mezcla de gusto y de necesidad, pero sin experimentar eso como imperioso; según algunos sería absurdo privarse de algo agradable y entonante, si se tiene la suerte de poseer "buena cabeza". (1).

También nos interesó estudiar el comportamiento de variables generales como edad, sexo, condición socioeconómica y otras específicas que consideraban aspectos psicológicos, estudiadas en relación en el hábito de beber.

RESULTADOS:

T A B L A 1

DISTRIBUCION DE LOS INDIVIDUOS DE LA MUESTRA SEGUN HABITO DE BEBER USANDO CRITERIOS DE ROA

HABITO DE BEBER	Nº	o/o
ABSTEMIOS	729	24,0
NORMALES	1.665	56,6
FARMACOLOGICO Y OTROS	177	6,0
ALCOHOLICOS	370	12,6
NORMOTIMIZANTES	268	9,2
TEDIOFOBICOS	68	2,3
SINTOMATICOS	24	0,8
OCULTOS	10	0,3
T O T A L	2.941	100,0

Los alcohólicos fueron 370 individuos y la tasa alcanzó al 12,6^o/o; esto representaría una cifra aproximada de 386.000 alcohólicos de 15 años y más en la Región Metropolitana (considerando proyecciones de población para 1982) (Tabla 1).

Los individuos de la muestra fueron agrupados en edades que corresponden a etapas de la vida que tienen características psicológicas semejantes: de 15 a 19 años, la adolescencia; de 20 a 44, a la primera madurez o adulto joven; de 45 a 64, la segunda madurez o adulto maduro y de 65 años o más, la ancianidad. Esta distribución permite un análisis más apropiado del hábito de beber, ya que lo relaciona con etapas del hábito de beber y con etapas cronológicas y psicológicas (Tabla 2).

T A B L A 2

HABITO DE BEBER SEGUN GRUPOS ETARIOS

HABITO DE BEBER	15 - 19		20 - 44		45 - 64		65 y más		TOTAL	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
ABSTEMIO	164	36,0	309	19,3	172	26,1	84	37,3	729	24,8
BEBEDOR NORMAL	237	51,9	987	61,7	346	52,4	95	42,2	1665	56,6
BEBEDOR FARMACOLOGICO OTROS	13	2,9	105	6,6	44	6,7	15	6,7	177	6,0
ALCOHOLICO	42	9,2	199	12,4	98	14,8	31	13,8	370	12,6
T O T A L	456	100,0	1600	100,0	660	100,0	225	100,0	2941	100,0

$\chi^2 = 92,44$

$p. = 0,001$

Con respecto al beber normal, la tasa más alta corresponde a adultos jóvenes y la más baja a los ancianos. En relación a los alcohólicos, las cifras se mantienen más bien parejas aunque llaman la atención cifras altas en las edades extremas en relación a otros estudios.

Al analizar el grupo de los bebedores farmacológicos y otros (grupo que fue un hallazgo de nuestra investigación) encontramos una tasa de 2,90/o para los adolescentes, que sube al 6,60/o en el adulto joven, manteniéndose prácticamente igual en el adulto maduro y en el anciano (6,70/o). Esto señalaría que la edad no influye de los 20 años en adelante, en esta forma de ingesta.

RESUMEN:

1) La tasa de alcoholismo en la población de la Región Metropolitana mayor de 15 años es de 12,60/o. 2) El tipo de alcohólico predominante fue el normotimizante. 3) Existe una relación de 5 a 1 entre el alcoholismo masculino y femenino. 4) La tasa de alcoholismo es alta en todas las etapas de la vida, siendo en la adolescencia de 9,20/o. 5) Los alcohólicos beben preferentemente para enfrentar al jefe, compañeros o conversar con los familiares.

REFERENCIAS.

1) Roa A. Los poderes del alcohol Rev. Psiq. Clin. 13 - 14: 19, 1977.

24. METODOLOGIA ESTADISTICA Y COMPUTACIONAL EN INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE APETENCIAS PATOLOGICAS

Claudio Silva, Francisco Cumsille, Adela Legarreta, Julio Pallavicini,
Armando Nader, Jorge Mahaluf y Claudio Vila
(Departamento de Matemática y Ciencias de la Computación,
Universidad de Santiago de Chile; Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Departamento de Psiquiatría,
División Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile;
Instituto Nacional de Estadísticas)

La estadística ha sido, desde hace muchas décadas, auxiliar indispensable en la planificación, la ejecución y el análisis de las principales investigaciones médicas. Habitualmente la Teoría Estadística ha ido muy adelantada a la posibilidad de aplicación: muchos métodos que eran los más adecuados para resolver un problema de gran interés requerían manejar grandes volúmenes de información en procesos matemáticos muy complejos, quedando tecnológicamente fuera del alcance del investigador.

El desarrollo del computador electrónico ("hardware") y su puesta a disposición casi universal de los estudios, unida a la preparación de eficientes programas ("software") especializados en métodos estadísticos hacen posible hoy la aplicación de aquella metodología ayer inalcanzable.

En un trabajo sobre diversas apetencias en desarrollo por un equipo multiinstitucional (U. Chile, U. Santiago, Instituto Nacional de Estadística) se ha llevado una entrevista psiquiátrica a la forma de encuesta precodificada, aplicando ésta a una muestra aleatoria de adultos de la Región Metropolitana (2941 sujetos). Aparte de los resultados estadísticos requeridos para estudiar las hipótesis de la investigación, se halló que combinaciones lógicas de las respuestas a determinados ítems de la encuesta permitían clasificar computacionalmente con total claridad (según hábito de beber) al 900/o de los casos. Esto abre interesantes expectativas para la exploración poblacional, detección temprana y tratamiento de apetencias patológicas.

25. ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE ALCOHOLISMO Y OTROS HABITOS DE BEBER SANTIAGO-1958 y 1982

Drs. Julio Pallavicini, Adela Legarreta, Francisco Cumsille, Armando Nader
Jorge Mahaluf, Claudio Silva, Claudio Vila y cols.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División Ciencias Médicas Norte,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile: Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Departamento de Matemáticas y
Ciencias de la Computación, Universidad de Santiago de Chile,
Instituto Nacional de Estadística.

La inquietud por el conocimiento del problema del alcoholismo ha existido en Chile desde hace muchos años. Después de algunos esfuerzos aislados o parciales, en 1952, con el trabajo de Muñoz, se iniciaron estudios epidemiológicos en distintos grupos de población que han intentado cuantificar este hábito de beber y correlacionarlo con diversas variables. Horwitz y cols. llevaron a cabo en 1958 una investigación en una muestra representativa de la población de 15 años y más del Gran Santiago y concluyeron que existía una prevalencia de 5,10/o de alcohólicos en la población general de estas edades.

Frente a la preocupación por el problema del alcoholismo, los diversos grupos interesados hacen estudios y manejan cifras de prevalencia de alcoholismo, que son variadas porque provienen de investigaciones distintas, que recogen datos de universos parciales que no representan a la población general y porque usan diferentes metodologías para sus estimaciones.

Para el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, las autoridades necesitan conocer la prevalencia del cuadro y sus principales características en la población general, que permitan obtener un diagnóstico de salud de esta población, base de toda programación. En ausencia de cifras actuales para la población general, se sigue utilizando para Santiago la tasa de 5,1 alcohólicos por 100 habitantes, que obtuvo Horwitz en 1958. Nos ha parecido entonces imperativo actualizar esos valores y éste ha sido el objetivo del presente trabajo, con el fin de que las autoridades de salud, de gobierno u otras dispongan de información actual y que permita además observar la evolución del problema en los últimos años, mediante la comparación de esta información con la de Horwitz.

Como objetivo general este estudio pretendió actualizar las tasas de prevalencia del alcoholismo y de las diversas formas del beber en la población de 15 años y más residente en Santiago, teniendo como hipótesis 1) la magnitud y gravedad de la ingestión alcohólica han experimentado variaciones en relación a los valores encontrados en estudios preliminares del problema. 2) La frecuencia y gravedad del alcoholismo continúan siendo diferenciales según edad, sexo y condiciones socio-económicas.

Los objetivos específicos fueron: 1) Comparar la prevalencia actual de los diferentes tipos de ingestión alcohólica con las cifras obtenidas en 1958. 2) Comprobar si se mantienen las relaciones entre ingestión de alcohol y variables biológicas y socio-económicas.

RESULTADOS

Los resultados actuales y la comparación entre 1958 y 1982 se presentan en la tabla 1.

T A B L A 1
HABITO DE BEBER EN SANTIAGO, 1958 – 1982

HABITO DE BEBER	1958		1982**	
	Nº	o/o	Nº	o/o
ALCOHOLICOS	109	5,1	177	6,0
BEBEDORES EXCESIVOS	166	7,7	149	5,1
BEBEDORES MODERADOS	1.153	53,8	1.350	45,9
ABSTEMIOS	716	33,4	1.265	43,0
T O T A L	2.144(*)	100,0	2.941	100,0

(*) Se excluyen 2 casos de Embriaguez Patológica.

(**) Aplicando el criterio empleado por Horwitz en 1958.

En 1958 la tasa de alcohólicos era de 5,1 por 100 habitantes y en 1982 sube al 6,0; por lo tanto, afortunadamente, no se aprecia un cambio de importancia práctica en la frecuencia de la enfermedad en la Región Metropolitana en los últimos años, afirmación que podemos sostener porque la población ha sido estudiada con una metodología que permite comparar los resultados obtenidos en el pasado y en la actualidad y evita la preocupación que podría suscitarse a raíz de otros estudios, que revelan tasas bastante mayores que las aquí señaladas.

En relación a la edad, se puede notar un cambio importante en las tasas entre los años 1958 y 1982 (Tabla Nº 2).

El alcoholismo ha aumentado en las edades extremas: cinco veces entre los adolescentes de 15 a 19 años y a poco más del doble en la vejez, 65 años en adelante. Por otro lado notamos una leve disminución en los adultos de 35 a 54 años.

Por otra parte la relación entre alcoholismo y nivel educacional, sexo y nivel socio-económico se mantienen en la comparación 1958 y 1982.

T A B L A Nº 2
TASAS DE ALCOHOLISMO POR GRUPO DE EDAD,
1958 – 1982

EDAD	TASA 1958	TASA 1982
15 – 19	0.4	2.0
20 – 24	2.1	4.0
25 – 34	3.5	5.2
35 – 44	8.3	7.9
45 – 54	8.8	8.2
55 – 64	7.4	10.3
65 y más	3.4	7.6
T O T A L	5.1	6.0

26. EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA OCUPACIONAL

Dr. Marcelo Trucco. (Hospital del Trabajador)

El interés por la relación entre alcohol y trabajo nace con la Revolución Industrial. En un comienzo se consideró beneficiosa la ingestión de alcohol por los trabajadores industriales, inclusive durante horas de trabajo. Sin embargo, ya en la segunda mitad del siglo XIX surge la preocupación de los empresarios por los accidentes y el ausentismo asociados a la ingesta alcohólica. Dicha preocupación, junto con el Movimiento de Temperancia, dan por resultado las primeras ordenanzas que prohíben a empleados y operarios beber en horas de trabajo.

Ya a comienzos de este siglo se publican estudios sobre la frecuencia de embriaguez, muertes por cirrosis hepática, crímenes y suicidio, según hábitos de ingestión alcohólica, en diferentes ocupaciones y regiones de Inglaterra y Gales.

La concepción moderna del alcoholismo como enfermedad, esto es, como desorden fisiológico, significó, en la práctica, descuidar el estudio de los diferentes ambientes de trabajo como factor de variación en la incidencia y prevalencia de los problemas asociados al alcohol.

En los últimos años, luego de observarse, repetidamente, grandes diferencias entre ocupaciones, ha renacido el interés por la investigación de la relación alcohol - trabajo.

El objetivo de esta presentación es revisar someramente los principales enfoques metodológicos empleados en el estudio de aquella relación. Con este fin, se ilustran los métodos principales con trabajos concretos, tanto nacionales como extranjeros, señalándose los alcances y limitaciones respectivos, así como algunos de los resultados más importantes logrados hasta la fecha.

Los estudios que han aportado información sobre el alcoholismo en las diversas ocupaciones corresponden a las clases siguientes: 1) Uso de estadísticas sociales y vitales, en particular, las estadísticas de mortalidad por cirrosis hepática por ocupación. 2) Encuestas de población general. 3) Grupos especiales: accidentados en el trabajo. 4) Investigaciones de ocupaciones o empresas específicas.

Se concluye que, de acuerdo con la información más reciente, la incidencia y prevalencia del beber anormal varía de una ocupación a otra y dentro de una misma ocupación, según características del ambiente específico en que se desarrolla el trabajo.

La tendencia actual de la investigación en este campo se orienta, de este modo, a dilucidar, más allá de las vulnerabilidades individuales, los mecanismos que, en diferentes medios laborales provocan aumento y/o abuso de la ingestión alcohólica.

27. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE BEBEDORES ANORMALES EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE ÑUÑO A

Ana Repetto, Gloria Moya, Francisco Radrigán, Raúl Ramírez, Juan P. Rider,
José I. Rodríguez, Andrés Rosenblut, M. Elena Santolaya.
(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas
Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El alcoholismo, como problema social, económico, cultural y de salud, ocupa uno de los primeros lugares en nuestro país (1), afectando directa o indirectamente a un gran número de personas.

Estudios previos en algunas comunas de Santiago (1 - 4) han demostrado que este hábito en un cierto porcentaje, comienza a temprana edad, influyendo en él múltiples factores. Pensamos que es importante realizar réplicas de estos estudios en otras comunas del Gran Santiago, para confirmar los resultados y aportar algunas sugerencias.

Por lo tanto, pretendimos determinar la prevalencia de bebedores anormales en escolares adolescentes de la Comuna de Ñuñoa, los motivos para beber en forma anormal y el grado de conciencia del problema. Igualmente estudiamos la relación entre consumo de alcohol y edad, sexo, consumo de cigarrillo y drogas, rendimiento escolar y problemas familiares (presencia de otro familiar que beba, estado civil de los padres, mala relación entre ellos y de los escolares con ellos).

Se tomó una muestra al azar del universo de 752 alumnos (367 hombres y 385 mujeres) de 8º año básico y 4º año medio de colegios particulares y fiscales de la comuna de Ñuñoa.

Se ocupó una encuesta adaptada por Florenzano y cols., con algunas variaciones en relación a los objetivos de estudio y fue aplicado en forma personal y anónima. Se trabajó con un porcentaje de seguridad de 95%.

Resultados:

La prevalencia de bebedores anormales encontrada fue de 7,2%, bebiendo más los hombres que las mujeres y los de 4º año medio más que los de 8º año básico. La gran mayoría mostró tener conciencia del problema, siendo sólo 5,8% bebedores anormales, en tanto que entre los que no tenían conciencia del problema existía un 33% de bebedores anormales.

El principal motivo para beber fue social. Fueron más frecuentes los bebedores anormales entre los provenientes de hogares con algún tipo de problema (mala relación entre los padres y con los padres, padres no casados y presencia de otro familiar que beba).

Se encontró una asociación positiva entre consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Aunque los resultados son extrapolables sólo a la realidad del universo de escolares de Ñuñoa, los datos obtenidos, nos invitan a que nos preocupemos más aún de este problema, realizando medidas de prevención primaria en toda la comunidad escolar.

Referencia:

- 1) Florenzano R. Estudio de prevalencia de uso de algunas sustancias químicas en adolescentes de Santiago. Rev. Méd. Chile Vol. 109/1981.
- 2) Villalobos N. La ingestión de alcohol en el escolar adolescente. Cuad. Méd. Soc. Vol. 21 N° 1/1980.
- 3) Cabrera F. y cols. "Consumo de bebidas alcohólicas en la población escolar del Area Occidente. Cuad. Méd. Soc. Vol. 23, 1982.
- 4) Repetto A. y cols. Prevalencia de ingesta anormal de bebidas alcohólicas en alumnos de Enseñanza Media Comuna La Reina, Cuad. Méd. Soc. Vol. 24, N° 2, 1983.
- 5) Florenzano R. y cols. Validez en Chile de un cuestionario para seleccionar bebedores problemas en poblaciones. Cuad. Méd. Soc. Vol. 21, N° 1, 1980.

T A B L A 1

PREVALENCIA DE BEBEDORES NORMALES Y ANORMALES SEGUN CURSOS Y SEXO EN ESTUDIANTES DE 8º BASICO Y 4º MEDIO DE COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES DE LA COMUNA DE ÑUÑO A

PREVALENCIA PORCENTUAL

Bebedores	8º BASICO		4º MEDIO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	(N = 254)	(N = 264)	(N = 113)	(N = 121)
Normales	93,7	97,3	76,1	96,7
Anormales	6,3	2,7	23,9	3,3
	100,0	100,0	100,0	100,0

T A B L A 2

PREVALENCIA DE BEBEDORES NORMALES Y ANORMALES SEGUN HABITO DE FUMAR Y/O DROGAS EN ESTUDIANTES DE 8º BASICO Y 4º MEDIO DE COLEGIOS PARTICULARES Y FISCALES DE LA COMUNA DE ÑUÑO A

PREVALENCIA PORCENTUAL

Bebedores	No fuma ni usa drogas	Fuma y/o drogas
	(N = 552)	(N = 200)
Normales	98,0	78,5
Anormales	2,0	21,5
Total	100,0	100,0

28. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESORES DE ENSEÑANZA MEDIA ACERCA DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN EN LA REGION METROPOLITANA

Ana Repetto, Mercedes Báez, Eduardo Medina, Ramón Florenzano,
Fco. O'Ryan, R. Troncoso, S. Migone, Carmen Gajewski Molina y J. Rodríguez
(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas
Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Múltiples investigadores han demostrado que los problemas de alcoholismo y drogadicción son de gran magnitud en nuestro país. Ante esta realidad, la prevención primaria juega un rol preponderante. Refuerza este hecho, los resultados poco alentadores de los tratamientos una vez producida la enfermedad.

La educación, como estrategia de prevención primaria, es uno de los procesos más importantes en este sentido, entendiéndose por ésta, no sólo un cambio en la esfera cognitiva, sino también en la afectiva, teniendo presente que los factores socio culturales son los que más influyen en el consumo anormal.

La prevención primaria en educación básica se está desarrollando como actividad oficial desde 1977. La experiencia aconseja la conveniencia de extender dicho programa en la educación media.

Hemos considerado que, previa a la programación, es necesario una evaluación diagnóstica, de la cual obtendremos información acerca de los conocimientos y actitudes del profesorado sobre alcoholismo y drogadicción y sobre las estrategias curriculares para abordar el problema a nivel escolar.

Con la participación que se le ha querido asignar al profesor en esta etapa diagnóstica, pretendemos garantizar mayor compromiso de éste con el programa. Al mismo tiempo que nos permitirá conocer las necesidades e inquietudes que referente a estos problemas el profesorado posee, bases indispensables para la realización de cualquier innovación curricular.

Pretendemos también, determinar la importancia que el profesor le asigna a la educación como medida efectiva para combatir estos problemas, medir el grado de interés para participar en programas de esta naturaleza y conocer sugerencias metodológicas (ej. la asignatura más adecuada, etc.).

Esta investigación es un estudio descriptivo en el cual se aplicó una batería de instrumentos (cuestionarios, escalas), que fueron previamente validados y probados con el 10% de la muestra en dos oportunidades, lográndose una confiabilidad de $r = 0.78$.

De un universo de 6.001 profesores fiscales de enseñanza media de la Región Metropolitana, se tomó una muestra del 10% por un sistema de azar por conglomerado, para seleccionar en forma representativa 10 de las 32 comunas de la Región. Y una muestra al azar estratificada de los 72 establecimientos de Enseñanza Media y una muestra estratificada también al azar de docentes según asignatura. Actualmente la investigación está en etapa de codificación. Los resultados que a continuación se exponen corresponden al 90% del estudio.

Se destaca el hecho que la mayoría de los profesores define el problema de alcoholismo como una enfermedad (78,2%). En cambio, en drogadicción sólo un 53,7% lo relaciona con el concepto de dependencia.

El 37,5% de los profesores encuestados señala que las consecuencias del alcoholismo se producen a nivel biológico, psicológico y social; la mayoría no tiene claro este concepto. Algo similar ocurre en el caso de drogadicción, con un 33,7%.

Un gran porcentaje considera que la educación es apta para la prevención en alcoholismo (93,5%) y en drogadicción, el porcentaje es de 83,4%. Sin embargo, destaca el hecho que sólo un 18% conoce el actual programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar.

Un 52,8% de los profesores encuestados opinó que no se sentía capacitado para realizar esta educación, dando como razón fundamental la falta de preparación, no obstante están muy interesados en participar en actividades de esta naturaleza.

29. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN CHILE: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Drs. Ernesto Medina, Ana M. Kaempffer, Raquel Carrasco, Aida Kirschbaun, Juan Pablo Pascual
y Sta. Raquel Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las enfermedades infecciosas (EI) han constituido históricamente un problema prioritario dentro de las actividades de la salud pública y como resultado de los progresos preventivos y terapéuticos, la elevación de los niveles de vida y el desarrollo de sistemas organizados de protección de la salud y de atención médica de los enfermos, el riesgo de muerte ha declinado significativamente, surgiendo como contrapartida la errónea idea de que el problema está controlado. En América Latina, de acuerdo a OPS, constituyen todavía un 14^o/o de todas las defunciones y un 32^o/o en el grupo de menores de 5 años. La influenza y neumonía y las diarreas están ubicadas dentro de las 5 primeras causas de muerte en 24 y 16 países americanos, respectivamente.

En Chile, los procesos infecciosos transmisibles (EIT) constituyen la causa más frecuente de enfermedad aguda en los estudios poblacionales (1) determinando más de un 60^o/o de la patología percibida por la población; un 30^o/o de las consultas en establecimientos del Ministerio de Salud (2) y un 11^o/o de los días de estada en los hospitales chilenos. La patología infecciosa transmisible y no transmisible fue responsable de 9.993 defunciones en 1981, equivalentes a un 14,3^o/o de todas las muertes (Tabla 1).

La frecuencia de casos notificados de EIT tiende a ser muy alta durante la niñez y excepcional en los senescentes; en contraste, una elevada proporción de las defunciones por EI tiende a acumularse en los adultos mayores de 35 años. En diarreas, septicemias y neumonías, las muertes se concentran en ambos extremos de la vida, traduciendo la elevada frecuencia de estos procesos en los jóvenes y, por otra parte, los problemas inmunitarios de la población senescente. La acumulación de muertes debidas a tuberculosis en los adultos actuales deriva de que estos grupos han tenido desde jóvenes un elevado riesgo por haberse infectado en un momento epidemiológico de muy elevada tuberculización. La concentración en edades mayores de las muertes por colecistitis está vinculada a la muy elevada prevalencia de litiasis en las edades altas y la de apendicitis, al frecuente problema diagnóstico en adultos y viejos. El sexo no constituye, en general, un factor de riesgo haciendo excepción las muertes por tuberculosis, mayoritariamente masculinas, en una proporción de 2,6 a 1.

A lo largo del país se aprecian importantes variaciones de frecuencia, especialmente vinculadas al grado de urbanización de las regiones, siendo la incidencia de zoonosis significativamente menor en las zonas urbanas mientras, a la inversa, se observa en éstas una mayor frecuencia de hepatitis y tifoidea. La frecuencia de las EIT controlables por vacunación esta asociada al grado de cumplimiento de los programas.

La frecuencia de EIT está asociada inversamente a nivel de vida de las comunidades y a los programas de protección, mientras el número de muertes se vincula también a la extensión de la cobertura de la atención de salud. Por ello, en América del Norte, las EIT representan sólo un 0,9^o/o de todas las defunciones y 9,5^o/o de las ocurridas en menores de 5 años, mientras en Latinoamérica las proporciones ascienden a 14,0 y 31,9^o/o, respectivamente. La tasa de mortalidad promedio de esta última región, ajustada por edad, es unas 10 veces superior a la norteamericana. La mortalidad chilena por EIT equivale sólo a un 42^o/o del valor medio de Latinoamérica y el Caribe y se explica por los progresos en cuanto a nivel de vida y atención de salud. La cobertura de atención médica básica supera el 90^o/o de la población y Chile tiene la mejor cobertura de América en el programa de vacunaciones infantiles (PAI); por otra parte se ha alcanzado una de las mejores situaciones de la región en cuanto a saneamiento básico, nutrición infantil e instrucción.

En el decenio 1972 - 1982 la mortalidad por EIT se redujo en 73^o/o, lo que constituye la mayor reducción observada en el conjunto de problemas de salud nacionales. El descenso ha sido en general muy grande en la mortalidad por tos convulsiva (97^o/o), sarampión (91^o/o), difteria (91^o/o), diarreas (85^o/o), influenza (85^o/o), neumonías (75^o/o), estrep-tococcias (74^o/o) y septicemias (70^o/o). Proporciones menores de reducción se aprecian en sífilis y tuberculosis (3), y relativamente escasas en hepatitis (35^o/o), hidatidosis (26^o/o) y tifoidea (15^o/o) (Tabla 2). Estos últimos problemas representan los principales desafíos del momento actual. En el caso de la fiebre tifoidea es probable que la vacunación antitífica con vacuna oral atenuada pueda ser un elemento de importancia en el control de la enfermedad, dados los defectos en el saneamiento básico y el control de alimentos (4). El control de la hepatitis resulta más complejo por cuanto la variedad predominante es la HA y la infección se produce muy precozmente en la vida: un 70^o/o de los niños de estratos socio-económicos bajos tiene anticuerpos de HA a los 2 años de edad (5) y, por otra parte, no se dispone de vacuna contra esta variedad de hepatitis. Finalmente, las enfermedades venéreas constituyen otro problema de difícil solución dadas las actuales características de la sexualidad y la inexistencia de procedimientos de inmunización activa.

La preocupación de la salud pública por las EI debe ser permanente pese a los logros obtenidos en su control. A la gran incidencia actual hay que añadir la complejidad de los factores de control (problemas del medio ambiente, actitud de la población, sistemas de atención de salud), la aparición de resistencia a antibióticos e insecticidas, la mayor susceptibilidad poblacional derivada de la disminución de casos contagiantes con un menor refuerzo inmunitario procedente de la infección ambiental, la reaparición de enfermedades controladas (cólera, meningitis) y la aparición de enfermedades nuevas (fiebre hemorrágica, legionelosis, síndrome de deficiencia inmunitaria adquirido).

REFERENCIAS:

- (1) Medina, E. y Kaempffer AM. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. Rev. Med. Chile 108: 937, 1980 (2) Ministerio de Salud. Proyecciones de morbilidad y mortalidad de Chile al mediano plazo. Santiago, 1983 (3) Medina E. Estado actual del problema de la tuberculosis en Chile. Rev. Med. Chile 111: 323, 1983 (4) Medina E. e Yrarrázaval M. Fiebre tifoidea en Chile: consideraciones epidemiológicas. Rev. Med. Chile 111: 609, 1983 (5) Velasco, M. y cols. Marcadores virales de la hepatitis aguda. Rev. Med. Chile 110: 542, 1982.

TABLA 1

Defunciones de origen infeccioso en Chile según causa, 1981

	Número
Infecciosas transmisibles	2.853
Tuberculosis	1.180
Intestinales	737
Otras transmisibles	936
Otros problemas infecciosos	
Respiratorios	5.059
Neumonía y bronconeumonía	3.924
Bronquitis crónica	587
Infecciones superiores	427
Infecciones pleurales	70
Abscesos pulmonares	51
Digestivos	565
Vesiculares	305
Peritoneales	116
Apendiculares	83
Hepáticos	61
Circulatorios	552
Enfermedad reumática	538
Endocarditis bacteriana	14
Infecciones neonatales	294
Meningoencefálicas	277
Urogenitales	226
Cutáneas	64
Puerperales	45
Oído	43
Aparato locomotor	15
TOTAL	9.993

TABLA 2

Evolución de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Chile, 1972 - 1982

Patología	Número de muertes		Tasas por 100.000 hab.	
	1982	1972	1982	1972
Total de transmisibles	2.674	8.232	23,3	84,9
Diarreas	626	3.630	5,4	37,4
Tuberculosis	1.147	2.396	10,0	24,7
Septicemias	455	1.294	4,0	13,3
Sarampión	16	159	0,1	1,6
Tos convulsiva	4	109	0,03	1,1
Difteria	9	87	0,1	0,9
Sífilis	17	41	0,15	0,4
Estreptococcias	6	18	0,05	0,2
Hepatitis	59	77	0,5	0,8
Hidatidosis	56	64	0,5	0,7
Tifoidea	59	58	0,5	0,6
Virosis respiratorias e influenza	291	1.568	2,5	16,2
Neumonías	3.247	10.839	28,3	111,8

30. ENTEROPARASITOSIS EN PRE-ESCOLARES DE UNA COMUNIDAD RURAL

Drs. Roberto Bachler, Dra. Carmen Gloria Silva y T.M. Rafael González
(Hospital de Curicó)

Las enteroparasitosis son un problema que afecta a los países en vías de desarrollo y, dentro de ellos, a la población rural preferentemente. Las infecciones por parásitos además de ser agentes etiológicos de episodios diarreicos agudos contribuyen en forma importante a la desnutrición infantil.

La verdadera magnitud del problema es desconocida, ya que un alto porcentaje de las infecciones parasitarias son subclínicas o inaparentes; por otro lado, el mayor número de personas afectadas por esta patología viven en lugares donde la atención médica carece de un laboratorio adecuado y oportuno para la confirmación del diagnóstico clínico.

El presente estudio se llevó a efecto en la comuna de Rauco, que se encuentra ubicada a 10 km. al poniente de la ciudad de Curicó en la VII Región. Se realizó examen parasitológico de deposiciones y test de Graham a la totalidad de los pre-escolares asistentes al centro abierto de dicha comuna (n = 59); esta población constituye el 9,5% de niños entre 2 - 5 años de esa localidad. El 80% del grupo estudiado tenía un ingreso per-cápita inferior a \$ 1.500 mensuales (US\$ 21).

Resultados:

El 62,8% de los pre-escolares habitaban viviendas de material ligero y el 83,1% tenía acceso a agua potable a través de llaves de uso común. El 72,9% utilizaba pozo negro y el resto de la población, fosa séptica para la disposición de excretas. En el 91,5% de las familias dormía más de una persona por cama. La distribución por escolaridad de los padres se aprecia en la tabla 1.

Se encontraron 53 preescolares parasitados (89,8^o/o): 10 presentaron protozoos comensales solamente (16,9^o/o), 28 estaban poliparasitados (47,5^o/o) y 12 de ellos presentaron más de 2 parásitos. La asociación observada con mayor frecuencia correspondió a Entamoeba Coli y Giardia Lamblia, solos o asociados a un tercer parásito (11 de los 28 poliparasitados).

La distribución por tipo de parásitos se aprecia en la tabla 2.

En el grupo en que ambos padres poseían un nivel de instrucción inferior a 8^o año básico se observó un 96,85^o/o de infectados; en el grupo en que uno o ambos padres poseían una escolaridad igual o superior a 8^o año básico se obtuvo un 81,45^o/o de parasitados (p. 0.02).

En la literatura se ha hecho referencia a la alta tasa de reinfección parasitaria en poblaciones de bajo nivel socio-económico, las cuales no poseen los hábitos higiénicos mínimos, no tienen acceso a agua potable y carecen de una adecuada disposición de excretas.

Por lo señalado anteriormente y dada la alta tasa de prevalencia de enteroparasitosis encontrada en este estudio, creemos que una manera de abordar el problema es realizar educación de higiene individual y colectiva a los grupos organizados de la comunidad, junto a una motivación a las autoridades pertinentes para que den prioridad al abastecimiento de agua potable y al saneamiento básico de su comuna.

TABLA 1

Nivel de instrucción de los padres de población estudiada. Centro Abierto Rauco 1983.

Nivel	Nº	%
Analfabetos	3	2,5
Educación Básica Incompleta	80	67,8
Educación Básica Completa	23	19,5
Educación Media Incompleta	11	9,3
Educación Media Completa	1	0,9
TOTAL	118	100,0



TABLA 2

Infección por protozoos y helmintos intestinales en pre-escolares, Centro Abierto Rauco 1983.

PROTOZOOS:	Nº	%
Giardia Lamblia	26	27,7
Entamoeba Coli	21	22,3
Chilomastix Mesnili	13	13,8
Iodamoeba Butschlii	2	2,1

HELMINTOS:

Oxyurius Vermicularis	19	20,2
Ascaris Lumbricoides	8	8,5
Trichiuris Trichiura	4	4,3
Hymenolepis Nana	1	1,1

31. ESTADO INMUNITARIO DE LA POBLACION DE CHILE CONTRA LA POLIO- MIELITIS, EL SARAMPION Y LA RUBEOLA, DETERMINADO MEDIANTE UN CENSO SEROLOGICO. 1982

Dres. Augusto Schuster*, Héctor Rodríguez*, Patricia Vicent*, Conrado Ristori*,
Ing. Silvio Rostagno*, Edith Aguilera** y María I. Vergara**.
(* Ministerio de Salud e ** Instituto de Salud Pública)

El propósito de este trabajo fue el de establecer el estado inmunitario actual de la población del país contra la poliomiélitis, el sarampión y la rubeola, para orientar los futuros programas de vacunación, tanto en lo referente a los componentes de las distintas vacunas, como al número de dosis, separación entre ellas, edades electivas, etc. (1)

Con este objeto se efectuó un censo serológico basado en la selección de una muestra representativa de las diversas regiones del país, cuyos resultados pudieran dar una adecuada información sobre las variaciones de acuerdo a las diferencias climáticas, socio-económica, grado de cobertura médico-asistencial y de mayor o menor ruralidad. En el caso de la rubeola, se pretendió conocer la proporción de mujeres que llegan a la edad fértil sin anticuerpos y por lo tanto con el riesgo de una infección que podría conducir a alteraciones teratológicas del feto. (2).

Los objetivos del trabajo fueron:

En sarampión: 1) Investigar el grado de protección conferido por la vacunación anti-sarampión aplicada a los 8 meses, considerando alguno de los factores que interfieren en ella como la persistencia de anticuerpos maternos y capacidad inmunogénica del niño. (3). 2) Conocer las modificaciones posteriores de la protección obtenida, hasta la revacunación a los 18 meses de edad. 3) Conocer la respuesta inmunitaria del niño frente a la aplicación de la segunda dosis a partir de los 18 meses. 4) Establecer si la vacunación a los 8 meses de edad crea algún tipo de interferencia a la respuesta inmunitaria consecutiva a la aplicación de una segunda dosis.

En poliomiélitis: Investigar la proporción de niños de 12 meses que se encuentran convenientemente protegidos contra los 3 tipos de virus.

En rubeola: Conocer la proporción de mujeres púberes que poseen anticuerpos contra la rubeola y que, por lo tanto, están libres del riesgo de enfermar durante los 3 a 4 primeros meses de embarazo, con la consiguiente probabilidad de alteraciones teratológicas del feto. (4).

Se seleccionó una muestra representativa de consultorios que atienden niños sanos, tanto en áreas urbanas como rurales de las 13 Regiones del país. Se extrajo un número de muestras de sangre, calculada de acuerdo a la proporción de la población del área correspondiente a cada uno de esos consultorios. Para determinar los anticuerpos contra el sarampión, se tomaron muestras en niños de 12 meses, con el antecedente de haber recibido a los 8 meses una dosis de vacuna. Un número similar de muestras se tomaron en niños de 15 meses, con igual antecedente, eliminando aquellos que, entre ambas fechas, enfermaron de sarampión. Un tercer grupo de igual magnitud, de niños de 24 meses de edad fueron sometidos al mismo examen, previa comprobación de haber sido vacunados a los 8 meses y revacunados a los 18 meses; también en este caso se descartaron los que durante el lapso transcurrido desde la primera vacunación hasta la extracción de sangre enfermaron de sarampión.

El total de muestras en cada uno de estos grupos fue de 1.492 y su distribución por cada consultorio se detalla en la lista que se acompaña (Tabla 1). Para determinar los anticuerpos contra la poliomielitis se usó la muestra de sangre extraída a los 12 meses en la investigación correspondiente al sarampión y su número era, por lo tanto, de 1.492, de acuerdo a la distribución ya indicada. Para determinar la protección contra la rubeola se recurrió a las embarazadas de 15 a 20 años de edad que concurren a las maternidades para la atención del primer parto. Su número también es de 1.492 y su distribución se hizo en las maternidades en la forma indicada en la tabla 1.

Las muestras de sangre obtenidas en los consultorios y en las maternidades se remitaron a los laboratorios del Hospital Base del Servicio de Salud correspondiente para centrifugación y envío posterior del suero al Instituto de Salud Pública.

El Instituto de Salud Pública procesó las muestras, utilizando para el sarampión y la rubeola el microtest de inhibición del poder de hemoaglutinación, y para los 3 tipos de virus polio el microtest de seroneutralización (5 y 6).

Resultados:

En las tablas 2 a 5 se registra el porcentaje de muestras que revelaron anticuerpos contra cada una de las enfermedades investigadas, distribuidas según las distintas regiones geográficas. En algunas de ellas se anotan por separado las que corresponden a poblaciones preferentemente urbanas o rurales.

Discusión:

Sarampión

La investigación se efectuó en niños vacunados a los 8 meses. Los niños investigados a los 12 y 15 meses de edad sólo recibieron una dosis y los investigados a los 24 meses habían sido en su mayoría revacunados a los 18 meses. La proyección de niños inmunes corresponde a la suma de los protegidos por la vacunación y de los que pudieron haber sufrido una infección natural inadvertida. El porcentaje de protección es del 85^o/o en promedio, sin variaciones significativas en ninguno de los 3 grupos de edad ni en las diversas regiones. Tampoco se observan diferencias en la proporción de protegidos que recibieron una sola dosis y los que recibieron dos (Tabla 2).

Se espera que con el nuevo esquema de inmunización, en el que se posterga la edad mínima del niño para esta vacuna a 12 meses, la proporción de inmunes, con el empleo de una sola dosis, superará el 90^o/o.

Rubeola

La población de mujeres primigestas protegidas contra la rubeola no presentó diferencias significativas en las distintas regiones de país, ni según su grado de ruralidad, alcanzando en promedio el 90,8^o/o, con un rango que varía entre los límites de 88,4^o/o y 93,6^o/o. (Tabla 3).

Esto significa que el riesgo de que el producto del embarazo de una primigesta susceptible tenga malformaciones congénitas o muera (aborto espontáneo) es mínimo.

Poliomielitis:

Se observa un elevado nivel inmunitario para los virus I y II, que en promedio alcanza al 94,4^o/o para el I y al 97,2^o/o para el II. La positividad es inferior en cambio para el virus III, que en promedio sólo llega al 72,2^o/o. Esta observación coincide con publicaciones internacionales que establecen la menor reatogenicidad de este virus y su menor resistencia en la interferencia producida por la administración simultánea de los 3 tipos. Además de los títulos más bajos, se observa una variación geográfica importante, con mayor proporción de susceptibles en las 3 primeras regiones y en los Servicios de Salud de Maule, Concepción y Talcahuano (Tabla 4).

La investigación se efectuó en niños que sólo habían recibido 2 dosis de vacuna trivalente (con el componente de virus III) a los 3 y 5 meses de vida. La modificación del esquema de vacunación, que establece la administración de 3 dosis de vacuna trivalente a los 2, 4 y 6 meses de edad y las revacunaciones a los 18 meses y 3 a 4 años, deben aumentar la proporción de niños con anticuerpos circulantes, especialmente para el tipo III del virus.

En un grupo de 123 niños de 24 meses de edad, correspondiente a las 3 primeras regiones del Norte del país, en que los anticuerpos para el tipo III habían sido detectados en proporción insatisfactoria, el resultado mejoró notablemente, al haber recibido esos niños una tercera dosis de vacuna trivalente, a los 18 meses de edad. En este caso, el rango de positividad fluctuó entre 76,2^o/o en Iquique y 86,9^o/o en Antofagasta.

Referencias:

- 1) Calendario de vacunaciones 1982. Ministerio de Salud - Chile. Bol. Vigilancia Epidemiol. Vol IX, N^o 3 a 6 (marzo - junio 82).
- 2) Calendario de vacunaciones 1983. Ministerio de Salud - Chile. Bol. Vigilancia Epidemiológica. Vol. X, N^o 1 y 2 (enero - febrero 83).
- 3) Krugman, S. y Giles J. Measles. The Problem. International Conference on the Application of Vaccines Against Viral, Rickettsial and Bacterial Diseases of Man. Pan American Health Organization: Pág. 195 - 202, 14/18 diciembre 1970.
- 4) Cooper. L. Z. Rubella. the problem. International Conference on the Application of Vaccines Against Viral, Rickettsial and Bacterial Diseases of Man. Pan American Health Organization: Pág. 229 - 239, 14/18 diciembre 1970.
- 5) Auletta, J. L. et al an improved diluent for Rubella: Hemmaglutination and Hemmaglutination - Inhibition test. Applied Microbiol. Vol. 16 N^o 5 Pág. 691 - 694, 1968.
- 6) Gershon, A. A. y Krugman S. Measles Virus. Diagnostic Procedures for Viral, Rickettsial and Clamydial Infections Am. Public Health Association. Pág. 655, 1977.
- 7) Sever, J. L. Application of a Microtechnique to Viral Serological Investigation. J. Immunol 88: 320 - 329, 1962.

