

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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

Editorial

Artículos Originales

- *Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 preguntas.*
- *Caracterización de pacientes hospitalizados en Clínica Dávila por Ley de Urgencia, 2003.*
- *Equidad en educación superior: experiencia de un programa especial de ingreso a carreras de la salud.*
- *Bioética en salud pública: protección y confianza en VIH/SIDA.*

Especial Primer Congreso Chileno de Salud Pública

Cifras de Hoy en Salud Pública

- *Brote de rubéola en Chile, 2007.*

Perfil Humano

- *Dra. Tegualda Monreal*

Revista de Revistas

Agenda

Instrucciones a los Autores

Comité Editorial

Presidente

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

Integrantes

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

Consejo

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

Representante Legal

Cecilia Sepúlveda

Domicilio

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

Coordinación Editorial

Verónica Artaza

Edición Periodística

Mariel Sagredo

Producción

Diseño y diagramación: Pablo Maldonado; Impresión: MAVAL Ltda.

Derechos reservados. Prohibida su reproducción. © es propiedad de Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Año 2007 Vol. 11 (2): 54-113

ISSN 0717-3652

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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

Comité Ejecutivo

Director

Giorgio Solimano

Directores Reemplazantes

Rubén Alvarado Muñoz

Paulina Pino Zuñiga

Integrantes

Daniela Araneda Repossi

Claudio Silva Zamora

Marcos Vergara Iturriaga

Índice

Objetivos y misión	54
Editorial	55
Artículos originales	
Análisis factorial: una aplicación en el Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 preguntas. <i>María Luisa Garmendia</i>	57
Caracterización de pacientes hospitalizados en Clínica Dávila por Ley de Urgencia, 2003. <i>Nelly Aharado, Juan Ramón Porras, Manuel Aharado</i>	66
Equidad en educación superior: experiencia de un programa especial de ingreso a carreras de la salud. <i>Verónica Gaete, Fabio Sáenz, Rodrigo de la Fabián, Jorge las Heras, Gloria Riquelme, José Navarro y Carolina López</i>	74
Bioética en Salud Pública: protección y confianza en VIH/SIDA. <i>Miguel Kottow</i>	83
Especial Primer Congreso Chileno de Salud Pública	
Discurso de S.E. Michelle Bachelet, Presidenta de Chile.....	89
Discurso de Dr. Juan Manuel Sotelo, representante de OPS/OMS en Chile.....	95
Cifras de hoy en salud pública	
Brote de rubéola en Chile, 2007. <i>Doris Gallegos, Andrea Olea, Viviana Sotomayor, Claudia González, Juan Carlos Muñoz, Mónica Ramos, Sergio Alcayaga, Graciela Torres, Emilio Espiñeira, Winston Andrade, Jorge Fernández y Rodrigo Fasce</i>	97
Perfil humano	
Dra. Tegualda Monreal	104
Revista de revistas	106
Agenda	108
Instrucciones a los autores	110

OBJETIVOS Y MISIÓN

La Revista Chilena de Salud Pública tiene como objetivo ser un medio de difusión y divulgación de la investigación científica original en el campo de la salud pública. En esa perspectiva, está abierta a todo trabajo científico surgido de distintas disciplinas, que tengan una perspectiva sanitaria poblacional en el ámbito nacional e internacional, con especial énfasis en la región de las Américas.

La Revista se ha impuesto la misión de constituirse en un medio de primera elección por los investigadores en el campo de la salud pública, gracias a la alta calidad teórica y metodológica de los trabajos que en ella se publiquen. Para ello, cuenta con un Comité Editorial que vela por la excelencia de éstos, mediante una rigurosa revisión por pares calificados e independientes.

La Revista contiene artículos originales, temas de actualidad, ensayos e información estadística de los temas relevantes en el ámbito de la salud pública, enfocados desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, y que constituyan un aporte a la investigación y al conocimiento en este campo. También se incluyen entrevistas y semblanzas de personas que, desde sus áreas de trabajo, estén realizando o hayan realizado contribuciones significativas al desarrollo de la salud pública a nivel nacional y regional.

La publicación está dirigida a profesionales, investigadores, académicos y técnicos de las distintas disciplinas vinculadas a la salud pública, tales como la medicina, las ciencias sociales, la educación, la economía, la administración y otras, que se desempeñen en instituciones públicas, organismos privados, entidades académicas u organizaciones no gubernamentales, tanto de Chile como de otros países de América Latina.

Primer Congreso Chileno de Salud Pública

Marcando la Senda

Más de 400 personas provenientes tanto de Chile como de otros países latinoamericanos, se dieron cita el pasado mes de julio en el Primer Congreso Chileno de Salud Pública, bajo el slogan “La salud en el siglo XXI: perspectivas y desafíos”. Al concebir este evento nos planteamos dos objetivos: generar un espacio interdisciplinario para la presentación de las más recientes investigaciones y experiencias en salud pública, que constituyan un aporte a la solución de los problemas de salud que plantea el presente siglo; y constituir una plataforma propicia para el debate de los temas de punta -actuales y futuros- a nivel nacional y global.

Ambos propósitos fueron logrados en plenitud, consolidándose además una histórica alianza entre instituciones públicas y privadas convocadas por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Junto a las universidades Católica de Chile, de Concepción y Andrés Bello; Isapres de Chile; Conicyt y las dos asociaciones de clínicas privadas existentes en el país, se hizo evidente el compromiso por contribuir eficazmente a la protección y mejoramiento de la salud de las personas, las comunidades y su entorno.

La presencia de altas autoridades, encabezadas por la Presidenta de la República -quien nos entregó un significativo y visionario mensaje-, así como de conferencistas y panelistas de renombre internacional, validó el esfuerzo realizado. Asimismo, constituyó una valiosa oportunidad para conocer los éxitos, las experiencias y los puntos de vista de quienes, desde distintos ámbitos, aportan al desarrollo de la salud pública, pilar fundamental en el desarrollo social de los países.

Diez cursos precongreso, más de 400 trabajos recibidos entre los cuales se seleccionaron 291, un Comité Científico formado por alrededor de 60 profesionales, dos conferencias magistrales, ocho mesas redondas y cuatro simposios satélite, dan cuenta de la parte visible del Congreso, pero sin duda, éste fue mucho más.

El Congreso dejó de manifiesto la responsabilidad que compete a todos los sectores, pero particularmente a las instituciones académicas, en el logro de los objetivos sanitarios vigentes en Chile. Frente a la reemergencia del paradigma que valora los factores sociales y estructurales como determinantes del nivel de vida y condiciones de salud de los individuos y las poblaciones, así como frente a una situación epidemiológica en que predominan las afecciones crónicas no trasmisibles y los riesgos de naturaleza psicosocial, nuestro país prioriza en sus políticas el logro de una efectiva protección social y de salud. Sin embargo, para alcanzar estas metas se requiere fortalecer nuestro capital social, concretar la intersectorialidad y crear efectivos vínculos con la comunidad.

A las instituciones académicas nos corresponde, junto con reconocer esta realidad, aportar lo mejor de nuestro quehacer a su éxito, comprometiéndonos a ser creativas y a impulsar con fuerza el desarrollo científico en este campo, incluyendo la formación de profesionales de excelencia. En este aspecto, la investigación en salud pública es un quehacer clave, el cual, a pesar de los avances realizados en los últimos años, sigue siendo débil. Ello se debe, en parte, a que muchos no tienen conciencia sobre la necesidad de contar con recursos y mecanismos más potentes para su desarrollo en la agenda de investigación científica y tecnológica de nuestro país y, en parte también, a que la salud pública no tiene el reconocimiento que se merece en nuestras comunidades académicas.

A este respecto, la Presidenta Bachelet nos entregó en el discurso inaugural algunos mensajes que permiten ser optimistas. En primer término, destacó que se haya generado este encuentro entre

profesionales y académicos que han hecho de la salud pública el centro de su quehacer. “Ustedes están anticipando el futuro y preparando a Chile para enfrentarlo de la mejor manera posible”, manifestó la mandataria, instándonos a buscar nuevas formas de abordar los grandes temas de la salud pública nacional.

Asimismo, se refirió a la necesidad de invertir fuertemente en investigación científica y tecnológica del más alto nivel e hizo explícito su compromiso de elevar el porcentaje del PIB destinado a esta actividad. A la vez, subrayó la importancia de establecer una verdadera alianza público-privada en pos de un mayor y más efectivo desarrollo en este ámbito.

En suma, el Primer Congreso Chileno de Salud Pública nos dejó varias enseñanzas. Entre ellas, que en el país existe una creciente demanda por mayor conocimiento, mejor investigación y programas que permitan optimizar la salud de la población chilena en su conjunto. También, luego de escuchar los estudios presentados, podemos sentirnos orgullosos de contar con profesionales de las más diversas áreas, de distintas generaciones e inmersos en realidades diferentes, fuertemente motivados y comprometidos con el objetivo común de hacer de Chile un país con condiciones de salud y calidad de vida de primer nivel. Otro legado del Congreso fue la certeza de que los sectores público, privado, académico e internacional pueden trabajar unidos y potenciarse para generar iniciativas sustentables de beneficio y alcance nacional.

Tenemos, entonces, la gran tarea de seguir avanzando por una senda que esperamos este Congreso haya contribuido a señalar.

Giorgio Solimano
Director

Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas*

MARÍA LUISA GARMENDIA⁽¹⁾

RESUMEN

Objetivo: Explorar la estructura factorial del cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 preguntas en escala Likert, en personas que egresaron de programas de tratamiento y rehabilitación por problemas derivados del consumo de drogas en centros de tratamiento de Chile. **Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una muestra de 306 personas que completaron el cuestionario de Salud General. Se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del análisis de su consistencia interna. Se realizó un análisis factorial confirmatorio por extracción de componentes principales con rotación varimax. **Resultado:** El promedio de edad fue de 30 años con un 80% de hombres. Se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0,902. Empleando el score de 0 a 36 puntos, el promedio del puntaje total en el Cuestionario de Salud General de Goldberg fue de 8,5, con una desviación estándar de 7,1. El análisis factorial confirmó la bidimensionalidad del instrumento, con la existencia de dos factores latentes que, en conjunto, explicaron 60% de la varianza total. **Conclusiones:** Este estudio mostró una alta confiabilidad y una estructura factorial similar a la encontrada en estudios de otras poblaciones. Dado su carácter autoadministrado y rapidez en su llenado, es recomendable considerar su uso en la evaluación de la autopercepción del estado de salud mental en usuarios que consultan por problemas derivados del consumo de drogas.

Palabras clave: Cuestionario de Salud General, Goldberg, análisis factorial, validación, consumo drogas.

ABSTRACT

FACTOR ANALYSIS: AN APPLICATION OF THE 12-ITEM VERSION OF THE GOLDBERG GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Purpose: To explore the factor structure of the 12-item version of the Goldberg General Health Questionnaire with Likert scoring, within persons discharged from treatment and rehabilitation programs for drug abuse related problems, in Chilean care centers. **Material and Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out on a sample of 306 persons who completed the General Health questionnaire. The reliability of the instrument was assessed through an internal consistency analysis. A confirmatory factor analysis was carried out through extraction of the principal components with varimax rotation. **Results:** The mean age was 30; among the study population 80% were male. The Cronbach's alpha coefficient was 0,902. Using a 0 to 36 points

⁽¹⁾ Programa Doctorado en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. mgarmend@med.uchile.cl

* Proyecto original diseñado y financiado por Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Chile.

score, the mean total score in the General Health Questionnaire was 8,5 with a standard deviation of 7,1. The factor analysis confirmed the bidimensionality of the instrument, and the existence of two latent factors, which together accounted for 60% of the total variance. **Conclusions:** The present study showed a high level of reliability and a similar factor structure to that found in studies within other populations. In view of its self-administered character and the promptness to complete it, the use of the questionnaire is strongly recommended for the assessment of self-perception of the mental health status within persons consulting for drug abuse related disorders.

Keywords: Goldberg General Health Questionnaire, factor analysis, validation, drug abuse.

INTRODUCCIÓN

El análisis factorial es una técnica de análisis multivariante que se utiliza tanto para detectar y estudiar la estructura en las relaciones entre un grupo de variables como para reducir el número de variables. Asume que las correlaciones entre variables no son aleatorias, sino que se deben a la existencia subyacente de factores comunes entre ellas.

Existen constructos, tales como, la calidad de vida, la satisfacción o el apoyo social, que necesitamos estudiar, pero que no se pueden medir con una sola pregunta debido a que son fenómenos complejos. Son el resultado de la medición de un conjunto de características. El análisis factorial permite descubrir patrones simples en el patrón de relaciones entre variables. Explora si las variables observadas pueden ser explicadas en términos de un mucho menor número de variables llamadas factores. Las variables observadas, por lo tanto, pueden ser modeladas como combinaciones lineales de factores más el error de medida^{1,2}. El análisis factorial puede ser exploratorio, esto es, permite generar hipótesis sobre las variables subyacentes a los datos, por lo que, a priori, cualquier variable puede estar asociada a cualquier factor. El análisis factorial también puede ser confirmatorio, el cual permite comprobar hipótesis, es decir, busca determinar si los factores y las variables que los conforman concuerdan con una teoría preestablecida¹.

Sin embargo, esta técnica que ha sido tan comúnmente utilizada en el campo de la sociología y de la psicología, no es tan cotidiana en la investigación en salud pública. La incursión

cada vez mayor de la investigación epidemiológica en los determinantes psicosociales que afectan a la salud de las poblaciones, está haciendo cada vez más extensivo el uso de escalas y cuestionarios que necesitan validaciones locales para su aplicación. Este trabajo pretende a través de la aplicación de esta técnica en un cuestionario específico, ilustrar las etapas que se deben seguir para realizar adecuadamente un análisis factorial.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ), es un instrumento elaborado por este autor en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, con el fin de evaluar el grado de salud general³⁻⁶. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente, se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente, que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados⁷⁻¹⁰. Fue diseñado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general, ya que en este caso, tendría que incluir el autoreporte de sintomatología física. Concebido como un cuestionario autoadministrado, está dirigido a evaluar la situación actual del examinado. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría¹¹.