T A B L A 1

CENSO SEROLOGICO DE SARAMPION Y POLIOMIELITIS. CHILE 1982
SELECCION DE LAS MUESTRAS SEGUN REGIONES (CONSULTORIOS)

REGIONES	POBLACION	GRUPOS ETAREOS *			TOTAL
		12 meses	15 meses	24 meses	
I II III	URBANA	134	134	134	402
	RURAL	134	134	134	402
IV	URBANA	134	134	134	402
	RURAL	136	136	136	408
V	URBANA	136	136	136	408
	RURAL	136	136	136	408
METROPOLITANA	URBANA	140	140	140	420
VI VII VIII	URBANA	137	137	137	411
	RURAL	136	136	136	408
IX X	URBANA	135	135	135	405
	RURAL	135	135	135	405
XI XII**	URBANA	135	135	135	405
TOTAL		1.492	1.492	1.492	4.476

* Los anticuerpos polio sólo se investigaron en niños de 12 meses

** Las muestras de la XII Región no se analizaron por demora en el envío.

T A B L A 2

CENSO SEROLOGICO DE SARAMPION. CHILE 1982

AREA GEOGRAFICA		NUMERO DE MUESTRAS					
		12 meses		15 meses		24 meses	
		Total	% (+)	Total	% (+)	Total	% (+)
I, II, y III REGIONES		125	87,2	121	85,2	146	84,2
IV REGION	URBANO	92	88,1	92	85,9	99	87,9
	RURAL	106	89,7	83	84,4	68	86,8
V REGION	URBANO	71	87,4	57	86,0	55	81,9
	RURAL	88	85,3	104	88,5	82	87,8
REGION METROPOLITANA		122	84,4	133	85,0	95	79,0
VI, VII y VIII REGIONES	URBANO	134	85,1	112	85,7	112	81,3
	RURAL	116	87,1	102	86,3	98	84,7
IX y X REGIONES	URBANO	112	84,0	113	86,7	108	83,4
	RURAL	83	68,8	74	86,5	75	82,7
XI REGION	URBANO	50	80,0	51	78,4	50	86,0

TABLA 3
CENSO SEROLOGICO DE RUBEOLA, CHILE 1982

AREA GEOGRAFICA REGIONES		NUMERO DE MUESTRAS	
		TOTAL	% (+)
I II III	URBANO	119	93,3
IV	URBANO	119	89,9
	RURAL	88	94,3
V	URBANO	135	83,7
	RURAL	90	87,8
REGION METROPOLITANA		128	95,3
VI VII VIII	URBANO	157	88,5
	RURAL	152	82,9
IX y X	URBANO	149	87,2
	RURAL	91	91,2
XI	URBANO	56	91,1
TOTAL		1.284	89,1

TABLA 4
CENSO SEROLOGICO DE POLIOMIELITIS, CHILE 1982

AREA GEOGRAFICA	NUMERO DE MUESTRAS						
	TIPO I $\%$ (+)		TIPO II $\%$ (+)		TIPO III $\%$ (+)		
I, II, III REGIONES	126	91,3	120	95,2	68	54,0	
IV REGION	URBANO	96	96,9	95	99,0	61	63,5
	RURAL	102	95,0	98	96,0	71	69,6
V REGION	URBANO	68	94,1	67	98,5	57	83,8
	RURAL	90	97,8	90	100,0	69	76,7
REGION METROPOLITANA	114	91,2	111	97,4	89	78,1	
VI, VII, VIII REGIONES	URBANO	109	96,3	105	96,3	73	67,0
	RURAL	123	95,1	119	96,7	94	76,4
IX, X REGIONES	URBANO	97	93,8	95	97,9	76	78,4
	RURAL	89	92,1	87	97,8	74	83,1
XI REGION	35	97,1	33	94,3	25	71,4	
TOTAL	1.049	94,4	1.020	97,2	757	72,1	

TABLA 5

**CENSO SEROLOGICO DE SARAMPION, POLIOMIELITIS Y RUBEOLA
LIMITES PORCENTUALES DE INMUNIDAD (95% DE CONFIABILIDAD)
CHILE 1982**

ANTICUERPOS	VARIANZA	
	MINIMA	MAXIMA
RUBEOLA (mujeres primigestas)	85,5	93,6
POLIO (lactantes 12 meses)		
TIPO I	93,0	96,2
TIPO II	96,0	98,3
TIPO III	66,9	79,0
SARAMPION		
NIÑOS 12 MESES	84,6	88,1
NIÑOS 15 MESES	83,9	87,3
NIÑOS 24 MESES	82,1	85,9

**32. EVALUACION DEL ESTADO INMUNOLOGICO Y VACUNACION
ANTIRUBEOLICA EN ALUMNAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Drs. Humberto Briones, María Isabel Vergara, Enrique del Solar
José Pablo Domínguez, Enf. Ana Flores y Dr. Roque Kraljevic
(Servicio Médico de Alumnos, Universidad de Chile e Instituto de Salud Pública)

La infección de la embarazada por el virus rubeola constituye un grave riesgo para el producto de la concepción y es motivo de gran preocupación no sólo para la mujer embarazada y los ginecobstetras sino que significa además un grave problema de salud pública.

Para el equipo de salud del Servicio Médico de Alumnos (SEMDA), esta situación constituye un permanente desafío técnico porque muchas de nuestras alumnas embarazadas están expuestas a un mayor riesgo por la naturaleza de sus prácticas de estudios, especialmente en aquellas pertenecientes a la Facultad de Medicina.

Esta ha sido la motivación para iniciar en nuestro medio, una evaluación de la magnitud del problema y seguido de un ensayo de inmunización.

Son muy conocidas las experiencias efectuadas en países más desarrollados. Desde 1928 se observaron en EE.UU., epidemias periódicas de rubeola, cada 5 a 9 años de intervalo. La última epidemia observada tuvo lugar en 1964 y en esa época nacieron más de 20.000 niños con una o más malformaciones producidas por la rubeola congénita. La ausencia de epidemias de rubeola desde esa época se atribuye a los programas de inmunización activa, implementados con gran energía en EE.UU.

En Chile diversos autores se han preocupado del problema y las primeras investigaciones han demostrado que en estudiantes secundarios, el 73,70/o tenían inmunidad para rubeola y que empleando vacuna antirubeola con virus vivos atenuados cepa Cendehill, se obtenía a los 120 días un 93,20/o de seroconversión en las previamente seronegativas.

Hemos investigado 800 alumnas en edades que fluctúan entre 17 y 25 años, pertenecientes a diferentes facultades de la Universidad de Chile.

La muestra en estudio se obtuvo después de una adecuada información y motivación. Las interesadas fueron sometidas a un estudio serológico, para lo cual se les extrajo una primera muestra de sangre de 10 ml. las que fueron enviadas a la Sección Virología del Instituto de Salud Pública para su titulación.

Los sueros fueron procesados mediante la técnica de Inhibición de la Hemaglutinación, recomendada por la OMS para determinar por la presencia o ausencia de anticuerpos hemaglutinantes circulantes, la inmunidad o susceptibilidad al virus rubeola.

Una vez obtenida esta información, las alumnas que resultaron seronegativas y aquellas que alcanzaron títulos hasta 1/10, fueron vacunadas. Se utilizó para ello la vacuna Rudivax, preparada con virus vivos atenuados. A continuación fueron citadas para obtener una segunda muestra de sangre, dos meses después a fin de estudiar la seroconversión y conocer las reacciones postraccionales.

Los resultados se resumen en la tabla I.

TABLA 1
TITULO DE ANTICUERPOS CIRCULANTES
SEGUN GRUPO ETARIO - SEMDA - 1983

EDADES (AÑOS)

TITULO ANTICUERPOS	TOTAL	17 a 20	21 a 24	25 y +
	n = 800 o/o	n = 292 o/o	n = 426 o/o	n = 82 o/o
(-)	10.8	5.5	4.6	0.6
1/10	7.7	2.6	4.6	0.5
1/20	13.5	4.1	7.7	1.6
1/40	25.2	8.3	14.0	2.8
1/80	21.0	7.5	10.7	2.7
1/160	15.7	6.1	8.2	1.3
1/320	5.8	2.2	3.1	0.5
TOTAL	100o/o	36.5	53.2	10.2

Los títulos más altos alcanzados están en el grupo etario de 21 a 24 años y en el rango 1/40 y 1/80.

Se comprobó que el 10,8^o/o resultó seronegativo y el 7,7^o/o tenían títulos de anticuerpos circulantes de 1/10, considerándose también este grupo como susceptible de contraer la enfermedad lo que correspondió, en conjunto, a 18,6^o/o; en total, 149 alumnas.

De este grupo susceptible, se han vacunado hasta este momento 116 alumnas y de ellas tenemos información de seroconversión en 63 alumnas (54^o/o).

Se obtuvo inmunización, es decir títulos superiores a 1/20 en 58 alumnas (92^o/o).

Estudios previos, efectuados en alumnos de enseñanza media, tanto fiscal como particular, en edades entre 14 y 20 años, demuestran 26^o/o de serología negativa y título 1/10. Nuestras alumnas universitarias de mayor edad, presentan porcentaje significativamente más bajo (18,6^o/o). Esto hace suponer que la enfermedad se presenta en el adulto joven y señala la conveniencia de desarrollar programas de vacunación a nivel de enseñanza media.

33. BACTEREMIA POR SALMONELLA TYPHI Y PARATYPHI EN EL MENOR DE DOS AÑOS

Drs. Catherine Ferrecio, Myron Levine e Ingeborg Prentzel
(Departamento de Apoyo a los Programas, Ministerio de Salud Pública;
Universidad de Maryland; Hospital Roberto del Río)

La fiebre tifoidea (FT) se ha mantenido en Chile como una infección endémica, observándose un importante aumento a partir de 1977 (1).

La distribución por edad no ha presentado cambios (2), afectando principalmente a las personas entre 5 y 25 años (Tabla 1), en los cuales la enfermedad se manifiesta con el síndrome clásico de fiebre, cefalea, dolor abdominal, constipación, hepatoesplenomegalia. Después de los 25 años se aprecia un descenso de la incidencia de FT, lo cual se explicaría, en parte, por el agotamiento de los susceptibles. La baja incidencia en los grupos menores de 6 años y especialmente en los menores de 2 años no tiene una explicación aceptada por todos.

Como parte del programa de control de la FT se están llevando a cabo una serie de estudios epidemiológicos tendientes a dilucidar los principales mecanismos de transmisión de esta infección. En este contexto fue necesario verificar si la baja incidencia notificada de FT en los niños pequeños representa un fenómeno derivado de baja infección en este grupo de edad, porque no consumen los vehículos de transmisión de la Salmonella Typhi o si se infectan, pero no son reconocidos y diagnosticados como tales.

Se controló sistemáticamente la temperatura rectal a todos los lactantes menores de 2 años que acudieron a atención médica a los Consultorios N° 2 y La Pincoya entre Enero y Marzo de 1983. A todos aquellos con temperatura igual o mayor de 38^o c., se les extrajo una muestra de 2 ml. de sangre que se inoculó en un frasco de 35 ml de solución B.H.I. con S.P.S. y se incubó a 35^o c. durante 7 días. Las colonias sospechosas aisladas de cultivos positivos fueron confirmadas por los métodos bioquímicos y serológicos normalizados. A todos los niños se les realizó un examen clínico que se registró en un protocolo.

Los casos con hemocultivo positivo fueron reexaminados y tratados con cloramfenicol.

Resultados:

Se estudió a 200 niños, 63 de ellos menores de 6 meses y mayores de 28 días: 63 de 7 a 12 meses; 52 entre 13 y 18 meses y 22 entre 19 y 24 meses. El 92,50/o de los niños tenía temperatura entre 38° C. y 39,4° C. Los diagnósticos clínicos más frecuentes al momento de la consulta fueron: infección respiratoria aguda (44°/o), diarrea (20°/o), virosis (13°/o). En ningún caso se hizo el diagnóstico de fiebre tifoidea.

En 4 casos (2°/o) se aisló *Salmonella Typhi*; en 2, *Salmonella Paratyphi B* (1°/o), y en uno se aisló *Salmonella Paratyphi A* (0,5°/o). En los demás casos los hemocultivos fueron negativos. En Enero se obtuvieron 4 casos, 1 en Febrero y 2 en Marzo; 2 cepas de *Salmonella Typhi* fueron no fagotipificables, 1 fue fagotipo E₁ y la otra fagotipo 46, los dos fagotipos más frecuentes en Chile.

El cuadro clínico de los niños con hemocultivos positivos fue benigno, con 1 - 5 días de fiebre entre 38,3° y 39,8°; 6 de los 7 casos presentaban tos (Tabla 2). Ninguno presentaba esplenomegalia, uno tuvo hepatomegalia. En el cuadro de los casos positivos se apreció que ninguno completó el tratamiento antibiótico indicado; sin embargo, en todos ellos la infección se resolvió sin complicaciones.

Discusión

La mayor parte de la información sobre frecuencia y características de la FT en la infancia deriva de pacientes hospitalizados (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). En dichas publicaciones, la frecuencia relativa de *Salmonella typhi* en niños menores de 2 años es baja, no superando el 10,0°/o de los casos; el síndrome clínico es frecuentemente diferente al que presentan los niños mayores, e incluye vómitos, diarrea, convulsiones, meningismo y signos respiratorios, además de fiebre. La mayoría son graves y se sospecha septicemia.

El aislamiento de *Salmonella typhi* y *paratyphi* de la sangre en el 3,5°/o de 200 lactantes febriles, pero con un cuadro clínico muy leve que acudieron a los consultorios durante los meses de máxima incidencia de Fiebre Tifoidea, demuestra que los niños menores de 2 años están siendo infectados en una frecuencia mayor de la que se cree comunmente.

Estos niños no habían sido pesquisados. De no mediar la investigación, en ninguno de ellos se sospechó esta infección. Durante este mismo período, 2 niños entre los 6.472 menores de 2 años que atienden los 2 consultorios fueron hospitalizados con cuadro clínico grave de Fiebre Tifoidea, es decir a lo menos se presentan 3 casos leves por un caso clínico severo.

En el Area Norte de Santiago, el 40°/o de los casos de FT ocurren en los meses estudiados (2), de tal manera que si proyectamos nuestra observación, se llegaría a los 20 casos esperados en un año para esta población, lo que daría una tasa de 3,1 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea por 1.000 niños menores de 2 años, muy similar a la notificada para el grupo de 10 - 14 años en la misma área de salud. Esta observación implicaría un cambio en cuanto a la real distribución etaria de la Fiebre Tifoidea por un lado y conduce a alertar a los pediatras para pensar e investigar este cuadro entre los niños menores.

Con estos resultados, se decidió ampliar el estudio considerando la respuesta serológica de los lactantes y la pesquisa de otros casos o portadores en la familia.

Referencias: 1) Enfermedades de Notificación Obligatoria; Ministerio de Salud; Departamento de Planificación, años 1979, 1980 y 1981. 2) Levine M, Black R, Lanata C, Clements M.L, Ferreccio C. Estudios para controlar la Fiebre Tifoidea en Chile.; Report N° 2 1982 - 1983. The Center for Vaccine Development, Universidad de Maryland. 3) Lobos H. y cols. Fiebre Tifoidea en el niño Apunte mimeografiado, Cátedra de Pediatra Prof. Meneghello Hosp. Roberto del Río., Santiago - Chile. 4) Kumate J. y cols. La Fiebre Tifoidea en el primer año de la vida. Bol. Méd. Hosp. Inf. (México) 31,5, 1974. 5) Mulligan T. O. Typhoid Fever in Young Children Brit. Med. J. 1: 665, 1971. 6) Nourmand A. and, Zial M. Typhoid and Paratyphoid Fever in Children Clin. Ped. 8: 235 - 238, 1969. 7) Nourmand A. and, Zial M. Typhoid Fever in Infancy., Clin. Ped. 10: 272, 1971. 8) Palacios P.G. y cols. La Fiebre Tifoidea en el niño menor de 2 años. Bol. Méd. Hosp. Inf., (México) 38: 473, 1981. 9) Scragg J. et al. Typhoid Fever in African and Indian Children in Durban. Arch. Dis. Child., 44: 18, 1969.

TABLA 1
TASA DE INCIDENCIA DE FIEBRE TIFOIDEA POR GRUPOS DE EDADES
CHILE 1977 - 1981

EDAD (AÑOS)	PROMEDIO DE CASOS ANUALES	TASA POR 100.000 Hbts.
0 - 4	670	50
5 - 9	1.898	157
10 - 14	2.343	197
15 - 19	1.995	167
20 - 24	1.560	147
25 - 34	1.600	102
35 - 44	636	52
45 - 54	322	35
55 - 64	161	25
65 y Más	149	25

TABLA 2

Cuadro clínico de los casos pesquisados en Area Norte, 1983

	CASOS Nº							
	1	2	3	4	5	6	7	
Sexo	M	F	M	F	F	M	F	
Edad (meses)	10	9	4	17	14	3	8	
Temperatura (durante el examen)	38,3	38,3	38,4	38,3	38,4	38,3	38,4	
Días de fiebre	1	1	1	4	3	5	1	
Anorexia	+			+	+		+	
Vómitos	+		+			+		
Constipación					+			
Diarrea						+	+	
Tos	+	+	+	+		+	+	
Hepatomegalia						+		
Esplenomegalia								
Roseola		+						
Diagnóstico	Neumonia	Viro-sis	Viro-sis	Viro-sis	Viro-sis	Bronco neumonia	Bronqui-tis aguda	
Germen: Salmonella	Typhi	Typhi	Typhi	Typhi	P.B.	P.B.	P.A.	

34. DETECCIÓN DE PORTADORES CRÓNICOS DE SALMONELLA TYPHI POR INVESTIGACIÓN SEROLÓGICA DE ANTICUERPOS VI

Drs. Conrado Ristori, Luis Jiménez, Mario Salcedo, Julio García,
Claudio Lanata y Enf. Viviana Sotomayor

(Departamento de Apoyo a los Programas, Ministerio de Salud;
Hospital de Enfermedades Transmisibles, Santiago; Instituto de Salud Pública;
Escuela de Medicina, Universidad de Maryland, USA)

Las infecciones entéricas, y en especial las producidas por Salmonellas del grupo tífico-paratífico se manifiestan en Chile con una morbilidad excepcionalmente elevada y con tendencia a un aumento continuo. Este fenómeno se observa especialmente a partir del último quinquenio en que las tasas crudas llegan a 120 x 100.000 en todo el país y a 180 o más en la Región Metropolitana (1). Sin desconocer que en la interpretación de este hecho inciden diversos factores, como el riego de frutas y verduras con aguas contaminadas, la manipulación inadecuada de los alimentos y otras condiciones sanitarias desfavorables, fue demostrado el rol fundamental de la alta prevalencia de portadores crónicos, favorecida por tasas de colestopatías que están entre las más elevadas del mundo (2).

La solución de este problema, que se agrava por la interrelación recíproca entre morbilidad y proporción de portadores, dista de ser fácil y exige actuar en diversos frentes, mientras se espera la posibilidad de contar con productos biológicos de acción preventiva, actualmente en proceso de investigación. Algunas medidas están siendo aplicadas, o se encuentran en vías de serlo.

Este trabajo pretende determinar la posibilidad de actuar sobre uno de los factores desencadenantes de estas infecciones: los portadores crónicos que manipulan alimentos.

El empleo de antígeno Vi, para la detección de anticuerpos específicos circulantes en la sangre de los portadores, fue planteada inicialmente por Félix y sus colaboradores en 1934 (3-4). A partir de esa fecha hubo informes contradictorios tanto de la metodología como la interpretación de los resultados. Félix utilizó una cepa de *S. typhi* rica en antígeno Vi en un test directo de hemoaglutinación bacteriana (DBA). Algunas autoridades sanitarias, basadas en esos resultados, exigieron una reacción negativa al antígeno Vi para autorizar la manipulación de alimentos en establecimientos comerciales, mientras que otros rechazaron el test por estimar que más del 20% de los portadores carecían de esos anticuerpos, a la vez que otro 20% de personas sin antecedentes de infección entérica ni eliminación de salmonellas por las heces, tenían resultados positivos (5).

Wong y Feely descubrieron, en 1972, un método nuevo para obtener un antígeno Vi altamente purificado (6). Nolan y cols. usaron ese antígeno en una reacción de hemoaglutinación pasiva para detectar un pequeño número de portadores en un área no endémica en el estado de Arkansas, U.S.A. La serología Vi resultó positiva en los 7 portadores crónicos sometidos a ese test, mientras que sólo uno de los 37 contactos negativos dio resultado positivo (6).

Esta investigación, efectuada en un área no endémica, lleva a la pregunta de si el método podría ser aplicado en un área altamente endémica. Es el motivo de este trabajo en Santiago, ciudad que exhibe un número estimado de portadores de *S. typhi* superior a 30.000 (2). Los resultados, como se verá a continuación, confirman las observaciones originales de Nolan y abren una nueva perspectiva al empleo del método en el control de la endemia.

Para los fines de este estudio se definió como portador crónico al individuo de cuyo tracto digestivo logra aislarse la *S. typhi* por lo menos un año después de haber sufrido de fiebre tifoidea bacteriológicamente confirmada.

El examen bacteriológico consistió en un coprocultivo seriado en tres días sucesivos y un bicultivo por el método denominado "enterotest".

Se obtuvo igualmente una muestra de sangre de 29 pacientes de ambos sexos internados en el hospital de Enfermedades Infecciosas con fiebre tifoidea confirmada y de 59 personas sanas de 16 a 46 años de edad, en los cuales no se efectuó examen de deposiciones ni bicultivo.

Los anticuerpos séricos fueron medidos por el método de hemoaglutinación pasiva de Nolan (7), utilizando antígenos preparados a partir de *Citrobacter freundii*, que es una modificación de la técnica de Wong y Feeley, ideada por J.B. Robbins, de la División de Productos Bacterianos del Centro de Drogas y Biológicos de los Estados Unidos.

Resultados.

Fueron detectados 33 portadores crónicos de *S. typhi* a los que se agregaron otros 3 previamente conocidos, lo que dio un total de 36. Su edad fluctuó entre 17 y 59 años. Se utilizó como controles "negativos" un grupo de 338 mujeres que tuvieron fiebre tifoidea entre 1 y 4 años antes, pero cuyo bilicultivo y coprocultivos seriados resultaron negativos. Veintisiete de los 36 portadores crónicos (75%) revelaron títulos de anticuerpos Vi positivos al 1/160 o más (Tabla 1). La proporción fue en cambio de 80% entre los 338 controles negativos con antecedentes de f. tifoidea ($p < 0.001$), y de 30% en los 59 controles sanos sin antecedentes de haber tenido tifoidea ($p < 0.001$). Entre 29 enfermos de tifoidea en período agudo, sólo 11 (38%) revelaron anticuerpos Vi en títulos de 1/160 o mayores, tasa que es significativamente menor que la de los portadores crónicos ($p < 0.005$). El título geométrico medio de esta reacción en los portadores fue de 296, significativamente más elevado que el de los controles negativos con antecedentes de tifoidea reciente en que sólo fue de 21 ($p < 0.001$). En los adultos sin antecedentes de tifoidea fue de 16 ($p < 0.001$) y en los pacientes en período agudo de tifoidea alcanzó a 53 ($p < 0.001$). (Tabla 1).

La sensibilidad y especificidad de cada título, para precisar el que debería utilizarse para la selección ("screening") previa a la determinación del estado de portador crónico, puede quedar establecido en 1/160 o más, con 75% de sensibilidad y 92% de especificidad, o bien en 1/80, con lo que aumenta la sensibilidad a 86%, pero disminuye la especificidad a 85%. (Tabla 2).

Entre el 3 y el 5% de los enfermos de tifoidea persisten como portadores crónicos de *S. typhi* a lo largo de toda la vida (8).

Siendo el hombre el único reservorio y huésped natural de esta *Salmonella*, la detección de los portadores crónicos es esencial en el control de la enfermedad. Los cultivos bacteriológicos tienen grandes limitaciones por su costo, consideraciones logísticas, además del carácter intermitente de la eliminación microbiana, lo que exige múltiples cultivos para lograr un resultado confiable (9).

Ante la posibilidad futura de perfeccionar algún procedimiento no quirúrgico que suprima el estado de portador (10) la detección de anticuerpos Vi en el suero resulta un interesante método selectivo para los exámenes más complejos conducentes a visualizar esa condición, en grupos de alto riesgo. Ello induce a proponerlo como un elemento más de la lucha contra la infección tífica.

Referencias.

- 1) Ministerio de Salud, Chile. Anuario 1981. Enfermedades de Notificación Obligatoria. Santiago, Chile, 1982.
- 2) Ristori C. y Cols. "Investigación sobre el estado de portador de *S. typhi*-paratyphi en pacientes intervenidos por patología vesicular". Bol. of. Sanit. Panam. 93: 365, 1982.
- 3) Félix A. y Pitt R.M. a new antigen of *B. typhosus*. Lancet 2: 186, 1934.
- 4) Félix A. Detection of chronic typhoid carriers by agglutination tests. Lancet 2: 738, 1938.
- 5) Whiteside R.E. y Baker E.E. the Vi antigens of the enterobacteriaceae. Immunologic and biological properties. J. Immunol. 83: 687, 1959.
- 6) Nolan C.M. et al Evaluation of a new assay for Vi antibody in chronic carriers of *S. typhi* J. Clin. Microbiol. 12: 22, 1980.
- 7) Chau P.Y. y Chan A.C.H. Modified Vi tests in the screening of typhoid carriers. J. Hyg. 77: 97, 1976.
- 8) Ames W.A. y Robins M. Age and sex factors in the development of the typhoid carrier state and a method for estimating carrier prevalence. Am. J. Publ. Health 33: 221, 1943.
- 9) Merselis J.G. et al Typhoid carrier state: quantitative bacteriology and preliminary observations of therapy. East African Med. J. 4: 219, 1964.
- 10) Nolan C.M. y White P.C. Treatment of typhoid carriers with amoxicillin. JAMA 239: 2352, 1978.

T A B L A 1

PRESENCIA DE ANTICUERPOS V_i EN PORTADORES CRONICOS DE S. TYPHI, EN CASOS DE TIFOIDEA EN EVOLUCION Y EN LA POBLACION SANA DE SANTIAGO, CHILE.

GRUPO	CARACTERISTICAS	Nº	TITULO PROMEDIO *	(o/o) PROPORCION SEGUN DILUCION TITULO		
				1/40	1/80	1/160
PORTADORES CRONICOS	92% MUJERES DE 17 a 59 AÑOS	36	296	14	11	75
PACIENTES DE TIFOIDEA AGUDA	AMBOS SEXOS DE 18 a 30 AÑOS	29	53	48	14	38
NO PORTADORES CON ANTECEDENTES DE TIFOIDEA 1 a 4 AÑOS ANTES **	100% MUJERES DE 24 a 62 AÑOS	388	21	85	7	8
POBLACION SANA	AMBOS SEXOS DE 16 a 46 AÑOS	59	16	85	12	3

* MEDIDO POR HEMOAGLUTINACION PASIVA UTILIZANDO ANTIGENO V_i MUY PURIFICADO.

** 3 COPROCULTIVOS NEGATIVOS Y BILICULTIVO.

T A B L A 2

Determinación del título óptimo en la detección de portadores crónicos de *Salmonella typhi*

Título anticuerpos Vi	Sensibilidad %	Especificidad %
20	95	53
40	92	73
80	86	85
160	75	92
320	67	96
640	56	97
1280	16	99

35. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DEL ESTADO DE PORTADOR CRONICO DE SALMONELLA TYPHI

Drs. Claudio Lanata, Roberto Black, Myron Levine, Conrado Ristori, Mario Salcedo, Luis Jiménez, Julio García y Enf. Viviana Sotomayor (Escuela de Medicina, Universidad de Maryland; Departamento de Apoyo a los Programas, Ministerio de Salud; Hospital Lucio Córdova, Santiago; Instituto de Salud Pública de Chile)

Chile, como muchos otros países en vías de desarrollo, presenta una elevada incidencia anual de fiebre tifoidea, la que alcanza las tasas más altas en el área metropolitana de Santiago (1). Contribuye a mantener la curva ascendente de morbilidad la gran cantidad de portadores crónicos, favorecida por la prevalencia también muy elevada de las coleditiasis cuyo rol en la mantención del estado de portador ha sido destacada por varios autores. (2).

La mayor prevalencia de las colecistopatías en las mujeres adultas es causa de que éstas jueguen también el papel más importante como portadores de salmonellas y de su diseminación, por ser las mujeres las que en mayor proporción manipulan y distribuyen alimentos.

Se han hecho muchos intentos en el pasado por eliminar la condición de portador crónico, ya sea por métodos quirúrgicos o utilizando los antibióticos más activos en el tratamiento de la tifoidea aguda. (3-4). Los resultados, hasta el momento, han sido negativos o muy poco satisfactorios.

La aparición de sucesivas variedades de antibióticos, cada vez más efectivos y los cambios en sus formulaciones, concentraciones y combinaciones determinó a los autores a realizar en Santiago un nuevo estudio sobre el posible éxito del uso combinado de amoxicilina en dosis elevadas y por tiempo prolongado, asociada a probenecid para elevar aún más la concentración sanguínea (5-6).

Con este objeto se orientó la búsqueda de los posibles portadores entre las mujeres adultas dadas de alta del Hospital "Lucio Córdova" de Santiago, con diagnóstico de fiebre tifoidea confirmado bacteriológicamente, entre los años 1977 y 1981.

Sólo se consideró portador al que por lo menos un año después del alta clínica de fiebre tifoidea confirmada continúa eliminando *Salmonella typhi*, detectada por medio del copro o del bilicultivo.

La investigación tuvo como objetivo.

1) Investigar en 30 pacientes la tolerancia a las drogas combinadas: amoxicilina y probencid. 2) Medir la concentración sanguínea alcanzado por la amoxicilina en la 2ª y 4ª semana del tratamiento. 3) Tratar en forma ambulatoria, pero controlada, un grupo de 30 portadores crónicos, especialmente de sexo femenino, con 6 diarios (2 cada 8 horas), durante 28 días, asociado a la ingestión simultánea de 500 mg. de probencid.

Fueron citadas al Instituto de Salud Pública 1.589 mujeres, que cumplían con los requisitos más arriba establecidos, de las cuales 596 concurren al llamado y en 569 de ellas pudo efectuarse la pesquisa de la posible condición de portador, mediante 3 coprocultivos seriados y un bilicultivo por el método simplificado denominado "enterotest". También se efectuó una extracción de sangre para detectar la presencia de anticuerpos Vi, como parte de una segunda investigación que se presenta por separado en estas jornadas. (Tabla 1).

Resultados.

Del total de 569 mujeres investigadas, 36 resultaron ser portadoras crónicas (6,30/o). De ellas, 28 iniciaron el tratamiento y 26 lo completaron correctamente hasta el mes de enero de 1983. De ellos, 15 persisten con controles negativos, mientras que en 11 se detectó la *S. typhi* en el tracto digestivo en controles posteriores. Ello da un porcentaje de curación de 57,60/o (Tabla 2). En 2 de los 36 portadores seleccionados inicialmente debió interrumpirse el tratamiento por presentar reacciones alérgicas graves con la segunda o tercera dosis. Entre los 26 que lo completaron hubo 9 que presentaron diarreas semilíquidas que desapareció al mantenerse la terapia y 2 diarrea moderada; 3 casos acusaron náuseas y 6 dolor abdominal asociado a náuseas (11,10/o) (Tabla 3). Estos resultados muestran una mayor tolerancia que la descrita por Nolan y col., que debieron reducir la dosis a sólo la mitad (3 diarios), en 5 de 15 tratados por ellos (33,30/o).

Comentario

La preocupación por suprimir el estado de portador de *S. typhi* ha motivado múltiples investigaciones, tanto de tipo médico como quirúrgico o la combinación de ambos. Si estos trabajos llegaran a un resultado práctico, el método elegido podría ser utilizado en países de baja endemia y escaso número de portadores. El procedimiento se dificulta en cambio hasta hacerse irrealizable en la práctica si la endemia es alta y la prevalencia de portadores es muy elevada y difícil de pesquisar, por lo que el tratamiento sería necesariamente costoso.

Existen, sin embargo, dos grupos de portadores que podrían someterse a estos procedimientos, siempre en el entendido de que hubiera uno de resultado inobjetable. Ellos son:

a) las personas de buen nivel socioeconómico y con un grado de cultura sanitaria suficientemente elevado como para decidir la aplicación del método a sus expensas, colaborando en su buena ejecución y protegiendo así a su grupo familiar, y

b) los manipuladores de alimentos de alto riesgo que se encuentran imposibilitados de derivar sus actividades hacia otros rubros que no ofrezcan peligros.

Como un anticipo a la situación epidemiológica que se observará en el país si se logra éxito en la reducción de las tasas de tifoidea mediante un procedimiento eficaz de inmunización oral, o incrementando rigurosamente el saneamiento y control de alimentos, resultaría factible tratar de controlar la disminuída tasa de portadores que seguirían activos. Sin embargo, ninguno de los métodos hasta aquí ensayados ha dado resultados satisfactorios: el quirúrgico, objetable desde el punto de vista ético, sólo reduce en un 70 a 75% ese estado, manteniéndose en el resto, la multiplicación bacteriana en las vías biliares (7). Los tratamientos médicos tampoco han dado buenos resultados, lo que se ve reforzado con los resultados de investigación y en que se utilizó una de las drogas más eficaces en el tratamiento del cuadro agudo, por un tiempo muy prolongado y a las mayores dosis compatible con la tolerancia del paciente, todo lo anterior complementado con la combinación de probenecid que aumenta la concentración sanguínea de la amoxicilina. La suma de todos estos factores no logró, en nuestro caso, hacer subir el porcentaje de éxito más allá del 57%, lo que indudablemente no permite dar por resuelto el problema que nos preocupa.

Si bien otros autores presentan cifras mejores con tratamientos quirúrgicos combinados con antibioterapia en altas dosis, esta conclusión sigue válida debido a la complejidad y alto costo del método y al elevado número de personas que deberían someterse a él.

Referencias.

- 1) Enfermedades de notificación obligatoria, Anuarios del Ministerio de Salud, Chile. Septiembre, 1982.
- 2) Ristori C. y cols. Investigación sobre el estado de portador de *S. typhi-paratyphi* en pacientes intervenidos por patología vesicular. Bol. Of. Sanit. 93: 365, 1982.
- 3) Tynes B.S. and Uts J.P. Factors Influencing the cure of Salmonella Carriers. Ann. Int. Med. 57: 871, 1962.
- 4) Dimbar A. et al. the Treatment of Chronic Biliary Salmonella Carriers. Am er J. Med. 47: 236, 1969.
- 5) Neu H.C. Antimicrobial Activity and Human Pharmacology of Amoxicillin. Infect. Dis. 129: 123, 1972.
- 6) Tan J. S. et al Levels of Amoxicillin and Ampicillin in Human Serum and Intestinal Fluids. Infect. Dis. 129: 146, 1974.
- 7) Munich D. and Bekesi. S., Curing of Typhoid Carriers by Cholecystectomy Combined With Amoxicillin Plus Probenecid Treatment. Chemotherapy 25: 362, 1979.

T A B L A 1

**DETECCION DE PORTADORES DE SALMONELLA TYPHI PARA SU TRATAMIENTO
EXAMEN BACTERIOLOGICO HOSPITAL LUCIO CORDOVA. Noviembre 1981/Enero 1983**

CITADOS	INASISTENTES	DOMICILIO FALSO	PERSONAS ESTUDIADAS	CON EXAMENES PENDIENTES	NUMERO DE PORTADORES	DETECTADOS
1.584	632	244	569	27	36	6,30/o

T A B L A 2

**RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE PORTADORES CRONICOS
CON CONTROL COMPLETO**

TRATADOS	Nº	o/o
CON EXITO	15	57,7
SIN EXITO	11	42,3
T O T A L	26	100,0

T A B L A 3

REACCIONES ADVERSAS OBSERVADAS DURANTE EL TRATAMIENTO

SINTOMAS	Nº *	o/o
DIARREA	11	42,3
EXANTEMA	6	23,0
NAUSEAS	3	11,5
NAUSEAS CON DOLOR ABDOMINAL	5	19,2
GASTRITIS SEVERA	1	3,8
SIN SINTOMAS	3	11,5

* Algunos con más de un síntoma.

36. ESTIMACION DEL APROVECHAMIENTO Y EXPLOTACION DE LOS SERVICIOS DE AGUA POTABLE RURAL BID Y COMPORTAMIENTO DE LAS COOPERATIVAS

Ing. Francisco Unda y Raúl Quiroz.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El propósito fundamental del presente trabajo ha sido hacer un diagnóstico de la evolución, explotación y mantenimiento de los Servicios de Agua Potable Rural, desarrollados en Chile con aporte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutados por la Oficina de Saneamiento Rural del Ex Servicio Nacional de Salud (préstamo 74/TF - Ch) y por el Departamento de Agua Potable Rural, dependiente de la Ex-Dirección de Obras Sanitarias, actualmente Servicio Nacional de Obras Sanitarias (préstamo 499/SF - Ch).

Para tal objeto y por razones económicas y de personal, se consideraron solamente los 108 servicios construidos en tres regiones del país: Quinta, Sexta Area Metropolitana, lo que incluye 83 acueductos correspondientes al primer préstamo y 25 al segundo.

El número de la población muestral (35 Servicios), se determinó en base a los factores presentados en la teoría del Ingeniero Edmundo Ossio, "Evaluación por Muestreo de la Operación y Mantenimiento en Acueductos Rurales (XVIII Congreso Internacional de AIDIS)".

Esta teoría considera los siguientes aspectos: Recursos Disponibles; Análisis del Universo Poblacional (Tipo y número de sistema, edad localización, distribución geográfica y población servida por los servicios); Determinación de la Población Muestral y Recolección de la Muestra.

Determinado el número de servicios de la población universal y muestral por regiones, provincias y localidades correspondientes a cada préstamo (27 para el primer préstamo y 8 para el segundo), los porcentajes regionales y totales de los Tipos de Captación y Material de los Estanques, se estuvo en condiciones de ir determinando las localidades de la población muestral, para cuyo efecto se clasificaron los servicios del universo en cuatro grupos por provincias, de acuerdo a la población abastecida, cuyos porcentajes tendrían que corresponder a los de la población muestral, conservando los otros criterios establecidos por la teoría. La información básica para efectuar estos estudios fue proporcionada por el Departamento de Agua Potable Rural (SENDOS).

Un vez elegidas las localidades, se procedió a llenar dos formularios de encuestas debidamente preparados, uno técnico y otro administrativo. Los resultados resumidos encontrados en la población muestral son los siguientes: a) Aspecto Técnico: 22 Servicios buenos; 7 regulares; 6 deficientes, b) Aspecto Administrativo, considerando el cumplimiento de los requisitos exigidos por los estatutos de las Cooperativas o Comités: 4 buenos; 19 regulares; 11 deficientes (un Servicio no tiene Comité por considerarse extensión de un Servicio Urbano) y c) Relación de los aspectos técnicos y administrativo. En este análisis se hace una correlación entre los aspectos técnicos y administrativos de los Servicios y Cooperativas y Comités clasificados como buenos, regulares y deficientes. Se desprende que sólo en el Area Metropolitana existe concordancia.

37. AERADOR DE PLACAS DE BAJO COSTO EN LAGUNAS DE ESTABILIZACION

Ing. Francisco Unda, T. San. Jorge Maturana y Luis Espina, con la colaboración de Srs. Luis Torres, Alberto Veloz, Luis Cerda, Manuel Castillo y Víctor Aliste (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Centro Experimental de Aguas Servidas CEXAS)

Los objetivos básicos de la investigación iniciada en 1979 y continuada durante 1982 fueron fundamentalmente dos: a) lograr una aceleración de la estabilización biológica de la materia orgánica, a través del oxígeno fotosintético proporcionado por las algas en el proceso simbiótico entre éstas y las bacterias aerobias; esta aceleración del proceso se obtendría aireando el agua de la laguna a través de un aerador de placas de bajo costo y b) comparar el rendimiento entre una laguna de estabilización que actúa exclusivamente a través del proceso fotosintético con otra de mayor carga en que este proceso se complementa con aireación artificial, mediante un aerador de placas.

La actual investigación se trabajó por fases y etapas, definiendo la primera como la relación de carga (Demanda Bioquímica de Oxígeno) entre la laguna de experimentación (Nº 2) y la laguna testigo (Nº 1). Las etapas corresponden a la razón entre la tasa de recirculación diaria y el volumen de la laguna en estudio (Nº 2).

En la investigación presentada al III Congreso Chileno de Ingeniería Sanitaria (1979), se trabajó solamente en la primera fase, primera etapa, con cargas de 152 y 304 Kg. DBO/Há-día y tasa de recirculación de 1/4. Los resultados fueron muy satisfactorios. La investigación no se pudo continuar durante el año 1981 por razones de personal, administrativas u técnicas, reiniciándose en enero de 1982. Se repitió la operación correspondiente a la primera etapa, primera fase y consecuentemente con los resultados, se continuó con la segunda fase (triple carga) segunda fase (tasa de recirculación de 1/4 y 1/2).

Los resultados fueron muy satisfactorios. El oxígeno disuelto se mantuvo en niveles satisfactorios en la laguna Nº 1, hasta que la carga sobrepasó los 300 Kg. DBO/Há-día, en cuyo caso el oxígeno disuelto promedio mensual llegó hasta 0 mg/l. con desprendimiento de olores. La laguna Nº 2 aireada no bajó como promedio mensual los 4,3 mg/L de oxígeno disuelto con cargas de 659 Kg. DBO/Há-día.

En cuanto a la Demanda Bioquímica de Oxígeno la mayor eficiencia para la laguna Nº 2 fue 92,5% para carga orgánica de 304 Kg. DBO/Há-día (agosto) y la menor eficiencia (75%) por una carga de 181 Kg. DBO/Há-día. En cambio la eficiencia más alta para la laguna Nº 2 se alcanzó en el mes de julio con una remoción media de 93,5% y con una carga de 659 Kg. DBO/Há-día. La menor eficiencia fue de 70% en el mes de mayo con 448 Kg. DBO/Há-día.

La remoción de coliformes fue levemente superior en la laguna Nº 2.

Se desprende de los resultados de la investigación que la laguna acondicionada con un aerador de placas de bajo costo, puede soportar cargas tres veces superiores a la de una laguna convencional con rendimientos similares y aún mejores.

38. PLANTA EXPERIMENTAL SEDIPLACA PARA EL TRATAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS, CON RECIRCULACION DE LODOS (Resultados preliminares)

Ing. Francisco Unda, T. San. Jorge Maturana y Luis Espina, con la colaboración de Srs. Luis Torres, Alberto Veloz y Luis Cerda
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
y Centro Experimental de Aguas Servidas CEXAS)

En este trabajo se comparan los rendimientos logrados en una Planta Experimental de Aguas Servidas, Sediplaca, con escurrimiento laminar, coagulación química (a través de energía hidráulica) y recirculación de lodos, con la eficiencia de la Planta Experimental Sediplaca, con floculación mecánica, presentada al XVIII Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, desarrollado en Panamá 1982 y además con la eficiencia de la Planta Convencional que procesa las aguas servidas de la ciudad de Melipilla y que dispone de un tratamiento primario y secundario de biofiltración.

Debido al escaso tiempo que se estuvo operando la Planta Experimental Sediplaca, para poder presentar en su oportunidad algunos resultados al V Congreso Chileno de Ingeniería Sanitaria y del Ambiente, sólo se trabajó con un gasto de 2,7 L/seg. y dosificaciones de 50 y 70 mg/l de sulfato de aluminio, pudiéndose sólo comparar la floculación mecánica e hidráulica, sin que se haya tenido tiempo para efectuar recirculación de lodos. Los resultados preliminares se reproducen en la tabla 1.

TABLA 1

Resultados promedios del Sediplaca para un gasto de 2,7 lts/seg. correspondiente a S.S.T., S.S.V, D.B.O. y organismos coliformes (floculación hidráulica).

	Sulfato de aluminio (mg/lt)	
	50	70
S.S.T. (mg/lt)		
AF	287	277
EF	102	90
°/o remoción	64,5	67,5
Nº análisis	8	11
S.S.V. (mg/lt)		
AF	210	223
EF	75	71
°/o remoción	64,3	68,2
Nº análisis	8	11
D.B.O. (mg/lt)		
AF	274	329
EF	129	129
°/o remoción	52,9	60,8
Nº análisis	9	8
Coliformes / 100 ml (NMP x 10⁻⁶)		
Totales		
Af	35,0	49,7
EF	1,4	9,6
°/o remoción	96,0	80,7
Nº	2	3
Fecales		
AF	4,1	2,8
EF	0,3	0,2
°/o remoción	92,7	92,9
Nº	2	3

39. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA EN SANEAMIENTO BASICO RURAL EN MELIPILLA

Drs. Winston Chinchon, José Infante, Jorge Muñoz, Fduc. Sanit.
Raquel Vidal y Alejandrina Rosas, Drs. Armando Romo y Germán Corey,
As. Soc. Bernardita Jorquera y Prof. Hernán Sandoval
(Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Servicio de Higiene del Ambiente
y Municipalidad de Melipilla)

Identificación del Problema

En reunión ampliada del Comité de Acción Social (CAS), la comunidad analiza diferentes problemáticas de salud que les afecta, identificándose como problema prioritario de Melipilla rural la "Carencia del Agua Potable", lo que les afecta en un 40%o, problema que se ubica dentro de un contexto de malas condiciones de saneamiento básico rural.

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente decide ayudar a la comunidad mediante apoyo e implementación técnica y estructura como primera etapa a través de un "Equipo Intersectorial" integrado por: a) Servicio de Salud Metropolitano Occidente; b) Municipalidad: C.A.S.: Depto. Acción Social: Depto. Educación; Depto. Organizaciones Comunitarias; Depto. de Salud Comunal. c) Hospital Melipilla: Dirección y Equipo de Salud. d) Servicio de Higiene del Ambiente: Departamento Técnico y e) Servicio Nacional de Obras Sanitarias: Departamento "Agua Rural".

Participación en el Diagnóstico e Implementación:

En el diagnóstico de saneamiento básico intervienen diferentes sectores en el "Diseño del Instrumento", "Marco Muestral"; "Capacitación de los Encuestadores" y "Tabulación Computarizada". Ochenta profesores aplican la encuesta de "Saneamiento Básico", en 919 Hogares Rurales (21%o del universo constituido por 4.378 viviendas que carecen de agua).

Durante los meses de verano, se registran las consultas por enfermedades entéricas, tanto en niños como adultos, a objeto de determinar la relación por este tipo de morbilidad en localidades con y/sin agua potable.

El diagnóstico de la calidad bacteriológica del agua se hace por toma de muestras al 5%o de las fuentes de origen de aguas de uso doméstico (norias, cursos superficiales de agua, y de tuestos con agua de bebida).

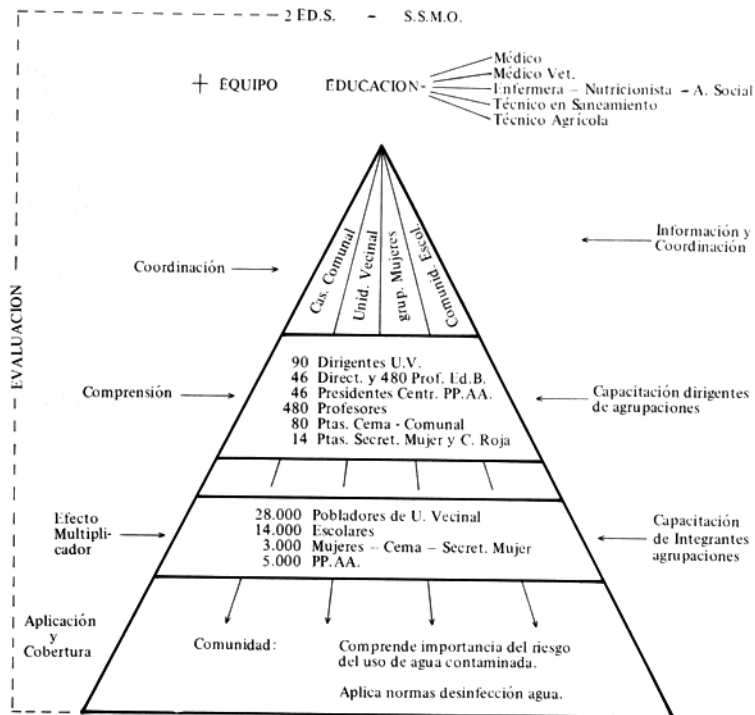
Un equipo de profesores del Liceo filma un video educativo "Sobre Saneamiento en Melipilla", el que es utilizado como elemento motivador. Se dota a todas las escuelas de un rotafolio educativo que contiene las unidades educativas a desarrollar durante el programa.

Programa de Capacitación de la Comunidad

Se definen 4 Unidades Educativas para ser abordadas a los diferentes grupos comunitarios: UNIDAD 1) Enfermedades digestivas: mecanismos de transmisión. UNIDAD 2) Saneamiento Básico: agua, excretas, basuras, insectos y roedores, letrina y norias, desinfección del agua, cloración. UNIDAD 3) Manipulación Higiénica de Alimentos: microsaneamiento del hogar. UNIDAD 4) Como mejorar nuestros recursos: Huerto Familiar; Conservación de Alimentos.

— **Efecto Multiplicador:** la comunidad aprende para enseñar: fijándose la siguiente estructura de efecto multiplicador.

ESQUEMA EDUCATIVO DEL EFECTO MULTIPLICADOR



Educación directa a 384 directivos de agrupaciones: 12 sesiones educat. 1 hora.

Educación efecto multiplicador para capacitar a 50.000 pobladores: 800 sesiones educat. 1 hora.

Visita Domiciliaria - Evaluación: 20 Visitas de evaluación a domicilio.

40. FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN CHILE

Drs. Ernesto Medina, Juan Pablo Pascual, Ana María Medina y Sta. Raquel Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En las mujeres latinoamericanas, el cáncer de mama es el segundo en importancia después de la localización cérvico uterina. En Chile, de acuerdo a los riesgos acumulativos actuales, aproximadamente una de cada 30 mujeres sufrirá la enfermedad (1) y este riesgo, a partir de 1920, se ha decuplicado, mientras para el total de cánceres el incremento ha sido sólo de 2,5 veces.

En este estudio se utilizó el diseño de casos y controles con emparejamiento (matching). Los casos corresponden a 76 enfermas hospitalizadas por cáncer de mama en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile J.J. Aguirre entre 1979 y 1981, con diagnóstico histopatológico confirmado. El grupo de controles corresponde a 76 mujeres hospitalizadas por colecistectomía en el hospital, en los mismos años, de igual edad que los casos y elegidas al azar en el archivo del hospital. Se utilizó la información registrada en las fichas clínicas, procedimiento que tiene la ventaja de equivaler a una observación de tipo ciego y el inconveniente que diversas variables de interés no pudieron ser exploradas por no encontrarse la información correspondiente en las fichas clínicas. Se estudiaron variables vinculadas a factores genéticos y familiares (antecedentes de cáncer en los padres, tipo corporal); factores endocrinos (edad de menarquía y menopausia, años en menstruación, ritmo menstrual); sexualidad (estado civil, paridad); emocionalidad; exposiciones al medio ambiente (lugar de nacimiento, actividad o profesión, consumo de alcohol y tabaco, radiación diagnóstica); patología asociada (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus) y patología previa (cánceres de otras localizaciones, patología mamaria y ginecológica). En la tabla 1 se resumen los resultados obtenidos.

TABLA 1

Factores asociados a la producción de cáncer de mama en mujeres chilenas

ASOCIACIONES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS (p < 0,05)	Riesgo relativo	VARIABLES NO ASOCIADAS
Paridad baja (0 - 1 partos)	2,2	Número de abortos
Asociadas a baja paridad		
Nacimiento en V Región	5,6	
Oficinistas	5,3	
Empleadas de hospital	2,5	
Independientes de la paridad		
Menopausia antes de 45 años	6,2	Edad de menarquía - Ritmo menstrual Años en menstruación
Estado civil separada	7,8	Estado civil casada o viuda
Obesidad postmenopáusica	2,4	Hipertensión arterial - Diabetes
Antecedentes de TBC	10,6	
Cáncer mamario familiar	2,0	Otras localizaciones familiares de cáncer
Patología mamaria previa	3,8	Cirugía ginecológica
		Consumo de tabaco y alcohol
		Tipo corporal
		Emocionalidad

La asociación entre cáncer de mama y baja paridad se registra en muchos países del mundo. En Chile se observa una correlación inversa en las regiones chilenas entre natalidad y neoplasias malignas de la mama (1) y en algunas series clínicas se advierte la elevación de riesgo relativo en las mujeres sin hijos (2). Esta relación plantea un problema de difícil solución a las comunidades en las que se producen descensos de la natalidad. La baja paridad (0,6 a 1,0 partos, en promedio) de algunos grupos (nacidas en la V Región, oficinistas, empleadas de hospital) puede explicar el mayor riesgo relativo de estas mujeres. Otras variables asociadas al cáncer de mama no aparecen vinculadas a la baja paridad.

En el grupo estudiado no se observaron diferencias entre casos y controles respecto a baja edad de menarquia ni años en menstruación. Resulta paradójal la asociación encontrada con la menopausia precoz, de alto riesgo relativo entre nosotros ya que, en otros países, el cáncer de mama se ha asociado a la menarquia precoz, la menopausia tardía y, en consecuencia, un tiempo más prolongado de exposición a estrógenos (3), que es paralelo al incremento del riesgo observado en mujeres que reciben terapia estrogénica durante la menopausia.

Diversas evidencias vinculan el cáncer de mama con la obesidad y en esta serie se aprecia que en las mujeres postmenopáusicas el riesgo relativo es claramente mayor en aquellas mujeres con pesos superiores a un 100/o del peso aceptable para su talla.

La asociación entre cáncer de mama y antecedente de tuberculosis podría explicarse por la anormal irradiación mamaria a que eran sometidas las pacientes de tuberculosis al ser estudiadas radiológicamente con gran frecuencia. Hemos encontrado, igualmente, un significativo mayor riesgo relativo en mujeres con patología mamaria previa, situación que de acuerdo a la literatura internacional aumenta el riesgo entre 2 y 4 veces.

Como comentario final, valdría la pena señalar que las discrepancias observadas entre los resultados de este estudio y los realizados en mujeres anglosajonas corresponde a lo que, con frecuencia, se observa en la epidemiología de muchas enfermedades crónicas. Cuando un proceso patológico está influido por un conjunto de variables, la importancia relativa de cada una de ellas puede ser diferente si los grupos poblacionales difieren en diversas condiciones. La experiencia en otras localizaciones neoplásicas estudiadas en Chile revela que factores de significado en otras latitudes no tienen vigencia entre nosotros. Ello obliga al estudio local de nuestra patología para basar sólidamente los programas de prevención y control.

Referencias.

- (1) Medina E, Marré B, Yrarrázaval M, Caris L y Medina AM. Cáncer de mama en Chile. Rev. Med. Chile 109: 987, 1981 (2) Pabst. I. Clínica del Cáncer mamario. Bol. Hosp. San Juan de Dios 17:81, 1970 (3) Choi NW y col. An epidemiologic study of breast cancer. Amer. J. Epidemiol. 107:510, 1978.



41. MORTALIDAD POR CANCER BRONCOPULMONAR EN CHILE

Drs. Luis Martínez Oliva, Rodolfo Paredes y Luis Caris
(Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Se realizó un análisis de la mortalidad en el período 1962-1981, de las muertes clasificadas con los números 162 y 163 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, correspondientes a Tumores de la tráquea, bronquios y pulmones y de otros órganos respiratorios y no especificados.

La mortalidad por este cáncer en nuestro país aparece en un nivel intermedio en la comparación internacional de las tasas ajustadas por edad: 26 por cien mil habitantes.

En el período estudiado la tasa de mortalidad experimentó un aumento de 64^o/o global; en los hombres fue de un 70^o/o y en las mujeres de un 49^o/o (Tabla 1).

El cálculo de la Tasa Acumulativa de Mortalidad para los años 1962, 1970 y 1981 nos ha permitido observar la variación en la probabilidad de fallecer por este cáncer a diversas edades en estas dos décadas, eliminando el factor de envejecimiento de la población. (Tabla 2).

Claramente ha existido un importante incremento del riesgo de morir entre 1962 y 1970; igualmente la Tasa Acumulativa de Mortalidad crece exponencialmente a partir de los 45 años de edad y la tasa de los hombres duplica o triplica a la observada en mujeres.

El análisis de la mortalidad para diversas cohortes de nacimiento (hombres), muestra que cohortes nacidas con posterioridad a 1900, tienen tasas más elevadas que la cohorte precedente.

Existe una definida variación geográfica en el riesgo de fallecer por cáncer broncopulmonar en las Regiones y Provincias del país, no explicada por simple azar ($p = 0,001$), con elevadas tasas en la Zona Norte, provincias de Antofagasta y Tocopilla e igualmente en las provincias de Cachapoal y Magallanes.

Esta variación geográfica sugiere la probable relación con actividades mineras, el cobre en la Zona Norte y Cachapoal (Mineral del Teniente) y con la extracción de petróleo en Magallanes.

Una segunda hipótesis surge del hecho de coincidir en forma aproximada las zonas con tasas más elevadas y los lugares donde se ubican los principales depósitos de uranio del país.

TABLA 1

Tasas de mortalidad por cáncer broncopulmonar en Chile, 1962 - 1981

Año	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1962	5,7	8,5	3,4
1963	7,4	9,5	3,7
1964	5,6	8,5	3,0
1965	6,0	9,1	3,8
1966	6,2	9,5	3,8
1967	6,6	10,6	3,6
1968	7,3	11,0	3,2
1969	7,5	11,6	4,0
1970	7,5	11,4	4,0
1971	7,7	11,6	4,0
1972	7,3	11,8	3,3
1973	8,0	12,9	3,5
1974	7,4	11,6	3,6
1975	8,3	12,1	3,6
1976	8,6	12,7	4,2
1977	9,1	13,5	4,1
1978	8,6	13,4	4,0
1979	9,5	14,0	5,0
1980	9,6	14,5	4,6
1981	9,3	14,3	4,6



TABLA 2

Tasa de Mortalidad Acumulativa x 10³ por Cáncer Broncopulmonar desde los 15 a 75 años de edad. Ambos sexos. 1962, 1970 y 1981.

	TASA ACUMULATIVA AL CUMPLIR LA EDAD DE:					
	25	35	45	55	65	75
1962	0,03	0,11	0,42	1,63	5,27	10,1
1970	0,02	0,05	0,47	1,89	6,07	14,1
1981	0,02	0,07	0,33	1,90	6,20	15,1

42. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES SOBRE CANCER EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA DE SANTIAGO

Dr. Luis Martínez y Sr. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La encuesta se realizó en 107 alumnos, 58 varones y 46 mujeres, de un liceo del área norte de Santiago, pertenecientes a 4^o medio y de nivel socioeconómico medio y medio bajo.

T A B L A 1

Distribución por sexo de 193 respuestas dadas por 107 alumnos y alumnas respecto a causas del cáncer.

C A U S A S	Mujeres		Hombres		Totales de respuestas	
	N	o/o	N	o/o	N	o/o
Cigarrillo	35	40	52	60	87	100
+ Alcohol	10	50	10	50	20	100
+ Golpes	10	63	6	37	16	100
Enf. infecciosas	4	67	2	33	6	100
Drogas	2	40	3	60	5	100
+ limón	0	—	3	100	3	100
Smog	0	—	3	100	3	100
+ enfermedad mal cuidada	3	100	0	—	3	100
+ operación mal hecha	1	33	2	67	3	100
+ sobre alimentación	2	67	1	33	3	100
sol	2	67	1	33	3	100
+ mala higiene	1	33	2	67	3	100
+ desnutrición	2		0		2	
+ remedio mal digerido	0		2		2	
+ úlceras	1		1		2	
+ obesidad	2		0		2	
+ "vicios"	1		1		2	
No sabe	7		2		9	

A estas respuestas deben agregarse 19 más, mencionadas una vez esfuerzo excesivo, espinillas infectadas, grasas, escasez de glóbulos blancos, antibióticos, falta de calcio, falta de yodo, radiación, artritis, mal cuidado de la persona, desórdenes alimentarios, exceso de trabajo, venéreas, diabetes, insuficiencia de horas de sueño, aborto mal realizado, sacarina, lesiones internas, humos tóxicos.

Tal como se observa en la tabla 1, la mayor percepción respecto a causa entre hombres y mujeres de la muestra se da en relación al "cigarrillo". Es notable en las demás respuestas la cantidad y tipo de mitos etiológicos entre los alumnos encuestados. Doce de las 17 situaciones mencionadas más de una vez como causas pueden calificarse de mitológicas (70% de este subtotal), en tanto de las 19 que fueron mencionadas sólo una vez, 17 son mitos, lo cual hace que el total de respuestas mitológicas asciende a un volumen de 84 dentro de un total de 193 respuestas, es decir 44% del conjunto. Como respuestas correctas podemos considerar las relativas a "cigarrillo" (87), "drogas" (5), "smog" (3), "sol" (3), radiación (1), humos tóxicos (1), es decir 52% del total.

Hay 6 menciones de "enfermedad infecciosa" como causa, que es dudosa en cuanto lo que significa para los respondientes. El total se completa con 9 que declaran no saber.

Visto así, en el grueso de las respuestas que tuvieron más de una mención, las mujeres declaran 33 respuestas mitológicas y 28 los hombres, lo cual señalaría una prevalencia bastante igualitaria de los mitos en ambos sexos.

Al ítem

"Con qué se puede curar el cáncer" se generaron 136 respuestas, los cuales se distribuyeron como sigue entre hombres y mujeres (107 en total) (Tabla 2).

TABLA 2 CURACION DEL CANCER

	Mujeres		Hombres		Totales	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
No saben	9	43	12	57	21	100
No responden	3	38	5	62	8	100
"tratamiento"	4	25	12	75	16	100
Drogas, medicamentos	10	42	14	58	24	100
Operación	6	40	9	60	15	100
Rayo Laser	4	33	8	67	12	100
Radiación	3	30	7	70	10	100
Interferon	—	—	2	100	2	100
Nada	5	50	5	50	10	100
Otras	14	78	4	22	18	100

La lectura de la tabla señala como sobresaliente dos hechos a) que el 20% de los alumnos (21) declara no saber que cosas pueden curar el cáncer y el 7% (8 alumnos) no responde. b) del 80% restante, 24 de los alumnos (22% del total de la muestra) señala la intervención farmacológica, 15 alumnos (14%) señalan la intervención quirúrgica, 12 indican "el rayo laser" (11%) y 10 señalan "radiaciones" (9%). Además 16 (15%) indica "tratamiento médico" sin especificar nada.

En lo que respecta a las fuentes de la información respecto a cáncer, las respuestas se distribuyen según lo muestra la tabla 3.

TABLA 3

Fuente de Información sobre cáncer.

FUENTE	Mujeres		Hombres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Televisión	14	45	17	55	31	100
Afiches	5	45	6	55	11	100
Revistas	4	67	2	33	6	100
Diario	3	60	2	40	5	100
Cajetilla cigarrillos	3	60	2	40	5	100
Radio	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Como era de esperar la mayor fuente de información es la televisión. La radio resulta nulo como fuente. La segunda importancia la tienen los afiches; la tercera se la reparten revistas, diario y cajetilla de cigarrillos.

La conclusión es que hay un déficit importante en cantidad y calidad de la información sobre cáncer en la muestra, especialmente en cuanto a su patogénesis, con respecto a la cual se observa una carga de mitología importante.

43. METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LAS VARIACIONES GEOGRAFICAS DEL RIESGO DE MUERTE EN PATOLOGIAS CRONICAS

Dr. Mat. Jorge González y Dr. Luis Martínez

(Instituto de Matemáticas, Universidad Católica de Valparaíso y Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Diferentes enfermedades crónicas presentan en su comportamiento epidemiológico una acentuada variación geográfica tanto en sus tasas de incidencia como en las tasas de mortalidad dentro de un país. Esta variación en los riesgos conduce generalmente a interpretarlos como expresión de una distribución geográfica diferenciada de los posibles factores de riesgo y/o etiológicos para la enfermedad en particular.

Para apoyar la citada interpretación se realizan los denominados estudios de asociación entre las tasas observadas en determinadas unidades territoriales: (regiones, provincias, comunas, etc.) y datos de diverso carácter (consumo de alimentos u otros productos, niveles de polución atmosférica, grado de urbanización) disponibles para las citadas unidades territoriales.

Aunque las asociaciones que se detecten pueden orientar la formulación de hipótesis etiológicas, también pueden conducir a lo que se ha denominado "la falacia ecológica", ya que la variación geográfica pudiera ser un fenómeno puramente aleatorio.

El paso previo a cualquier estudio de asociación o bien a la simple interpretación causal de las variaciones geográficas debe ser el descartar la aleatoriedad de este hecho.

Para tal efecto desarrollamos una metodología que mide el grado de agrupamiento o aglomeración de zonas de igual nivel del riesgo.

Se consideró para el análisis la mortalidad por cáncer gástrico y cáncer pulmonar en Chile el trienio 76 - 78 y 79 - 81, en las 40 provincias con información adecuada.

De acuerdo a las tasas de mortalidad observadas, se establecieron cinco "niveles de riesgo". Como parámetro de agrupamiento o aglomeración se tomó el número de zonas adyacentes concordantes, es decir el número de pares de provincias limítrofes que tienen igual nivel de riesgo de muerte.

Si las zonas del mismo riesgo se agrupan en las mismas regiones geográficas, el número de zonas adyacentes concordantes será mayor que si los riesgos se dispersan de manera aleatoria.

Se procedió a calcular el número "esperado" de zonas adyacentes concordantes, suponiendo una distribución aleatoria. El número esperado se comparó con el observado mediante un test de X^2 . El segundo paso lo constituye el comprobar "experimentalmente" los valores esperados y evaluar la dispersión que se produce. Esto se realizó mediante la denominada Simulación de Monte Carlo. Cada provincia fue identificada con un número y cada par adyacente observado fue a su vez identificado con un número. Se elaboró un programa computacional para asignar de modo aleatorio uniforme los n_i niveles de riesgo i , para cada i , a las zonas respectivas, mediante un generador de números aleatorios. Una vez asignados los riesgos a cada zona, el programa pudo contar el número resultante de concordancias de cada tipo en los pares adyacentes ya identificados. El mismo programa fue confeccionado para que repitiera el proceso 100 veces, calculara la media, la varianza y el coeficiente de variación.

En las Tablas 1 y 2 mostramos los resultados de este análisis para el trienio 79 - 81, de ellos se puede concluir que la distribución global de cáncer gástrico observada tiene una probabilidad de azar (p) menor de 0,1 y mayor de 0,01. Si consideramos separadamente la distribución geográfica para cada nivel de riesgo, los resultados son muy variables, resultando sólo significativo el nivel 4 del cáncer gástrico (nivel 1 el más bajo, nivel 5 el mayor).

En cuanto al cáncer pulmonar, su distribución geográfica global resulta ser altamente significativa, es decir muy improbable que se deba al azar ($p = 0,001$), en particular los niveles de riesgo extremos: 1 y 5.

44. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES METODOLOGICOS EN LOS ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES EN CANCER GASTRICO

Dr. Luis Martínez Oliva y Sr. Heiner Böing.

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Centro Nacional de Investigación en Cáncer de la República Federal Alemana, Heidelberg)

El diseño de investigación epidemiológica denominado de casos y controles constituye una de las formas más utilizadas en la búsqueda de factores etiológicos en las enfermedades crónicas y particularmente en los cánceres.

Sin embargo, tanto en su diseño como en la interpretación de sus resultados, ofrecen una serie de puntos críticos, que han sido profusamente discutidos en la literatura especializada (1) (2).

El diseño de casos y controles tiene una larga historia en el estudio de factores etiológicos o de riesgo en el cáncer gástrico, surgiendo de ellos un mosaico de factores que podrían estar jugando un rol causal o bien protector para esta enfermedad. Pero no existe en la literatura un análisis riguroso de la calidad de la metodología empleada en cada investigación que ha recurrido a casos y controles.

En este trabajo hemos considerado para analizar su metodología todos los estudios de casos y controles en cáncer gástrico publicados en revistas de habla inglesa desde 1932 a 1981.

Se seleccionaron ocho principales estándares metodológicos que constituyen la condición básica para la inferencia válida de relaciones etiológicas y/o de riesgo de los resultados obtenidos.

Los principales seleccionados fueron los siguientes:

- a) Destinados a una correcta elección de los casos: Los casos deben ser elegidos mediante criterios diagnósticos objetivos.
 - Evitar la exclusión arbitraria de casos.
- b) Destinados a realizar una correcta elección de los controles:
 - Evitar toda exclusión arbitraria de controles.
 - Los controles deben haber sido sometidos a procedimientos diagnósticos similares a los utilizados en los casos.
 - Los controles deben ser semejantes en algunas variables biodemográficas a los casos.
- c) Destinados a obtener una información no sesgada en los dos grupos:
 - La información debe haberse realizado con la técnica del "ciego"
 - Procedimientos destinados a garantizar la validez de la información recogida.
 - Comprobación de la consistencia de la información.

Se estudió en cada trabajo el grado de cumplimiento de cada principio estableciéndose tres categorías de cumplimiento: Total 100%, Parcial y No cumplimiento 0%.

Los resultados muestran que en general los estudios de casos y controles en cáncer gástrico llenan los requisitos metodológicos en un alto grado en especial aquellos destinados a la elección de casos y controles.

El gran déficit metodológico se produce en aquellos principios que garantizan una información no sesgada.

De las investigaciones consideradas ninguna informa de procedimientos que validen los datos recogidos y tan sólo tres han realizado esfuerzos parciales para determinar la consistencia de la información obtenida de los grupos en comparación.

Referencias:

- 1.- Horwitz, R.I.; Feinstein, A.R.: Post hoc ergo propter hoc: problems conflicting results, and criteria for scientific standars in retrospective "case-control" research, Clin Res 24: 248A, 1976.
- 2.- Sackett, D.L.: Bias in analytic research. J. Chron Dis 32: 51 - 63, 1979.

45. LA MORBILIDAD DEL ADULTO: CONSULTAS MEDICAS EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Srs. Ilse López, Alfredo Vargas, José Salazar, José Rojas, Angélica Galaz,
Patricio Guzmán; Elda González, Sergio Pérez y Haydee González
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile: Consultorios
La Pincoya, Lucas Sierra, Quinta Buin y N° 2 del Servicio de Salud Metropolitana Norte)

El análisis de las consultas médicas otorgadas a los adultos en los consultorios periféricos constituye una buena aproximación al conocimiento de la morbilidad de este grupo humano, en especial, cuando se trata de establecimientos que, por las características socio-económicas de la población, se supone tienen una amplia cobertura. Con este propósito se diseñó un estudio cuyos objetivos fueron: 1) determinar la frecuencia de consultas por edad; 2) describir las consultas por grandes grupos de causas y diagnóstico detallados; y 3) analizar las primeras causas de consultas por grupos de edad.

Se tomó una muestra al azar de 4019 consultas de un total de 108.057 otorgadas en 1982 por los establecimientos no municipalizados del Servicio de Salud Norte. Se incluyeron los consultorios N° 2, Lucas Sierra, Quinta Buin, Pincoya y Til til.

El diseño de la muestra consideró el distinto volumen de atenciones decada establecimiento. Se utilizó como fuente básica de datos el informe diario de consulta médica utilizados en cada consultorio desde el 1° de Enero al 31 de diciembre de 1982. Los datos de cada consulta sorteada fueron traspasada a una tarjeta simple de procesamiento manual.

Resultados:

El promedio de atenciones por año de edad indica que la cifra más alta; (2,04^o/o) corresponde a los jóvenes entre 15 y 19 años, descendiendo lentamente hasta 1,32^o/o en el grupo 35 a 44 años para subir a 1,7^o/o entre los consultantes de 55 a 64. Los senescentes sólo aportan con 1,02^o/o de las consultas por año de edad.

En cuanto a los grupos de causas de mayor importancia relativa (16^o/o a 10,5^o/o) aparecen las enfermedades respiratorias, luego las circulatorias, las del aparato digestivo, las del sistema osteo muscular y las mentales. En un segundo grupo, (entre 8,7^o/o y 6,5^o/o) se ubican las enfermedades de las glándulas endocrinas, las del aparato genito urinario y las infecciosas y parasitarias.

Entre los diagnósticos que producen la mayor frecuencia de consultas, en los establecimientos analizados, destacan la hipertensión arterial, una de cada 10 atenciones se debe a ella; le siguen las neurosis (8^o/o) y la diabetes (7,4^o/o), y luego entre 5,9^o/o y 4,2^o/o, lumbago, infección urinaria y bronquitis aguda. Entre 3,3^o/o y 2,2^o/o aparecen las artritis y artrosis, la patología biliar, cardiopatías, úlcera péptica, estado grial, enfermedad bronquial obstructiva crónica y faringitis. Estos 13 diagnósticos significan casi el 60^o/o de las consultas.

Al relacionar la edad con las enfermedades se evidencia la importancia que algunos diagnósticos presentan según la etapa que se vive. Entre los menores de 35 años se destacan las causas respiratorias, la patología biliar, úlcera péptica, las enfermedades infecciosas y las neurosis; éstas últimas se mantienen hasta los 54 años. El lumbago, artritis y artrosis conservan su importancia desde los 25 años en adelante.

La hipertensión es la primera causa de consulta a partir de los 45 años; la diabetes cobra importancia entre los mayores de 54 años. Las respiratorias también aparecen dentro de las 3 primeras causas entre los mayores de 44 años; sin embargo, el 1er. lugar que ocupan en los menores de esta edad es desplazada por la hipertensión y las enfermedades osteo-musculares ya mencionadas.

Al comparar estos resultados con los observados en el estudio realizado para el S.S.M. Nor Occidente (1) hay coincidencia en la importancia de los 4 primeros grupos, vale decir, respiratorias, en que las cifras son prácticamente las mismas, las circulatorias y digestivas, aún cuando en distinto orden, en el estudio en referencia, y las osteomusculares también con cifras muy parecidas. Las diferencias más notables se aprecian en el orden y magnitud de las consultas por neurosis (5º lugar con 8º/o en el S.S. Norte) y 6º lugar con 6.5º/o en el Nor Occidente, la diabetes con un 7,4º/o y 2,5º/o respectivamente. En la Nor Occidente son más importantes las enf. infecciosas.

Referencias:

- (1) López I., Vargas S. y cols. Estructura de la Morbilidad Pediátrica y de adultos en consultorios periféricos Rev. Med. Chile 111:727, 1983.



**CONSULTAS DE ADULTOS. IMPORTANCIA RELATIVA DE CADA GRUPO,
DE ALGUNOS DIAGNOSTICOS DENTRO DEL GRUPO Y SOBRE EL TOTAL
SERVICIO SALUD METROPOLITANA NORTE 1982**

Grupo de Diagnóstico		Nº	o/o	Nº	o/o en el Grupo	o/o en el Total
I	Infeciosas y parasitarias	226	5.6			
	Tifoidea			42	18.6	1.05
	Escabiosis			36	15.9	0.90
	Parasitosis intestinal			30	13.3	0.75
	Diarrea			28	12.4	0.70
	T.B.C.			27	11.9	0.67
II	Tumores	20	0.5			
III	Glándulas Endocrinas	349	8.7			
	Diabetes			297	85.1	7.39
	Obesidad			42	12.0	1.05
IV	De la Sangre	36	0.9			
V	Mentales	421	10.5			
	Neurosis			321	76.2	8.00
VI	Sistema Nervioso y Organos Sentidos	148	3.7			
	Otitis			34	23.0	0.85
	Vicio Refracción			32	21.6	0.80
	Epilepsia			29	19.6	0.72
VII	Enfermedades Aparato Circulatorio	583	14.5			
	Hipertensión Arterial			432	74.1	10.75
	Cardiopatía			113	19.4	
VIII	Enfermedad Ap. Respiratorio	643	16.0			
	Bronquitis Aguda			168	26.1	4.18
	Estado Gripal			91	14.2	2.26
	Enf. Bronquial Obst. Cron.			90	14.0	2.24
	Faringitis			89	13.8	2.21
IX	Enf. Ap. Digestivo	513	12.7			
	Patología Biliar			119	23.2	2.96
	Úlcera Péptica			98	19.1	2.44
	Gastroenteritis			62	12.1	1.54
X	Enf. Ap. Génito Urinario	263	6.5			
	Infección Urinaria			170	64.6	4.23
XI	Enf. de la Piel	159	3.9			
	Dermatitis			70	44.0	1.74
XII	Enf. Sist. Osteo Muscular	453	11.3			
	Lumbago			237	52.3	5.90
	Artritis - Artrosis			131	28.9	3.26
	Mal Definidas			80	2.0	
	Traumatismo y Envene- namientos			129	3.2	
	Heridas cortantes Contusiones			43 44	33.3 34.1	1.07 1.09
T O T A L		4019	100.0			

46. ANALISIS DEL SUB PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL CONSULTORIO LA PINCOYA

Ilse López, Mónica Gutiérrez, Elia Adame., Teresita Báez, Arturo Castellanos, Lucila Espinoza, Luis Herrera, María Henríquez, Alejandro Mendoza, Pilar Ruiz, Dalila Segura, Laura Trujillo y Teresa Urbina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorio La Pincoya, Servicio de Salud Metropolitano Norte)

La hipertensión arterial (HA), primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, constituye un motivo de especial preocupación para los organismos de salud, por su evidente proyección médico social, que deriva de su alta prevalencia, su deteriorada situación diagnóstica terapéutica y su estrecha relación con invalidez y/o deterioro de la expectativa de vida de la población.

En 1979 el Ministerio de Salud Pública, impulsó en todos sus Servicios de Salud un sub programa de Hipertensión Arterial en el Adulto, con el objeto de lograr un mejor conocimiento de sus aspectos epidemiológicos, fisis-patológicos, clínicos y terapéuticos.

El estudio que se presenta tuvo como propósito analizar algunas características del sub programa y de los pacientes que lo están recibiendo en el Consultorio La Pincoya en 1982. Este cuenta con 8 horas semanales de enfermera y 2 horas médicas.

Se definieron los siguientes objetivos:

- Describir la edad, el sexo, frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y gestágenos de los hipertensos ingresados a control;
- Situación actual frente al sub programa en cuanto a permanencia, cambios en el nivel de hipertensión, cumplimiento de exámenes.

El estudio incluye a todos los pacientes ingresados entre Julio de 1979 a Marzo de 1982. Fuente básica de información fue el formulario de "registro de controles de hipertenso" el cual es llenado por la enfermera a cada paciente y se incluye en cada historia clínica. Los datos se vaciaron a tarjetas de procesamiento manual.

Las definiciones de los tres niveles de hipertensión arterial utilizada es la misma que aparece en el "Manual de Control de Hipertensión Arterial" editado por el Ministerio de Salud: H.A. leve: presión diastólica entre 91 y 114 mm. Hg; moderada entre 115-130 mm. Hg. y grave mayor de 130 mm. Hg. Además se definieron como "inasistentes" a aquellos pacientes que a la fecha del estudio habían omitido los 2 últimos controles y "abandonaron" aquellos que han omitido los 4 últimos o más controles.

Los resultados indican que la mayoría de los pacientes bajo el subprograma son mujeres; las edades fluctúan entre 36 y 85 años. El 15,1% es menor de 45 años; este grupo es el doble más importante, entre las mujeres. Más de la mitad de los hombres en programa tienen sobre 64 años.

En cuanto a factores asociados se observa que 1 de cada cuatro consumen alcohol, este hábito es el doble más frecuente que el consumo de tabaco. La diabetes aparece asociada al 12% de los casos y el edema en el 16,4%.

De los 438 pacientes ingresados en 3 años al subprograma, dos tercios lo hicieron en 1980 y una cuarta parte en 1981; un poco más de la mitad sigue asistiendo, un tercio ya lo abandonó. Esta proporción es similar para los ingresados en 1980 y 81.

El promedio de tiempo bajo control de los asistentes es de 23,3 meses, el de los inasistentes de 18,6 mes y los que abandonaron, sólo 8 meses. De estos últimos la gran mayoría se había incorporado en 1980 y de los que abandonan son los que presentan el promedio más alto de permanencia 9,2 meses; tal permanencia podría indicar que quienes no logran adhesión al programa lo abandonan por falta de motivación, carencia de medicamentos en el Consultorio, situación frecuente registrada en la hoja de control.