Este instrumento, en cualquiera de sus versiones, consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert, con valores de 0 a 3 en las categorías de

respuesta, donde a mayor puntuación, peor es el nivel de salud mental. Así se obtiene una estimación del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. El valor máximo que se puede obtener en la escala de 12 preguntas es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos.

Existe abundante evidencia en la literatura internacional respecto a la validez y fiabilidad del cuestionario de 12 ítems en diferentes poblaciones. En relación a su estructura factorial, mientras las versiones más largas del cuestionario son consideradas multidimensionales, hay controversia respecto a la estructura factorial de la versión de 12 ítems¹². Algunos autores defienden su carácter unidimensional basados en su alta consistencia interna, mientras otros concluyen en la existencia de dos factores, uno que expresa distress psicológico y un segundo relacionado a la disfunción social, que evalúa la capacidad para realizar las actividades diarias y enfrentar las dificultades^{9, 13-17}. Otros autores encuentran soluciones bifactoriales distintas, un factor de depresión (ítems 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 y 12) y un factor de ansiedad (ítems 1, 2, 5 y 7)^{1, 18}. Graetz y Martin, entre otros, proponen la existencia de tres factores, ansiedad y depresión, disfunción social, y pérdida de confianza¹⁹⁻²¹. En oposición, Campbell en una revisión de varios trabajos, concluye que no existe una sola estructura factorial replicable a lo largo de los estudios²².

En Chile, ningún estudio ha reportado a la fecha la dimensionalidad del cuestionario de 12 ítems en nuestra población. Trucco, en los años 70, estudió la validez del cuestionario de 30 ítems y más recientemente, Araya evaluó la validez de criterio de la versión de 12 preguntas en un centro de atención primaria de Santiago de Chile, mostrando valores de sensibilidad y especificidad de 76% y 73%, respectivamente^{23, 24}.

El objetivo de este estudio es explorar, en una población de usuarios que egresaron de programas de tratamiento y rehabilitación por consumo, la estructura factorial del Cuestionario

de Salud General Goldberg de 12 preguntas, examinando si estos factores latentes describen las mismas dimensiones que las encontradas en otras poblaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio observacional transversal en centros de tratamiento y rehabilitación de las regiones V, VI y Metropolitana de Chile, de carácter público o privado, en convenio para su financiamiento con CONACE (Consejo Nacional de Control de Estupefacientes). El estudio se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2006.

La población de estudio procede de la lista de pacientes que egresaron de programas de tratamiento tanto ambulatorios básicos o intensivos como residenciales por problemas derivados del consumo de drogas. De esta población, se seleccionaron 306 personas a partir de una técnica de muestreo sistemático consecutivo. Previo al ingreso al estudio, todos los sujetos aceptaron su participación mediante la firma de un consentimiento informado. Los cuestionarios fueron autoadministrados, a tal efecto, un encuestador explicó previamente el contenido del cuestionario así como las instrucciones de respuesta.

Confiabilidad del cuestionario

La confiabilidad del cuestionario se evaluó a través del análisis de su consistencia interna por cálculo del coeficiente del alpha de Cronbach. Un alpha igual o mayor a 0.70 fue considerado como satisfactorio.

Análisis factorial

El análisis factorial exploratorio se utilizó para estudiar, en la realidad chilena, la dimensionalidad del GHQ de 12 ítems. Es decir, encontrar aquellos factores que explicaran el máximo de variabilidad y que se estructuraran con variables (ítems) específicas al factor.

Existen una serie de supuestos que deben cumplirse para la aplicación del análisis factorial, los más importantes son 2,^{26, 27} (Vivanco, 1999):

- La forma de medición de las variables debe ser cuantitativa continua (de intervalo o razón). Siendo ésta la condición idónea para su aplicación, se ha utilizado en variables de tipo ordinal de al menos 4 categorías de respuesta, tipo escala Likert.
- El tamaño de la muestra debe ser, al menos, cinco veces el número de las variables empleadas, siendo un tamaño aceptable que se disponga una razón 10:1.
- Todas las variables asumen el mismo rol y no se definen variables dependientes o respuesta.
- Los datos deben tener una distribución normal bivariada para cada pareja de variables y las observaciones deben ser independientes. No existe multicolinealidad entre las variables, es decir, existe correlación pero sin multicolinealidad.
- Los factores comunes son variables métricas, continuas e ilimitadas y carecen de error de medida. Se suponen distribuidos con media 0 y varianza 1. En algunos casos, su distribución se asume normal.
- Los errores son aleatorios e independientes, tanto entre sí como de los factores. Se suponen normalmente distribuidos con media cero y varianza constante (homocedasticidad).
Las etapas que contempla un análisis factorial son las siguientes ^{2, 26, 27}:

Generación de la Matriz de Correlación

Se obtiene una matriz de las correlaciones entre todas las variables consideradas (r de Pearson). El supuesto básico del análisis factorial es que la matriz de correlaciones expresa un patrón de relaciones entre variables que puede ser descifrado.

Junto con la generación de la matriz de correlación, se obtiene una serie de pruebas estadísticas que nos indicarán si es pertinente llevar a cabo el análisis factorial con la información disponible:

- Determinante de la matriz, este debe ser bajo pero distinto de 0. Si es igual a 0, no puede existir rotación de la matriz. Si es muy alto, esto expresa independencia de las variables.

- Coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): es una medida de la comparación de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial. Asume valores entre 0 y 1. Debe considerarse adecuado un coeficiente de KMO mayor a 0,6 (0,5 según algunos autores).
- Test de esfericidad de Bartlett: este test prueba la hipótesis nula de que las variables están incorrelacionadas, es decir, evalúa si la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad, aquella en la que no existe relación entre las variables. Se acepta como válido un nivel de significación menor al 5%.

Extracción de los factores

Existen varios métodos para extraer los factores iniciales desde la matriz de correlación, siendo sin duda el método de Análisis de Componentes Principales el más utilizado. El modelo genera tantos factores como variables fueron incluidas en el análisis. Busca en primer lugar el factor que explique la mayor cantidad de la varianza en la matriz de correlación, la cual se resta de la matriz original y busca una segunda combinación lineal, la cual explica la proporción máxima de la varianza remanente y así sucesivamente. Los factores extraídos no se correlacionan entre ellos. Se deben incorporar factores cuya varianza sea mayor a 1, en caso contrario explicaría menos varianza que una variable original.

Cálculo de las comunalidades

Mide el porcentaje de varianza en una variable explicada por todos los factores conjuntamente y puede ser interpretada como la confiabilidad del indicador. Se calculan a través del coeficiente de determinación múltiple al cuadrado y toma valores entre 0 y 1. La cantidad de varianza en todas las variables que es explicada por cada factor es llamada "eigenvalue" o valor propio. Si un factor tiene un bajo valor propio, entonces está contribuyendo poco a la explicación de la varianza de las variables.

Determinación del número de factores

La determinación del número de factores a retener es una decisión arbitraria. Se han definido varios criterios: 1) criterio Kaiser, esto es, retener aquellos factores con un valor propio mayor a 1; 2) definición a priori del número de factores a retener; 3) definición a priori del porcentaje de varianza a explicar (a menudo 80%); 4) gráficamente, de un gráfico de sedimentación que muestra la forma en que van disminuyendo los valores propios, seleccionando el número de factores correspondiente al punto en que la curva del gráfico se hace horizontal; 5) retener factores cuyos valores propios son iguales o superiores al promedio de todos los valores propios.

Para efectos de este estudio se tomarán aquellos factores cuyo valor propio sea mayor a 1.

Rotación de los factores

Facilita la interpretación de los factores extraídos. La suma de los valores propios no se afecta por la rotación, pero la rotación alterará los valores propios y el porcentaje de varianza explicada. Con los factores rotados, cada una de las variables tendrá una correlación cercana a 1 con uno de los factores y cercana a 0 con el resto de los factores. Hay dos sistemas básicos de rotación de factores: 1) ortogonal, que mantiene la independencia entre los factores rotados, en este método se incluyen el varimax, quartimax y equimax; y 2) no ortogonal, que proporciona nuevos factores rotados que guardan relación entre sí, dentro de este grupo están el oblimin, promax y orthoblique. El método de rotación de mayor uso es el varimax. Se obtiene así una matriz de componentes rotados que nos indica la correlación existente entre cada una de las variables y su correspondiente factor, es lo que se denomina saturaciones, que toma valores entre -1 y +1.

Para nuestro análisis, se seleccionó el método varimax para la rotación de la matriz.

Evaluación del ajuste del modelo

Se valida el modelo para conocer la calidad de la solución obtenida, es decir, se compara la matriz de correlaciones inicial con la matriz

generada a partir de las variables latentes. Finalmente, se interpretan los factores resultantes asignándoles nombre considerando las variables originales incluidas en cada factor.

Para el análisis de información se utilizó el software estadístico SPSS 13.0.

RESULTADOS

La muestra de la población seleccionada fue mayoritariamente masculina (80,1%), presentando una media de edad de 30 años con una desviación estándar de 9,4 años. El 55% era soltero y el promedio de escolaridad fue de 10,4 años. Una gran proporción de los participantes procedió de programas de tratamiento ambulatorios (85%) y la droga que más motivó el ingreso a tratamiento fue la pasta base de cocaína (43,8%). Un 44% egresó por alta terapéutica mientras un 45% abandonó el programa de tratamiento antes de su finalización (Tabla 1).

Se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,902 (datos no mostrados). La Tabla 2 muestra los promedios y desviaciones estándar para cada ítem y para el score final de la escala. El ítem que puntuó más bajo fue la pregunta 11 y el más alto, el ítem 5. El promedio de la escala total fue de 8,5 con una desviación estándar de 7,1. El test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,929 y el test de esfericidad de Bartlett fue significativo ($p < 0,000$), de manera que se confirma la adecuación para el uso del análisis factorial. La Tabla 3 muestra la matriz de correlación entre las variables, donde el determinante de la matriz fue de 0,004.

La Tabla 4 muestra para cada uno de los componentes, su valor propio y el porcentaje de varianza explicada. Como se muestra, sólo se retuvieron 2 factores, dado que sólo dos presentaron un valor propio superior a 1. El valor propio del primer componente fue de 5,9 con un porcentaje de varianza explicada de 49%. El componente 2 tuvo un valor propio de 1,2 con un porcentaje de varianza explicada de casi 10%. El porcentaje de varianza acumulada de ambos componentes fue de 59,1%.

Tabla 1. Caracterización general de la muestra

	Nº	%	Promedio	Desviación estándar
Edad (años)	306		29,98	9,40
Sexo				
Hombre	245	80,07		
Mujer	61	19,93		
Años de estudio (años)	306		10,40	2,85
Estado civil				
Soltero	167	54,58		
Casado	75	24,51		
Separado	34	11,11		
Viudo	2	0,65		
Conviviente	28	9,15		
Programa tratamiento				
Ambulatorio básico	202	66,67		
Ambulatorio intensivo	57	18,81		
Residencial	44	14,52		
Droga que motivó ingreso programa				
Alcohol	66	21,57		
Marihuana	18	5,88		
Pasta base de cocaína	134	43,79		
Cocaína	75	24,51		
Otra	13	4,25		
Tipo de egreso del tratamiento				
Alta terapéutica	134	43,79		
Abandono	138	45,10		
Alta administrativa	4	1,31		
Derivado a otro programa	30	9,80		

La Tabla 5 muestra las matrices de componentes tanto inicial como la resultante tras rotación. Como se aprecia, el factor 1 contiene los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11 y 12. La mayoría de las variables que engloba el factor 1, salvo el ítem 12, están mayormente relacionadas con la dimensión que podríamos

Tabla 2. Puntaje Cuestionario de Salud General de Goldberg

Ítems	Pregunta	Promedio	Desviación estándar
Item 1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	0,65	0,85
Item 2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	1,03	0,97
Item 3	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	0,52	0,85
Item 4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	0,51	0,75
Item 5	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1,23	0,92
Item 6	¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	0,83	0,90
Item 7	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	0,61	0,83
Item 8	¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	0,57	0,82
Item 9	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	0,97	0,95
Item 10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	0,63	0,91
Item 11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	0,29	0,67
Item 12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	0,61	0,81
Total escala		8,45	7,13

denominar “disfunción social”. El factor 2 contiene las preguntas 2, 5, 6 y 9, ítems más relacionados con el distress psicológico. Los ítems 6, 9 y 10 son los que peor discriminaron entre los dos factores.

DISCUSIÓN

Este estudio encontró que el análisis factorial es una herramienta útil para explorar la composición factorial del Cuestionario de Salud General de Goldberg, en versión escala de Likert

Tabla 3. Cálculo de la matriz de correlación entre los ítems del Cuestionario de Salud General de Goldberg

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item10	Item11	Item12
Item 1	1,000	0,282	0,536	0,527	0,335	0,406	0,473	0,506	0,417	0,481	0,315	0,567
Item 2	0,282	1,000	0,278	0,264	0,408	0,418	0,256	0,257	0,458	0,344	0,156	0,210
Item 3	0,536	0,278	1,000	0,575	0,317	0,421	0,476	0,482	0,455	0,549	0,430	0,521
Item 4	0,527	0,264	0,575	1,000	0,312	0,418	0,473	0,562	0,465	0,618	0,348	0,500
Item 5	0,335	0,408	0,317	0,312	1,000	0,484	0,323	0,353	0,529	0,430	0,298	0,285
Item 6	0,406	0,418	0,421	0,418	0,484	1,000	0,465	0,436	0,578	0,590	0,328	0,413
Item 7	0,473	0,256	0,476	0,473	0,323	0,465	1,000	0,506	0,498	0,539	0,367	0,571
Item 8	0,506	0,257	0,482	0,562	0,353	0,436	0,506	1,000	0,518	0,565	0,436	0,537
Item 9	0,417	0,458	0,455	0,465	0,529	0,578	0,498	0,518	1,000	0,690	0,396	0,450
Item 10	0,481	0,344	0,549	0,618	0,430	0,590	0,539	0,565	0,690	1,000	0,496	0,532
Item 11	0,315	0,156	0,430	0,348	0,298	0,328	0,367	0,436	0,396	0,496	1,000	0,438
Item 12	0,567	0,210	0,521	0,500	0,285	0,413	0,571	0,537	0,450	0,532	0,438	1,000

Tabla 4. Varianza total explicada por los componentes

Componentes	Valores Propios	% de la varianza	% acumulado de la varianza
Item 1	5,895	49,121	49,121
Item 2	1,194	9,954	59,075
Item 3	0,772		
Item 4	0,617		
Item 5	0,590		
Item 6	0,566		
Item 7	0,511		
Item 8	0,451		
Item 9	0,409		
Item 10	0,379		
Item 11	0,371		
Item 12	0,247		

de 12 ítems. Se encontró una estructura bidimensional del cuestionario y mostró que a través de la extracción de dos factores se podría explicar un 60% de la varianza total.