En cuanto a los exámenes que exige el control, cinco mínimos cada 6 meses: nitrógeno ureico, glicemia, electrocargiograma, fondoscopia y orina completa se encontró que sólo los dos primeros se dan en el 90^o/o de los controlados; en este caso no se consideró la frecuencia sino el tener al menos un resultado. En estos pacientes sólo la mitad cumple con la totalidad (5 exámenes) y más de un 10^o/o tiene sólo entre 2 y 0 exámenes.

Es interesante observar que más de la mitad de los bajo control descienden sus niveles de H.A. desde el ingreso al último control. Cabe aclarar que en este primer análisis solo se compararon los niveles de inicio y a Septiembre de 1982.

De los que ingresaron en condición de hipertensión "leve" el 45,3^o/o presenta presión diastólica normal. Entre los que ingresaron como "moderados", 3 de cada 4 bajaron entre 1 y 2 niveles. Los inasistentes al momento de suspender su control, algo más de la mitad, mantenían su nivel de HA. del ingreso; ninguno lo había subido. De los que abandonaron el programa un 40,7^o/o había bajado el nivel y 56,8 lo mantenían.

En relación a régimen hiposódico, al primer control se le indica a casi todos los HA. de nivel moderado, a 3 de cada 4 leves y a casi 2 de cada 3 graves. En cambio, al último control, la indicación la recibe por igual sobre el 90^o/o de los pacientes.

El tratamiento, junto al régimen, se suponen factores determinantes para la compensación del hipertenso. Al evaluar su registro encontramos que en la cuarta parte no aparece al ingreso. Los medicamentos nivel 3 sólo se indican a 1 paciente. De los 50 que reciben el grupo 2, en su mayoría, son moderados y graves, y sólo el 13^o/o de los niveles. Al último control, uno de cada cuatro pacientes está sin medicamentos y la proporción a grupo 1 ha bajado de 84^o/o a 60^o/o.

En suma: son más mujeres las que se benefician de este sub programa. Los niveles de HA bajan con el programa. Pero la permanencia no va más allá del 50^o/o de los inscritos. Al parecer faltan elementos mínimos que contribuyen a hacer más eficiente el sub programa: medicamentos, facilidades de laboratorio, programa educativo masivo y bien orientado.

TABLA 1

Promedio de meses bajo control a Septiembre de 1982 de los hipertensos incorporados al sub programa según año de ingreso y asistencia actual

Año de ingreso	Asistentes		Inasistentes		Abandonaron		Total Nº o/o	
	Nº de personas	X meses bajo control	Nº de personas	X meses bajo control	Nº de personas	X meses bajo control		
1979	5	34,0	1	36,0	—	—	6	1,4
1980	160	25,9	32	22,5	98	9,2	290	66,2
1981	52	15,5	20	10,5	30	4,6	102	23,3
1982	14	2,3	—	—	1	0,5	15	3,4
Se ignora	3	—	2	—	20	—	25	5,7
Total	234	23,3	55	18,6	149	8,0	438	100,0

TABLA 2

Nivel de hipertensión al ingresar y al último control en pacientes asistentes, inasistentes y que abandonaron el sub programa

Nivel al ingreso	Nivel al último control								Total Nº o/o	
	Normal		Leve		Moderado		Grave			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Asistentes										
Leve	78	45,3	89	51,8	4	2,3	1	0,6	172	100,0
Moderado	8	28,6	13	46,4	7	25,0	—	—	28	100,0
Grave	1	5,0	9	45,0	9	45,0	1	5,0	20	100,0
Total	87	38,5	111	51,8	20	8,8	2	0,9	(1) 220	100,0
Inasistentes										
Leve	15	34,1	28	63,6	1	2,3	—	—	44	100,0
Moderado	1	—	4	—	—	—	—	—	5	—
Grave	—	—	—	—	3	—	2	—	5	—
Total	16	29,1	32	58,2	4	7,3	2	3,6	(2) 54	100,0
Abandonaron										
Leve	28	31,8	58	65,9	2	2,3	—	—	88	100,0
Moderado	—	—	9	—	8	—	1	—	18	100,0
Grave	3	—	2	—	6	—	1	—	12	100,0
Total	31	26,3	69	58,4	16	13,6	2	1,7	(3) 118	100,0

Sin datos : (1) 14 ; (2) 1 ; (3) 31

47. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL AREA OCCIDENTE

Dis. Carlos Jorquera o Hilda Rojas y Enf. Gladys Díaz, Irma San Martín,
Patricia Cárdenas y María Lavín
(Servicio de Salud Metropolitana Occidente, Programa de Hipertensión)

Entre los meses de Enero y Abril de 1983 se procedió a revisar 817 tarjetas de pacientes que se encontraban bajo control en el Programa de Hipertensión Arterial, Area Occidente, correspondientes a 4 consultorios de atención primaria, que habían cumplido por lo menos un año en tratamiento.

Interesaba conocer algunas características de la población que se estaba beneficiando del programa. En esta comunicación se analizan el sexo, edad y actividad laboral de los pacientes.

El programa de Hipertensión Arterial se nutre de pacientes que acuden a la consulta de morbilidad, por propia iniciativa, y de aquellos en que el exámen físico detecta su condición de hipertensos.

La cobertura fijada a los Consultorios es de un 5^o/o a un 10^o/o, de los hipertensos calculados según población asignada, de tasa de prevalencia de la patología y recursos profesionales para atenderlos.

Se obtuvieron los siguientes datos:

Sexo: Hombres 128 (16^o/o) y mujeres 689 (84^o/o).

Edad: Hasta 39 años 3^o/o; de 40 - 49 10^o/o; de 50 - 59 27^o/o y de 60 años y más 60^o/o.

Actividad Laboral: Activos 66^o/o; pasivos 34^o/o.

Los activos se subdividen en 3 grupos: a) Trabajador independiente 6^o/o; b) Trabajador apatronado 54^o/o y c) Dueñas de casa 438.

La proporción de hombres - mujeres fue de 1 a 5, evidenciándose que opera aquí un factor de selección que facilita el control a las mujeres o dificulta el control de los hombres, ya que esta proporción no corresponde a la prevalencia poblacional.

El análisis de la distribución por edades muestra que el 60^o/o de los pacientes es mayor de 60 años. Si consideramos que el objetivo principal del programa es prevenir complicaciones, una excesiva concentración en edades superiores a 60 años, disminuirá el rendimiento del mismo, dado que a mayor edad de ingreso mayor es la posibilidad de daño cardiovascular ya instalado.

El análisis del rubro actividad laboral revela que el 54^o/o de la población bajo control son dueños de casa, existiendo un 34^o/o de inactivos o pasivos y sólo un 12^o/o de pacientes que desempeñan una actividad laboral de tipo oficio o empleo. Esto revela nuevamente un factor de selección que facilita el acceso a los dueños de casa o dificulta, más bien, el acceso a los trabajadores independientes o apatronados.

Considerando que nuestro programa se nutre de pacientes, captándolos de entre aquellos que acuden espontáneamente a consultar por alguna enfermedad intercurrente, significa por tanto que aquel hipertenso que no presente alguna sintomatología que lo obligue a consultar, no será incorporado. Posiblemente esta situación condiciona la mayor concentración de pacientes mayores de 60 años.

El hecho que la mayoría de nuestra población bajo control sea, mujer, dueña de casa y mayor de 60 años revela que existe especial dificultad para la captación de pacientes "hombre - joven - trabajador" y también para la "mujer - joven - trabajadora". Pensamos que la dificultad nace de dos factores fundamentales. El primero, la condición de la patología, esencialmente asintomática, que no motiva la consulta del paciente más joven. El segundo, el hecho de trabajar, y la coincidencia de los horarios de trabajo con los horarios de atención de nuestros consultorios. El portar una enfermedad crónica y atenderse en nuestros consultorios significa para el trabajador, faltar reiteradamente en horas de trabajo, para ser atendido, situación incompatible con una actividad laboral normal.

En consecuencia, el hipertenso "hombre - joven - trabajador", que es el que conlleva los peores riesgos de morbimortalidad por hipertensión arterial, queda y quedará sistemáticamente desprotegido aunque se aumenten las coberturas de los programas.

Pensamos que las condiciones actuales de trabajo nos está llevando a llegar tarde en la prevención de las complicaciones y en forma muy parcelar y distorsionada a un sector de la población.

Si queremos que estos programas tengan impacto sobre las cifras de morbimortalidad cardiovascular del país, deben tomarse nuevas medidas de políticas de salud (pesquisa, cobertura, modalidad horarios de atención).

48. BOCIO ENDEMICO: ENCUESTA DE PREVALENCIA EN ESCOLARES DE LA COMUNA DE ALHUE. 1983.

Srs. Mario Montecinos, Miguel Valenzuela, Leopoldo Díaz, Dagoberto Vidal y Dr. Nelson Vargas.
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se presentan los resultados de un estudio de prevalencia de bocio en un área endémica (Alhué). El diagnóstico fue formulado en base al examen físico practicado por 4 Internos de 7º Año de Medicina, con la experiencia de haber palpado cada uno, detectando bocio, un mínimo de 1.000 cuellos (1). Se utilizó la clasificación y parte de la encuesta - tipo propuesta por la OMS (2, 3).

Se examinaron 556 escolares básicos de ambos sexos (72,70/o de la población escolar), encontrándose una frecuencia de bocio de 36,20/o (201 casos). La cifra más alta se observó en Hacienda Alhué con 44,90/o (22 casos) y la más baja de 23,50/o (4 casos) en Polulu. Entre las mujeres se observó una prevalencia de 39,90/o (110 casos) y 32,50/o (91 casos) entre los hombres (diferencia no significativa). Los grados más frecuentes fueron Ia (99 casos; 17,80/o) y Ib (94 casos; 16,90/o). El sexo femenino presentó frecuencias mayores, aunque no significativas, en todos los tipos de bocio.

Basados en estudios anteriores (1, 4), se concluye que la situación no ha mejorado en tres décadas. Se formulan recomendaciones para el estudio y control del problema.

Referencias: 1). Montecinos M, Valenzuela M, Díaz L, Vargas N. Prevalencia de bocio en escolares de la Comuna de María Pinto, 1983. Bol. Hosp. S.J. de Dios 30: 177, 1983. 2) De Maeyer E.M, Lowenstein F.W, Thilly C.H. La lucha contra el bocio endémico. OMS. Ginebra, 1979. 3). Pérez C, Scrimshaw N.S, Muñoz, J.A. Técnica de las encuestas sobre el bocio endémico. En: El bocio endémico. Serie de monografías N° 44. OMS. Ginebra 1960, pp. 399 - 414. 4) Donoso F, Jadresic A, López E, García de los Ríos M, Atria, P. Encuesta de bocio de las Escuelas del Departamento de Melipilla. Rev. Méd. Chile 83:246, 1955. 5) INE. Chile, XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda. 21 de Abril de 1982. Recuento preliminar. Junio 1982.

TABLA 1
GRADOS DE BOCIO EN EL SEXO MASCULINO POR GRUPOS DE EDAD

EDAD (AÑOS)	Nº	GRADOS DE BOCIO							
		Ia		Ib		II		TOTAL	
		Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
5 - 7	70	10	14,3	8	11,4	-	-	18	25,7
8 - 10	90	14	15,6	12	13,3	-	-	26	28,9
11 - 13	73	18	24,7	13	17,8	2	2,7	33	45,2
14 y +	47	6	12,8	7	14,9	1	2,1	14	29,8
TOTAL	280	48	17,1	40	14,3	3	1,1	91	32,5

TABLA 2
GRADOS DE BOCIO EN EL SEXO FEMENINO POR GRUPOS DE EDAD

EDAD (AÑOS)	Nº	GRADOS DE BOCIO							
		Ia		Ib		II		TOTAL	
		Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
5 - 7	61	12	19,7	14	23,0	1	1,6	27	44,3
8 - 10	92	14	15,2	23	25,0	2	2,2	39	42,4
11 - 13	100	22	22,0	15	15,0	2	2,0	39	39,0
14 y +	23	3	13,1	2	8,7	-	-	5	21,7
TOTAL	276	51	18,5	54	19,6	5	1,8	110	39,9

49. EPIDEMIOLOGIA DE LA LITIASIS BILIAR EN CHILE

Drs. Ernesto Medina, Attila Csendes, Juan Pablo Pascual, Raquel Medina y Ana M. Kaempffer
(Escuela de Salud Pública y Hospital Clínico J. J. Aguirre de la Universidad de Chile)

La litiasis biliar constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes en nuestro medio. Los estudios iniciados por Csendes (1); Medina (2) y Marinovic (3), hace una década, demostraron que en las autopsias de Santiago se registraba una prevalencia inusitadamente elevada de litiasis y que la situación chilena era manifiestamente anormal en comparación con la de otros países (4). En estudios recientes realizados por nosotros (5) se aprecia que las colecistopatías continúa siendo muy frecuentes (Tabla 1). Los estudios realizados en muestras de la población de Santiago mediante colecistografía dan resultados similares a los estudios de autopsias (6). Con una prevalencia tan elevada se comprende que las colecistopatías representen la causa de hospitalización más frecuente en Chile después de las causas maternas (partos, abortos, complicaciones de la gestación) con un total de egresos hospitalarios de aproximadamente 45.000 casos que equivalen a un 4,7% del total y a un riesgo de 4,4 egresos anuales por 1.000 habitantes.

T A B L A 1

Frecuencia de litiasis biliar y patología asociada en autopsias.
Hospital J. J. Aguirre, 1980 (*).

Tipo de patología	Prevalencia de patología (0/0)		
	Varones (n = 153)	Mujeres (n = 113)	Total (n = 266)
Litiasis biliar	23,5	32,7	27,4
Colecistectomía antigua	10,5	23,0	15,8
Litiasis más colecistectomía	34,0	55,7	43,2
Colesterosis sin litiasis	11,8	10,6	11,3
Cáncer vesicular (**)	—	4,4	1,9
Vesículas normales	54,2	33,7	45,5

(*) No se consideran los casos en que la muerte coincidió con una colecistectomía reciente

(**) En todos los casos coexistía litiasis biliar

La litiasis es una afección de baja letalidad, registrándose anualmente entre 530 y 750 defunciones. De acuerdo a nuestras estimaciones, basadas en los estudios de autopsias (2), el riesgo de muerte anual es sólo de 7 fallecimientos por cada 10.000 portadores de cálculos. El riesgo quirúrgico de los operados alcanza a 0,3% en cirugía electiva y oscila entre 1,6 y 1,9% en cirugía de urgencia, aumentando progresivamente con la edad. Pese a esta baja letalidad, Chile tiene la mortalidad más elevada de América, con una tasa anual 6,2 por 100.000 habitantes. Si se ajustan las tasas por edad, para eliminar el efecto distorsionante del envejecimiento diferente de diversas poblaciones, se aprecia que Chile muestra la tasa ajustada más alta del mundo.

Si bien la tasa de hospitalización aumenta significativamente con la edad entre nosotros, la litiasis suele presentarse desde la juventud. De 44.436 hospitalizaciones por la enfer-

medad, un 1,40/o corresponden a menores de 15 años y 39,40/o a personas entre 15 y 34 años; en contraste con lo anterior, las muertes se concentran mayoritariamente (63,50/o) en personas de 65 años o más. En todas partes del mundo, la litiasis predomina en el sexo femenino y entre nosotros, la tasa de mortalidad femenina duplica la de los varones; paralelamente la prevalencia de litiasis en autopsias es algo más del doble en mujeres que en varones. No hay información actualizada sobre variaciones geográficas a lo largo del territorio nacional.

Diversos atributos aparecen vinculados a la incidencia de litiasis, de los cuales, algunos han sido confirmados en nuestras investigaciones (5). En los estudios de autopsia es posible comprobar que el tipo corporal determina importantes variaciones de prevalencia de la litiasis determinando que los ectomorfos tengan un riesgo relativo inferior al promedio (0,75) mientras los endomorfos lo exceden (1,30). Además de la asociación con el tipo corporal —atributo determinado genéticamente— hemos encontrado que en las personas con uno o ambos apellidos de origen amerindio, la prevalencia es superior en un 150/o; hemos constatado igualmente que existe un marcado contraste en la mortalidad por litiasis de Chile y España, siendo ésta última una fracción de la nuestra (250/o). Sistemáticamente hemos observado el mayor riesgo relativo de los obesos que excede en un 520/o al de los enflaquecidos. Se ha querido vincular, el número de embarazos a la frecuencia de litiasis. Al respecto, hemos encontrado que el promedio de nacidos vivos es similar en las mujeres chilenas de la población general encuestadas en el censo de 1970 (4,21 nacidos) que en una muestra de colecistectomizadas seleccionadas al azar en el hospital Aguirre (4,22). Estos dos grupos no difieren tampoco en las proporciones relativas de nulíparas y múltiparas.

La litiasis biliar se asocia estrechamente a otras patologías. En nuestros estudios de autopsias, la litiasis biliar está presente en el 1000/o de los casos de cáncer de la vesícula biliar y el 860/o de los cánceres del páncreas (1); hemos comprobado, igualmente, una asociación significativa entre litiasis biliar y enfermedad coronaria en los varones chilenos (2), hecho esperable, por cuanto ambas patologías constituyen anomalías en el metabolismo del colesterol. A la inversa no es clara la razón por la que las personas con diversos procesos pulmonares (ej. tuberculosis, cáncer bronquial) tienen una prevalencia de litiasis significativamente menor al esperado.

La prevalencia de litiasis se asocia directamente con la elevación del nivel económico y la disponibilidad alimentaria. Hemos observado que la frecuencia de la enfermedad es un 500/o superior en profesionales que en empleados y 2,5 veces mayor a la observada en obreros. Por otra parte, las tendencias chilenas de hospitalización y defunción se correlacionan significativamente con las modificaciones de la alimentación nacional, particularmente con el aumento de las calorías totales y en especial de las calorías grasas, hechos vinculados a la mayor disponibilidad promedio de azúcares, carnes, aceites y grasas.

Entre 1940 y 1975 la hospitalización por colecistopatías se triplicó (tasas de hospitalización de 150 y 436 por 100.000, respectivamente). La mortalidad, en cambio, se duplicó entre 1940 y 1965 (4,2 y 9,3 por 100.000 habitantes) disminuyendo desde entonces, en forma progresiva, hasta valores de 4,8 por 100.000 en 1981. Estas tendencias traducen el efecto combinado de un aumento real de prevalencia, que está avalado por estudios de autopsias (Tabla 2), los criterios quirúrgicos del momento y la disminución del riesgo de la cirugía observado en los últimos años.

La colecistectomía y otras formas de cirugía biliar representan el tipo de cirugía más frecuentemente realizado en Chile. De acuerdo a nuestros estudios constituyen aproximadamente un tercio de las operaciones de los hospitales tipo A y B y un cuarto de las realizadas en hospitales tipo C (7). Por otra parte, gran parte de la población ha sufrido una colecistectomía (Tabla 2). Se sabe que el riesgo de muerte aumenta 5 veces en la cirugía de urgencia en comparación con la cirugía electiva y entre 3 a 5 veces si se requiere una coledocostomía (8). Mientras la letalidad es de 0,20/o en los menores de 35 años aumenta a 8,30/o sobre los 65 años.

No se saben los costos reales que esta patología determina en el país. Si se consideran los valores de FONASA nivel I de 1983 una colecistectomía cuesta \$ 29.300 en equipo médico, pabellón, hospitalización, biopsia y farmacia, elevándose los valores a \$ 49.800, si se realiza colecistectomía y coledocostomía. Si se consideran 45.000 hospitalizaciones anuales, los costos de la enfermedad son muy elevados.

T A B L A 2

Frecuencia porcentual de litiasis biliar y colecistectomía antigua observada en el
 Instituto Médico Legal y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
 J. J. Aguirre, 1951 - 1980

Año	Hospital Aguirre			Instituto Médico Legal		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
LITIASIS MAS COLECISTECTOMIAS						
1951 - 52	10,5	32,3	16,8	5,1	22,7	9,0
1960	20,3	43,7	33,6	12,0	23,9	14,6
1970	25,4	52,6	38,0	18,4	16,6	18,1
1980	40,5	62,8	50,0	—	—	—
COLECISTECTOMIAS						
1951 - 52	1,5	2,6	1,8	0,6	2,3	1,0
1960	3,0	4,7	3,4	1,7	1,4	1,6
1970	4,1	15,3	9,3	1,5	8,1	2,6
1980	17,0	30,1	22,6	—	—	—

Referencias:

- 1) Csendes A, Wunkhaus R, Santa Cruz V, Barahona E, Medina E. Frecuencia de litiasis biliar en autopsias. Arch. Soc. Ciruj. Chile 23: 36, 1971
- 2) Medina E, Kaempffer AM, Croizet V y cols. Epidemiología de las colecistopatías en Chile. II. Factores de importancia en estudios de autopsia. Rev. Med. Chile 100:1382, 1972
- 3) Marinovic I, Guerra C, Larach G. Incidencia de la litiasis biliar en material de autopsias y análisis de la composición de los cálculos. Rev. Med. Chile 100: 1320, 1972
- 4) Medina E, Kaempffer AM, Yrarrázaval M y cols. Aspectos epidemiológicos de las enfermedades de la vesícula biliar en Chile. Bol. Of. Sanit. Panam. 80: 220, 1976
- 5) Medina E, Pascual JP y Medina R. Frecuencia de la litiasis biliar en Chile. Rev. Med. Chile 11:668, 1983
- 6) Covarrubias C y cols. Estudios epidemiológicos de colelitiasis en Santiago. Curso de Litiasis Biliar, Sociedad Médica de Santiago, 1983
- 7) Csendes A, Medina E y Medina AM. Características de los servicios de cirugía en Chile y operaciones más frecuentemente realizadas en los diversos tipos de hospitales. Rev. Med. Chile 111: 1065, 1983
- 8) Csendes A y Medina E. Litiasis biliar como un problema de salud en Chile. Curso de Litiasis biliar. Sociedad Médica de Santiago, 1983.

50. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL HABITO DE FUMAR EN EL EMBARAZO

Dra. Inés Salas y Srs. Eduardo Cosoí, Gonzalo Alarcón, Fernando Soto y Samuel Avila
(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

El hábito de fumar representa un grave peligro para la salud de la población y es especialmente preocupante durante el embarazo porque además de afectar la salud materna, afecta la salud del producto de la gestación, produciendo un niño de menor peso de nacimiento y con mayor riesgo de mortalidad perinatal, y otras consecuencias.

A raíz del aumento del hábito de fumar en el país en la última década, se ha elevado la prevalencia de fumadoras en edad fértil, susceptibles de embarzarse, y nos ha parecido de interés explorar la conducta tabáquica de la embarazada, sobre todo porque es una etapa propicia para el abandono temporal o permanentemente del tabaquismo.

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores asociados al abandono del hábito de fumar, ya sea pre embarazo o durante el embarazo, en beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

La investigación se realizó en una muestra aleatoria obtenida por muestreo sistemático del libro de partos, de 16,70/o (n = 447) del universo de 2.681 puérperas del Hospital del Salvador, durante el trimestre noviembre de 1982 a enero de 1983. Se estudiaron 439 puérperas mediante entrevista y revisión de ficha clínica. Se perdieron 8 casos (1,80/o). La entrevista probada previamente fue realizada por 4 investigadores dentro de los 3 días post parto. Las 439 puérperas tenían una edad promedio de 24,5 años (D.S. 5,4) y escolaridad promedio de 8,4 años (D.S. 3,2).

De las 439, un 47,10/o (207 casos) declararon haber fumado 1 o más cigarrillos por semana dentro del período de 6 meses previos al embarazo y de éstas, 96 declararon no haber fumado nada durante el embarazo; por lo tanto constituyen un grupo que deja de fumar antes de embarzarse o muy próximo a este evento. De las 439 puérperas, 116 (26,40/o) reconocieron haber fumado durante el embarazo, cualquiera fuera la cantidad o el tiempo y de éstas; 53 logran dejar de fumar en el curso del embarazo.

La tasa de incidencia de abandono del hábito de fumar pre embarazo, por 100 mujeres fumadoras, es significativamente más elevada, a p. 0,05 en mujeres de mayor escolaridad: en el grupo de menos de 5 años de escolaridad la tasa es de 27,80/o y con escolaridad de 13 y más años, de 71,40/o.

También es significativamente más elevada en mujeres con previsión Sermena o sin previsión que en las calificadas de indigentes (66,70/o, 57,50/o y 40,30/o) respectivamente; en mujeres casadas (51,60/o) que en solteras (37,30/o); en mujeres con índice elevado de embarazo deseado (54,50/o) que con índice bajo (33,30/o); en mujeres con 5 o menos años desde el inicio del hábito (46,90/o) que de 16 o más años de fumar desde la edad de inicio del hábito (21,40/o); y en mujeres de bajo consumo de cigarrillos diarios que en mujeres de consumo elevado.

No se observó asociación estadísticamente significativa entre abandono del hábito de fumar pre embarazo y las variables edad materna y hábito de fumar de la pareja.

La tasa de incidencia de abandono del hábito de fumar durante el embarazo, por 100 mujeres fumadoras, es significativamente más elevada a p. 0,05 en mujeres de mayor escolaridad, (con menos de 5 años de escolaridad, la tasa es de 15,4^o/o y con 5 más años es de 49,5^o/o); en mujeres con 5 o menos años desde la edad de inicio del hábito (61,1^o/o) que con 11 y más años desde la edad de inicio del hábito (31,4^o/o); en mujeres con un índice de modalidad de consumo pre-embarazo poco nocivo (65,5^o/o) que con índice altamente nocivo (28,3^o/o); en mujeres de consumo bajo de cigarrillos diarios que de consumo elevado.

No se observó asociación estadísticamente significativa entre abandono del hábito de fumar durante el embarazo y las variables edad, previsión, estado civil, embarazo deseado y hábito de fumar de la pareja.

En resumen, detectamos que hay factores asociados al abandono del hábito de fumar que operan tanto antes del embarazo como durante el: es el caso de la escolaridad, dosis de cigarrillos diarios y tiempo desde la edad de inicio del hábito. Existen otros factores que operan exclusivamente pre embarazo o durante la gestación.

Creemos que los resultados obtenidos contribuyen a configurar el grupo de embarazadas fumadoras que continuarán fumando en el curso del embarazo y en el cual se deberían concentrar las acciones educativas antibabáquicas proporcionadas por el equipo de salud responsable del control del embarazo, ya que, precisamente, es este grupo el que está expuesto a presentar los efectos nocivos del hábito sobre el producto de la gestación.

T A B L A 1

Incidencia de abandono del hábito de fumar antes y durante el embarazo según años de escolaridad de la embarazada. Hospital del Salvador, Noviembre 1982 a Enero 1983.

Escolaridad (años)	Antes del embarazo			Embarazo		
	Nº Total	Nº Fuma- doras	o/o	Nº Total	Nº Fuma- doras	o/o
0 - 4	18	5	27,8	13	2	15,4
5 - 8	100	43	43,0	60	29	48,3
9 - 12	75	38	50,7	39	20	51,3
13 - 16	14	10	71,4	4	2	50,0
TOTAL	207	96	46,4	116	53	45,7

51. CARACTERISTICAS DE LA EDUCACION ANTITABAQUICA DURANTE EL EMBARAZO

Dra. Inés Salas y Srs. Eduardo Cosoí, Gonzalo Alarcón, Fernando Soto y Samuel Avila.
(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas Oriente Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

El tabaquismo es un problema relevante de salud pública, por su gran difusión, producción de morbimortalidad y pérdidas económicas. Este hábito es especialmente importante durante el embarazo porque afecta tanto la salud materna como la del producto de la gestación, aumentando el riesgo de mortalidad perinatal, y menor peso de nacimiento, además de otras consecuencias.

Por otra parte, el embarazo constituye una etapa en la vida de una mujer fumadora, muy propicia para abandonar el hábito de fumar porque existe una motivación intrínseca intensa a la cual se puede sumar una educación antitabáquica por el equipo de salud que controla el embarazo. Dado que las embarazadas son uno de los grupos prioritarios en un programa de control del tabaquismo nos ha parecido de interés explorar algunos aspectos de la educación antitabáquica en embarazo.

El objetivo de esta investigación es describir las características de la educación antitabáquica que reciben las embarazadas beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la relación que guarda con los cambios de conducta fumadora durante el embarazo.

La investigación se realizó en una muestra aleatoria, obtenida por muestreo sistemático del libro de partos, de 16,70/o (n = 447) del universo de 2.681 púérperas del Hospital Del Salvador durante el trimestre noviembre de 1982 a enero de 1983. Se estudiaron 439 púérperas mediante entrevista estructurada probada con anterioridad y revisión de ficha clínica. Se perdieron 8 casos (1,80/o). La entrevista fue realizada por 4 investigadores dentro de los 3 días post parto.

Las 439 púérperas tenían una edad promedio de 24,5 años (D.S. 5,4); escolaridad promedio de 8,4 años (D.S. 3,2); en cuanto a previsión, 182 (41,50/o) eran beneficiarias aseguradas y 142 (32,30/o) indigentes; 273 (62,20/o) eran casadas y 154 (35,10/o) solteras.

De las 434 púérperas que controlaron su embarazo (de un total de 439), 251 (57,80/o) reconocen que el médico y o matrona les preguntaron si fumaban, durante los controles de embarazo. Apenas 87 (20,00/o) reconocen que dichos profesionales les explicaron los efectos que producía fumar durante la gestación, para la salud de la madre y la guagua y tan solo 200 (46,10/o) reconocen que dichos profesionales les aconsejaron que no fumaran o dejaran de fumar durante el embarazo, según el caso.

Tanto el hecho de explicar los efectos del hábito de fumar en el embarazo, como el consejo antitabáquico efectuado por médico y o matrona durante los controles de embarazo, carecen de selectividad puesto que se dan con frecuencia similar en embarazadas que nunca fumaron y en aquellas que fumaron durante la gestación.

En relación al conocimiento sobre los efectos específicos del consumo de cigarrillos durante el embarazo, se hicieron 7 preguntas de ítem verdadero falso y no sé. El promedio de respuestas correctas fue de 4,01. De las 439 púérperas, 431 (98,20/o) creen en el fumar durante el embarazo daña la salud de la madre y de la guagua.

De las 116 púérperas que declararon haber fumado durante el embarazo, cualquiera fuera la cantidad o el tiempo, solamente 53 (45,70/o) lograron dejar de fumar en el curso de él y 63 (54,30/o) no lo lograron. Este cambio de conducta no se asocia en forma estadísticamente significativa (p 0,05), con el hecho de que el equipo de salud hubiera preguntado acerca de si fumaba, explicado los efectos del consumo de tabaco en el embarazo o proporcionado consejo antitabáquico (Tabla 1). Tampoco se observó asociación significativa con el grado de conocimientos sobre los efectos específicos del consumo de tabaco durante el embarazo; es así que las embarazadas fumadoras que no dejaron el hábito tenían un promedio de puntaje de conocimientos de 3,73 (D.S. 1,49) y las que dejaron de 3,87 (D.S. 1,49).

Los resultados de esta investigación sugieren que el médico y o matrona que controlan el embarazo tienen una acción deficiente en cuanto a indagar sobre existencia del hábito de fumar, explicar efectos que produce en el embarazo y dar consejo antitabáquico. Además, estas últimas acciones carecen de selectividad de acuerdo a la conducta tabáquica de la embarazada y, finalmente, también carecen de eficacia total cual se están ejecutando.

Dentro de las limitaciones que significa inducir estas conclusiones, pareciera que los cambios de conducta fumadora en el embarazo se explican por otras razones y no por la acción del equipo de salud encargado del control del embarazo. Creemos que se deben investigar nuevos enfoques educativos centrados en la persona y con metodología activa, para acentuar el abandono del hábito de fumar durante el embarazo que es un período óptimo para dejar el hábito definitivamente.

TABLA 1

Abandono del hábito de fumar durante el embarazo según tipo de acción educativa antitabáquica de médico y o matrona en control de embarazo.

Médico y o matrona en control de embarazo	Total de fumadoras		Abandonan o/o	No abandonan o/o
	Nº	o/o		
Preguntan sobre hábito	66	100	48,5	51,5
No preguntan	48	100	43,8	56,2
Total	114*	100	46,5	53,5
Explican efectos	22	100	36,4	63,6
No explican	92	100	48,9	51,1
Total	114*	100	46,5	53,5
Aconsejan dejar	58	100	48,3	51,7
No aconsejan	56	100	44,6	55,4
Total	114*	100	46,5	53,5

* Se excluyeron 2 casos ignorados

Diferencias no estadísticamente significativas a p. 0,05

52 SEMINARIO DE FORMACION DE PROFESORES MONITORES EN TABAQUISMO

Dr. Alvaro Muñoz, Sras. Sonia Arellano, Virginia Hansch, Basilia Guppy,
Nora Vásquez y Patricia Calderón
(Departamento de Programa de las Personas, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Como lo han señalado las investigaciones de los últimos diez años, el hábito de fumar es probablemente la principal causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo y se ha constituido, por lo tanto, en un problema de gran importancia en salud pública. Como los programas de prevención del tabaquismo son más efectivos que las acciones destinadas a que un fumador deje el hábito, se debieran iniciar éstos en la edad escolar, antes que el niño tome contacto con el cigarrillo.

Así, motivados por la investigación de Salas y cols., realizada en 1979, que muestra una alta prevalencia e incremento del hábito de fumar en los escolares-adolescentes, se efectuó a través de la Comisión Mixta de Salud y Educación un plan de "Formación de profesores monitores en tabaquismo". De esta manera, durante 1981, se realizaron dos Seminarios destinados a 50 profesores del Tercer Sector Escolar (Las Condes, La Reina y Providencia), de 30 horas de duración. En 1983, después de traspaso de los Establecimientos educacionales a las Municipalidades, se realizó otro Seminario destinado a 15 profesores de Escuelas Básicas y Liceos de la Municipalidad de las Condes.

El equipo de trabajo que participó, tanto en la programación, ejecución y evaluación de los Seminarios, como en la parte docente, estuvo integrado por un médico, dos educadoras para la salud, una asistente social, dos internos de medicina y un psicólogo. El propósito fundamental fue formar profesores monitores en tabaquismo, con el fin de desarrollar un programa de prevención del hábito de fumar en la comunidad escolar, tomando en cuenta que ellos serán un agente multiplicador de la acción educativa a nivel de los alumnos, profesores, padres y apoderados.

Los objetivos específicos fueron:

1) Describir los principales componentes nocivos del tabaco y los efectos del hábito de fumar sobre la salud. 2) Señalar las repercusiones del tabaquismo involuntario. 3) Sintetizar los factores condicionales de la adquisición del hábito de fumar y su posible tratamiento. 4) Describir la magnitud del tabaquismo y sus repercusiones socioeconómicas. 5) Desarrollar actividades educativas, elaborar unidades de enseñanza-aprendizaje y proponer estrategias de prevención del hábito de fumar en los respectivos establecimientos educacionales.

Para tal efecto se realizaron clases teóricas, exposiciones con diapositivas, trabajos de grupo con material didáctico elaborado para este fin, demostraciones prácticas de los residuos del alquitrán, visitas al INERYCT, con el objeto de observar casos clínicos y escuchar la opinión de los especialistas. Además se mostraron películas sobre tabaquismo facilitadas por embajadas y la Sociedad Félix de Amesti y se realizaron talleres de trabajo bajo la guía de una educadora para la salud.

Finalmente, financiado por la Municipalidad de Las Condes, se entregó un instructivo y un set de diapositivas a cada profesor para realizar las actividades en su respectivo establecimiento.

Al inicio y término de los Seminarios, se aplicó un test de conocimientos y actitudes, cuyos resultados globales y parciales se detallan en las tablas 1 y 2.

T A B L A 1

RESULTADOS GLOBALES DE TESTS DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES, PREVIO Y POSTERIOR AL SEMINARIO DE FORMACION DE PROFESORES MONITORES EN TABAQUISMO

Resultados (°/o)

	Test Inicial	Test Final
Número profesores	62	60
Conocimientos: respuestas correctas	63	90
Actitudes: respuestas favorables	70	87

T A B L A 2

ALGUNOS RESULTADOS PARCIALES DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PREVIO Y POSTERIOR AL SEMINARIO DE FORMACION DE PROFESORES MONITORES Y TABAQUISMO

°/o

Respuestas	Test Inicial (n = 62)	Test Final (n = 60)
Conocimientos: respuestas correctas		
a) identificación de componentes nocivos	35,5	85,5
b) repercusión respiratoria	63,7	89,9
c) repercusión cardiovascular	48,4	93,3
d) tabaquismo involuntario	61,3	94,2
e) complicaciones embarazo y parto	87,1	92,5
Actitudes: respuestas favorables		
a) hábito no socialmente aceptable	55,3	87,2
b) legislación antitabáquica	75,8	94,1
c) aceptación de la prohibición de fumar	96,8	98,3
d) molesta que otros fumen	53,3	80,9

Cabe destacar que, tanto en los conocimientos como en las actitudes, hubo un aumento apreciable de las respuestas favorables al final de los Seminarios. En cuanto a los conocimientos destaca que los profesores aprendieron a identificar los componentes nocivos del tabaco en forma notable, a conocer la repercusión cardiovascular del tabaquismo y los efectos perjudiciales de él. Existe ya un conocimiento previo de las lesiones del hábito de fumar sobre el sistema respiratorio, especialmente cáncer del pulmón, pero poco se sabía sobre la enfermedad bronquial obstructiva crónica y el enfisema. Sobre los daños en embarazo y feto existente ya un conocimiento satisfactorio.

En cuanto a las actitudes se logró, al final del curso, que los profesores reconocieran en su mayoría, que el hábito de fumar es una conducta socialmente no deseable y que debía existir una legislación antitabáquica más enérgica. También al dar a conocer los daños del tabaco se produjo una molestia espontánea hacia el humo del cigarrillo. Casi todos estuvieron de acuerdo antes y después del Seminario que ni los profesores ni los alumnos debieran fumar en sus Establecimientos, aceptando dicha prohibición. En resumen, se logró una notable mejoría en los conocimientos respecto a tabaco y salud y a las repercusiones en salud pública, que tiene el hábito de fumar en la población y que este debe ser prevenido precozmente a nivel de la comunidad escolar.

Finalmente se trató de una experiencia muy bien acogida por el profesorado y autoridades de las respectivas comunas, quedando establecido repetir estos Seminarios e iniciar un asesoramiento continuo de la labor educativa de los profesores, a través de la Comisión Mixta de Salud y Educación.

53. EVALUACION DEL CONTROL DE CRONICOS EN EL HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Dr. Angel Ortiz y Enf. María Catalán
(Hospital de Santa Cruz)

Se trató de realizar un estudio prospectivo al azar con el fin de efectuar una caracterización de la población bajo control, los resultados del tratamiento y el grado de cumplimiento de las indicaciones de éste.

Se diseñó una ficha con tres secciones para ser completada en el momento del control.

La 1era. sección se destinó a los antecedentes generales del paciente, tiempo en control, asistencia y antecedente de reacciones adversas.

En la 2da. sección se consignó el control actual, pesquizando parámetros que permitieran clasificar al paciente como adecuada o inadecuadamente controlado (normotensión, normoglicemia en ayunas, capacidad funcional).

La 3era sección se completó en el domicilio del paciente antes de un mes de realizado el control, dónde se pidió al paciente que mostrara los medicamentos en su poder. Contabilizados, de no corresponder a lo esperado para esa fecha se solicitó al paciente explicara la diferencia.

Esta encuesta se aplicó a 83 pacientes que corresponden a un 14,90/o de la población en control (que presenta una inasistencia de 17,80/o promedio, y un abandono de 380/o en cinco años de trabajo).

Resultados:

La hipertensión arterial está presente en el 780/o de los pacientes.

El 480/o de los pacientes son analfabetos.

Hay un leve predominio de población rural con respecto a la urbana, sin embargo, un tercio de esta última demora 30 minutos o menos en llegar a control.

Sólo el 54,20/o de los pacientes tiene una asistencia a controles superiores al 900/o.

El 440/o recibe entre 2 y 4 dosis diarias y el 420/o 5 o más dosis de medicamentos por día.

Sólo el 150/o de los pacientes recuerda alguna reacción adversa al tratamiento.

Aplicando gruesos criterios de aceptabilidad, el 830/o de los pacientes se encuentra adecuadamente controlado.

En el recuento de medicamentos se aprecia que sólo el 610/o los ingiere de acuerdo a indicaciones, un 180/o presenta distorsiones moderadas.