El primer factor identificado en nuestro estudio explicó un 49% de la varianza, superior incluso a lo publicado en la literatura cuyo rango de varianza explicada por el primer factor oscila entre el 38 y el 48%. Aunque el ajuste no fue perfecto, este estudio mostró una estructura bidimensional del cuestionario en nuestra población, más en concordancia con lo reportado por los autores que defienden la coexistencia

de un factor relacionado con el estrés psicológico y otro relacionado con la disfunción social^{9, 13-17}. La distribución de los ítems en los factores fue muy similar a la encontrada por Montazeri en la validación en población iraní de este instrumento¹⁷. La particularidad de la población de este estudio, usuarios que egresaron de programas de tratamiento por consumo de drogas, puede explicar la variabilidad en estos

Tabla 5. Matriz de componentes y matriz de componentes rotados

	Matriz de componentes		Matriz de componentes rotados	
	componente 1	componente 2	componente 1	componente 2
Item 1	0,703	-0,214	0,702	0,214
Item 2	0,489	0,618	0,061	0,786
Item 3	0,728	-0,224	0,729	0,220
Item 4	0,735	-0,220	0,733	0,227
Item 5	0,589	0,508	0,206	0,750
Item 6	0,711	0,325	0,409	0,666
Item 7	0,718	-0,159	0,685	0,269
Item 8	0,745	-0,183	0,721	0,263
Item 9	0,774	0,304	0,473	0,684
Item 10	0,829	0,024	0,674	0,482
Item 11	0,593	-0,199	0,603	0,165
Item 12	0,729	-0,336	0,792	0,127

últimos resultados, no encontrándose evidencia de estudios en poblaciones con estas características.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg es un test con adecuadas propiedades psicométricas como método de cribado de trastornos psiquiátricos menores. Es un instrumento de fácil administración por su brevedad y facilidad de llenado y que no necesita formación cualificada para su aplicación, características que hacen de esta escala de salud mental un instrumento a considerar para evaluar la autopercepción del estado de salud mental en estudios epidemiológicos²⁴. La escala de 12 ítems mostró una alta confiabilidad y una alta correlación entre los ítems que aboga por una sólida estructura interna, similar a la reportada en otras poblaciones. Sin embargo, la solución bifactorial encontrada en este estudio, no excluye la existencia de otras soluciones en muestras distintas, el mejor ajuste de los modelos debiera ser evaluado a futuro a través de análisis factoriales confirmatorios.

Con este ejemplo de aplicación del análisis factorial en el estudio de la dimensionalidad de este cuestionario, se pretende ilustrar la importancia de incorporar, cada vez con más fuerza, las técnicas de análisis multivariante en el quehacer de la investigación en salud pública.

REFERENCIAS

1. GONZÁLEZ M, IBÁÑEZ I. Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. *psiquiatricom* 2001.
2. MORRISON D. *Multivariate Statistical Methods*: New York: Mac Graw-Hill 1990.
3. GOLDBERG DP, BLACKWELL B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970 May 23;1(5707):439-43.
4. GOLDBERG DP, HILLIER VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979 Feb;9(1):139-45.
5. GOLDBERG D, WILLIAMS P. *A user's guide to the General Health questionnaire*: Windsor, UK: NFER-Nelson 1988.
6. GOLDBERG D. *General Health Questionnaire (GHQ-12)*: Windsor, UK: NFER-Nelson 1992.
7. DONATH S. The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Apr;35(2):231-5.
8. JACOB KS, BHUGRA D, MANN AH. The validation of the 12-item General Health Questionnaire among ethnic Indian women living in the United Kingdom. *Psychol Med*. 1997 Sep;27(5):1215-7.
9. SCHMITZ N, KRUSE J, TRESS W. Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Dec;100(6):462-8.
10. JACOBSEN BK, HASVOLD T, HOYER G, HANSEN V. The General Health Questionnaire: how many items are really necessary in population surveys? *Psychol Med*. 1995 Sep;25(5):957-61.
11. GARCÍA C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(1):88-97.
12. GAO F, LUO N, THUMBOO J, FONES C, LI SC, CHEUNG YB. Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:63.
13. WERNEKE U, GOLDBERG DP, YALCIN I, USTUN BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 2000 Jul;30(4):823-9.
14. DOI Y, MINOWA M. Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Aug;57(4):379-83.
15. KILIC C, REZAKI M, REZAKI B, KAPLAN I, OZGEN G, SAGDUYU A, et al. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Aug;32(6):327-31.
16. POLITI PL, PICCINELLI M, WILKINSON G. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Dec;90(6):432-7.
17. MONTAZERI A, HARIRCHI AM, SHARIATI M, GARMAROUDI G, EBADI M, FATEH A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Nov 13;1(1):66.
18. GALLEGO E, SALANOVA M. Validación factorial del "General Health Questionnaire" (GHQ-12) mediante un análisis factorial confirmatorio. *Revista de Psicología de la salud*. 2000;12(2):75-87.
19. MARTIN AJ. Assessing the multidimensionality of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychological reports*. 1999 Jun;84(3 Pt 1):927-35.

20. GRAETZ B. Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1991 May;26(3):132-8.
21. PENNINKILAMPI-KEROLA V, MIETTUNEN J, EBELING H. A comparative assessment of the factor structures and psychometric properties of the GHQ-12 and the GHQ-20 based on data from a Finnish population-based sample *Scandinavian Journal of Psychology.* 2006;47(5):431-40.
22. CAMPBELL A, WALKER J, FARRELL G. Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: can I see that again? *Aust N Z J Psychiatry.* 2003 Aug;37(4):475-83.
23. TRUCCO M, LARRAÍN S, CAMPUSANO MRCdN. Estudio de un cuestionario para detectar desórdenes emocionales: validación preliminar. . 1979;17:20-6.
24. ARAYA R, WYNN R, LEWIS G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992 Aug;27(4):168-73.
25. CONACE. Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA 2006 [cited 2006 27/12]; Available from: http://www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/Seguimiento_Tratamiento.pdf
26. VIVANCO M. Análisis estadístico multivariable. Teoría y práctica: Colección textos universitarios Editorial Universitaria 1999.
27. MAXWELL A. *Multivariate Analysis in Behavioral Research.* London: Chapman and Hall 1977.

Recepción : 22 ene. 2007
Aprobación : 02 ago. 2007

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

Caracterización de pacientes hospitalizados en Clínica Dávila por ley de urgencia, 2003

NELLY ALVARADO⁽¹⁾, JUAN RAMÓN PORRAS⁽²⁾ y MANUEL ALVARADO⁽³⁾

RESUMEN

Antecedentes: La Ley de Urgencia vigente ampara la vida en situaciones de riesgo, independiente de la capacidad de pago. **Objetivo:** Realizar seguimiento y conocer las características de los pacientes hospitalizados por concepto de Ley de Urgencia en Clínica Dávila durante 2003.

Material y Método: Se aplicó una encuesta a los pacientes hospitalizados durante 2003 utilizando además la base de datos de Clínica Dávila para completar información. **Resultados:** La población total fue de 165 pacientes, de los cuales se aplicó efectivamente la encuesta a 102. La edad promedio fue de 61 años, distribuyéndose en 41.8 % hombres y 58.18 % mujeres. Los diagnósticos principales correspondieron a enfermedades cardiovasculares (34,5%), neurológicas (20%), respiratorias (14.5%), infecciosas (7.2%), Diabetes Mellitus descompensada (6%) y patología quirúrgica (9.6%). El control de patología crónica en la población estudiada -previo a la hospitalización- fue de 53.8%, siendo en un 44.8% en consultorios de atención primaria. El control posterior al alta de la Clínica fue de 85.7%, en un 39.7% en la misma Clínica. De los pacientes fallecidos posterior al alta, 72.72 % no estaba en control y la mediana de edad fue 77 años.

Discusión: Estos resultados indican que los principales beneficiarios de la Ley de Urgencia fueron pacientes de la tercera edad con alguna enfermedad crónica cuyo control parece insuficiente. El traspaso de pacientes del sistema público al privado, así como el impacto de la atención otorgada por el nivel primario, son situaciones a estudiar para propender a optimizar los recursos.

Palabras clave: Urgencia, Seguimiento de pacientes, Control médico, Descompensación de enfermedad crónica

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF PATIENTS ADMITTED TO CLÍNICA DÁVILA UNDER THE MEDICAL EMERGENCY LAW (LEY DE URGENCIA), 2003.

Background: The Medical Emergency Law which is currently in force protects life at-risk, irrespectively of the solvency of the patient. **Purpose:** To carry out a follow-up and to know the characteristics of patients admitted to Clínica Dávila under the protection of the Medical Emergency Law, during 2003. **Materials and Methods:** A survey was implemented within all inpatients admitted during 2003. Information data was completed with Clínica Dávila database. **Results:**

⁽¹⁾ Médico Especialista y Magister en Salud Pública. Directora Calidad y Gestión de Riesgos de Clínica Dávila. Académico División de Políticas y Gestión de Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile. Recoleta 464. Clínica Dávila. nalvarad@davila.cl

⁽²⁾ Enfermero. Coordinador Unidad Gestión de Riesgos Clínica Dávila. Chile

⁽³⁾ Alumno de Quinto Año de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile

*The total population of inpatients under the protection of the Law was 165. A total of 102 patients were effectively surveyed. Patient mean age was 61; 41.8 % were males while 58.18 % were female. The main diagnoses were cardiovascular diseases (34,5%), neurological disorders (20%), respiratory diseases (14.5%), infectious diseases (7.2%), decompensated Diabetes Mellitus (6%) and surgical pathologies (9.6%). Among the study population, 53.8% of patients were under control for chronic diseases prior to admission; 44.8% of such controls were carried out at primary care outpatient facilities. After discharge, 85.7% of the study population carried out regular controls, in 39.7% of the cases, within the same admission Hospital. A total of 72.72% of the patients deceased after discharge was not undergoing any control, and the median age of such population was 77. **Discussion:** The results indicate that the main beneficiaries of the Medical Emergency Law were senior patients with a chronic disease who wouldn't be undergoing a sufficient control of their condition. Transfer of patients from the public to the private health system, as well as the impact of the medical assistance delivered by the primary care level are situations that need further research to aim at optimizing the resources available.*

Keywords: Emergency, Patient follow-up, medical control, decompensation of chronic disease

INTRODUCCION

La llamada Ley de Urgencia, publicada en el Diario Oficial el 24 de diciembre de 1999^{1,2}, corresponde a la Ley N° 19.650 que incorpora el concepto de amparar la vida en situaciones de riesgo vital, independiente de la capacidad efectiva de pago de los beneficiarios. Fue conocida a través de los medios de prensa como “la eliminación del cheque en garantía”, figura que era requerida por las instituciones prestadoras -principalmente privadas- antes de otorgar atención médica de urgencia, aunque la condición vital del paciente lo requiriera. El Art. 3° de esta ley dice “se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.” Señala en su Art. 2° “Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios...”.

Desde la implementación de lo definido por esta ley, Clínica Dávila ha estado en preocupación permanente por adecuar su

funcionamiento y procesos médico-administrativos a fin de cautelar su cumplimiento. Es así como se ha creado una estructura organizacional que se encarga de administrar los casos clínicos correspondientes a los pacientes beneficiarios de esta ley, de capacitar y entrenar a los médicos para la correcta aplicación de la misma en lo concerniente a la definición de riesgo vital y a la estabilización del enfermo. Así también se han generado instancias conjuntas con los aseguradores -principalmente Fonasa- para ir trabajando en el mejoramiento permanente de su correcto cumplimiento, de manera de acercarse lo más posible al espíritu del legislador.

A la fecha de desarrollo de este trabajo, no hay estudios publicados sobre el tema en la bibliografía, por tanto no hay disponible información que nos permita conocer la magnitud del problema a nivel nacional y establecer posibles comparaciones.

En cuanto a la magnitud del problema en Clínica Dávila, durante el año 2002 hubo 130 pacientes hospitalizados acogidos a esta ley, existiendo por tanto en 2003 un mayor volumen de atenciones de un 21.2% por este efecto.

El propósito de este trabajo es describir las

características de estos pacientes y hacer seguimiento a los enfermos hospitalizados en Clínica Dávila, ingresados como pacientes Fonasa beneficiarios de la ley.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo de caracterización y seguimiento de los pacientes beneficiarios de la Ley de Urgencia hospitalizados en Clínica Dávila en el período febrero- noviembre del 2003, es decir de diez meses.

Población en estudio

El universo de pacientes hospitalizados por concepto de Ley de Urgencia en Clínica Dávila entre febrero y noviembre del año 2003 fue de 165. De éstos, 12.7% se acogió a Modalidad Libre Elección post estabilización, siendo el 87.3% de la Modalidad de Atención Institucional. De éstos sólo el 16% pudo ser trasladado a hospitales públicos. A los pacientes hospitalizados por ley, se agregan durante 2003, 17 pacientes atendidos en forma ambulatoria.

Se aplicó una encuesta de seguimiento a 147 pacientes (89.6 %), no efectuándose 18 encuestas a aquellos egresados fallecidos.

De las 147 encuestas aplicadas, se contestó un número de 102, lo que corresponde al 69.3% del universo. El resto (n=45), no pudo ser ubicado telefónicamente.

De las 102 encuestas contestadas, 10.7 % corresponde a pacientes fallecidos (n=11) después del alta de la Clínica. La disposición a participar de la encuesta fue de 100%.