TABLA 1

MEDICAMENTOS ENCONTRADOS EN LA VISITA

100 ^o /o de lo esperado	51	(61,4 ^o /o)
± 10 ^o /o " " "	15	(18,1 ^o /o)
Menos de 50 ^o /o de lo esperado	5	(6,0 ^o /o)
Más de 50 ^o /o " " "	12	(14,5 ^o /o)

EXPLICACIONES A LA DIFERENCIA

- Le quedaban medicamentos de control anterior	3	(3,6 ^o /o)
- Olvido	8	(9,6 ^o /o)
- Autoregulación	11	(13,2 ^o /o)
- Hacerlo durar	2	(2,4 ^o /o)
- Le caen mal	1	(1,2 ^o /o)
- Interferencia de trabajo	1	(1,2 ^o /o)
- Cantidad extra adquirida en farmacia	1	(1,2 ^o /o)
- Entendió mal las indicaciones	3	(3,6 ^o /o)
- Prestó medicamentos	2	(2,4 ^o /o)

Conclusiones

El resultado final de pacientes compensados (83^o/o) es más que satisfactorio.

Sin embargo, es evidente el contraste de esta cifra con el magro 54^o/o de asistencia óptima y el 61^o/o de cumplimiento de indicaciones (cifras que haría esperable un menor ^o/o de pacientes compensados); creemos que esta diferencia podría estar dada por un grupo de pacientes que reciben más medicamentos de los estrictamente necesarios.

La labor educativa sostenida es la única explicación razonable del buen resultado en una población con elevado analfabetismo (particularmente a través del grupo familiar). Sin embargo, se debe insistir en este sentido, como queda demostrado en las explicaciones dadas por los pacientes a la falta de cumplimiento de las indicaciones, que evidencian, en su mayoría, falta de penetración del mensaje educativo.

Finalmente, creemos que la visita domiciliaria debe ser incorporada a un programa de control de pacientes como una forma de fiscalizar cumplimiento de indicaciones y de refuerzo educativo.



54. EL SENESCENTE: SUS CARACTERISTICAS SOCIOBIODEMOGRAFICAS Y DE SALUD EN HOGARES DE AUTOVALENTES CONAPRAN - STGO. 1982.

Inf. Edith Cornejo, Sra. Ilse López y Drs. Pedro Naveillán y Marcos Donoso
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Mantener a los ancianos dentro de su grupo familiar, es una de las recomendaciones planteadas por la OMS; sin embargo, cuando por diferentes razones esto no es posible la existencia de hogares sustitutos contribuye a ayudar a satisfacer las necesidades de asistencia y atención de este grupo humano. En Chile, menos del 10% del total de la población senescente, vive en "Hogares" públicos y privados, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo.

En 1974 se creó el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) cuyo propósito es "brindar y promover atención integral a las personas mayores de 65 años de edad.

El estudio que se presenta describe las características sociobiográficas y algunas de salud, de los ancianos residentes en 4 hogares de autovalentes de Conapran. Agosto - septiembre de 1982, y tuvo como objetivos:

1) Caracterizar al grupo según edad, sexo, estado civil, actividad laboral pasada, escolaridad, razones de ingreso, antigüedad en el hogar, residencia previa, vínculos familiares que posee y residencia de los familiares. 2) Identificar las condiciones de la visión, audición, de la boca, de las extremidades y de la ambulación. 3) Señalar manifestaciones de comportamiento con los otros ancianos, en el hogar y con sus familiares.

El grupo en estudio quedó constituido por 169 ancianos que cumplían los requisitos de edad, capacidad auditiva y respuestas atingentes al interrogatorio. Los datos se obtuvieron en una entrevista que realizó personalmente la autora principal sobre la base de un cuestionario estructurado. Este fue validado a través de la opinión de cuatro jueces, todos expertos en senescentes, y medida su confiabilidad de un grupo de ancianos de un hogar de Conchalí.

Se destacan los siguientes resultados:

Dos de cada tres son mujeres; el promedio de edad es de 78 años con una amplitud de 65 a 93; de escasa escolaridad; la actividad laboral pasada revela un nivel ocupacional relativamente bajo; el estado civil, justifica en parte el hecho de vivir en la institución (80% viudos o solteros), los casados viven con su pareja.

En relación a vínculos familiares vivos, la gran mayoría los tiene, y algunos poseen entre 1 y 7 hijos; uno de cada cuatro vivía prácticamente solo previo a su ingreso al hogar; casi la mitad llegó a él por "no tener donde vivir" y una alta proporción vive allí desde a lo menos 2 años.

En cuanto a salud son importantes los problemas de audición, enfermedades crónicas, desorientación en relación a sí mismo y en el espacio; sin embargo, la percepción que ellos tienen de estos problemas no es coincidente con la magnitud observada lo que se evidencia en salud oral y en su autocalificación en relación a su estado de salud actual.

Es importante el grupo sedentario o que no realiza actividad alguna. En cuanto a las relaciones entre sí, son muchos los que no tienen amigos, porque son "diferentes socialmente; conflictivos; o por que ellos son pocos amistosos".

El 60% se había resignado a vivir en la institución: "le gustaría vivir en otro lugar, pero no tiene otra alternativa". A casi todos les agrada ser visitados, sin embargo más de un tercio dice no recibir visitas.

Estos y otros resultados permiten concluir que, si bien es cierto estos hogares les ofrecen condiciones indispensables para su tranquilidad y seguridad, es evidente la necesidad de que lleven una vida más activa y que la familia y la comunidad se comprometan a participar en forma integral en la atención de sus viejos.

TABLA 1

Características socio demográficas de los 169 Senescentes entrevistados.

Características	o/o	
Sexo	Masculino	28,4
Edad	65 - 74 años	32,5 X : 78 años
	75 - 84	46,2
	85 - 94	21,3
Escolaridad (n = 162)	Ninguna	23,5
	1 - 4ª Prep.	38,2
	5ª - 6ª Prep.	16,7
	1º - 6º Hds.	19,1
	Superior	2,5
Actividad laboral pasada	Asesora del hogar	31,9
	Obrero	18,4
	Dueña de casa	17,8
	Otros	31,9
Existencia de familiares vivos (n = 160)	Si	82,4
	No	14,2
	Niega	1,7
	No sabe	1,7
Razones de ingreso al hogar	No tenía donde vivir	47,4
	Problemas económicos	16,0
	Problemas familiares	25,4
	Otros	11,2
Tiempo que ha estado en el hogar	- 6 meses	11,8
	6 - 23 meses	24,8
	24 meses y más	63,4
Existencia de hijos (n = 166)	No tuvo	51,8
	No tiene vivos	11,4
	1 a 7 hijos vivos actualmente	36,8

TABLA 2

Características de salud y comportamiento de los 169 Senescentes entrevistados

Características		%
Percepción de Salud	Buena	42,0
	Regular	38,5
	Mala	19,5
Problemas de Salud	Audición disminuída	37,3
	Morbilidad crónica	42,6
	Problemas dentales importantes	49,7
	Problemas en extremidades superiores	43,8
	Problemas en extremidades inferiores	58,5
	Desorientados en el tiempo	38,5
Amistad con otros ancianos	Nº	45,0
Comportamiento en el hogar (n = 162)	Resignado	60,4
	Adaptado	25,4
	Disconforme	14,2
Actividad recreativa que desarrolla	Ninguna	27,7
	Ve T.V. escucha radio, lee	17,2
	Varias: jardín, carpintería, teje, cose, quehaceres domésticos	55,1
Razones por las cuales no son visitados (n = 63)	No tiene quien lo haga	44,4
	Familia se averguenza, se deprime, no sabe que es está en el hogar o vive lejos.	35,0
	Van a visitarlos	4,8
	No sabe	15,8

55. EXAMEN DE SALUD DEL ADULTO (COMUNICACION PRELIMINAR)

Drs. Juan Giacconi, Joaquín Montero y Jaime Pérez
(Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

En el momento actual hay consenso respecto a las ventajas del examen de salud periódico practicado en el lactante y preescolar, que representa una técnica eficiente para disminuir la morbilidad y mortalidad del niño menor. Igualmente, el control de la embarazada revela evidentes ventajas en cuanto a protección de la salud de la madre y del niño. En cambio, el adulto plantea una situación especial derivada de la complicación progresiva de la patología, más de 2.000 variedades, que requieren una historia clínica y examen físico cuidadoso y diversos exámenes de laboratorio, lo que supone encarecimiento y complejidad.

En relación a examen preventivo del adulto en Chile, hace 45 años se dictó la ley 6.174, llamada de Medicina Preventiva, basado en que la búsqueda intencionada de la patología crónica en la población, presuntamente sana, permite el diagnóstico precoz y consecuentemente una recuperación más rápida y menos costosa que la espera de la consulta espontánea del paciente. La ley planteó la pesquisa de los problemas que en esa época eran mayoritarios (enfermedades cardiovasculares, tuberculosis y sífilis) a través de un examen de salud anual, gratuito y obligatorio a toda la población activa del país (empleados y obreros). Junto a un cuestionario de síntomas y signos, se practicaba Abreu, medición de la presión arterial, Kahn, grupo sanguíneo y tonometría ocular a los mayores de 40 años. Los individuos sospechosos era enviados para su confirmación o descarte a un equipo de especialistas.

De acuerdo a los estudios revisados, el rendimiento de los exámenes practicados en el Servicio Médico Nacional de Empleados es bajo, variando entre cifras de 0.1 a 6^o/o, según las diferentes patologías (1) (2).

La ley de Medicina Preventiva representó un avance revolucionario para su época. Sin embargo, en el momento actual las patologías predominantes y los sistemas de control han cambiado, por lo cual se necesita una reforma importante que incluye la consideración de otros problemas de enfermedad crónica, que tienen importancia colectiva entre nosotros y, en particular, la detección precoz del alcoholismo, cirrosis hepática, diabetes mellitus, y algunas variedades de cáncer, especialmente el ginecólogo y el mamarlo.

Enfrentados a la imposibilidad material de efectuar exámenes completos a la totalidad de la población, lo que de alguna manera quedó demostrado durante los años de aplicación de la ley de Medicina Preventiva, se hace indispensable establecer prioridades buscando problemas de importancia colectiva. Para que se justifique la pesquisa de una patología en la población, se requiere: 1) que la enfermedad sea frecuente; 2) que exista un adecuado conocimiento de su historia natural, que permita precisar las ventajas del diagnóstico precoz; 3) que se disponga de un sistema simple, confiable, de buena aceptabilidad y de bajo costo para el diagnóstico en sospecha; 4) que su evolución sea insidiosa; 5) que sea curable o a lo menos controlable.

En base a la revisión de la bibliografía y experiencia extranjera (3), (4), (5), (6), (7), (8), en el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se implantó un sistema de exámenes denominado "Programa de Control de Salud Periódico Diferenciado". Sus principales características son: 1) abarcar la detección y/o evaluación de riesgo de las principales enfermedades causantes de muerte, prevalentes en nuestro país; 2) diferenciar los sujetos por sexo y edad, en cuanto a los exámenes y procedimientos de acuerdo con el riesgo específico; 3) ofrecer un control periódico que comienza a los 20 años de edad y abarca toda la vida del sujeto. La frecuencia de exámenes está explicitada en la tabla 1.

Los objetivos de este examen son detectar precozmente los siguientes problemas: 1) conducta alcohólica y hábito tabáquico; 2) enfermedad cardiovascular aterosclerótica; 3) enfermedad reumática cardíaca y sus complicaciones; 4) tuberculosis; 5) sífilis; 6) cáncer cérvico uterino; 7) cáncer de mama; 8) cáncer rectosigmoideo; 9) cáncer testicular; 10) cáncer tiroideo; 11) linfomas cervicales y enfermedades hematológicas malignas; 12) hipertensión arterial.

Los métodos para cumplir con los objetivos anteriores que se aplican con la periodicidad establecida en la tabla 1, son los siguientes: Autoencuesta Anamnésica General y Autoencuesta sobre conducta Alcohólica, Control de Peso, Control de Presión Arterial, Electrocardiograma, Radiografía de Tórax, Hemograma, Velocidad de Hemosedimentación, Hemorragias Ocultas en Deposiciones, Examen de Orina Completa, Examen Ginecológico y Papanicolau, V.D.R.L. y Perfil Bioquímico incluye: Calcio, Fósforo, Glicemia, Nitrógeno Ureico, Colesterol, Acido Urico, Bilirrubinemia, S.G.O.T., L.D.H., Fosfatasa Alcalinas, Proteínas Totales y Albúmina).

El examen finaliza con una entrevista y examen físico completo, hecho por médico, durante la cual se educa al paciente sobre sus problemas, riesgos (9), y se enseña un autoexamen de regiones susceptibles de encontrar lesiones sospechosas de neoplasia (cuello, mama, testículos, etc.).

El rendimiento de este examen se comparó con una muestra de igual tamaño de pacientes derivados por una institución de Salud Previsional, a los cuales se les practicó el examen de salud preventivo "tradicional" (ley 6.174), el cual incluye: radiología de Tórax, Kahn, grupo sanguíneo y tonometría ocular (en los mayores de 40 años). El tamaño de muestra elegida al azar fue de 50 personas en cada grupo.

Resultados:

Al comparar los dos grupos, se aprecian las siguientes diferencias:

1) la variedad de patologías detectadas con el Control U.C. es mayor que con el control de medicina preventiva. 2) El porcentaje de pacientes en los cuales se detectó patología es significativamente superior en el Control de Salud U.C. (36⁰/o), que el detectado con el examen de Preventiva tradicional (20⁰/o). 3) A pesar de esta diferencia llama la atención el número importante de diagnósticos que es capaz de discriminar el examen de preventiva tradicional, especialmente si el examen médico es hecho con la debida acuciosidad. 4) Las patologías más frecuentes encontradas en el Control U.C. fueron hipertensión arterial, daño hepático, obesidad patológica, hipercolesterolemia, infección urinaria y trastornos de la conducción intraventricular.

El examen establecido por la ley 6.174 mantiene su vigencia con la condición de que se modernice de acuerdo a los criterios que se han usado en el diseño del Control de Salud Periódico Diferenciado en aplicación en el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El costo de este examen, que no es de aplicación anual, está al alcance de los Servicios de Salud estatales, en los cuales debiera integrarse a su nivel primario de atención.

En cuanto al rendimiento de este nuevo examen propuesto, se hace necesaria su evaluación en un mayor número de pacientes, que haga posible una apreciación que refleje la aplicación masiva de este programa.

Dado el perfil de mortalidad actual de Chile, creemos que mantiene toda su importancia la realización de exámenes preventivos dirigidos a la población adulta.

Referencias:

- 1.- Viel, B. Análisis de 10 años de aplicación de la ley de Medicina Preventiva entre los empleados de Santiago, Rev. Méd. Chile 79: Suplem. N° 2, 1951.
- 2.- Bravo D., Concha, M.C., Venturino, H. y cols. Evaluación del rendimiento de los exámenes de salud en el Servicio Médico Nacional de Empleados. Cuad. Med. Soc. 17, N° 1:7 (Marzo), 1976 y 17 N° 2:31 (Junio), 1976.
- 3.- Breslow, L. Periodic health examinations and multiple screening. Amer. J. Pub. Hlth, 49:1148, 1959.
- 4.- Olsen, D.M. A controlled trial of multiphasic screening. New England J. Med. 294:925, 1976.
- 5.- Editorial Ann Int. Med. 92:251, 1980.
- 6.- Breslow C. and Somers A. The lifetime health monitoring. N. Engl. J. Med. 296:601, 1977.
- 7.- Frame P., Carlson S. J. Fam. Pract. 1975, 2:29, 1975; 2:123, 1975; 2: 189, 1975; 2: 283, 1975.
- 8.- Canadian Task Force to the Periodic Health Examination
The periodic health examination. Canad. Med. J. 121: 1193, 1979.
- 9.- Coronary Risk Handbook. American Heart Association, 1973.

TABLA I FRECUENCIA DE EXAMENES

	Inicial	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	
Planilla																											
Historia Clínica	X																										
Examen Físico Completo	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X			X	
Cuantificación de:																											
Alcohol	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X				
Tabaco	X					X																					
- Peso - Talla	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- PA (presión arterial)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- PPD	X					X										X											X
- Examen de orina	X					X										X											X
- (-) Rx Torax	X					X										X											X
- Hemograma VHS	X					X										X											X
- VDRL (Kahn)	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- P. Bioquímico	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Hemorragias Ocultas	X					X										X											X
- Examen Ginecológicos	XX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Papanicolaou																											
- Examen de Mama	XX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Mastectomía																											
- Electrocardiograma	X					X										X											X
Enseñar Palpación de																											
- Mama	X					X										X											
- Testículo	X					X										X											
- Cuello	X					X										X											
Enseñar a observar lesiones bucofaringeas						X										X											

* Según variables clínicas se decidirá la frecuencia.

Fuente: Adaptado de "The Journal of Family Practice" Vol. 2 No 4, 1975, Pág. 289.

TABLA 2

Sexo y edad de las personas examinadas

	Control de salud periódico diferenciado	Examen de Preventiva (ley 6174)
Total de casos	50	50
Varones	43 (86 ^o /o)	30 (60 ^o /o)
Mujeres	7 (14 ^o /o)	20 (40 ^o /o)
20 a 40 años	41 (82 ^o /o)	37 (74 ^o /o)
41 a 60 años	9 (18 ^o /o)	13 (26 ^o /o)

Patologías más frecuentes
(en orden de frecuencia)

Daño hepático
Hipertensión arterial
Obesidad patológica
Hipercolesterolemia
Transtornos de conduc-
ción intraventricular.

Obesidad patológica
Bocio eutiroideo
Escoliosis dorsal
Hipertensión arterial
Prolapso genital

56. ATENCIONES POR ACCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL

Drs. María Inés Romero y Srs. M. Munjín, R. Muñoz, L. Oñate, C. Reszczyński, H. Rojas, R. Ruiz
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile)

Los accidentes en general y en la infancia y adolescencia, en particular, han ido adquiriendo cada vez mayor importancia como problema de salud pública al presentar sus tasas de morbimortalidad una tendencia permanente al incremento, al igual que su proporción, comparada con otros problemas de salud que van en descenso. Ello motivó al grupo investigador a explorar las características de los accidentes atendidos en un servicio de urgencia durante un año.

Como material se utilizó el boletín de atención traspasando la información a un instrumento de recolección ad-hoc. El total de atenciones anuales por accidentes correspondió a 20.390, lo que representa el 18^o/o del total de atenciones. De éstas se estudió el 10^o/o, habiendo sorteado el número de arranque al azar.

Como objetivos se plantearon los siguientes:

Estudiar la distribución de las atenciones por accidentes según características de las personas; la distribución en el tiempo; lugar de ocurrencia; motivo de consulta y diagnóstico; ubicación anatómica de la lesión; pronóstico y destino del niño accidentado después de su atención.

Los resultados más destacados son los siguientes:

- a) El 62^o/o de los niños estudiados eran varón y el 38^o/o mujer.
- b) Las atenciones se distribuyeron en forma relativamente homogénea durante los meses del año con una tendencia a ser menos frecuentes en los meses de invierno, especialmente en junio. Asimismo la distribución es homogénea en los días de la semana. No sucede lo mismo con respecto a distribución horaria concentrándose en la tarde (41^o/o) y vespertino (33^o/o), siendo sólo 14^o/o en la mañana y 12^o/o en la noche.
- c) Con respecto a lugar de ocurrencia solo el 12^o/o de la muestra tenía consignado el dato; de éstos 2/3 ocurrían en la Escuela, casi 1/3 en la calle y menos del 10^o/o en la casa.
- d) En cuanto a motivo de consulta, la mitad corresponde a golpe o caída, 17^o/o heridas y el 1/3 restante motivos variados.
- e) El diagnóstico agrupa un 30^o/o en heridas de diversas categoría, 10^o/o a fracturas, 7^o/o a quemaduras, 5^o/o a TEC, 4^o/o a mordedura de perro y el resto a diagnósticos misceláneos.
- f) El 41^o/o de las lesiones se ubicaba en la cabeza, el 31^o/o en extremidades superiores y el 18^o/o en extremidades inferiores.
- g) Con respecto a pronóstico el 66^o/o se estableció como leve, el 26^o/o como moderado y el 7^o/o como grave.
- h) El 4^o/o requiere hospitalización, un 10^o/o observación de algunas horas. Una proporción cercana al 2^o/o requiere interconsulta a Servicios especializados.

57. MORTALIDAD POR ACCIDENTES EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE DE CHILE

Srs. Juan Margozzini, Roberto Larrondo, Andrés Maira, Enrique Neira, M. Alejandro Martínez,
Pamela Oyarzún, Gonzalo Valle, Luis Villaruel, Amparo Salgado.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Al disminuir el riesgo específico de morir por enfermedades infecciosas, nutricionales y perinatales, otros problemas de salud empiezan a explicar proporciones crecientes de la mortalidad. Es lo que podría estar ocurriendo en Chile con los accidentes en el niño y el adolescente.

Objetivos específicos del estudio son: medir el peso relativo de los accidentes en el total de muertes y su variación en el tiempo; determinar el riesgo específico de morir por accidentes a nivel del país y por regiones y sus variaciones en el período 1970 - 1981; describir la estructura por causas de la mortalidad por accidentes y su variación temporal; describir y analizar la influencia de la edad y sexo en el riesgo global y en la estructura por causas.

Resultados:

En 1970 el 7.3% de las muertes de 0 - 19 años correspondía a accidentes y en 1981 se observa que ha subido a 18.5% aún cuando la tasa de mortalidad global ha disminuído de 51.4% a 44.2%. Esta tasa de mortalidad en general ha disminuído en todas las edades salvo en el menor de 1 año en que ha tenido un aumento significativo. Existe una gran variación regional (1981) en la tasa de mortalidad la que varía entre 37.2 y 93.3 por 100.000 habitantes. En el 43% de las muertes de 0 - 19 años se ignora si las lesiones fueron accidentales o intencionalmente inflingidas, el 28.9% corresponde a "demás causas accidentales" y el 14.4% a accidentes por vehículos motorizados. En todas las edades, el riesgo de mortalidad del sexo femenino es inferior a la del masculino. Esta diferencia por sexos se mantiene a través del tiempo.

58. LAS CONSULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR DE SANTIAGO

Fernando Saldías, Fernando Soto, Katherine Rossel.
(División Ciencias Médicas Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En 1975 se produjeron en Chile 75.100 egresos hospitalarios por accidentes, envenenamientos y violencias de los cuales el 30% tenía como diagnóstico al alta el de fracturas, esguinces o luxaciones. Situaciones como la anterior requieren posteriormente control médico en los policlínicos de especialidades (traumatología). Sin embargo, no hay disponibles, hasta la fecha, publicaciones nacionales que describan la atención prestada en un servicio de traumatología ni las variables a que ésta puede encontrarse expuesta.

Por lo anterior se diseñó un estudio que describiera la población y la patología más frecuentemente atendida por el Servicio de Traumatología del Hospital del Salvador (Consultorio Externo) durante 1981.

De las 13.488 consultas anuales se obtuvo una muestra de 1.142 casos, por selección sistemática. La información recogida se obtuvo de las fichas clínicas y del Registro de Atención Diaria. Posteriormente, ésta se clasificó en dos grupos: 1.— Características de la población. 2.— Clasificación por diagnósticos.

Se empleó como prueba de significación estadística la de Chi cuadrado.

Resultados:

1) Características de la población:

La mayoría de los pacientes (82,6%) provino del sector Oriente del Area Metropolitana, y fueron especialmente estudiantes (22,8%), dueñas de casa (20,2%) y obreros (14,6%).

La distribución de las consultas no mostró diferencias significativas por sexo; sin embargo, al considerar la edad destacó el hecho que la mayoría de los pacientes (89,9%) estaba en edad laboral activa (15 - 64 años), consultando los varones especialmente a edades jóvenes (15 - 34 años), y las mujeres a edades medias de la vida (35 - 64 años).

Las consultas al Servicio, mostraron un claro descenso los días viernes, en relación a los demás días hábiles de la semana, y en los meses de verano en relación a los demás meses del año.

De las consultas registradas se envió a domicilio el 95,2% de ellas, siendo hospitalizado un pequeño porcentaje (4,8%), luego de la atención.

2) Clasificación por diagnóstico:

Un tercio de los pacientes consultó por fracturas y los dos tercios restantes por otros diagnósticos. En los diagnósticos por fracturas predominó la consulta masculina, sobre todo entre 15 - 64 años, mientras que en las otras causas, el sexo femenino fue el predominante, especialmente entre los 35 - 64 años (50%).

a) Fracturas: La mayor parte de los diagnósticos correspondieron a traumatismos de las extremidades, reuniendo más del 90% del total de diagnósticos en este rubro, correspondiendo solo un 7,6% a fracturas de cabeza y tronco.

Los cinco diagnósticos más frecuentes dentro de las fracturas correspondieron a fractura de tobillo (14,5%), fractura de radio (10,8%), fractura de Colles (10,0%), fractura de pierna (6,3%) y fractura de fémur (5,8%).

En las fracturas de Colles y fémur predominó el sexo femenino, mientras que en las fracturas de pierna el masculino; las demás fracturas no mostraron diferencias por sexo.

Al considerar la edad se observó que existían fracturas propias de jóvenes (fractura de piernas); otras, de edad intermedia (fracturas de Colles), y finalmente, también a edades extremas (fractura de fémur) (Tabla 1).

Las fracturas que requirieron de hospitalización fueron las de tobillo (18,0%) y fémur (5%) . El resto se trató ambulatoriamente.

b) Otros diagnósticos:

Los cinco diagnósticos mas frecuentes en este rubro fueron: esguinces (25,9%), contusiones (13,1%), artrosis (5,3%), quiste sinovial (4,9%) y luxaciones (4,7%).

Las consultas por artrosis y quistes sinoviales fueron preferentemente del sexo femenino, mientras las contusiones, propias de varones; los demás diagnósticos no mostraron diferencias por sexo.

Las consultas por esguinces, contusiones, quistes sinoviales y luxaciones constituyeron la patología predominante en la población joven (15 - 34 años), mientras las artrosis se presentaron a edades intermedias (35 - 64 años) (Tabla 2).

Las luxaciones requirieron el mayor porcentaje de hospitalización (11,4%).

Dado que los esguinces representaron la cuarta parte de las consultas en este rubro, se consideraron por separado observándose que los tres diagnósticos más frecuentes fueron esguinces de tobillos (64%), rodilla (12,2%) y muñeca (12,2%).

Conclusiones:

Finalmente, hay que señalar que sólo estudios analíticos podrán explicar los resultados obtenidos.

T A B L A 1

Distribución por edades de las fracturas más frecuentes

	Nº casos	Distribución según edad (°/o)			Total
		15 - 34	35 - 64	65 +	
Tobillo	55	43,6	43,6	12,8	100
Radio	41	43,9	41,5	14,6	100
Colles	38	23,7	52,6	23,7	100
Pierna	24	54,2	29,2	16,6	100
Fémur	22	22,7	22,7	54,6	100

T A B L A 2

Distribución por edades de los diagnósticos más frecuentes (excluyendo fracturas)

	Nº casos	Distribución según edad (°/o)			Total
		15 - 34	35 - 64	65 +	
Esguinces	197	67,1	30,9	2,1	100
Contusiones	100	54,0	39,0	7,0	100
Artrosis	40	10,0	80,0	10,0	100
Quiste Sinovial	37	73,0	24,3	2,7	100
Luxaciones	36	61,1	38,9	-	100

59. ESTRUCTURA FAMILIAR Y SALUD: DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Sra. Nina Horwitz y Srta. Teresa Figueras
(División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Desde comienzos de 1982 se ha estado desarrollando en el Área Oriente de Santiago, un Programa de Atención Primaria y Medicina General/Familiar en el Consultorio La Reina. Una de sus características fundamentales ha sido la vinculación estrecha entre las actividades de investigación, docencia y asistencia. La investigación ha sido de carácter operativo, orientada a servir propósitos asistenciales. Al mismo tiempo, el campo asistencial ha ofrecido una base para desarrollar actividades prácticas de docencia y también de investigación. Este trabajo es un reflejo de actividades docentes que prestan apoyo a las tareas de investigación.

Se ha dicho que todo programa de Medicina Familiar tiene como foco central a la familia. La eficiencia de sus acciones requiere de un conocimiento de las características de aquéllos a quienes va dirigido. Es así como este estudio tiene un carácter descriptivo, inicial, de algunas características estructurales, de dinámica familiar y de salud, que definen a las familias que viven en La Reina y que reciben atención en el Consultorio de la Comuna.

El universo está compuesto por el conjunto de familias con niños menores de 15 años que reciben atención en el Consultorio La Reina y que en Agosto de 1982, momento en que se extrajo la muestra, aún no habían sido incorporadas al Programa de Medicina Familiar. Se empleó un muestreo aleatorio sistemático simple con reposición. El número total de familias seleccionadas fué de 150, ochenta de las cuales constituyen la muestra estudiada. La unidad muestral fué la madre.

Para la recolección de la información, se utilizó una Entrevista de Salud Familiar, con preguntas semi-estructuradas que cubren los siguientes tópicos: a) Identificación y estructura del grupo familiar; b) Características socio-económicas; c) Estado de salud de la familia; d) Funcionamiento de la familia como grupo social.

En relación con la estructura familiar y características socio-económicas, se corroboran los resultados encontrados en otros estudios de familias inscritas en el Programa de Medicina Familiar. El tamaño de las familias, en general es pequeño (2 a 4 integrantes) lo que contrasta con la información censal de alrededor de 5 personas por familia. Se aprecia que sobre el 70% de las parejas son casadas y el 64% de los jefes de hogar son obreros calificados y empleados. Las familias estudiadas se encuentran concentradas en 2 de los 3 sectores geográficos. En el sector alto: 15%; sector medio: 42%; sector bajo y campamentos: 43%.

En relación con el estado de salud, el interés estuvo dirigido a averiguar los problemas de salud percibidos por el grupo familiar y las conductas adoptadas para solucionarlos.

Para estudiar aspectos de dinámica familiar se incluyeron dos instrumentos. Uno destinado a determinar la importancia asignada por la entrevistada (madre) a ciertos indicadores de relaciones intrafamiliares, a través de la asignación de puntaje del 1 al 7. Llama la atención la relevancia que la gran mayoría de las personas le asignó a rubros tales como co-

- (1) Este proyecto es una actividad conjunta de la División de Ciencias Médicas Oriente y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, con el apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg.
- (2) La información fue recogida por alumnos de 2º Año de Medicina, en trabajos prácticos del Curso de Sociología Médica, Año 1982.

municación, demostración de afecto, solidaridad y participación conjunta en la toma de decisiones. El segundo instrumento está orientado a pesquisar problemas efectivamente existentes en este terreno, dentro de los cuales destacan la mala comunicación de la pareja y la escasa participación del padre en las actividades de recreación familiar.

Se finaliza con un análisis de las características estructurales más relevantes de aquellas familias que perciben mayor número de problemas de salud y presentan una alta de frecuencia de problemas psicosociales. Este trabajo se inscribe así dentro de una línea de investigación orientada hacia un mejor conocimiento de la salud familiar.

60. ANALISIS CRITICO ANTROPOLOGICO DE LA MEDICION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO

Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El presente trabajo es empírico y a la vez presenta una posición del autor.

Las mediciones de nivel socioeconómico tradicionalmente valen en la medida que revelen la cantidad y calidad de recursos con que cuenta la población para resolver sus problemas cotidianos de alimentación, vestuario, vivienda, saneamiento ambiental, educación y salud, básicamente.

Sin embargo, esas mediciones no revelan la cantidad y calidad del uso que la población medida haga de esos recursos, pudiendo ocurrir que en condiciones similares de recursos un grupo familiar los explote en forma óptima y otras los desperdicie por desuso o uso deficiente o incorrecto. A continuación analizamos algunos de esos indicadores socioeconómicos a la luz de las respuestas de 208 entrevistados en el barrio Santa Rosa de Santiago.

- 1.- 32% de los encuestados cuenta con baño completo en la casa (la mayoría con ducha). Sin embargo sólo 4 personas de este total declaran bañarse con frecuencia superior a 1 vez a la semana en su casa, solo 35 declara bañarse 2 o 3 veces al mes y el resto se baña en promedio (para ocasiones especiales o por hábito) 1 vez o menos al mes.

El recurso "baño completo" por lo tanto, permanece "Ocioso" una parte importante del tiempo. En un buen número de casos se observó en una visita, en esta parte de la muestra, que no se había hecho uso del sistema de eliminación después de utilizar el excusado, o la permanencia de agua sucia en lavatorios. Estos además solían estar desaseados con restos de jabón y suciedad proveniente del lavado de ropa, y de manos o de cabello, lo cual revela problemas en el área del microsanearamiento.

- 2.- 32% de los encuestados vive en casas de construcción sólida de ladrillo y cemento, ventanas con vidrios e instalaciones sanitarios. Esencialmente hacen el mismo uso de esta vivienda que el que hacen los ocupantes de casas de madera del resto de la muestra.

El microsanearamiento es deficitario especialmente en baños, cocina y alrededores de la casa, especialmente la parte trasera de la casa en que con frecuencia se acumulan desechos de todo tipo, además de la basura. Hay, con frecuencia, vidrios rotos o ausentes en las ventanas, sin reponer, reemplazados con plásticos o pedazos de madera.

Las paredes y cortinas suelen estar sucias. Si hay animales, estos carecen de espacio realmente propio y circulan con libertad por el interior de la casa que suele permanecer con las puertas abiertas al exterior vidrios y marcos de ventanas y los rincones de las habitaciones en las partes superior o inferior, suelen estar sucios, del mismo modo que las manillas de las puertas.

- 3.- Todas las 32 familias compran el diario 3 veces al mes. En orden de mayor importancia a menor, la lectura del diario (uso) se jerarquiza del modo siguiente:
- 84^o/o lee principalmente la crónica roja.
 - 55^o/o lee las páginas dedicadas a espectáculo, vida de artistas, comentarios de espectáculos.
 - 38^o/o lee las páginas dedicadas a deportes, especialmente fútbol.
 - 51^o/o lee las tiras cómicas.
 - 28^o/o lee las noticias políticas y laborales.
 - 31^o/o lee artículos de otros tipos: modas, salud, sobre otros países, etc.

Nadie lee los editoriales.

El diario se usa menos como medio de comunicación cultural que como medio de entretenimiento.

- 4.- Algo similar a lo que acontece con el diario ocurre con el uso de la radio y la televisión. En la radio principalmente se escucha música y noticias; en la televisión, principalmente espectáculos de entretenimiento, telenovelas y noticias.

En general, la observación básica es que una familia puede vivir en una "casa de construcción sólida, de apariencia modesta, buen estado de conservación, buena eliminación y ventilación, con cocina separada, servicio higiénico separado, con agua corriente" sin hacer uso adecuado de la iluminación, la ventilación, la cocina, el servicio higiénico, el agua corriente. Y las técnicas de aseo.

En cambio otra familia puede vivir en una "casa de madera con pozo negro, sin suministro de agua dentro del hogar, con cocina dentro del comedor o incluso dentro del dormitorio" y sin embargo puede hacer empleo óptimo de la ventilación, del pozo negro, del agua, de la iluminación y de las técnicas de aseo. Tales hechos parecen señalar que, con una frecuencia que es deseable establecer más claramente, el problema central podría ser, no tanto elevar la cantidad o calidad del recurso, sino mejorar el uso que se hace de él. Los estudios antropológicos revelan el "modo vivido" en que los integrantes de una comunidad utilizan sus recursos dentro de sus estilos de vida. Por ello, son útiles para clarificar este tipo de problemas, especialmente dentro del marco de "Salud para todos en el año 2000" y el énfasis en la atención primaria y la educación en salud comunitaria. En resumen, se plantea la hipótesis que la calidad de vida depende no sólo de la cantidad y calidad de los recursos con que cuentan los individuos sino también de la magnitud y calidad del uso que hagan de ellos.

61. ALGUNOS HALLAZGOS EN ANTROPOLOGIA DE LA POBREZA Y EN RELACION A SALUD

Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La hipótesis básica para la interpretación de los hallazgos es que el concepto que los integrantes de un grupo social tengan de sí mismos y de los acontecimientos y realidades de su mundo social determina su modo de obrar con respecto a sí mismo, a los demás y al medio en que vive.

La investigación se está realizando en el Barrio Santa Rosa de Santiago.

Se encuestó a 196 personas, 108 mujeres y 88 hombres todos definidos como de clase obrera por el nivel de ocupación.

Los principales hallazgos son los siguientes:

- 1.— Entre los acontecimientos vitales, el 73^o/o considera a la enfermedad en general como producto de "la mala suerte", 14^o/o como producto de no saberse cuidar, 11^o/o como causada porque las personas son débiles y 4^o/o no respondió. La "mala suerte" aparece como entidad fuera del control de la persona y se asocia al hecho que en condiciones similares algunos hacen la enfermedad mientras que otros no.
- 2.— La higiene corporal es concebida por el 82^o/o "estéticamente", es decir como una acción destinada a asegurar el ser agradable y verse bien, no oler mal, no "desentonar", especialmente en lo referente al lavado de dientes, baño, lavado del pelo, aseo de las manos y uñas, aseo de pies, limpieza y muda de la ropa; un 14^o/o ve la higiene como un modo de cuidar la salud; un 4^o/o no respondió o dijo no saber responder.

La preocupación por los hábitos higiénicos aparece relacionada con los días festivos o especiales en un 81^o/o de los encuestados. El baño, el lavado del cabello y la muda de ropa, sobre todo, aparecen como ejecutados los fines de semana, invitaciones, citas con el profesional de salud, citas a entrevistas de trabajo, o encuentros con enamorado o enamorada.
- 3.— El 64^o/o piensa que las cosas buenas son las cosas caras, incluyendo medicamentos, ropa, alimentos y artefactos. Por lo tanto, cada vez que pueden compran marcas caras y artículos caros: Baby Lee y Simons en cosméticos para bebés; carne de vacuno, leche en polvo en tarros, milo, alimentos en conserva. (Sin embargo el 89^o/o considera que ostras, centolla y langosta son alimentos para ricos).

En relojes las marcas más mencionadas son Orient, Seiko y Casio. Se observa el efecto de la propaganda, de la búsqueda de "status" y de la imitación de grupos económicos superiores, en el patrón de gastos y la consiguiente distorsión del presupuesto familiar. El 61^o/o de los adultos jóvenes solteros que trabajan (en la muestra) destinan en promedio, el 65^o/o de su ingreso a pagar, a crédito, artefactos electrónicos, relojes y vestuario.

- 4.- Para el 88^o/o de las mujeres y el 85^o/o de los varones el valor central en la conducta del hombre casado es "ser trabajador". En la mujer casada, el valor central es "ser buena dueña de casa" (78^o/o de los varones, 96^o/o de las mujeres), lo cual incluye atender bien al marido y a los niños en sus necesidades materiales, mantener la casa limpia y en orden y enseñar bien a los niños.

Nadie mencionó valores claramente relacionados con salud en este contexto.

- 5.- Consultados acerca de por qué se enferma la gente: 43^o/o lo atribuye a mala alimentación (alimentación deficitaria); 32^o/o a golpes "no cuidados" 47^o/o a enfriamientos, 28^o/o a exceso de trabajo, 56^o/o a infecciones, 37^o/o a "vicios", 51^o/o a "abusos del cuerpo" (trabajo excesivo, bebida excesiva, "farras" frecuentes), 18^o/o a excesos o déficits en la ingesta de algún o algunos alimentos, 38^o/o accidentes, 35^o/o exceso de preocupaciones, 19^o/o la asocia a problemas de la edad (ancianidad).

Muchas de las respuestas que, porcentuadas, aparecen como reducidas a un grupo dentro del total, representan, sin embargo, conceptos mucho más ampliamente extendidos, lo cual se revela por la aceptación que hacen los entrevistados que no los mencionan cuando el entrevistador los menciona. Prácticamente todas las respuestas están dentro de la "cultura de la pobreza" o cultura "páupera" si se juzga esta desde el punto de vista de la "observación participante" antropológica y el "Verstehen" de Max Weber.

62. ANTROPOLOGIA Y SALUD

Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La salud y la enfermedad son básicamente vivencias, es decir son fenómenos que se viven. Esta constatación elemental, sin embargo, no siempre se comprende en todas sus implicaciones. Si la aceptamos, aceptamos entonces también que salud y enfermedad son modos de vivir, es decir comprometen al total de la actividad cotidiana, al llamado "estilo de vida". Hay estilos de vida que podemos denominar patogénicos, como claramente se pueden apreciar en el caso del estilo de vida sedentario y estilo de vida "estresante", así como también los que podemos denominar "neurotizante", "alcohólico", "drogadicto" o "sexualmente desviado". Son modos de vivir profundamente configurados por algún tipo de acción y actitud predominantes que supeditan al resto de los aspectos de la vida del paciente. Así, por ejemplo, el estilo de vida "estresante" del ejecutivo moderno tiene como centro la acción directiva de la empresa, a la cual el ejecutivo suele supeditar todos o la mayoría de los otros aspectos de su vida cotidiana.