Resolución y análisis de la información

Se realizó una encuesta telefónica a los pacientes de la población en estudio durante las dos últimas semanas de enero 2004. Se les explicó verbalmente el objetivo del estudio obteniendo así su disposición a participar del mismo. Luego de su autorización, se efectuó la encuesta, que había sido previamente validada aplicándola en el 10% de la población a estudiar.

Todas las llamadas telefónicas fueron hechas por la misma persona (estudiante de la carrera de Medicina V año), entregándose información estándar en todas las ocasiones.

La encuesta fue contestada por el mismo paciente o por un informante. El informante debía tener más de 18 años y un conocimiento mínimo del paciente, de forma de poder dar información fidedigna, de preferencia debía vivir con el paciente.

Una vez aceptado por el paciente -o informante-responder la encuesta, se confirmó el nombre del paciente, la fecha de hospitalización y el motivo principal de su hospitalización en Clínica Dávila. A continuación se aplicó la encuesta propiamente tal.

Las principales variables a estudiar incluyeron el control de su patología anterior al ingreso a Clínica Dávila y posterior a ello, así como el lugar donde se efectuaron los controles y los diagnósticos. También se preguntó por nuevas hospitalizaciones, el lugar y los diagnósticos respectivos.

En caso de muerte del paciente, se interrogó al informante por el diagnóstico principal del fallecimiento, el lugar y si se encontraba en control regular previo al fallecimiento.

Finalmente, se consultó respecto del grado de satisfacción del paciente en su estadía en Clínica Dávila.

En la base de datos de la Clínica se encontraban las edades, las fechas de hospitalización, los diagnósticos principales de hospitalización, la clasificación previsional (grupo Fonasa) y la comuna de residencia de los pacientes, por lo que estas variables no se incluyeron en la encuesta, salvo los datos necesarios para confirmar la identidad del paciente.

Los datos recogidos de la aplicación de la encuesta, se analizaron en software excel 2000.

Para efectos de la clasificación de los diagnósticos, se clasificaron causas de ingreso al Servicio de Urgencia que fueron agrupadas de acuerdo a frecuencia y, en el caso de los egresados fallecidos, se agrupa por causa específica que consta en el registro médico.

RESULTADOS

Características de la población universo

El promedio de edad de la población total fue de 61.3 años.

La distribución por sexo correspondió a 41.8 % de hombres (n= 69) y 58.18 % de mujeres (n=96).

La residencia de los pacientes se distribuye según Tabla 1, destacando que el 36.8% corresponde al Area Metropolitana Norte.

Respecto a los diagnósticos, se puede observar la distribución en Figura 1, destacando las enfermedades cardiovasculares con una frecuencia de 34.5 %.

Respecto del tipo de previsión (habiendo cuatro pacientes que desconocían su nivel Fonasa), 45.3 % de los pacientes correspondió al Grupo B de Fonasa; 32.3 % al grupo D; 18 % al grupo C, y 4.3 % grupo A.

Figura 1. Población Universo Según Diagnóstico de Ingreso

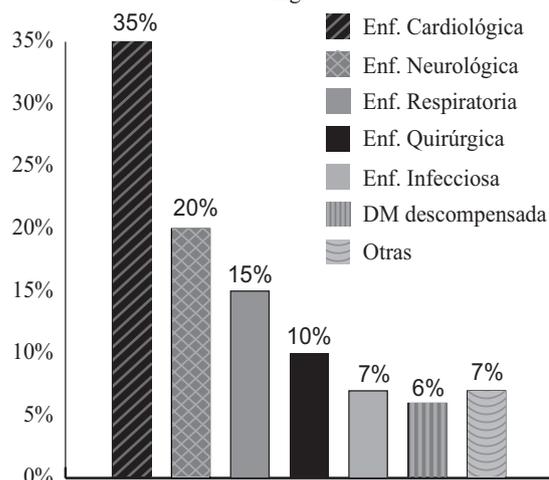


Tabla 1. Pacientes según comuna de residencia

Comuna	Nº	%
Recoleta	25	15.15%
Quinta Normal	12	7.2%
Conchalí	11	6.6%
Ñuñoa	11	6.6%
Independencia	10	6.0%
Santiago Centro	9	5.5%
Providencia	8	4.8%
La Florida	8	4.8%
Renca	7	4.2%
Huechuraba	6	3.6%
San Joaquín	6	3.6%
Quilicura	5	3.0%
El Bosque	4	2.4%
Las Condes	4	2.4%
La Cisterna	4	2.4%
Estación Central	3	1.8%
San Bernardo	3	1.8%
Puente Alto	3	1.8%
Otras	26	15.6
Total	165	100

Egresados fallecidos

El total de egresados fallecidos al alta de Clínica Dávila fue de 18 pacientes (10.9 %).

La distribución por sexo es de 27.7 % mujeres (n= 5) y de 72.2 % hombres (n=13).

Respecto de la situación previsional de los pacientes, el 55 % pertenece al grupo B de Fonasa (n=10); 38.8 % grupo D (n=7), grupo A 5.5 %, no existiendo pacientes del grupo C.

El promedio de edad fue de 77.5 años, con una mediana de 79 años con rangos entre 49 y 90 años.

Los principales diagnósticos se ven en la Tabla 2.

Tabla 2. Causas de muerte de pacientes egresados fallecidos

Diagnóstico	Nº	%
Accidente Vascular Cerebral	5	27.7%
Enf.Infecciosa	5	27.7%
Enf. Cardiovascular	3	16.6%
Diabetes mellitus	2	11%
Cancer Pulmón	1	5.5%
Insuf.Respiratoria	1	5.5%
Hemorragia Digestiva Alta	1	5.5%

Fallecidos con posterioridad al alta

Al momento de la encuesta, el total de fallecidos con posterioridad al alta de Clínica Dávila, fue de 11 pacientes (10.8 % del total de encuestas respondidas).

Con respecto al diagnóstico, destacan la diabetes mellitus, cardiopatía coronaria y accidente vascular cerebral entre las causas, correspondiendo preferentemente al diagnóstico de alta.

El promedio de edad fue de 74.3 años, la mediana de 77 años con rangos entre 59 y 88 años.

El lugar de fallecimiento fue en un 54.4% en el hogar del paciente (n=6), 18.2 % en la Clínica (n=2), 18.2 % en un hogar de ancianos (n=2); 1 paciente falleció en un hospital público.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el alta al fallecimiento, 45.45 % falleció a los dos meses (n=5), 18.18 % a los 3 meses (n=2), 18.18 % a los cuatro y cinco meses (n=2).

De los pacientes fallecidos, 27.27 % se encontraba en control médico regular (n=3), 72.72 % no se encontraban en control (n=8).

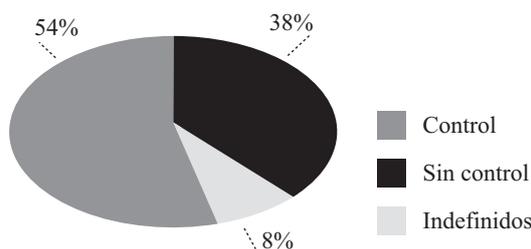
En la Figura 2 se observa la distribución por sexo y categoría de previsión Fonasa.