Del mismo modo podemos distinguir estilos de vida que podemos llamar "salutíferos", a falta de un término mejor. Dentro de este estilo de vida podemos incluir el estilo de vida del enfermo crónico que cumple con todas las normas del cuidado óptimo de su vida, así como también incluir al estilo de vida sano en que todos los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales son homeostáticos.

Descubrir y definir el estilo de vida es una de las tareas de la antropología en el mundo moderno. La antropología concibe a la cultura como modo de vivir, es decir como la configuración de las conductas destinadas a que los individuos que son portadores de esa cultura se adapten al medio ambiente, se conserven íntegros y se desarrollen en todos los aspectos que esa cultura considera valiosos. Visto de este modo, en la cultura se incluyen el modo de pensar, el lenguaje, los conocimientos, pero también el tipo de vivienda, la vestimenta, las técnicas de preparación de los alimentos, las técnicas de cuidado de los niños, los modos de hacer la vida social, las técnicas de aseo personal, la frecuencia del baño, los modos de recrearse, etc. Por lo tanto el antropólogo concibe la cultura como muy distinta y como más amplia que la simple escolaridad y sus resultados. La cultura es el modo de pensar, sentir y hacer la realidad social que tiene un grupo. Aceptado esto, se tiene que no hay grupos humanos incultos. Sólo existen culturas diferentes. Estos son algunos de los grandes hallazgos de la antropología moderna.

De esto se deduce también que no se puede hablar científicamente de culturas "altas", "medias" y "bajas". Sólo es válido hablar de la medida en que dos culturas coinciden, se complementan, se oponen o se diferencian.

Las coincidencias entre las culturas facilitan la comunicación entre miembros de una y otra. Las diferencias, la dificultan. El contexto es que la atención de salud implica comunicación con pacientes, y por lo menos una parte de la eficacia de esa atención depende de la calidad de esa comunicación.

Por ejemplo, desde el punto de vista antropológico de la comunicación talvez valga la pena saber que la "cultura del "garabato" (o palabra soez) es compartida por los hombres de todas las clases sociales de Chile como eficaz elemento comunicacional, y que la personalidad masculina en Chile es muy similar en todos los grupos sociales, por diferentes que crean ser socialmente.



Talvez también valga la pena saber, para la comunicación con el paciente que los hombres que portan la "cultura de la pobreza" con frecuencia prefieren ser llamados por su apellido y no por su nombre de pila en su lugar de trabajo porque el llamarse por el nombre de pila tienden a verlo como conducta de hombre "jai" o, alternativamente, de homosexuales y de mujeres.

En un medio obrero, el silencio en el hogar (sin radio, ni televisión) puede ser desvalorizado como "de muertos" o de "triste", y el ruido de las radios y televisores suele ser empleado como "acompañante", aunque estorbe el estudio de los hijos o altere la vida de terceros.

En el mismo medio, lo que se "ve" en la televisión o se "dice" en el diario es verdadero sólo por el hecho de ser "visto" o de estar "dicho". Hay una fé ingenua en el artefacto cultural de este tipo. También puede valer la pena saber que la preocupación por el aseo o la higiene de una persona puede ser desvalorizada con los términos "repujiento", "asquiento", "pulcro", que desalientan esa preocupación, y que ese rechazo en el fondo es una exigencia de adaptarse a un medio ambiente es que higiene y aseo escrupulosos son difíciles. Es la protesta que parece surgir desde la ley del menor esfuerzo. Estas y otras orientaciones pueden surgir de estudios antropológicos que revelan al profesional de salud cual es el espacio psicosocial en el cual "caen" sus comunicaciones y desde el cual le llegan las comunicaciones de los pacientes. Si este profesional posee un buen "mapa" de ese espacio psicosocial podrá, por hipótesis al menos, moverse en él más orientado y con mayor eficacia.

63. EL MODO DE PENSAR PAÚPERO. SU IMPORTANCIA EN LA COMUNICACION CON EL PACIENTE

Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se entiende por "páupero" lo relativo a los modos de pensar, decir y comportarse de los niveles sociales denominados "bajos", entendiéndose por tales a aquellos en los cuales el nivel económico hereditario es de subsistencia. El presente trabajo tuvo por objetivo caracterizar el pensamiento páupero en una muestra de pobladores de clase obrera del barrio Santa Rosa de Santiago. El estudio abarcó a 146 personas. Se les pidió definir los términos: salud, enfermedad, doctor, medicamento, consultorio, hospital, casa, hijo, educación. Se eligieron estos términos por estar todos relacionados con salud y estar todos en la experiencia de los entrevistados.

La hipótesis, corroborada por este trabajo, fue que el pensamiento páupero alcanza en general sólo hasta los niveles concreto y/o funcional, de los tres niveles clásicos que distingue la psicología moderna en orden de menor a mayor nivel de generalización: concreto, funcional, abstracto.

Al nivel concreto, los fenómenos se definen con ejemplos, enumeraciones, descripciones por detalles. Ejemplos de este tipo de definiciones son: "Animal es un perro, un gato, una serpiente, etc." "Un perro tiene cuatro patas, cola y ladra". "Dinero son billetes de a mil pesos, por ejemplo" El pensamiento concreto, que trabaja con estas definiciones, nace de una experiencia muy limitada de la realidad, comparada con la experiencia del profesional de salud o profesional universitario en general. La extensión de los conceptos concretos se limitan a lo que puede observar la persona en su experiencia empírica directa. También el pensamiento concreto define por lugar o tiempo: "Educación es lo que se recibe en la escuela"; "Dormir es lo que se hace en la noche". El segundo modo de pensamiento es el funcional que define los fenómenos por el uso o finalidad que se les da o supone. Ejemplos de esto son: "Dinero es lo que sirve para comprar"; "Dormir es para descansar"; "remedio es algo que se toma para mejorarse de una enfermedad". También las definiciones funcionales surgen de una experiencia empírica limitada. Son formadas por personas que viven la realidad inmediata, sin grandes teorías ni concepciones. Si el profesional de salud no conoce esa realidad inmediata o si no integra esa realidad inmediata del paciente en su percepción del paciente, corre el riesgo de no comprenderlo o comprenderlo mal. A su vez el paciente corre el riesgo de no comprender o comprender mal a este profesional por recibir mensajes de tercer nivel desde este, es decir, abstractos.

Los resultados del presente trabajo señalan que en la totalidad de las definiciones pedidas, los conceptos verbalizados eran de nivel concreto o funcional, como se ve a continuación, en que aparecen las definiciones reducidas a un "tipo" predominante de respuesta "Hospital": "A donde uno va a mejorarse si está (muy) enfermo" (65% de la muestra); "Lugar en que están los enfermos mientras se mejoran" (35%/o).

"Consultorio": "Donde hay médicos (enfermeras y/o matronas que le digan a uno lo que tiene" (58^o/o); "Donde controlan los embarazos y a los niños y se puede consultar por enfermedad" (42^o/o).

"Medicamento": "Lo que uno toma para mejorarse" (68^o/o); "Lo que receta el médico para mejorarse" (17^o/o) "lo que venden en las farmacias" (15^o/o).

"Doctor": "Lo examina a uno, le dice lo que tiene y le da remedios" (53^o/o); "sabe sanar a la gente" (28^o/o); "sabe de enfermedades" (19^o/o).

"Salud": "cuando todo el cuerpo le funciona bien" (41^o/o); "cuando Ud. se siente bien" (31^o/o); "cuando uno no tiene nada en el cuerpo" (28^o/o).

"Enfermedad": "cuando uno se siente mal de cualquier parte del cuerpo" (57^o/o); "cuando Ud. no puede hacer lo que hace todos los días porque el cuerpo no le da" (13^o/o); "cuando algún órgano está desarreglado" (14^o/o); "cuando uno siente dolor, vómitos, cuando orina sangre, etc" (8^o/o); "cuando el organismo se sale de la normalidad" (8^o/o).

"Casa": "donde uno duerme, come, descansa, hace sus cosas, vive con su familia" (73^o/o); "donde uno vive" (19^o/o); "el techo que uno tiene" (8^o/o).

"Mujer": "Es madre, tiene hijos" (81^o/o); "Hace las cosas de la casa, lava, cocina, asea, etc." (19^o/o).

"Educación": "Haber ido a la escuela" (62^o/o); "tener buenos modos" (17^o/o); lo que uno aprende en la escuela" (11^o/o); "lo que le enseñan a uno en la escuela y en la casa cuando niño" (6^o/o); "saber muchas cosas" (4^o/o).

Pareciera que el profesional de salud tiende a interpretar este tipo de definiciones como indicadores de nivel intelectual más bien mediocre o bajo. Sin embargo cabe la posibilidad que sean más bien producto de hábitos culturales. De todos modos, esa opinión desvaloriza ese tipo de pensamiento y el profesional de salud no se siente alentado a asimilarlo. Surge entonces el problema común de que no sabe traducir sus definiciones abstractas a definiciones concretas o funcionales que serían las adecuadas para una correcta comunicación con su paciente. Pero antes de asumir ese rol de "traductor" deberá aceptar como válido, correcto y eficaz el modo de comunicación con conceptos concretos y funcionales.

64. NIVEL DE SALUD Y NIVEL EDUCACIONAL

Ilse López, Juan Espinoza y Enrique Mandiola
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se sostiene que el nivel de salud de la población está condicionado por sus características biodemográficas, por las condiciones del medio físico, por las características del medio sociocultural y económico y por la cantidad, calidad y organización de los recursos de salud disponibles.

Si analizamos la situación de Chile, hay acuerdo que el nivel de salud se empieza a incrementar de manera notable en la década del 50. En efecto las tasas de mortalidad infantil, de mortalidad infantil tardía, de mortalidad materna y de mortalidad por aborto han descendido en forma espectacular. En síntesis, en los últimos treinta años se ha producido un incremento notable y sostenido en el nivel de salud de los chilenos.

Parte importante de este mejoramiento se debe a la creación del Servicio Nacional de Salud y a una política sectorial que, en su esencia doctrinaria, se ha mantenido a lo largo de tres decenios. La acción de la atención de salud organizada además ha ido creando en la población una conciencia o motivación sanitaria que le permite una conducta aceptable en los niveles de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Sin desconocer la influencia que tienen en el mejoramiento del nivel de salud los cambios biodemográficos, las condiciones del medio físico y la situación económica se ha elegido estudiar la correlación existente entre los indicadores de salud y los indicadores de educación que muestran una tendencia muy similar.

En forma general, un mejor nivel de educación significa un mejor estilo de vida. En efecto, si pensamos que la educación pretende desarrollar la personalidad del estudiante y facilitar su adaptación al medio físico y al medio social tendremos que aceptar que en este proceso el individuo va incorporando nuevos valores que cambian su filosofía de vida; surgen otras necesidades y se establece un proceso de aspiraciones incesantes de progreso; adquieren nuevas formas de percibir y de enfrentar los problemas. En una palabra su conducta habitual o su estilo de vida va mejorando en la medida que aumenta su nivel educacional. Como es lógico que ocurra, este mejoramiento se manifiesta también en la conducta en salud; así por ejemplo, el individuo al que la educación hace más responsable, asume, también una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud individual y colectiva, no sólo en los niveles de la recuperación y la rehabilitación, sino también en los niveles de fomento y protección.

Como se ha dicho "la educación prefigura el futuro". Su influencia se extiende más allá de la vida de una generación y condiciona de manera importante la calidad de vida de una población.

El esfuerzo que el país ha realizado en el campo educacional ha permitido un notable mejoramiento en los indicadores de asistencia escolar, nivel de instrucción y alfabetismo que colocan a Chile en la vanguardia de los países latinoamericanos por su nivel educacional.

En el trabajo se estudia la correlación entre indicadores de salud e indicadores de educación en los últimos 30 años.

65. EL MEDICO FOLKLORICO EN VALDIVIA:

QUIEN ES Y QUE ESPERA LA COMUNIDAD DE EL

Ricardo Oyarzún B. y José Manuel Araneda H.

(Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile)

La medicina tradicional ha sido típicamente un área de interés para el antropólogo en todo el mundo, en su búsqueda de explicaciones para el comportamiento de las personas y las comunidades. Sin embargo, la aplicación de los hallazgos logrados en este campo, con objetivos no antropológicos, sino con el fin de lograr explicaciones y hacer predicciones acerca del nivel y características de la salud, se originó en América Latina y de esto hace sólo poco más de 30 años.

Las ricas tradiciones y prácticas de medicina folklórica de México y su introducción a Estados Unidos, a través de las corrientes migratorias, atrajeron la atención de científicos sociales e investigadores en salud latinoamericanos y estadounidenses, quienes dieron origen a la Antropología de la Salud. Más tarde, surgió en este mismo continente la idea de utilizar la influencia del médico folklórico sobre la comunidad para extender la cobertura de los servicios de salud. En los últimos años los organismos internacionales de salud han percibido la conveniencia de enfatizar esta vinculación de los servicios de salud con la medicina tradicional, dentro de las políticas de atención de nivel primario.

Estos antecedentes muestran la utilidad de desarrollar líneas de investigación en Chile, destinadas a determinar las características del médico popular y de la medicina tradicional, conocer su alcance, efectividad y arraigo en la comunidad y, por último, evaluar su importancia como auxiliar de los servicios de salud, dentro de la perspectiva de los sistemas de atención primaria.

De diversos estudios del médico folklórico realizados en Chile, se desprende que este personaje popular se caracteriza por su conocimiento empírico, basado en la práctica y la observación directa y obtenida por el ensayo y error. El médico popular tiene escaso nivel de escolaridad —nivel básico incompleto, cuando tiene alguno—, su ingreso económico es reducido y su área de residencia es siempre el barrio popular.

No resulta posible señalar si la actividad de médico folklórico es ejercida mayoritariamente por personas de uno u otro sexo. No obstante, las investigaciones tienden a mostrar que ciertas áreas de la medicina popular son características de hombres y otras de mujeres. Es así como son mayoritariamente mujeres quienes se desempeñan como meicas, curanderas, parteras, santiguadoras y machis; los escasos varones que excepcionalmente suelen cumplir estas funciones se caracterizan por su avanzada edad. Las actividades de compositor y de yerbatero parecen ser más propias de hombres. No se aprecia diferenciación por sexo en el caso de los iriólogos y veedores de aguas.

Es llamativo el hecho que en las dos últimas décadas haya venido aumentando marcadamente un tipo diferente de médico popular, desligado de las tradiciones culturales del pueblo chileno: el espiritista, el impondor de manos, el medium y el pastor son nuevos actores en el escenario de la medicina popular chilena. A este tipo de sanador, que reclama poseer dotes sobrenaturales o contactos con seres extraterrestres, vivos o muertos, se agregan los naturistas, acupunturistas y dígítópunturistas populares, que parecen haber alcanzado mayor aceptación en las clases medias de la sociedad chilena.

Al revisar la escasa bibliografía existente acerca del médico popular en Chile, no resulta difícil determinar cómo se caracteriza y cuáles son las formas que emplea para curar. Incluso existen trabajos realizados sobre la base de entrevistas hechas a algunos médicos de este tipo. Sin embargo, parece no haber estudios acerca de la imagen y expectativas que las personas tienen acerca del médico folklórico. En este sentido, se realizó una investigación en la Unidad de Sociología de la Salud del Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Bajo el auspicio de la Dirección de Investigación y Desarrollo de esta Universidad, se llevó a cabo en Valdivia un "survey social" destinado a conocer las características que la comunidad atribuye al médico folklórico y las expectativas que ella tiene frente al desempeño del sanador popular.

Al entrevistar a una muestra estadística de dueñas de casa, madres de familia —por ser ellas quienes adoptan las decisiones que afectan a la salud de todos los integrantes del grupo familiar—, se constató que la mitad no tiene una idea clara de los atributos que el médico folklórico muestra, o bien señala que no cree en él; el 35% de las mujeres indica que un buen médico popular se caracteriza por sus cualidades como sanador o diagnosticador, en tanto que el 15% destaca a una relación cordial con el paciente o a los hábitos higiénicos como cualidades del "buen meico". Cuando se compara esta imagen del médico folklórico con la del médico científico, se advierte que las expectativas de la comunidad son opuestas frente a ellos, en cuanto a los rasgos sobre los cuales se pone el mayor énfasis. Al médico popular se le exige prioritariamente destrezas y conocimientos técnicos, en tanto que al doctor se le demanda, más que nada, cordialidad y simpatía para con el paciente.

Estos datos sugieren que al médico científico se le reconoce como propia y característica la habilidad técnica, por lo cual aparece como deseable que, además, exhiba un trato humano, cálido y cordial para con su paciente. Al médico folklórico, en cambio, parece atribuírsele el buen trato al paciente como característica propia, en tanto que la destreza o habilidad técnica aparece como un atributo deseable, del cual carece.

La forma de opinar de las personas estudiadas no está influida por el tamaño ni tipo de la familia, edad, ocupación, estado civil ni escolaridad. Sin embargo, las personas analfabetas muestran una tendencia significativamente mayor a opinar sobre el médico folklórico que aquellas que leen y escriben.

La información recogida acerca del médico folklórico y su rol en la comunidad, es concordante con estudios de otros investigadores, que destacan el reconocimiento que la comunidad hace del médico popular y hacen notar el lugar que él ocupa dentro de los grupos sociales de clase baja. En tal sentido, se lo destaca como un elemento importante en el proceso que siguen el enfermo y su familia desde la aparición de los síntomas hasta la solicitud de ayuda a un servicio médico. Es precisamente dentro de tal proceso que adquiere realce la actitud del médico folklórico frente a su paciente; las características propias que la comunidad le atribuye —simpatía, cordialidad, comprensión y buen trato— crean un clima de confianza, un lenguaje común y sentimientos de gratitud, que determina el sometimiento del paciente a las decisiones y sugerencias de su terapeuta popular.

La comunidad reconoce al médico folklórico como un recurso más para enfrentar la situación de enfermedad, que está a su alcance junto con el médico, el farmacéutico y otros líderes de salud. Sin embargo, no todas las familias consideran a personas distintas del médico científico como una alternativa. Las entrevistadas que dicen recurrir al médico en caso de enfermedad, muestran tendencia a no verter opiniones acerca de los curadores populares, en cambio, sí tienden a opinar —y la diferencia es estadísticamente significativa— las personas que recurren al médico folklórico como un posible recurso en caso de enfermedad.

Los antecedentes recogidos en esta investigación, sugieren que el médico folklórico —sea meica, yerbatero u otra forma de sanador popular— es una realidad en la comunidad estudiada. Las personas que tienden a utilizar sus servicios muestran opiniones claras de él y sus características. Aún cuando los pacientes potenciales del médico folklórico constituyen menos de la mitad de las familias que residen en el área estudiada, el sanador tradicional cuenta con el reconocimiento de la comunidad y con un status y un rol dentro de ella. Por lo tanto, los servicios de salud deben reconocerlo por lo menos como un líder de opinión en materias de salud y asignarle un lugar y una función dentro de los esfuerzos destinados a captar a la comunidad como usuaria y colaboradora en la acción organizada en salud.

66. TRASCENDENCIA SOCIAL DEL MEDICO

FOLKLORICO EN VALDIVIA

José Manuel Aráneda y Ricardo Oyarzún

(Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile)

En los últimos años se ha observado una creciente preocupación por la medicina tradicional, principalmente de parte de los organismos internacionales de salud que están impulsando la extensión de la atención de salud en el nivel primario. Esta preocupación pone de relieve la importancia que se reconoce a las prácticas de medicina popular, como auxiliares de los servicios de salud, en razón de su indudable raigambre en la cultura y en las costumbres del pueblo. No obstante, cabe preguntarse en qué grado difiere la trascendencia de la medicina tradicional en diferentes sociedades y si el papel que se le puede asignar dentro de la atención primaria puede ser parecido en medios socioculturales distintos.

La medicina tradicional se caracteriza por dos rasgos centrales: su raíz popular y su dependencia del cambio cultural. En Chile, esta forma de medicina tiene su origen en las prácticas médicas de los habitantes precolombinos del país, que se mezclaron con la medicina arábigo-hispánica de los conquistadores españoles. El producto de esta combinación, incorporado a la cultura nacional, forma parte del folklore chileno y ha presentado resistencia al progreso científico y técnico de la medicina actual, aún cuando ha incorporado elementos importantes de ella.

Esta medicina folklórica se ha mantenido por transmisión oral, a diferencia de la científica, cuya principal forma de transmisión es la escritura. Por tal razón, ha estado sujeta a una considerable deformación la que ha impedido que se estructure, consolide y establezca como un corpus cultural médico popular. De ahí que adquiera formas diferentes en distintas zonas del país y en diferentes grupos sociales, sin considerar, desde luego, la lógica diversidad de formas que se puede esperar para diferentes épocas.

Una investigación llevada a cabo en Valdivia por la Unidad de Sociología del Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, bajo el patrocinio de la Dirección de Investigación y Desarrollo de esta Universidad, determinó la forma como la comunidad percibe al médico folklórico local, qué características le asigna y cuáles son las responsabilidades que le entrega. La finalidad del trabajo era la de establecer la importancia relativa de la medicina tradicional y del médico folklórico, frente a la medicina convencional y el médico científico.

El estudio muestra que en el distrito urbano estudiado un 15% de las familias recurre a médicos folklóricos cuando se enferma algún miembro del grupo. Las personas consultantes en tales casos son de siete tipos diferentes: meicas, yerbateros, machis, curanderos, naturalistas, iriólogos y parteras (o "señoras curiosas"). No obstante, cerca de la mitad de las familias que recurren a prácticos populares consultan a meicas, sanadoras populares fuertemente enraizadas en la cultura mapuche. A estos médicos populares se les exige efectividad para curar, conocimientos o estudios sobre la enfermedad y su curación y algunas condiciones personales, como higiene y trato amable para con sus pacientes. Es decir, las demandas que las personas plantean al médico popular no difieren de manera importante de aquellas condiciones que ellas exigen al médico científico, aún cuando en cada caso se pone énfasis en aspectos diferentes de los respectivos roles.

No resulta posible hacer una caracterización clara de los pacientes del médico folklórico. Al estudiar a las madres de familia, dueñas de casa —esto es, a las personas encargadas de adoptar las decisiones de salud dentro de la familia—, se advierte que las mujeres que recurren a médicos populares tienden a tener menos edad que aquellas que no lo hacen; no obstante, tal tendencia es poco marcada. No se observa relación entre la utilización de médicos folklóricos y el tipo y tamaño de la familia, la escolaridad, alfabetismo y ocupación de las mujeres, así como tampoco con la escolaridad, ocupación e ingreso del jefe de la familia.

La tradición médica popular chilena ha definido algunas entidades nosológicas poco específicas, pero de conocimiento ampliamente difundido; es el caso del pasmo, el empacho, el susto y el mal de ojo. Estos trastornos de salud son considerados como campo de acción del médico popular; sin embargo, una proporción considerable de las personas estudiadas asigna un papel fundamental al médico científico o al hospital en la solución de tales problemas de salud. Es así como 7 de cada 10 mujeres consideran que el doctor es la persona idónea para curar el pasmo, en tanto que el 15% de ellas atribuye más idoneidad al médico popular. Cuando se trata del mal de ojo, poco menos de la mitad de las dueñas de casa considera que el terapeuta más indicado es el médico folklórico, mientras que una proporción levemente inferior a la cuarta parte menciona al doctor. A propósito del empacho, aproximadamente la mitad de las personas estima que debe recurrirse al médico folklórico o a la medicina casera, en tanto que 4 de cada 10 mujeres indican que debe solicitarse ayuda al doctor.

Las opiniones sobre estas enfermedades populares y su terapeuta más idóneo, contrastan con el pensamiento de las mujeres estudiadas, a propósito de otros problemas de salud o síntomas más objetivos o mejor definidos, tales como "ataque al hígado", zafadura de brazo, dolor de pecho o hemorragia. En tales casos, casi regularmente el 90% o más de las mujeres concede la mayor idoneidad al médico científico. Sin embargo, cuando se trata de la zafadura de brazo un 22% menciona al "compositor" o "componedor" como el terapeuta más indicado.

La información proporcionada por esta investigación permite concluir que el médico folklórico ha adquirido una considerable trascendencia relativa en la comunidad estudiada. La medicina tradicional ha venido siguiendo un desarrollo divergente con respecto a la científica, mostrando una tendencia a la conservación de conceptos y formas terapéuticas y cierta resistencia al cambio. Paralelamente, la educación formal se ha extendido progresivamente hacia los estratos socioeconómicos más bajos de nuestra sociedad, que son justamente aquellos que han permitido la transmisión de la medicina folklórica de una generación a otra. Al educarse, estos estratos sociales han tendido a modificar las ideas tradicionales sobre salud, modernizando sus maneras de pensar y de actuar en esta área; de este modo, han introducido elementos modernos o científicos al bagaje tradicional de la medicina popular.

Es así como la medicina tradicional ha quedado relegada a grupos sociales muy específicos y ampliamente expuestos a los procesos de aculturación, los que la han hecho incorporar importantes elementos de la medicina científica. Este dinámico proceso de cambio determina que en la actualidad la medicina tradicional muestre poca estructuración y tienda a evolucionar, con relativa rapidez, hacia formas más modernas. Esta evolución, si bien tiende a desvirtuar a las prácticas médicas tradicionales, como un elemento de la cultura arraigado en la costumbre, les proporciona un atractivo para las clases más bajas, que siguen viendo en ellas, en una medida que merece consideración y análisis, un recurso de salud paralelo a los sistemas de atención de salud de la medicina científica.

En conclusión, los antecedentes proporcionados por esta investigación permiten sostener que el médico folklórico sigue desempeñando un papel trascendente en la comunidad estudiada en Valdivia. Su importancia social, si bien ha disminuido con respecto a la que pudo haber tenido en el pasado, sigue siendo de consideración. Su importancia social actual la debe a las modificaciones que la medicina tradicional ha experimentado, a raíz de su permeabilidad frente a la medicina científica. En consecuencia, el médico popular podría desempeñar un papel importante en la implementación de política de atención primaria de la salud, convirtiéndose en aliado y colaborador, en vez de un competidor del equipo de salud.

67. CICLO VITAL Y PERFIL DE MORBILIDAD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Enf. Isabel Ringeling, Soc. Nina Horwitz y Drs. Lilian Gómez
Cristel Hanne, Soledad Herrera e Isabel Segovia

(Centro de Estudios en Atención Primaria, Departamento de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Consultorio La Reina, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

El enfoque familiar para el manejo de los problemas de salud, cuyo centro es la familia y su objetivo la salud familiar, requiere que el equipo profesional amplíe su área de observación, trasladándose del individuo al grupo. Ello no significa desplazar a la persona por el grupo sino considerarla en relación con su entorno ecológico inmediato, cual es la familia. Cabe recordar que la familia "es el ambiente fundamental en el cual la enfermedad ocurre y se toman las primeras acciones necesarias para su resolución".

El análisis de los problemas de salud desde una perspectiva familiar se enriquece al introducir el concepto de ciclo de vida. El continuo salud-enfermedad es un proceso que acompaña a los individuos a lo largo de las distintas etapas de su vida y que tiene también un significado variable de acuerdo a las diferentes etapas de la vida familiar.

A pesar que existe consenso acerca de que la familia es la unidad de vida básica de la sociedad y, por lo tanto, también una unidad de salud y de atención médica, en su gran mayoría los estudios sobre demanda de atención están centrados en el individuo.

La aplicación de un nuevo enfoque en la atención de salud impone la obligación de validarlo empíricamente para lo cual es preciso disponer de una descripción inicial que permita apreciar las modificaciones que se producen, si esto efectivamente ocurre.

Este trabajo se propone describir algunas características estructurales y de salud de un grupo de familias del Programa de Medicina Familiar en el Consultorio La Reina, utilizando tanto el enfoque individual como el de ciclo vital individual y familiar.

Reconociendo que el desarrollo vital tanto de las personas como de los grupos es un proceso continuado, pueden destacarse hitos que marquen fases distintivas. Esta separación es por lo general arbitraria y obedece a intereses analíticos específicos. En el presente trabajo se ha hecho un intento de clasificación basado en criterios grupales. Es decir, en modificaciones que siendo propias de la vida de los individuos, afectan al resto de los integrantes de la familia, viéndose ésta obligada a buscar un nuevo ajuste en el plano de las relaciones interpersonales. Es en este marco de referencia general en el cual se inserta la patología de las familias.

Se analizaron las 150 primeras carpetas familiares del Programa de Medicina General Familiar del Consultorio La Reina que se inició en Abril de 1982. La información proviene de la primera versión de la ficha familiar integrada y corresponde a 185 familias, con un total de 814 personas. Representan el 20% del total de familias incorporadas al programa hasta Julio 1983. El período de observación se ubica en el 2º semestre de 1982.

Se consideró el 100% de los problemas registrados por el médico y los demás integrantes del equipo de salud durante el período en estudio. Se utilizó la Clasificación Internacional de la OMS para agrupar la morbilidad, con un total de 193 causas. No se consideró la patología gineco-obstétrica por no estar incluida en la carpeta familiar. Se deja constancia de las limitaciones metodológicas de este tipo de estudio que sólo considera la demanda satisfecha por las instituciones de salud y está sujeto a los problemas habituales de registro.

Resultados:

El perfil de morbilidad con enfoque individual sigue en, términos globales, la tendencia observada en la población general que acude al Consultorio (Tabla 1). En el caso de los adultos llama la atención la diferencia que se aprecia en la posición relativa que ocupa cada diagnóstico en las consultas del programa y del Consultorio. Al reagrupar los diagnósticos más frecuentes se encuentra una semejanza mayor con lo descrito por autores nacionales.

La predisposición a consultar y la concentración por etapa del ciclo vital presenta variaciones importantes con respecto al promedio.

Perfil de morbilidad con enfoque familiar. Se relaciona la morbilidad de las personas estudiadas con el ciclo vital individual y familiar. Para ello se categorizan las familias y sus integrantes según la etapa del ciclo vital en que se encuentran (Tabla 2). Se clasifican los problemas detectados en la ficha familiar de acuerdo a su repercusión en la salud familiar.

Se distingue entre problemas de morbilidad individual (con mayor o menor implicación en la vida familiar) y problemas específicos de salud familiar. En esta última categoría se ubican los socio-económicos y los de dinámica familiar. Se presenta un cuadro global en el cual se describen las familias estudiadas de acuerdo a los criterios mencionados.

Se destaca su aporte dentro de una línea de investigación destinada a buscar parámetros empíricos que describan la salud como un concepto grupal.

TABLA I
CONSULTAS DE MORBILIDAD DE LA POBLACION DE 0 A 14 Y 15 AÑOS Y MAS
CONSULTORIO LA REINA Y PROGRAMA MEDICINA GENERAL FAMILIAR, 1982.

DISTRIBUCION PORCENTUAL

Patologías	Población de 0 a 14 años		Población de 15 años y más	
	Cons. La Reina (n = 1425)	Programa (n = 635)	Cons. La Reina (n = 1638)	Programa (n = 663)
I Infecciosas y parasitarias	16,3	13,1	6,5	5,3
II Tumores	—	0,6	0,4	0,6
III Endocrino metabólicas	3,5	5,2	6,5	4,8
IV Sangre y org. hematopoyéticas	1,5	1,4	0,5	1,5
V Trastornos mentales	3,0	5,2	12,0	16,7
VI Sistema nervioso y órganos de los sentidos	7,0	6,8	5,2	6,9
VII Ap. circulatorio	0,1	—	17,0	7,9
VIII Ap. respiratorio	44,1	38,1	12,0	12,1
IX Ap. digestivo	2,8	4,9	7,8	9,0
X Ap. génito-urinario	2,5	3,5	8,4	7,8
XI Embarazo, par. o y puerperio	0,7	—	1,0	2,4
XII Enf. piel y celular subcutáneo	6,3	6,6	4,1	5,7
XIII Sist. osteoarticular	2,3	4,3	10,6	13,4
XIV Anomalías congénitas	0,5	1,1	0,0	0,5
XV Mort. y morb. perinatal	0,1	—	—	—
XVI Síntomas y signos mal definidos	6,9	7,4	4,5	3,6
XVII Traumatismos y envenenamientos.	2,4	1,8	3,5	1,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

T A B L A 2

DESCRIPCION DE LAS 185 FAMILIAS EN ESTUDIO SEGUN CICLO VITAL
INDIVIDUAL Y FAMILIAR. PROGRAMA MEDICINA GENERAL FAMILIAR
CONSULTORIO LA REINA - 1982

CICLO VITAL						
FAMILIAR			INDIVIDUAL			
Etapa	Nº familias	o/o	Etapa	Nº Total		
I. <u>Formación</u>	3	1.6	3.2	Adolescente	2	
			4.1	Adulto joven	4	
				Total	6	
II. <u>Expansión</u>	II a	38	20.5	1	Incorporación	35
				2.1	Infancia temprana	10
				3.2	Adolescencia	4
				4.1	Adulto joven	56
				5.1	Senescente inicial	1
		Total	106			
	II b	60	32.4	1	Incorporación	31
				2.1	Infancia temprana	35
				2.2	Infancia tardía	73
				3.1	Adolescencia temprana	3
4.1				Adulto joven	99	
4.2				Adulto maduro	6	
5.2				Senescente	1	
	Total	248				
III. <u>Consolidación y</u> <u>Apertura</u>	84	45.5	1	Incorporación	15	
			2	<u>Infancia</u>		
			2.1	Infancia temprana	10	
			2.2	Infancia tardía	64	
			3	<u>Adolescencia</u>		
			3.1	Adolescencia temprana	67	
			3.2	Adolescencia	74	
			4	<u>Edad Adulta</u>		
			4.1	Adulto joven	152	
			4.2	Adulto maduro	59	
			5	<u>Senescente</u>		
			5.1	Senescente inicial	6	
5.2	Senescente	7				
	Total	454				
TOTAL	185	100			814	

68. ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE SALUD COMO ANTECEDENTE PARA UN PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA

Dra. María Inés Romero, Sr. Sergio Vargas, Stas. Gladys Avilés,
Sylvia Chicago, Angela Le-Bert y Srs. Gilberto González y Marco A. Guerrero
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Centro de Estudios
en Atención Primaria, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

El conocimiento de la frecuencia y causas de enfermedades en una comunidad y la forma en la cual los sistemas de salud responden a las demandas, constituyen elementos indispensables para proveer adecuadas soluciones y evaluar el impacto que éstas producen.

De las diversas fuentes para obtener información sobre los problemas de salud de la población la mejor la constituyen las encuestas de morbilidad y demanda que exploran en la población las características de la enfermedad; sin embargo, su costo y complejidad hacen que sea un procedimiento más bien de excepción.

Las encuestas de morbilidad tienen la ventaja de ser más representativas que las otras fuentes de información. Permiten establecer las características de la enfermedad en términos de frecuencia y tipo y explorar las necesidades totales de Servicios de Salud considerando tanto la demanda satisfecha como la deseada por la población pero no obtenida y las causas de no obtención. Asimismo, permiten estudiar características demográficas, sociales y culturales relacionadas con el proceso de producción de enfermedad y de prestación de atención médica.

Considerando estas ventajas para planificar y organizar las acciones de salud de una comunidad surgió la utilidad de aplicar esta metodología en la Comuna de Providencia, previamente a la apertura de un nuevo Consultorio.

Con este estudio se pretendió tener una visión de los problemas de salud y requerimientos de atención no solamente de la población beneficiaria del sistema de Servicios de Salud sino de toda la población de la Comuna.

Paralelamente con las características de la población residente, se estudió la situación de las asesoras del hogar y sus respectivos grupos familiares, los cuales aún cuando habitualmente residen en otras comunas son usuarios potenciales del nuevo establecimiento.

Considerando que tanto la morbilidad como la demanda de atención están condicionadas por diversos variables biodemográficas, se estimó conveniente incluir en este estudio información de esta naturaleza. Si bien es cierto que el censo de población entrega parte de esta información, ella no satisface las necesidades del estudio, ya que para establecer relaciones entre estas variables y las de salud, es necesario disponer de ellas conjuntamente para cada individuo.

Los objetivos generales fueron estudiar las características de la morbilidad y demanda de atención de la población de la Comuna de Providencia (familias de residencia habitual y temporal, como son el personal de servicio doméstico, choferes, jardineros, etc.), y establecer la demanda real y potencial de servicios de horario regular y su posible extensión de horario para atención privada y/o por convenios en horario vespertino.

El estudio se realizó en una muestra de familias de la comuna y de sus correspondientes asesoras del hogar, las cuales fueron sorteadas mediante un procedimiento sistemático, estratificado, bietápico. Se utilizó como unidad de muestreo la vivienda, y como marco de muestreo el plano detallado de la Comuna, el cual fué revisado y especificado en terreno, correspondiente al Censo 1982.

Se trabajó una muestra de 350 viviendas y 1.200 personas. Se definió este tamaño de muestra para que los resultados tuvieran un margen de error no superior al 10% y un rango de confianza del 95%.

Se procedió al muestreo, iniciándose para ocho distritos de los cuales se seleccionaron siete manzanas y de estas últimas se designaron siete viviendas, que constituyen la unidad de muestreo que correspondió a 350 en total.

La encuesta se dirigió a la dueña de casa o quién cumpliera la función de tal, con el fin de obtener la información de la familia. En la misma ocasión se encuestó al personal de servicio (asesoras, choferes, jardineros, etc.), para obtener la información sobre demanda potencial de su grupo familiar.

Los encuestadores fueron estudiantes de 5^o año de Medicina, seleccionados por su idoneidad los que recibieron adiestramiento específico y controlado, incluyendo una prueba de la encuesta en terreno.

Resultados

A fin de aportar con esta experiencia a otras investigaciones de campo, conviene destacar los problemas que se presentaron en el diseño y la ejecución y luego los hallazgos propiamente tales.

a) Problemas de diseño.

Para el diseño del marco muestral se requiere contar con datos básicos exactos. A pesar de haber tenido acceso a los datos censales del año la realidad en terreno era distinta lo que lentificó el proceso de diseño. Asimismo, la cuantía de información a indagar obligó a probar reiteradamente la encuesta en terreno a fin de conseguir la mayor claridad y sencillez en las preguntas.

b) De la Ejecución.

A pesar que las autoridades comunales difundieron entre la población la realización de la encuesta, ello no fué suficiente dificultando la recepción de los encuestadores. Las características de la vivienda en altura con "portero eléctrico" fué también un factor de dificultad al no existir comunicación personal con los habitantes. En estudios anteriores se demostró un rechazo de 14^o/o a las encuestas de salud en el sector Santiago Oriente, cifra que es superior en la comuna de Providencia, aduciendo falta de interés, falta de tiempo y falta de necesidad de servicios públicos de salud. Ello obligó a los encuestadores a utilizar al máximo su capacidad de persuasión, pero también a utilizar las viviendas alternativas asignadas previamente.

c) Resultados propiamente tales.

Los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados están siendo utilizados para reajustar los programas de salud y los programas sociales en función de las necesidades detectadas.

Entre los hallazgos está la existencia de sectores de "gran pobreza", y de "pobreza disfrazada" en esta Comuna, así como una proporción importante de viviendas con 1 solo o 2 habitantes, en general ancianos. Los resultados han permitido reorientar los programas, lo que puede resumirse en 1) Refuerzo del programa de adultos y senescentes. 2) Implementación de mecanismos de control por enfermería (toma de presión). 3) Refuerzo de las actividades de visita domiciliaria. 4) Mayor coordinación con las instituciones de ayuda social.

69. ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS DE MORBILIDAD CONSULTORIO LA REINA - 1982

Dr. Ramón Florenzano
(División de Ciencias Médicas Oriente y Centro de Estudios en Atención Primaria
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La hipótesis que sustenta la implementación de un Programa de Medicina General/Familiar dice relación con el impacto que este enfoque provocaría en beneficio de la salud de los individuos y sus familias. Se presenta como una alternativa deseable, pero que debe probar su relevancia demostrando que efectivamente lo que se propone hacer modifica en forma significativa la situación inicial.

El impacto del programa se deriva tanto de las acciones médicas propiamente tal, como el proceso de educación continua y de consejería familiar que caracterizan este tipo de atención. Para evaluar un proceso tan complejo como éste, es útil comenzar con la medición de un hecho de carácter terminal que se sabe es el resultado de una cadena de sucesos anteriores cuya secuencia es conocida. Esto permite a partir del conocimiento de un hecho sacar conclusiones generales sobre el comportamiento de un conjunto de ellos. En el supuesto que la hipótesis señalada anteriormente es verdadera, se debería operar, en el mediano y largo plazo, un cambio en el perfil de consultas (hecho terminal); ya sea que disminuya cierto tipo de consultas o aumenten otras. Inclusive, debieran aparecer nuevos motivos de consulta más relacionados con la dinámica familiar.

En el presente trabajo se describe la estructura de las consultas de morbilidad de adultos y niños efectuados en el Consultorio La Reina del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, donde se ha implementado un programa de Medicina General/Familiar (Abril 1982). Su objetivo es disponer de un diagnóstico descriptivo de la situación inicial que permita en evaluaciones sucesivas afirmar o rechazar la hipótesis de trabajo. Es el primer paso de una línea de investigación que conduzca en el futuro, por una parte, a la evaluación específica del programa del Consultorio La Reina, y por otra, a la definición de lo que podría esperarse fuera, el perfil de consultas de morbilidad característico de un programa de Atención de Salud General/Familiar en el nivel primario de atención, en una localidad urbana como la Comuna de La Reina.

El universo en estudio es el total de consultas médicas efectuadas entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 1982. La información se obtuvo de las hojas de informe diario del médico. Se escogió una muestra aleatoria sistemática del 9,30% (3.453 consultas). No se incluyeron las consultas gineco-obstétricas.

Las variables analizadas fueron edad, diagnóstico, mes en que se efectuó la consulta y ciclo vital individual. Por problemas de registro no se consideró el sexo del consultante ni la condición de consulta nueva o repetida.

Para la codificación de la morbilidad se tomó la Clasificación Internacional abreviada de 17 grupos de causas. Cada grupo se abrió teniendo presente el listado de las 999 enfermedades de la Clasificación. Internacional y la experiencia personal de los médicos que integraron el grupo de trabajo. Esto dió origen a una lista con 193 causas.

La información se presenta desde tres perspectivas diferentes:

- a) la presentación habitual separando adultos y niños, de acuerdo al listado antes enunciado (Tabla 1) y los diagnósticos de mayor frecuencia.
- b) presentación de acuerdo a las etapas del ciclo vital de los consultorios (Tabla 2) y
- c) en relación a la posibilidad de llevar a cabo acciones preventivas o de porteción.

Se discute las ventajas y desventajas de cada una y se postula que el uso de una combinación razonable de los tres enfoques favorece una visión más dinámica del fenómeno en estudio.

T A B L A 1

ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS INFANTILES Y DE ADULTOS SEGUN GRUPO DE CAUSAS. CONSULTORIO LA REINA, 1982

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CONSULTAS 1982				
GRUPO DE CAUSAS		0 - 14 AÑOS	15 y + AÑOS	TOTAL
		n = 1780	n = 1673	n = 3453
I	Infecciosas y parasitarias	13,0	6,4	9,8
II	Tumores	-	0,4	0,2
III	Endocrinas y nutricionales	2,8	6,3	4,5
IV	Sangre y org. hematopoyéticos	1,2	0,5	0,8
V	Trastornos mentales	2,4	11,8	7,0
VI	Sistema nervioso y org. sentidos	5,6	5,1	5,4
VII	Ap. circulatorio	0,1	16,7	8,1
VIII	Ap. respiratorio	35,3	11,7	23,9
IX	Ap. digestivo	2,2	7,6	4,8
X	Ap. génito Urinario	2,0	8,2	5,0
XI	Complic. embarazo, parto y puerperio	0,6	1,0	0,8
XII	Piel y celular subcutáneo	5,1	4,0	4,5
XIII	Sist. osteo articular y conjuntivo	1,9	10,4	6,0
XIV	Anomalías congénitas	0,4	0,0	0,2
XV	Mort. y Morb. Perinatal	0,0	-	0,0
XVI	Mal definidos	5,5	4,4	5,0
XVII	Traumatismo y envenenamientos	1,9	3,5	2,7
XVIII	Clasif. suplementaria: Sano	3,4	1,7	2,6
	Control Salud	16,3	0,0	8,4
	Ingreso a F medicina familiar	0,3	0,3	0,3
TOTAL		100	100	100

T A B L A 2
ETAPAS DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL

ETAPA	COMIENZA	TERMINA
1.- Incorporación	nacimiento	23 meses
2.- Infancia		
2.1 Infancia temprana	2 años	4 años
2.2 Infancia tardía	5 años	11 años
3.- Adolescencia		
3.1 Adolescencia temprana	12 años	14 años
3.2 Adolescencia	15 años	18 años
4.- Edad Adulta		
4.1 Adulto joven	19 años	44 años
4.2 Adulto maduro	45 años	64 años
5.- Senescencia		
5.1 Senescente inicial	65 años	74 años
5.2 Senescente	75 años	fallecimiento

70. EXPERIENCIA EN SALUD RURAL DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO POR LOS CANALES DE CHILOE Y AYSÉN A BORDO DEL BUQUE MÉDICO DENTAL 111 CIRUJANO VIDELA

Dr. Marco Anabalón, Enf. Patricio Belmar, Dr. Héctor Fernández, Dr. Mauricio Carrasco V.
y Matr. Máximo Homann
(Equipo de salud del Buque Médico Dental 111 "Cirujano Videla" y Universidad de Concepción)

La dispersión geográfica y el alto grado de aislamiento que se presentan en la X y XI regiones hace, para la población que habita estas regiones, que el concurrir a centros asistenciales sea difícil y altamente oneroso. Por estos motivos se hace necesario que un equipo de salud visite periódicamente a los habitantes de las distintas islas que forman los archipiélagos de Chiloé, Aysén y la zona de Bajo Palena. Esta necesidad motivó que, en Junio de 1982, se firmara un Convenio Tripartito entre la Universidad de Concepción, el Ministerio de Salud y la Armada de Chile, cuyo principal objetivo es mejorar la efectividad de los Programas Ministeriales de Salud, mediante actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en comunidades de extrema pobreza, alto grado de aislamiento y, por ende, con bajo niveles de salud. Por ello la idea era que el personal embarcado en la nave Cirujano Videla se constituyera en gran medida en uno de los pilares de la atención rural de los hospitales-base de las citadas regiones.

Para cumplir con el objetivo anteriormente señalado se embarcó un equipo multidisciplinario en el Buque Médico Dental 111 "Cirujano Videla" de la Armada de Chile, el que fue implementado con los elementos necesarios para una integral atención de la población; a ello debemos agregar el aporte permanente de fármacos, insumos e instrumental de los Servicios de Salud de la X y XI regiones.

Esta Unidad asiste a un total de 28 postas rurales ubicadas en diferentes islas de las mencionadas regiones, las que se encuentran atendidas por un auxiliar rural. Tales postas constituyen la base de sistema de trabajo del B.M.D. 111.

El buque cuenta con un itinerario de cinco días a la semana, asistiendo a una isla diferente cada día, desplazándose al atardecer o en la noche a la próxima isla. Cada semana del mes, el área de operaciones de la unidad es diferente, volviendo a repetirse el ciclo en las mismas zonas el próximo mes.

Durante el período comprendido entre Julio de 1982 y Marzo de 1983, se hicieron un total de 82 visitas a postas distribuidas en las distintas islas, ocupando un total de 2.331 horas. De ellas se ocuparon en atención en postas un 73,80% (1.680 Horas) y el restante 26,20% del tiempo (644 Horas) se empleó en 6.931 millas de navegación.

En el mencionado período se realizaron un total de 16.294 atenciones de salud, las cuales se distribuyen según se indica en la tabla 1.

T A B L A 1
DISTRIBUCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
SEGUN PROFESIONAL DEL EQUIPO MEDICO-DENTAL
B. M. D. 111 "CIRUJANO VIDELA"
(JULIO DE 1982 A MARZO DE 1983).

PROFESIONAL	NUMERO	o/o
MEDICO	1.548	9.50
MATRON	1.837	10.93
ENFERMERO	3.460	21.23
DENTISTA	9.499	58.34
TOTAL	16.294	100.00

71. EXPERIENCIA DE MONITORES DE SALUD EN EL PLAN ESPECIFICO DE SALUD RURAL DE ÑUBLE

Enfs. Marcela Castro y Haydée Concha y Dr. Héctor León.
(Departamento de Salud Rural, Servicio de Salud Ñuble)

El Plan Específico de Salud Rural es un estrategia diseñada por el departamento de Salud Rural Ministerial con los siguientes objetivos: ampliar la cobertura de salud e impactar en los índices biodemográficos de las zonas rurales que se encuentran más deterioradas en relación a su Servicio de Salud y el país.

Las comunas del Plan Específico de Salud Rural de Ñuble en 1982 (El Carmen, Yungay y Niquén) presentaban en su diagnóstico: 1) falta de establecimientos de atención primaria e imposibilidad de dotación de ellos en un corto plazo; 2) vacíos de cobertura de las acciones de salud; 3) escasa participación de la población en la solución de su problemas de salud dentro del sistema moderno de atención.

Frente a ésto se plantearon objetivos y acciones a realizar; una de ellas fue la formación de monitores de salud, estrategia que ha resultado altamente provechosa y de utilidad para los equipos locales de Salud.

Se han capacitado a la fecha 91 monitores en las comunas del El Carmen, Yungay, Niquén y San Fabián.

Desarrollo de la Experiencia

Se definió un programa de captación de monitores de salud que se envió a los equipos locales para su aplicación.

Se solicitó a los Alcaldes de las comunas prioritarias del PLESAR (El Carmen, Yungay y Niquén) la captación de personas que cumplieran con los requisitos propuestos, lo que se hizo a través de las asistentes sociales de las Municipalidades y de los Directores de Escuelas, seleccionando a 2 personas por sector o área geográfica previamente determinada.

La selección propiamente tal estuvo a cargo del equipo de salud del nivel local; para la selección se utilizó la técnica de la entrevista, previa presentación de los antecedentes que indicaron que la persona reunía los requisitos.

Las clases fueron impartidas por los profesionales y auxiliares de posta de cada hospital, totalizando 24 docentes en los 3 cursos. Se utilizaron métodos activos de enseñanza tales como clases con demostración, trabajo de grupo, etc.

Al finalizar el curso cada monitor formado recibió una credencial de monitor, diploma de competencia y el Manual del Monitor; estos documentos fueron elaborados por el Depto. de Salud Rural y el Depto. de Programas de las Personas y son utilizados permanentemente en el trabajo de los monitores. El programa ha sido modificado de acuerdo a la experiencia de 1 año de trabajo y se ha agregado un tema de Primeros Auxilios y otro de Desarrollo Comunitario.

Al término de la capacitación se designó un profesional miembro del equipo básico de salud rural a cargo del trabajo de los monitores; las experiencias han sido diferentes, pero en general los monitores se han dividido una determinada área geográfica y visitado a todas las familias de ese sector. En El Carmen cada monitor tiene un croquis de su área con señalización de sus familias. A medidas que las actividades aumentaban y también a que la Municipalidad de Yungay y El Carmen contrataron a estos monitores por el PEM se implantó una Hoja de Registro Mensual y una Hoja de Referencias del Monitor, las cuales están siendo usadas por ellos sin mayores dificultades. Esto ha permitido hacer una evaluación del total de las acciones realizadas por los monitores en los años 1982/1983. (Tabla 1).

Los Monitores tienen reuniones de trabajo cada 15 días o 1 mes con el profesional coordinador, en la cual entregan sus estadísticas, se comparten experiencias y se entregan nuevas tareas.

TABLA 1
ACTIVIDADES DE MONITORES DE SALUD

	1982		MARZO 1983			Totales
	Yungay	ElCarmen	Yungay	ElCarmen	Ñinquen	
Visitas domiciliarias integrales	—	798	4	—	—	802
Citación de niños inasistentes a control	221	50	43	88	—	402
Inasistentes a control desnutridos	9	15	1	—	—	25
Embarazadas derivadas por parto	7	10	—	—	—	17
Citación embarazada inasistentes a control	23	15	—	9	—	47
Pesquisa de recién nacidos y puerperas	—	5	—	—	—	5
Pesquisa de embarazadas	—	—	3	—	—	3
Encuestas familiares	632	—	—	—	—	632
Visitas por saneamiento básico	103	—	273	399	10	785

72. DOCENCIA DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION EN SALUD EN EL CICLO BASICO DE LA CARRERA DE MEDICINA: UN ESTUDIO DE CASO

Drs. Ramón Florenzano, Matilde Maddaleno, María Inés Romero,
Sra. Nina Horwitz, Srta. María Teresa Figueras
(Facultad de Medicina, División Oriente, Universidad de Chile)

La necesidad de enfrentar el desafío planteado por la OMS de otorgar atención para todos en el año 2000 se pretende implementar a través de una estrategia de priorizar la atención primaria en salud. Esta estrategia se ve limitada por la tendencia a la sub- y super especialización, tendencia que se ve fomentada por el sistema actual de formación de médicos. Chile tenía en 1976 el más alto índice de médicos especializados en América Latina y el más bajo de médicos generales. La docencia médica tradicional está centrada en el hospital, en la enseñanza especializada y en el modelo de enfermedades agudas.

En los últimos años nos hemos interesado en la División de Ciencias Médicas Oriente de la Facultad de Medicina, en buscar modelos alternativos de docencia y atención médica, que permitan considerar al individuo sano y enfermo en su contexto familiar y comunitario. Para ello se han organizado distintos programas en colaboración con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y con el patrocinio de la Fundación W.K. Kellogg.

Las actividades a realizar las hemos planificado a nivel de pregrado, ya que creemos que si no se modifica la situación antes descrita, no se contará con recurso humano, con actitudes adecuadas en el futuro. Los aspectos psicosociales de la atención médica son tratadas en la carrera en el ciclo clínico en asignaturas tales como Psiquiatría y Salud Pública con un impacto variable según las aproximaciones de cada Facultad o División. Sin embargo, muchas de las actitudes que a posteriori se traducirán en una deshumanización del actual médico se siembran en el ciclo básico con un énfasis excesivo en la formación biomédica.

En el año 1983 hemos desarrollado un Curso Integrado de Introducción a la Atención Primaria, que se extiende a lo largo del año, utilizando el horario habitualmente asignado a Psicología y Sociología Médicas. El objetivo general del curso es que los alumnos conozcan desde temprano y desarrollen una actitud positiva hacia la Medicina General y la Atención Primaria, y despertar tempranamente la orientación hacia el servicio de la persona humana que conlleva la profesión médica.

El trabajo describe la estructura y formato del curso y sus aspectos innovativos, entre los cuales merecen destacarse:

1.— El foco temático en la Familia como el contexto de las acciones de Salud, y en el Ciclo Vital del individuo y la familia.

2.— La docencia realizada por un equipo de docentes jóvenes de distintas especialidades clínicas que se desempeñen en Atención Primaria (medicina interna, pediatría, gineco-obstétrica, neurología, psiquiatría y salud pública), representan un modelaje alternativo al experimentado hasta ahora (docentes científicos básicos, muchas veces no médicos).

3.— Docencia experiencial en pequeños grupos, en un formato de Grupos T dirigidos por un psiquiatra y en grupos D dirigidos por dos monitores (un médico y un científico social).

4.— Uso mínimo de la clase expositiva, y apoyo audiovisual con video o diaporamas preparados por el mismo equipo docente o de películas seleccionadas sobre etapas del ciclo vital ("Gente como uno" — "Los años dorados").

La evaluación del primer semestre ha sido realizada mediante evaluaciones formativas de cada unidad mediante pre y post test. La tabla 1 muestra la variación de conocimientos de la Unidad de Familia. Se realizó además una encuesta de opinión de los alumnos que revela que el 80% de los estudiantes insisten en la utilidad de ambas experiencias grupales, así como el uso de apoyo audiovisual. Tanto las clases teóricas como el material bibliográfico son jerarquizados como menos estimulantes. La tabla 2 presenta el temario de contenidos del curso según interés y relevancia asignada por los alumnos. El trabajo concluye discutiendo las posibilidades de medición en el mediano y largo plazo de actividades de este tipo.

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS. UNIDAD DE FAMILIA

Escala de Notas	Pre-Test (n = 60) o/o	Post-Test (n = 62) o/o	o/o de variación del número de alumnos en cada tramo de notas
– 4,0	50	–	– 100 ^o /o
4,0 – 5,0	36	6	– 69 ^o /o
5,1 – 6,0	12	32	+ 48 ^o /o
6,1 – 7,0	2	62	+ 95 ^o /o
TOTAL	100	100	

T A B L A 2

TEMARIO DEL CURSO SEGUN INTERES Y RELEVANCIA. 1er SEMESTRE

1.– Entrevista	90,4 ^o /o
2.– Sexualidad	84,0 ^o /o
3.– Adolescencia	81,0 ^o /o
4.– Embarazo	81,0 ^o /o
5.– Senescencia y muerte	73,0 ^o /o
6.– Mujer adulta	71,0 ^o /o
7.– Adulto joven y medio	67,0 ^o /o
8.– Pre-escolar y escolar	60,0 ^o /o
9.– Factores de desarrollo y estructuración de la personalidad	59,0 ^o /o
10.– Recién nacido y lactante	57,0 ^o /o
11.– Estructura y dinámica familiar	54,0 ^o /o
12.– Ciclo vital familiar	44,0 ^o /o
13.– Normalidad-Anormalidad	22,0 ^o /o

73. EL TRASPASO DE LOS ESTABLECIMIENTOS A LAS MUNICIPALIDADES EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

Dr. Jorge Muñoz
(Departamento de Programa de las Personas, Servicio de Salud
Metropolitano Occidente)

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente cuenta con establecimientos traspasados a las Municipalidades en 9 de las 14 Comunas que lo componen.

En este traspaso sólo se incluyeron establecimientos que brindan Atención Primaria (Postas y Consultorios).

De un total de 939.180 habitantes de nuestro Servicio la población involucrada llega a 232.356 habitantes, de las cuales 167.647 son adultos y 64.709 menores de 15 años.

De éstos, 110,729 son habitantes de la Provincia de Talagante y Melipilla distribuidos en 7 de sus 8 Comunas; sólo hace excepción Curacaví correspondiente a la provincia de Melipilla en donde no contamos con establecimientos traspasados. Los 121.627 restantes corresponden a las Comunas de Pudahuel y Quilicura, lo que corresponde a un 24.74% del total.

La mayoría absoluta de los establecimientos traspasados están ubicados en el Gran Santiago, encontrándose fundamentalmente en las provincias de Melipilla y Talagante y especialmente en sus sectores rurales. Son un total de 40 establecimientos desglosados de la siguiente forma: 14 estaciones rurales; 22 postas rurales; 2 consultorios rurales y 2 Consultorios Generales Urbanos. Estos últimos se encuentran ubicados en las Comunas de Pudahuel y Quilicura.

El proceso prácticamente se inició a contar de enero de 1982.

Las evaluaciones practicadas en relación a las actividades realizadas por dichos establecimientos y llevados a cabo por nuestro Servicio permiten afirmar que ha habido un incremento claro de los recursos de todo tipo en el ámbito de acción de los traspasados; es así como han aumentado los recursos físicos, humanos y financieros. Esto ha ido aparejado con un aumento de las actividades realizadas en relación con las que se llevaban a efecto antes del traspaso; mejorando la cobertura de población y la calidad de la atención al traspasar la realización de algunas actividades (atención de morbilidad entre otras) desde no profesionales a profesionales.

Consultas y controles en todos los Programas:

INSTRUMENTO	AÑO 1981	AÑO 1982	% VARIACION
Médico	111.351	189.239	+ 69.95
Enfermera	51.420	86.019	+ 67.29
Matrona	52.825	66.840	+ 26.53
Nutricionista	7.404	20.339	+ 174.70
Auxiliar	59.434	39.059	- 34.28

Estas cifras dejan de manifiesto lo anteriormente expuesto.

El Servicio ha estado constantemente preocupado del quehacer en esos establecimientos supervisando, evaluando y controlando periódicamente sus actividades en salud velando porque se cumplan las normas técnicas emanadas del Nivel Central. Esto ha sido favorecido por la gran receptividad encontrada de parte de las autoridades municipales y el alto interés demostrado por mejorar todo el procedimiento.

En resumen el balance general del proceso hasta el momento es favorable tanto desde el punto de vista de la población beneficiaria como del equipo de salud.

74. INTERRELACION ENTRE CONSULTORIO PERIFERICO Y SERVICIO DE URGENCIA EN ATENCION PEDIATRICA

Dra. Inés Salas, Srta. Priscilla Prado, Srs. Eugenio Pineda, Alfonso Pola, Roberto Postigo y Claudio Wainstein G.

(Departamento de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En el Sistema Nacional de Salud, la atención médica está sectorizada y organizada en niveles de complejidad, siendo el más importante el nivel de atención primaria representado estructuralmente por consultorios, postas rurales y servicios de urgencia. La atención médica otorgada en servicios de Urgencia pediátricos en zonas urbanas está básicamente destinada a resolver oportunamente problemas de salud que ponen en peligro inminente la vida del niño o que pueden producir daño permanente de no ser resueltos con prontitud. En cambio, la atención médica infantil otorgada en consultorios periféricos se centra en acciones de fomento y protección específica y acciones de recuperación de la salud para problemas frecuentes y de poca complejidad. Estas dos estructuras complementan sus servicios de salud pero no se reemplazan mutuamente: el consultorio no está generalmente implementado para atender urgencias, ni viceversa. Sin embargo en la práctica pareciera que, al menos en la Región Metropolitana, los Servicios de Urgencia Pediátricos resuelven y en forma creciente problemas de salud de pacientes que debieran recurrir a los consultorios periféricos. Por eso nos ha parecido interesante explorar algunos aspectos de la interrelación, en materia de morbilidad infantil, entre un consultorio periférico y el servicio de urgencia correspondiente.

El objetivo de esta investigación fue estimar qué porcentaje de las consultas proporcionadas en un mes, en el Servicio de Urgencia del Hospital Luis Calvo Mackenna a niños residentes en el sector geográfico del consultorio La Faena del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, corresponden ser atendidas en el consultorio señalado. De 10.337 consultas pediátricas de urgencia otorgadas en noviembre de 1981, se tomó una muestra mediante muestreo sistemático del 20% ($n = 2.077$). De los 2.077 boletines fueron descartados 12 que carecían de dirección. Los 2.065 boletines con domicilio fueron revisados y se separaron 189 que tenían direcciones pertenecientes al sector geográfico de La Faena de acuerdo con un listado exhaustivo de todas las calles del sector con su correspondiente numeración.

Posteriormente con los nombres de los niños del boletín se revisó exhaustivamente el kardex de la Unidad de Estadística del consultorio La Faena y se observó que 119 consultas de urgencia presentaban registro en el kardex y ficha clínica obtenible en el consultorio. Existían además 11 consultas que figuraban en el kardex, pero no se pudo ubicar las fichas clínicas respectivas y algunos eran trasladados a otros sectores. De las 59 restantes no se encontraron indicios en consultorio.

Se revisaron las 119 fichas clínicas para precisar si cada niño había consultado previamente en La Faena antes de acudir al Servicio de Urgencia; se consideró que sí cuando había registro de consulta de morbilidad hasta dos semanas antes de la consulta de urgencia. Solamente 10 (8,4%) estaban en esa situación, de los cuales 4 constaba que habían sido referidos al servicio de urgencia (3,4%) y de ellos sólo 1 fue hospitalizado en este servicio. De los 115 no referidos, 7 consultas de urgencia fueron hospitalizados y 108 fueron atendidos ambulatoriamente. La frecuencia de hospitalización de las 119 consultas de urgencia que tenían ficha en consultorio fue de 6,7%.

De las 108 consultas de urgencia que no habían sido hospitalizadas ni referidas del consultorio, 25 eran de cirugía por lo tanto difícilmente podrían haber recurrido al consultorio para resolver su patología y las 83 restantes eran de medicina. Se revisaron los diagnósticos de los boletines de urgencia y se clasificó como urgencia médica toda la patología que requería atención dentro de las 24 horas, como, por ejemplo, diarrea aguda con deshidratación, laringitis, etc. De las 83 consultas de urgencia de medicina, 14 se clasificaron como urgente, 67 como no urgentes (ejemplo sarna, resfrío, etc.) y 2 como ignorados por ilegibles.

En resumen, de las 119 consultas otorgadas en el servicio de urgencia a niños con ficha clínica en el consultorio La Faena estimamos que 50 correspondía ser resuelta en el Servicio de Urgencia y está dada por la suma de 4 casos referidos desde el consultorio, 7 hospitalizados que no habían sido referidos, 25 casos quirúrgicos y 14 casos clasificados como urgencia médica y que no habían sido referidos. Las 69 consultas restantes (58,0%) podrían haber sido abordadas en consultorio, con una atención más integral y continuada.

De los resultados de esta investigación surge la inquietud de conocer por qué hay niños que residiendo en el sector geográfico del consultorio no recurren a éste y sí al Servicio de Urgencia. Se trata de una cifra importante como es un tercio de las consultas del Servicio de Urgencia. La segunda interrogante que aparece es por qué niños inscritos y con ficha en el consultorio recurren al Servicio de Urgencia a solicitar atención que debieran pedir en el consultorio.

Creemos que por la importancia que tiene el nivel de atención primaria es indispensable profundizar las interrogantes planteadas a futuro.

**75. ATENCION MEDICA EN EL CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES.
HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE, CONCEPCION:
UN ENFOQUE DESDE LA PERSPECTIVA DEL CONSULTANTE . 1983**

Dr. Cedric Sanhueza
(Unidad de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

A través de 85 encuestas de opinión se analiza la atención médica durante Mayo de 1983, un 57,7^o/o fueron mujeres y 42,3^o/o hombres; adultos 61,2^o/o, 20^o/o menor de 15 años y 18,8^o/o mayor de 65 años.

En cuanto a previsión: Ley 10.383 58,8^o/o FONASA 9,4^o/o ISAPRES 2,3^o/o sin previsión 29,4^o/o.

Con residencia a menos de 20 km. 61,2^o/o, entre 20 y 90 km. 28,2^o/o y 10,6^o/o a más de 90 km. A menos de 20 km. usa movilización colectiva 76,9^o/o; 13,5^o/o a pie, taxi 5,8^o/o. Entre 20 y 90 km. un 87,5^o/o usa movilización colectiva y 4,2^o/o ambulancia. A más de 90 km. el 66,7^o/o usó locomoción colectiva y tren 33,3^o/o.

Procede del Servicio Salud Concepción-Arauco 74,13^o/o; de Talcahuano 16,4^o/o, de Bío-Bío 5,88^o/o, de Chillán 3.52^o/o.

Concurre a control indicado por médico del Consultorio 54,11^o/o, espontáneamente 2,35^o/o y por indicación de una persona ajena al Sistema de Salud 7,05^o/o.

Obtiene consulta por trámite personal o de acompañante 70,58^o/o; de ellos 14,12^o/o viene en interconsulta. El sistema de derivación establecido corresponde a 17,6^o/o de las consultas.

Consulta por primera vez, en 1983, 48,23^o/o; segunda 17,64^o/o; tercera 8,23^o/o; cuarta 15,29^o/o y sexta 1.17^o/o.

Solicitó consulta el día de la atención 9,41^o/o; 1 a 2 días antes 2,35^o/o; 2 a 7 días 10,58^o/o; 15 a 30 días 31,76^o/o; 30 a 60 días 22,35^o/o; 60 a 90 días 9,4^o/o y con más de 90 días 3,52^o/o. De los pacientes en interconsulta 81,81^o/o solicitó consulta más de 7 días antes. Estaban conformes por la espera entre la solicitud y la atención 82,35^o/o. El tiempo promedio de espera el día de atención fue de 128,64 minutos con un rango entre 76 y 170 minutos.

Esperas hasta de 60 minutos es calificada como "poco" por 100^o/o entre 60 minutos y 135 minutos califica de "regular" 57,14^o/o a 68,75^o/o; sobre 135 minutos califica como "mucho" 12,5^o/o a 45,5^o/o. Manifiesta perjuicio por espera 24,71^o/o de ellos y sufre alteración del horario del hogar 47.61^o/o. Incómodo en la espera 17.65^o/o; de ellos 60^o/o fue por frío en la sala de espera.

Asiste acompañado de adultos 40^o/o, de niños 4,7^o/o, de ambos 3.52^o/o; sólo 51.76^o/o. La imposibilidad de abandonar al menor y la costumbre de acudir acompañado son señalados por 43,9^o/o y 26,19^o/o respectivamente.

El 98,82^o/o está conforme por la atención recibida; la buena atención médica y el buen trato humano son causas expresadas por el 46,42^o/o y 26,09^o/o.

Se indicó tratamiento medicamentoso en un 74,11^o/o; dió las indicaciones el médico al 96.82^o/o y todos manifestaron haberlas entendido.

Autocalifica su estado de salud "bueno" un 44,7^o/o, como "regular" 35,29^o/o y como "malo 20^o/o. Recibió indicación de nueva consulta en la misma especialidad 67,05^o/o, alta a su casa 14,11^o/o, regresar a policlínico de origen 4,7^o/o, solicitar consulta en otra especialidad 4,7^o/o; retirar lentes 4,7^o/o hospitalización 3,52^o/o; concurren a Asistente Social 1.17^o/o.

Se evidenció atención en pacientes provenientes de los 4 Servicios de Salud de la VIII Región y una baja utilización del sistema de derivación establecido por pacientes en interconsulta.

REFERENCIAS:

- 1) Medina. Elementos de Salud Pública; Edit. Andrés Bello 1978.
- 2) Paul A Sommers: "Participación activa de los Consumidores en el Sistema de Prestación de Servicios de Salud: Una evaluación de la satisfacción de los pacientes". Bol. Of. San. Panam. 94 N° 1, 1983.

76. RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA SALA DE HOSPITAL

Alejandro Goic, E. Cordella, L. Aravena y A. Repetto
(Departamentos de Medicina y de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

El objetivo general de la presente investigación fue evaluar las actitudes y conductas del médico en la sala de hospital y la percepción del paciente que inciden en una buena relación médico-paciente.

El estudio se realizó en el Servicio de Medicina del Hospital Salvador entre los meses de junio a septiembre de 1983. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Pauta de observación de la conducta médica (23 ítem); Escala Lickett (26 ítem) y cuestionario a los enfermos. La pauta de observación fue aplicada a 4 médicos tratantes de 4 sectores de 2 salas del Servicio durante 5 días consecutivos de una semana; la Escala Lickett y cuestionarios se aplicaron a 61 pacientes hospitalizados en 4 salas del Servicio que estuvieron 6 o más días hospitalizados.

La actitud médica y percepción de ella por los pacientes fue registrada con los instrumentos en 4 niveles (muy bueno, bueno, insatisfactorio y deficiente). Cada ítem de la pauta de la Escala Lickett se le asignó un puntaje según calificación señalada.

En el ítem "respecto de la pauta de observación" el médico alcanzó un nivel bueno sólo en el 35,50% de las observaciones. Se encontró un grado de participación consciente en el enfermo en un 270% de las observaciones y una comunicación efectiva buena o muy buena en el 38,50%.

La percepción del paciente en relación a empatía, congruencia y respeto fue de nivel muy buena en el 81,90%; 80,30% y 91,80%, respectivamente, en tanto que al incondicionalidad fue buena o muy buena el 720%.

En promedio el 900% de los enfermos ve características positivas en su médico (trabajador, gentil, correcto, cordial, franco); el resto opina que es desconfiado, frío, apurón, enojón, creído, etc.

Al consultar por las características del médico ideal las respuestas incluyen características propias de toda relación humana en el 91,60% (que escuche, comprenda, trate bien, dé confianza, atienda, etc.); que el médico le dé salud el 250%; "que sea como el interno" el 100%; que sea técnicamente competente el 600%.

Se concluye que existe una diferencia entre la relación médico-paciente observada y el modo como la percibe el enfermo. Aquella fue deficiente en la mayoría de los casos, mientras que ésta fue de nivel muy bueno mayoritariamente. La percepción encubierta se acercaría más a la realidad de las conductas médicas observadas.

Los pacientes aspiran relacionarse con un médico más humano que técnico.

77. LA CIRUGIA EN CHILE: RECURSOS DISPONIBLES Y OPERACIONES MAS FRECUENTES

Drs. Attila Csendes, Ernesto Medina y Ana María Medina
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile J. J. Aguirre
y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El tratamiento quirúrgico constituye uno de los elementos terapéuticos más importantes de la medicina moderna. Los progresos en el cuidado preoperatorio, en los procedimientos quirúrgicos, el período postoperatorio y seguimiento a largo plazo han determinado una enorme expansión de la indicación quirúrgica en afecciones que no se consideraban anteriormente para la cirugía y una disminución significativa del riesgo con indicación operatoria actual para pacientes de edad avanzada o de elevado riesgo. La especialidad de cirugía propiamente tal aparece en el 15^o de los médicos inscritos en el Colegio Médico AG siendo, junto a la pediatría, la especialidad con mayor número de médicos. Resulta sorprendente que no existan trabajos que hayan cuantificado los recursos quirúrgicos del país, las necesidades para un adecuado desarrollo y las patologías quirúrgicas más frecuentes, con el doble interés de precisar las necesidades de enseñanza de pre y postgrado y determinar la real necesidad de especialistas en los establecimientos hospitalarios.

En esta investigación se seleccionaron al azar por números aleatorios establecimientos del Ministerio de Salud incluyendo 6 hospitales tipo A, 10 de tipo B, 10 de tipo C y 10 de tipo D, representativos de los establecimientos existentes a lo largo del país. Se encuestó a los directores de los hospitales sorteados, a los jefes de servicios de cirugía de los hospitales A y B y a los jefes de servicios de urgencia de hospitales tipo A respecto a recursos disponibles (camas, N^o de cirujanos, horas diarias, pabellones, población atendida), funcionamiento de los servicios (operaciones, anestesia y patología quirúrgica y operaciones (30 intervenciones más frecuentes). Los resultados se compararon con la situación del hospital universitario J. J. Aguirre. Los resultados más destacados se detallan en las tablas 1 y 2.

De acuerdo a estos resultados parece evidente que en los hospitales tipo D no se necesitan cirujanos generales, ya que la principal patología con solución quirúrgica es la gineco-obstétrica y el resto de la cirugía que se realiza es de poca complejidad. En cambio en los hospitales tipo C se necesitan cirujanos generales dados los problemas que deben abordarse. En hospitales tipo B se necesitan cirujanos con entrenamiento previo, dada la complejidad de la cirugía gástrica, biliar, anorrectal, torácica, mamaria y vascular periférica. Si se cuenta con estos especialistas disminuye grandemente la necesidad de derivación. En los hospitales tipo A aparece la necesidad de especialización dentro de la cirugía.

La patología biliar ocupa un lugar preponderante en cualquier servicio de cirugía chileno ya que, en promedio, un 35^o de los pacientes que se intervienen con anestesia general corresponden a casos con lesiones vesiculares o coledocianas. Destacan posteriormente otras enfermedades gastrointestinales que significan, en definitiva, que la patología digestiva es responsable de más del 60^o de todas las operaciones. Otros lugares de importancia corresponden a la cirugía mamaria, vascular periférica especialmente venosa, la patología coloproctológica y la cirugía menor.

T A B L A 1

Características de los servicios de cirugía de Chile: recursos disponibles y funcionamiento

Tipo de hospital (valores promedio)

	J.J. Aguirre	A	B	C	D
Camas totales	850	700	190	90	31
Camas de cirugía	200	124	41	14	0,8
% del total de camas	32	18	21	16	2
Camas por 100.000 habitantes	—	65	60	47	6
Número de cirujanos	70	18	4	—	—
Horas diarias	336	75	13	4	0,4
Pabellones	10	5,5	2,4	1,5	0,9
Población atendida (miles)	—	190	68	30	13
Operaciones anuales	7.244	3.060	2.184	1.074	186

T A B L A 2

Tipo más frecuentes de cirugía practicada

	Tipo de hospital				
	J.J. Aguirre	A	B	C	D
Colecistectomía	17,9 ^o /o	24,5 ^o /o	15,8 ^o /o	6,5	—
Colecistectomía y coledocostomía	7,3	0,8	2,0	—	—
Apendicectomía	4,9	4,3	7,0	6,6	2,1
Gastrectomía	3,5	0,9	0,4	—	—
Herniorrafia inguinal	3,5	3,5	3,6	1,1	—
Herniorrafia no especificada	—	—	—	4,4	2,4
Vagotomía proximal gástrica	3,1	0,2	—	—	—
Extirpación biopsia mama	2,8	0,5	0,7	—	—
Tiroidectomía	2,6	—	—	—	—
Flebectomía	1,9	1,0	0,8	0,4	—
Herniorrafia ventral	1,6	0,1	0,4	—	—
Laparotomía exploradora	1,5	0,7	1,1	0,6	0,7
Coledocostomía	1,2	—	1,4	—	—
Implantación de marcapaso	1,1	0,1	—	—	—
Mastectomía	1,1	0,5	—	—	—
Extirpación ganglionar	0,9	—	—	—	—
Fistulectomía anal	0,0	0,2	0,3	—	—
Aseo quirúrgico	0,8	—	1,6	2,1	2,4
Herniorrafia umbilical	0,7	0,2	0,5	—	—
Hemorroidectomía	0,7	0,7	0,8	0,1	—
Reemplazo valvular cardíaco	0,7	—	—	—	—
Injerto cutáneo	0,7	0,2	1,9	—	—
Fisurectomía anal	0,6	—	0,1	—	—
Extirpación tumor benigno piel	0,6	—	1,5	—	2,5
Aseo peritoneal	0,6	—	—	—	—
Comisurotomía valvular	0,4	—	—	—	—
Pleurostomía	—	1,2	—	—	—
Hernia incisional	—	0,3	0,5	—	—
Resección pulmonar	—	0,2	—	—	—
Drenaje de abscesos	—	0,1	0,3	0,7	21,7
Colostomía	—	0,1	0,1	—	—
Tenorrafia	—	0,1	—	—	—
Toracotomía	—	—	0,3	—	—
Onicectomía	—	—	—	—	7,1
Cesárea	—	—	—	17,4	33,4
Esterilización	—	—	—	5,4	13,9
Circuncisión	—	—	—	2,0	0,3
Quistectomía	—	—	—	2,7	—
Amputaciones	—	—	—	0,5	—
Anexectomía	—	—	—	0,5	0,3
Orquidopexia	—	—	—	0,4	—
Histerectomía	—	—	—	0,2	0,1
Ooforectomía	—	—	—	0,2	0,3
Varicocele	—	—	—	0,1	—

78. EFICIENCIA EN EL USO DE LAS CAMAS EN ALGUNOS HOSPITALES DE SANTIAGO, 1982

Ricardo Bize Bórquez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Internacionalmente se reconoce como adecuada una tasa de 4 camas por 1.000 habitantes. En Chile la tasa es de 3,3 camas por 1.000 habitantes, lo que significa un déficit de 20% (7.555 camas) (1). Este déficit permite razonar que es posible que exista una demanda superior a la oferta, lo que presionaría para que las camas se usen muy eficientemente. Si así no fuere se podría pensar que la oferta es superior a la demanda.

El estudio de algunos casos permitirá verificar si el razonamiento tiene base real.

También es importante conocer el nivel de eficiencia que se logra en el uso de las camas, entre otras razones, porque la cama hospitalaria es uno de los instrumentos de atención médica de más alto costo, tanto en inversión como en operación.

Material y Método.

Se estudiaron 5 hospitales del SNSS tipo 1 de Santiago.

De los formularios RN 13 - CENSO de camas M. de Salud del año 1982 se recolectaron, mes a mes, los siguientes datos: dotación de camas, egresos, días/cama ocupados y días/cama en trabajo. Con los datos se calcularon: los promedios de dotación de camas, los promedios de camas en trabajo, los porcentajes de camas en trabajo (% C. e T.) en relación al promedio de dotación de camas, los intervalos de sustitución (I. S.) (promedio de días que una cama en trabajo permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro), los promedios (X) de días/cama ocupados por egreso, los índices de rotación (I. R.) y los índices ocupacionales (I. O.).

Resultados.

Los datos totales de 5 hospitales son los siguientes: promedio de dotación de camas: 4.608; promedio de camas en trabajo: 4.181; porcentaje de camas en trabajo (% C. e T.) en relación a dotación de camas: 90.7; días/cama ocupados: 1.264.996 y egresos: 164.993.

El conjunto de los 5 hospitales presenta un intervalo de sustitución (I. S.) de 1.6 días, rango (r) de 0.7 a 2.0. Los indicadores de eficiencia son: promedio (X) de días/cama ocupados por egreso: 7.7; rango (r) de 6.8 a 9.1; índice de rotación (I. R.): 39.2 (r. de 36.9 a 43.5), índice ocupacional (I. O.): 82,8 (r. de 78.3 a 92,9).

Del total de 4.608 camas de dotación se estudió la eficiencia de 3.102 camas (67.3%) distribuidas en 10 Servicios: Medicina (15.7%); Cirugía (20.1%); Ginecología (7.2%); Oftalmología (6.0%); Otorrinolaringología (3.4%); Urología (6.1%); Pensionado (5.3%); Obstetricia (29.7%); UCI (1.0%) y Urgencia (5.5%).

De los 3.102 camas estudiadas el promedio de camas en trabajo es de 2.898.

El porcentaje de camas en trabajo (% C. e T.) en relación a dotación de camas es 93.4% (r. de 79.8 en Pensionado a 101.2 en Urgencia).

(1) Ministerio de Salud "Informe del Gobierno de Chile a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana" 1982.

Resumen de Resultados.

Hospital 1: En ninguno de sus Servicios presenta los mejores indicadores.

Hospital 2: Presenta los mejores indicadores en un Servicio. Ginecología: I. S., 1.7 X, 8.0, I. R., 37.6; I. O., 82.8 % C. e T., 96.9.

Hospital 3: Presenta los mejores indicadores en cuatro Servicios. Medicina: I. S., 0.9, X., 16.6 I. R., 20.9, I. O., 95.0, % C. e T., 100.0, Cirugía: I. S., 1.3, X., 10.9, I. R., 30.0, I. O., 89.6, % C. e T., 100.0; Obstetricia: I. S., 0.3, X., 2.8, I. R., 114.6, I. O., 90.2, % C. e T., 100.0 y Urgencia: I. S., 0.0, X., 1.9, I. R., 193.4, I. O., 99.7, % C. e T., 137.5.

Hospital 4: Presenta los mejores indicadores en cuatro Servicios. Oftalmología: I. S., 5.0, X., 6.1, I. R., 32.9, I. O., 55.0, % C. e T., 59.1, Otorrinolaringología: I. S., 1.3, X., 2.5, I. R., 97.1, I. O., 65.7, % C. e T., 96.2; Urología: I. S., 1.5, X., 8.7, F. R., 36.0, I. O., 85.3 % C. e T., 96.6 y Pensionado: I. S., 5.3, X., 4.1, I. R., 39.0, I. O., 43.9, % C. e T., 73.9.

Hospital 5: En ninguno de sus Servicios presenta los mejores indicadores.

En la UCI, los hospitales 2, 3 y 4 presentan indicadores muy semejantes siendo difícil seleccionar uno de ellos como el que presenta los mejores indicadores.

El Hospital 1 parece presentar los peores indicadores:

I. S., 0.9 (r. de 0.9 a 1.7), X., 5.6 (r. de 4.0 a 5.6), I. R., 56.6 (r. de 56.6 a 63.8), I. O., 86.2 (r. de 69.8 a 86.2), % C. e T., 100.0 (r. de 90.0 a 100.0).

Conclusiones.

En un trabajo de este tipo, los indicadores de eficiencia deberían interpretarse como efectos que no permiten concluir que el hospital que presenta los mejores indicadores, es el mejor hospital. Debido a que los Servicios de los hospitales no son homogéneos, variadas son las causas que pueden justificar plenamente indicadores deficientes. En este caso las ofertas sólo sirven para señalar donde investigar. Lo que si se puede concluir es que la oferta de Pensionado es muy superior a la demanda por este tipo de acomodación. El I. O. más alto sólo llega a 43.9.

Los límites superiores de los rangos de I. O. de Medicina (95.0); Cirugía (92.8); Obstetricia (98.4); Urgencia (99.7) permiten concluir que en el uso de estos Servicios la demanda presiona para que la oferta sea más eficiente.

El límite superior de los rangos de I. O. de Ginecología (82.8); de Urología (85.3) y de U. C. I. (86.2) permiten concluir que en estos Servicios no hay presión de la demanda frente a la oferta o que la oferta no es tal, por problemas de estructurados.

El límite superior de los rangos de I. O. de oftalmología (67.2) (no se considera el Hospital 1 que alcanza a I. O. de 87.0 porque el I. O. en este caso está asociado a un X de 18.7) y de Otorrinolaringología (76.2) permiten concluir que la oferta es muy superior a la demanda o que la oferta no es tal, por problemas estructurales.

Referencia.

Ríos, N. Interpretación de los indicadores que miden la utilización de las camas hospitalaria. Rev. Cub. Adm. Salud 4:1, 1978.

79. CORPORACION NACIONAL PRIVADA DE DESARROLLO SOCIAL. AREA SALUD. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA Y LOGROS

Luis Menchasqui R. y Rolando Ramírez R.
(Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social, Area Salud)

Para presentar la organización administrativa del Complejo Hospitalario Paula Jaraquemada y de sus Consultorios Primarios, es necesario hacer una breve síntesis, de lo que es la Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social. Esta, es una entidad sin fines de lucro, formada por las seis ramas básicas de la producción y el comercio (Sociedad de Fomento Fabril, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad Nacional de Minería, Cámara Nacional del Comercio, Cámara Chilena de La Construcción y Asociación de Banco e Instituciones Financieras. Además, la integran la Confederación de Colegios Profesionales y la Confederación de Dueños de Autobuses), y nació como una respuesta del Sector Privado al llamado del Supremo Gobierno a colaborar con el desarrollo social del país.

La estructura de la Corporación es descentralizada, y funciona a través de distintas Areas, las cuales están dirigidas por Consejos de Administración, integrados por empresarios y destacados profesionales "ad honorem", y ejecutivos rentados.

En el Area de Salud las relaciones se han concretado con el Servicio de Salud Metropolitano Central a través de un convenio, por el cual este Servicio de Salud entrega a la Corporación, en administración, los Consultorios de Atención Primaria, el Consultorio de Especialidades y el Hospital Paula Jaraquemada.

En esta administración, la Corporación tiene los mismos recursos que tiene cualquier otra Area de Salud del país. Como es sabido, en los Servicios de Salud del país los recursos económicos están divididos en tres grandes ítems: Remuneraciones, Facturación de Atenciones Prestadas (FAP) e Ingresos Propios, estos últimos regulados por las Políticas Ministeriales contenidas en el Decreto N° 79.

Estos tres grandes ítems de ingresos, que tienen los Servicios de Salud, son distintos en la Administración de la Corporación, ya que estos se reducen a dos, agregándose un tercer ítem distinto, producto de la contabilidad patrimonial de una Empresa Privada:

- 1) F.A.P. Integral, que constituye un arancel por facturación de atenciones prestadas, que incluye el costo de las remuneraciones.
- 2) Ingresos Propios, son aquellos obtenidos por la atención a No Beneficiarios, de acuerdo a las mismas normas que rigen para todos los Servicios de Salud.
- 3) Ingresos Financieros, corresponden fundamentalmente a las colocaciones bancarias que realiza la Corporación de los excedentes de Caja que se producen por concepto de una buena administración.

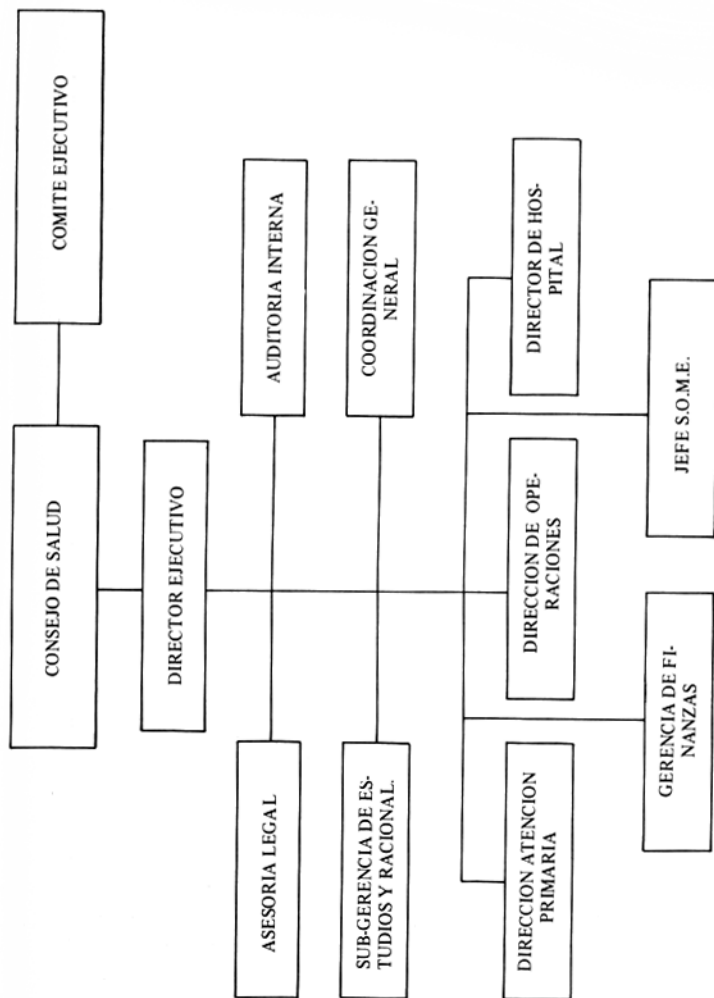
Cabe señalar también, que la Corporación no dispone ni entrega recursos adicionales, es decir, se maneja con los mismos recursos, que el resto de los Servicios de Salud del país, sin que la Corporación como entidad privada, tenga recursos diferentes a los otorgados por el Ministerio. Constituyó por lo tanto, un asunto de la mayor relevancia en nuestra organización, desarrollar sistemas, políticas y procedimientos con el fin de optimizar el control de los procesos que generan los ingresos y gastos, con el objeto de mejorar el nivel de atención a los usuarios del sistema.

Se desarrolló un sistema computacional integral para controlar el 35^o/o de los gastos que eran variables, ya que el 65^o/o restante correspondía a Remuneraciones (item no variable). El sistema computacional integral, que ha permitido la elaboración de costos por Servicios (Centros de Costos), abarcó los siguientes módulos: Abastecimiento, Remuneraciones, Contabilidad y Activo Inmovilizado.

Otras de las implementaciones administrativas de la Corporación, fue la de encontrar servicios externos, con el objeto de optimizar la eficiencia y disminuir costos en algunos servicios, en donde se requiere de una infraestructura compleja y de una gran cantidad de recursos humanos: Alimentación, Lavandería, Portería, Vigilancia, Movilización, Mantenimiento y Aseo.

La aplicabilidad de estos sistemas, como asimismo el desarrollo de las Unidades Administrativas, ha permitido racionalizar los recursos físicos, humanos y económicos lo que ha significado dar cumplimiento cabal a los programas de salud a nivel primario, secundario y terciario y paralelamente desarrollar servicios, programas y actividades extraprogramáticas en todos los niveles del área técnica.

CORPORACION NACIONAL PRIVADA DE DESARROLLO SOCIAL - AREA SALUD



**RESUMEN DE PRESTACIONES OTORGADAS EN PRIMER SEMESTRE
AÑOS 1982 Y 1983**

TIPO DE ATENCION	A N O	PRESTACIONES AMBULATORIAS				EGRESOS HOSPITA- LARIOS	INTERV. QUIRURGICAS		EXAMENES RADIOLO- GICOS	EXAMENES LABORA- TORIO CLINICO	CITODIAG- NOSTICOS
		MEDICO (1)	COLABO- RACION MEDICA (2)	ODONTO- LOGOS (3)	TOTAL		MAYORES	MEYORES			
PRIMARIA	82	189.290	141.838	54.937	386.065	—	—	2.697	4.022	14.777	—
	83	238.471 (+31,5%/o)	166.157 (+17,2%/o)	65.714 (+19,6%/o)	470.342 (+21,8%/o)	—	—	7.785 (+188%/o)	3.508 (-12,8%/o)	18.143 (+22,8%/o)	—
ESPECIALIZADA	82	131.808	16.302	49.296	197.406	15.586	7.299	6.934	30.806	217.774	12.498
	83	153.055 (+16,1%/o)	20.926 (+28,4%/o)	75.114 (+52,4%/o)	249.095 (+26,2%/o)	16.209 (+4%/o)	8.178 (+12,0%/o)	7.381 (+6,5%/o)	35.204 (+14,3%/o)	309.156 (+42,0%/o)	13.442 (+7,6%/o)
TOTAL	82	321.098	158.140	104.233	583.471	15.586	7.299	9.631	34.828	232.551	12.498
	83	391.526 (+21,9%/o)	187.083 (+18,3%/o)	140.828 (+35,1%/o)	719.437 (+23,3%/o)	16.209 (+4%/o)	8.178 (+12,0%/o)	15.166 (+57,5%/o)	38.712 (+11,2%/o)	327.299 (+40,7%/o)	13.442 (+7,6%/o)

(1) Consulta más Controles por Médico.

(2) Consulta más Controles por Enfermera, Matrona y Nutricionista.

(3) Consolidado de las siguientes prestaciones dadas por Odontólogo: Exodoncia, Operatoria, Endodoncia, Prótesis Removible, Prótesis Fija y Radiología.

80. MEDICION Y CONTROL DE COSTOS

COMPLEJO HOSPITALARIO PAULA JARAQUEMADA

Enrique Bruce y Rolando Ramírez
(Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social)

En los países en vías de desarrollo, los recursos financieros son insuficientes para satisfacer las necesidades y atender las aspiraciones de la población.

El Sector Salud, componente básico del nivel de vida, no escapa a la situación descrita y debe satisfacer las necesidades, siempre crecientes de la población, con recursos financieros insuficientes.

Como nuestro objetivo es dar más y mejor salud a la población que atendemos con los recursos existentes, es necesario conocer los costos de los servicios que se prestan, de manera de buscarles financiamiento adecuado y no deteriorar, por ningún motivo, la calidad de las prestaciones en salud.

La Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social, que administra el Complejo Hospitalario Paula Jaraquemada, ha implantado un Sistema de Costos en forma experimental (sujeto a modificaciones) que ha permitido obtener en sus resultados el conocimiento de la composición de los costos según ítem más significativos y estratégicos de la Atención de Salud: alimentación, drogas personal, etc.

Uno de los pasos previos para la implementación de un sistema de costos, es la departamentalización, es decir, la determinación de los Servicios, dependiendo de la estructura funcional de la Institución, y de acuerdo al papel que juegan en la producción de bienes y servicios.

Para nuestro sistema se han identificado tres tipos de servicios (Cuadro 1).

- a) Servicios de Apoyo Logístico: Son aquellas unidades organizativas que prestan servicios o proveen elementos que no están directamente relacionados con la atención de los pacientes, pero que son necesarios para el normal funcionamiento de otros Servicios. (Mantención, Central Térmica, Ropería, etc.).
- b) Servicios Generales: Son aquellas dependencias que constituyen apoyo al conjunto de Servicios del Hospital y que básicamente están constituidos por la administración general de la misma. (Abastecimiento, Personal, etc.).
- c) Servicios Finales: Son aquellas dependencias que generan productos finales de la Institución, vinculados directamente a la población que sirve. Sus costos son el resultado de la acumulación de sus propios costos directos y de los de la absorción de los costos indirectos generales por consumos básicos, Servicios de Apoyo Logístico y Generales.

Determinación de Costos

- 1) Consumos Básicos: Se definieron como consumos básicos: Combustible, Energía Eléctrica, Gas Combustible, Teléfono, Agua y Gases.

El gasto total de consumos básicos se distribuye a los Servicios de Apoyo Logístico, Generales y Finales de acuerdo a los metros cuadrados de cada uno de ellos.

- 2) Servicio de Apoyo Logístico: Se definieron como Servicios de Apoyo Logístico a Aseo y Jardines, Mantención, Central Térmica, Ropería y Lavandería, Alimentación, Sedile, Administración Farmacia y Movilización.

Estos Servicios tienen gastos directos por concepto de Remuneraciones, Consumos de Bodegas, Contratos de Servicios, Gastos Diversos, además del prorrateo que les corresponde por Consumos Básicos y en algunos de ellos, gastos por determinados servicios de Apoyo Logístico.

El gasto total de cada uno de ellos se distribuye a los Servicios Generales y Finales, de acuerdo a las unidades que miden su volumen de trabajo y asignadas a cada Servicio General y Final.

- Aseo y Jardines	m2	- Esterilización	paquete estéril
- Mantención	m2	- Sedile	mamadera
- Central Térmica	m2	- Farmacia	gasto farmacia
- Ropería	Kg. ropa	- Movilización	traslado
- Alimentación	ración.		

- 3) Servicios Generales: Se definieron como Servicios Generales: Abastecimiento, Administración Corporación, Finanzas, Personal, Bienestar, Jardín Infantil, Estadística, Seguridad y Portería, S.O.M.E. Servicios Externos, Otros Gastos Operacionales y Varios.

Estos Servicios tienen gastos directos por concepto de Remuneraciones, Consumo de Bodega, Contrato de Servicio y Varios. Además el prorrateo que le corresponde a cada Servicio por Consumos Básicos y por algunos Servicios de Apoyo Logístico.

El gasto total de los Servicios Generales se distribuye a los Finales de acuerdo al volumen de gastos de cada uno de éstos.

- 4) Servicios Finales: Como se ha dicho, se definieron como Finales aquellos Servicios que generan productos finales en la Institución. Sus costos son el resultado de la acumulación de sus propios Costos Directos y de los Costos Indirectos generados por Consumos Básicos, Servicios de Apoyo Logístico y Generales.

Los Servicios Finales definidos pueden identificarse como: Servicios Clínicos, Servicios de Apoyo Clínico y Diagnóstico, Consultorios de Atención Primaria, Consultorio Dental Bandera y Consultorio de Especialidades (Detalle de estos Servicios y sus Unidades de Producción en el Cuadro N° 2).

CUADRO 2

LOS SERVICIOS FINALES Y SUS UNIDADES DE PRODUCCION

SERVICIOS FINALES	UNIDAD DE PRODUCCION
<p># SERVICIOS CLINICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIRUGIA ADULTO - CIRUGIA INFANTIL - GINECOLOGIA - MEDICINA INTERNA - NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL - NEONATOLOGIA - OBSTETRICIA - OFTALMOLOGIA - OTORRINOLOGIA - ONCOLOGIA - PEDIATRIA - PENSIONADO - QUEMADOS INFANTIL - ORTOPEdia - U. C. I. - UNIDAD PEDIATRICA PREFERENCIAL - U. N. H. A. M. - UROLOGIA - POSTA INFANTIL 	<ul style="list-style-type: none"> DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO DIA-CAMA OCUPADO
<p># SERVICIOS APOYO CLINICO Y DIAGN.</p> <ul style="list-style-type: none"> - CANCER GASTRICO - PABELLON CENTRALIZADO - ANATOMIA PATOLOGICA - LABORATORIO CENTRALIZADO - INST. INVESTIG. CLINICAS - MED. FISICA Y REHABILIT. - RADIOLOGIA - LABORATORIO ESPECIALIDADES 	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN INTERVENCION QUIRURGICA EXAMEN EXAMEN EXAMEN ATENCION KINESIOLOGO Y TERAPEUTA OCUPACIONAL EXAMEN RADIOLOGICO EXAMEN
<p># CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - CONSULTORIO MAIPU - POSTA DE MAIPU (URGENCIA) - CONSULTORIO N° 1 - CONSULTORIO N° 5 - CONSULTORIO CERRILLOS - CONSULTORIO CHUCHUNCO - CONSULTORIO NOGALES - CONSULTORIO LO VALLEDOR <p># ATENCION DENTAL BANDERA</p> <p># CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION PRESTACION

81. EVALUACION DE LA RELACION DOCENTE-ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE PEDIATRIA

Dra. Gabriela Venturini, Enf. Isabel Ringeling y Dr. Guillermo Adriasola
(Departamento de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Chile exhibe una larga historia de coordinación docente asistencial, en la cual se puede apreciar como se han ido estrechando cada vez más los vínculos entre la Universidad y el Ministerio de Salud hasta alcanzar instancias coordinadoras del más alto nivel que ponen al país a la vanguardia en su género. El proceso no ha estado exento de dificultades, sin embargo, lo alcanzado hasta la fecha sirve de estímulo para seguir avanzando.

La tendencia actual no es a mejorar simplemente las comunicaciones intersectoriales sino a integrarse en una tarea común "trans-sectorial". Para salud, este nuevo enfoque significa reconocer que los recursos humanos son también un producto de su sistema.

El presente trabajo ha sido motivado por la inquietud, altamente positiva, del Ministerio de Salud, por conocer como se produce en el nivel local esta relación de intercambio con miras a su perfeccionamiento.

La hipótesis que subyace en las críticas al sistema de formación del estudiante de Medicina y su relación con los Servicios de Salud es la existencia de un "impacto negativo" en la labor asistencial atribuible a la presencia de los alumnos.

El presente estudio se limita a la enseñanza de la Pediatría para la carrera de Medicina en un Servicio del Hospital Luis Calvo Mackenna (1981). Sus objetivos son: 1) conocer el impacto que provoca la presencia de los alumnos de pre y post grado de medicina, en la labor asistencial; 2) cuantificar los aportes inter-institucionales en recursos materiales; 3) identificar algunos factores que pueden reflejar el efecto o impacto de la gestión universitaria en la labor asistencial.

Se analiza la presencia de los alumnos de 5º año, Internos y Becados en tres aspectos: número de camas por alumno, variaciones observadas en algunos indicadores de la atención hospitalaria (días de estancia, etc.) en períodos con y sin alumnos y costo aproximado para el Servicio de Salud de los alumnos de pre y post grado.

En cuanto a recursos físicos, destaca el rubro Edificaciones. La docencia utiliza, en forma exclusiva o compartida solo el 4,40% de la superficie neta del hospital. Expertos de la Oficina Sanitaria Panamericana han postulado un 100%.

Se presenta la situación de la Bibliografía: en este caso tanto el Servicio de Salud como la Universidad están en deuda con sus profesionales y funcionarios quienes efectúan aportes voluntarios mensuales y donaciones equivalentes al 330% del presupuesto anual de gastos.

El impacto de la gestión universitaria en la labor asistencial, se estima indirectamente. Se parte del supuesto que cuando mayor sea el tiempo profesional disponible para cada día-cama, mayor será la probabilidad que se entregue una atención de buena calidad. Se utiliza como indicador el tiempo que los profesionales docentes, internos y becados entregan a la asistencia (un día-cama) durante el proceso mismo de la enseñanza. La información de los docentes se obtuvo mediante entrevista abierta (Nov. 1981). Como no se trata de funciones excluyentes, las horas contabilizadas como asistenciales no se interpretan como carentes de contenido docente y viceversa. Los criterios que orientaron la asignación fueron: si la actividad se realizaría en ausencia de alumnos y, en caso afirmativo, cuanto tiempo menos requeriría manteniendo la misma calidad de atención.

Para la distribución del tiempo de internos y becados se utilizaron los porcentajes señalados por los docentes en la entrevista.

La hipótesis inicial de un "impacto negativo" en la asistencia no pudo ser demostrada. Aunque algunos resultados parciales dejan entrever su rechazo, desde un punto de vista metodológico, no es posible descartar (problemas de registro y falta de información).

A pesar de todo, se puede apreciar (Tabla 1) que el Servicio de Pediatría en estudio tuvo la probabilidad de entregar una atención de calidad varias veces superior a la de otros servicios semejantes que no participan del proceso de intercambio de bienes y servicios que representa la relación docente-asistencial.

En síntesis, se presenta una metodología y se entrega información preliminar sobre un tema poco explorado aún en nuestro medio.

T A B L A 1
COMPOSICION DEL TIEMPO PROFESIONAL DE UN DIA-CAMA
SERVICIO PEDIATRIA. HOSPITAL L. C. MACKENNA
1 9 8 1

Normas Ministerio de Salud ⁽¹⁾	10'	19 ^o /o
Aporte Docentes, Internos y Becados U. de Chile	42,5'	81 ^o /o
Total en 24 horas	52,5'	100^o/o

- (1) 1 hora médica por 6 camas = 10 minutos por cama día.
(Excluye UTI y RN)

Se ha supuesto que el hospital L. C. Mackenna cumple exactamente con la norma ministerial.

82. EVALUACION DE LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION HOSPITALARIA IMPARTIDA EN EL CURSO PARA EJECUTIVOS SUPERIORES DE HOSPITAL ENTRE LOS AÑOS 1973 Y 1978 EN LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Elizabeth Gudelhofer García
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El objetivo general fue contar con información sobre el grado de utilización y pertinencia de los contenidos, habilidades y destrezas impartidas en el programa de Administración Hospitalaria para Ejecutivos Superiores de Hospitales, con el fin de orientar un posible ajuste del mismo como igualmente orientarse en cuanto a contenidos para los Seminarios de Educación Continua, que anualmente se imparte para los egresados.

Se aplicó una encuesta, seguida de entrevista en los casos que lo requerían, al 100% de los egresados entre los años 1973 y 1978. Se eligieron estos años en consideración a que se fijó un mínimo de dos años de posibilidad de aplicación del conocimiento post curso.

Se elaboró un cuestionario de pregunta cerrada sobre la base de un cuestionario abierto previamente aplicado al 50% de los egresados. Se recibió la respuesta del 100% de ellos. Sus heterogéneas respuestas permitieron la elaboración del cuestionario definitivo que aseguró la calidad del abanico de alternativas que se les presentó.

Los datos fueron tabulados por computación.

Resultados

Hipótesis "A": "Los egresados del curso de Administración Hospitalaria para ejecutivos superiores de hospital están ubicados en cargos que dicen relación directa con la administración de hospitales"

El porcentaje que se encuentra efectivamente trabajando en el campo de la Administración Hospitalaria es de 75,20%. Y fuera de ella se encuentra el 24,80%. De éstos, 6 de cada 10 egresados aproximadamente lo está por decisión superior, habiendo sido promovidos a cargos superiores (Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Secretarías Ministeriales). Esto determinó que el grado de satisfacción en el trabajo sea superior en quienes se encuentran fuera de la Administración Hospitalaria. Sólo el 23 por ciento de quienes están en los Hospitales expresan satisfacción en el trabajo.

Desde el punto de vista de las decisiones, llama la atención que uno de cada diez egresados, a pesar de estar en cargos de jefatura, no están facultados para tomar decisiones.

En cuanto a la preparación de los jefes directos y superiores en materia de administración en cursos formales, predominan aquellos que no tienen ningún tipo de formación, siendo ligeramente superior la preparación en los Jefes directos.

Hipótesis "B": "La aprobación del Curso significó posterior ascenso". Sólo 4 de cada 10 egresados tuvieron movilidad ascendente, pero el 39% de ellos, sin el respaldo del cargo correspondiente. Para 3 de cada 10 egresados el curso no significó movilidad alguna y para el no despreciable porcentaje de 16,2, descenso a cargos y/o funciones de menor jerarquía. Lo anterior apunta a una subutilización de personal capacitado.

Hipótesis "C": "Los contenidos y metodologías entregadas son los requeridos" en el desempeño posterior". La consulta se hizo en términos de las siguientes alternativas de utilización del conocimiento: "permanentemente", "con frecuencia", "rara vez" y "nunca" y según Unidades Temáticas del programa. (Tabla 1). En 12 de los 23 contenidos predominó la utilización permanente de los contenidos y en la relación de porcentajes que a continuación se señala:

T A B L A 1

Porcentaje de utilización del conocimiento.	
Frecuencia de utilización:	o/o
Permanente	35,1
Con frecuencia	22,3
Rara vez	20,4
Nunca	10,3
No contestó	11,9

T A B L A 2

Utilización según contenidos

Porcentaje	Contenidos
63 – 73	– Estadísticas Hospitalarias, Departamentos del Hospital Moderno, Programación GANTT.
39 – 49	– Acreditación de Hospitales, Bioestadística, Dirección de Hospital, Conceptos Generales de Salud Pública, Epidemiología y Sistemas de Atención Médica.
35 – 36	– Teoría de Sistemas, Sociología de la Atención Médica, Enfoque Sociológico de la Administración.

Hubo buena utilización de los siguientes contenidos:

Estadísticas Hospitalarias (90^o/o), Departamentos del Hospital Moderno (88^o/o), Programación GANTT (84^o/o), Bioestadística (80^o/o), Epidemiología (76^o/o), Acreditación (76^o/o), Evaluación de cargos (64^o/o), Enfoque Sociológico de la Adm. (59^o/o), Sistemas de Atención médica (58^o/o), Dirección de Hospital (58^o/o), Saneamiento Ambiental (54^o/o), Técnicas C.P.M. (53^o/o).

Los contenidos que presentan menores porcentajes de utilización -- “nunca” y “rara vez”, en relaciones menores a 4 de cada 10 alumnos son Auditoría, Programación de actividades y Técnica C.P.M. En ningún contenido predominan la utilización “rara vez” o “nunca”. Por último, el único contenido que presenta cero porcentaje de respuesta “nunca” es “El proceso de enseñanza-aprendizaje”.

Consultados en relación a “vacíos de conocimiento” percibidos y según unidades temáticas de programación, aparecen mencionadas todas las unidades y con mayor porcentaje, 4 de cada 10 egresados, la unidad de Métodos y Técnicas de Trabajo. Cabe recordar que a su vez es la unidad con mayor porcentaje de utilización.

En resumen:

- 1) Los contenidos corresponden a los requeridos para el desempeño posterior de los egresados, en el campo de la Administración Hospitalaria y fuera de él.
- 2) La unidad temática más utilizada fue la de Métodos y Técnicas de trabajo, en relación a la cual, a su vez, los egresados expresaron mayor percepción de vacíos de conocimiento.
- 3) Hay sub-utilización del personal capacitado para desempeñarse en puestos de Jefatura en los Hospitales.
- 4) Los contenidos impartidos por el programa son igualmente útiles para el desempeño en cargos directivos superiores a la del Hospital: Servicios de Salud, Secretarías Ministeriales, Ministerio de Salud.

83. DIAGNOSTICO DEL PERFIL DE SALUD Y SOCIO-CULTURAL

VI REGION 1981

(*) Nelly Chang Hernández (**) Amparo Aldea Pujol
(***) Dr. José Manuel Borgoño Domínguez
(Ministerio de Salud)

El diagnóstico de la situación de salud, es un proceso complejo en el que hay que valorar la importancia de los factores condicionantes y cuantificar la magnitud de los problemas de salud.

La Salud, es sólo uno de los componentes del nivel de vida, la interrelación de estos componentes y sus conexiones multisectoriales obliga a tener un conocimiento general de ellas para evaluar las condiciones de Salud de una comunidad.

En este estudio, por la complejidad que implica la medición operacional de las condiciones de salud, no se pretendió agotar la metodología ni la información frente al desafío de elaborar el perfil de salud y socio cultural de la población de la VI Región, sino que, proporcionar los elementos de juicio que informan sobre el estado de Salud, algunas características socio-culturales, el desarrollo de la prestación de servicios y la dimensión e identificación de las barreras que limitan la accesibilidad a los establecimientos, a fin de proporcionar elementos de juicio que permitan la planificación de las acciones tendientes a elevar el bienestar social de los habitantes de la región.

OBJETIVOS :

- Determinar el nivel y estructura de la morbilidad y mortalidad, según sexo, edad, causas y distribución geográfica.
- Identificar y dimensionar los factores socio-culturales.
- Conocer el grado de desarrollo de los Programas de Salud.

METODOLOGIA

Diseño y Selección de la muestra.

Se consideró que una muestra de 4000 hogares para la encuesta y una sub-muestra de 1.000 de esos hogares para el examen clínico y de laboratorio, era adecuada para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Para la elaboración del marco muestral (con cifras actualizadas para el mes de abril de 1979, mes central en el período de trabajo en terreno), se utilizó las cifras de los Censos de Población y Vivienda de 1960 y 1970.

En una primera etapa, se proyectó la población por comunidad y distritos, según zonas urbanas y rurales, en base a la tasa de crecimiento intercensal (1960 - 1970).

La proyección se realizó para la zona urbana y rural de cada distrito en forma separada, y por suma de ambas se obtuvo la estimación total. De la misma manera la suma de los distritos proporcionaron la estimación de cada comuna y la suma de éstas, la de la Provincia y Región.

En una segunda etapa, se seleccionaron los distritos (Unidades Primarias de Muestreo U.P.M.) con probabilidad proporcional al número de sus habitantes mediante un procedimiento sistemático.

Para esto se ordenaron los distritos de acuerdo al orden decreciente de su número de habitantes, según la estimación al mes de abril de 1979. Esto aseguraba una adecuada representatividad, en especial para zonas rurales. Se clasificó a los distritos en: a) preferentemente urbanos y b) preferentemente rurales. Estos últimos se sub-dividieron en aquéllos que tenían tanto partes urbanos como rurales, y los que eran exclusivamente rurales. La selección consideró estos tres tipos de distritos para una representatividad adecuada.

En una tercera etapa, se seleccionaron sistemáticamente Unidades Secundarias de Muestreo (U.S.M.) dentro de cada U.P.M. Para ésto se dispuso de la información de viviendas proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, a nivel de sectores de empadronamiento. Al mismo tiempo se obtuvo el croquis de cada U.S.M. seleccionada, y si éste no estaba disponible, la descripción de los límites.

La etapa siguiente consistió en la selección de las Unidades Últimas de Muestreo (U.U.M.), y que correspondió a hogares.

INSTRUMENTOS :

Para la recolección de la información se elaboraron los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario para terreno (Anexo N° 1) con preguntas estructuradas y semi-estructuradas que contenían los siguientes módulos:
 - datos de identificación
 - datos de la vivienda
 - características demográficas y sociales
 - características de salud
- b) Formularios clínicos para registro del examen de salud y laboratorio, para niños de 0-14 años, hombres de 15 y más años y mujeres de 15 y más años (Anexo N° 2).
Estos formularios contenían los siguientes módulos:
 - Datos generales
 - Anamnesis
 - Examen Físico
 - Exámenes de Laboratorio
 - Diagnóstico Final

RESULTADOS.

La acción conjunta de factores socio-culturales del medio ambiente, del grado de desarrollo de los Servicios de Salud y de aquellos inherentes al individuo mismo, condicionan el nivel de salud de una comunidad. En otras palabras, el estado de salud de la población tiene factores intersectoriales en íntima relación con el desarrollo global del país.

En consideración a estos principios es que, en el Diagnóstico de Salud de la VI Región, se evaluaron simultáneamente aquellos aspectos más relevantes relacionados con las condiciones externas que influyen en la salud de la población, como asimismo la extensión de los Servicios Asistenciales a través del desarrollo de los programas de Salud, junto a la identificación de los problemas de Salud que afectan a la población.

Dado la complejidad del proceso, para determinar el grado de influencia de estos factores y su multicausalidad, el nivel de análisis fué descriptivo y explicativo, quedando en consecuencia sin realizar las asociaciones e interrelaciones que pueden desprenderse de la información recogida.

De este modo los comentarios se enmarcaron en lo mencionado anteriormente.

1. FACTORES SOCIOCULTURALES.

El análisis del estudio demostró que el 90% de la población mayor de 6 años, tiene algún grado de instrucción. El nivel de escolaridad promedio es relativamente bajo, si se considera que más del 50% de la población ha cursado solamente la enseñanza primaria. Por otra parte, el índice de analfabetismo del área rural, es dos veces mayor que en la urbana.

La principal actividad económica de la población mayor de 15 años, dice relación con la rama de las no agropecuarias, concentrándose en el tipo de obreros calificados y no calificados, para los hombres. Las mujeres participan preferentemente en las actividades agropecuarias, como jornaleras, inquilinas, artesanas y obreras temporeras.

En lo que se refiere al saneamiento ambiental puede decirse que es deficiente si se considera que solamente el 50% de las viviendas están conectadas a la red de agua potable. La misma proporción cuenta con recolección municipal para la eliminación de basuras y menos de un tercio (31.1%) de las viviendas tienen un sistema de alcantarillado para la eliminación de excretas. Estas deficiencias son más marcadas en el área rural, especialmente en el área de Santa Cruz.

2. CARACTERISTICAS DE SALUD.

Las principales causas de morbilidad que afectan a la comunidad se relacionan con las enfermedades del aparato digestivo (40.1%), correspondiendo principalmente a enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén. El 13.4% de la población padecen de enfermedades infecciosas y parasitarias y se deben principalmente a morbilidad por moniliasis, tricomoniasis, lambiasis y helmintiasis.

Enfermedades derivadas especialmente por las inadecuadas condiciones ambientales y falta de acciones educativas.

Las enfermedades más relevantes en la población femenina de 15 y más años corresponden a las afecciones del aparato genito urinario y que en su mayoría pudieron ser prevenidas mediante acciones de fomento de la Salud y una eficiente atención médica.

Las leucorreas por tricomoniasis se presenta en una de cada dos mujeres, afección ginecológica que es desapercibida por la mayoría de ella por no considerarla como una enfermedad.

El 27% de las mujeres que concurren al examen de Salud se les encontró desgarro vaginal como lesiones del parto (tasa 269,70/100). La mayor frecuencia encontrada corresponde a mujeres de 40 y más años.

La salud de la población infantil está afectada principalmente por afecciones de causa parasitaria, los vicios de refracción tienen también una alta tasa de prevalencia, junto con los problemas derivados de una higiene bucal deficiente.

Estos resultados confirman una vez más la trascendencia en Salud, del desarrollo de una atención primaria eficiente y coordinada con los niveles de mayor complejidad que aseguren la solución oportuna de aquellos problemas que deben ser derivados.

3. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS.

- La intensidad de las acciones del Programa Infantil, ha sido pareja en los sectores urbanos y rurales para la población menor de 2 años. A partir de los 2 años, los niños que residen en áreas urbanas son más beneficiados, alcanzando una cobertura de atención que duplica a los del área rural, especialmente en los preescolares.
- La captación del recién nacido es precoz, tanto en urbano como en rural. Sin embargo la periodicidad de los controles del menor de 2 años aparece desfasada hacia los meses de edad de menor riesgo.

- La cobertura de atención de embarazadas y púérperas es altamente satisfactoria, como también el promedio de controles recibidos. Si bien es cierto la cobertura de embarazadas es alta, su ingreso al Programa es tardío, lo que podría influir en la eficacia de las acciones de fomento y protección de la salud al no cumplir con el número de controles por mes de embarazo que aseguren una supervisión adecuada de la evolución de la gestación.
- Un alto porcentaje de mujeres en edad fértil esta usando métodos anticonceptivos para planificar su familia, de preferencia lo hacen con métodos eficaces (dispositivos intrauterinos y hormonales).

No se encontró un factor diferencial urbano-rural en la proporción de mujeres activas usuarias de anticonceptivos.

- La proporción de mujeres en edad fértil esterilizadas quirúrgicamente es superior a lo observado en el país. La mayor concentración está en el grupo de 35 - 44 años, que coincide con lo encontrado en el estudio realizado en 1976 por PESMIB, en 25 Areas de Salud.

En la región, Santa Cruz, presenta el más alto porcentaje de mujeres esterilizadas.

4. CONDUCTA Y OPINION DE LOS USUARIOS.

- La mayoría de la población resuelve sus problemas de Salud en los Consultorios Periféricos y Servicios de Urgencia de los Hospitales.

El hecho que esta conducta sea también observada por la población rural, pone de manifiesto el limitado desarrollo de la posta rural en la resolución de los problemas de salud.

- La oportunidad de la atención médica en los establecimientos es óptima, por cuanto la respuesta a la demanda de atención es inmediata.

Por otra parte, la mayoría de los consultantes declararon estar conformes con la atención recibida.

En resumen, el Diagnóstico de Salud de la VI Región, refleja alta prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, asociadas tal vez a un bajo nivel de saneamiento ambiental, un marcado deterioro de la salud bucal, que podría relacionarse con el bajo nivel de escolaridad de la población, que no visualiza estos aspectos como problemas de salud.

Esto obligaría a reorientación del Programa de Salud Oral.

La alta prevalencia de afecciones ginecológicas, sugiere una revisión del Programa de Atención de la Mujer en los aspectos asistenciales y educativos.

En la atención infantil debería dar más énfasis en las acciones de Salud a escolares y pre-escolares.

Por último debería reforzarse las acciones de salud ambiental, especialmente en el área enfatizando la educación sanitaria para mejorar las condiciones microambientales de sus habitantes.

Finalmente, el estudio de la morbilidad prevalente y los resultados obtenidos a través de la encuesta de morbilidad y examen de salud de la población confirman que la utilización de estos procedimientos permiten un conocimiento real del estado de salud de una comunidad. Por otra parte, ponen de manifiesto que la utilización de los indicadores de mortalidad evidencian solamente aquellos problemas de salud más graves y que no con mayor frecuencia afectan a la población.