Control médico previo de los pacientes

(excluidos fallecidos posterior al alta).

El porcentaje de pacientes que se encontraba en control médico regular previo se visualiza en la Figura N° 3, no se obtuvo el dato de 7 pacientes.

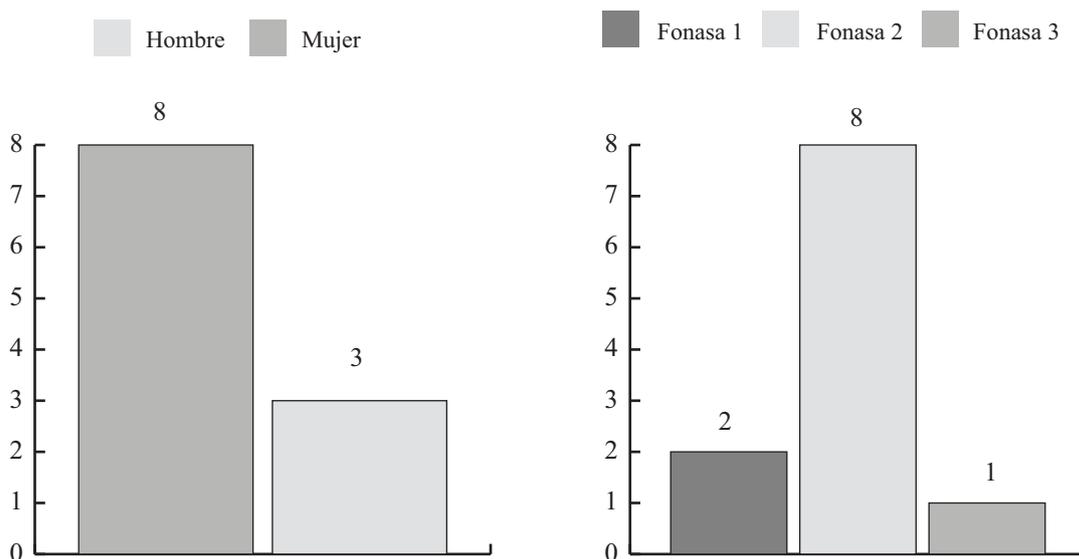
Figura N° 3. Pacientes según control previo a la hospitalización (excluidos pacientes posterior al alta).



El control se realizaba por un diagnóstico conocido en el 67.3% de los pacientes (n=33), 28.5 % se controlaban por otro diagnóstico no conocido (n=14) y 4% se controlaba la patología que luego sería el diagnóstico de alta (n=2).

En cuanto al sexo, estaban en control regular

Figura 2. Pacientes fallecidos posterior alta según sexo y grupo Fonasa



29 mujeres (59.1 %) y 20 hombres (40.9 %).

El lugar donde se efectuaba el control se observa en la tabla N° 3.

Tabla N° 3: Lugar donde se realizó el control médico regular previo a la hospitalización y posterior al alta.

Lugar del Control	Previo al ingreso a la Clínica		Posterior al alta de la Clínica	
	N°	%	N°	%
Consultorios de Atención Primaria	22	44.8	11	14.1
Centros Privados	12	24.2	21	27
Clínica Dávila	10	20.4	31	39.7
Hospitales Públicos	5	10.2	15	19.2
Total	49	100	78	100

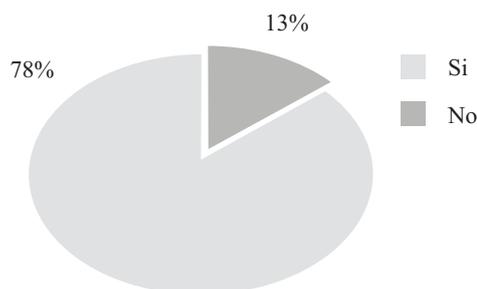
Control posterior al alta de Clínica Dávila (excluidos fallecidos posterior al alta).

El figura N° 4 muestra el número de pacientes según control.

Posterior al alta el 60.2% de los pacientes que se controlaban regularmente eran mujeres (n=47) y 39.8 % hombres (n=31).

El lugar del control se observa en la tabla 3 y figura 5.

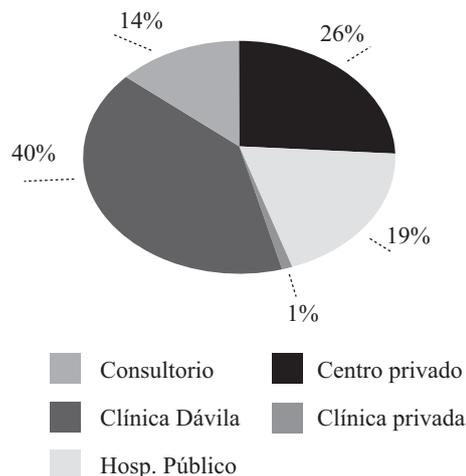
Figura 4. Pacientes según control posterior a la hospitalización (excluidos fallecidos posterior al alta).



Hospitalizaciones posteriores

De los 102 pacientes encuestados, el 15.6 % requirió una hospitalización posterior al alta (n=16). El lugar de esta hospitalización fue un hospital público en 68.75 % (n=11), 25 % Clínica Dávila (n=4), 6.25 % (n=1) en otra clínica

Figura 5. Pacientes según lugar de control posterior a la hospitalización (excluidos fallecidos posterior al alta).



privada.

El motivo de la hospitalización posterior correspondió en un 50% al diagnóstico al alta (n=8), diagnóstico conocido en 37.5% (n=6) y en 12,5% otro diagnóstico (n=2).

Grado de satisfacción del total de encuestados

El 66.6 % del total de encuestados (n=68), describieron la atención otorgada por la Clínica como Muy Buena; el 24.48 % (n=25) la describió como Buena; el 6.8 % pacientes la describió como Regular (n=7), 1.96% (n=2) la describió como Mala y Muy Mala.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió conocer el perfil de una población beneficiaria del Fonasa atendida en un centro asistencial privado.

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los pacientes que se atienden por concepto de Ley de Urgencia en este hospital privado corresponde a la tercera edad. Esta distribución etaria se observó en el total de pacientes atendidos por Ley de Urgencia, siendo más marcada en los pacientes egresados fallecidos de la Clínica, en los cuales se observó

el promedio de edad más alto (78 años). Esto resalta la importancia de este grupo de edad, puesto que su atención requiere mayor complejidad y, por tanto, mayores recursos³.

Respecto del área de influencia de la Clínica, una parte importante de los pacientes atendidos por concepto de Ley de Urgencia residía en comunas cercanas al centro asistencial y correspondientes al Área Norte de la Región Metropolitana (36.8%)⁴. Sin embargo, se observa representación de gran número de comunas, con lo cual indica que Clínica Dávila es un centro de referencia para los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos, se encontró que la patología prevalente correspondió a la enfermedad cardiovascular, destacando la enfermedad coronaria; en segundo lugar, se observa la patología neurológica destacando el accidente cerebro vascular; en tercer lugar la patología respiratoria donde destaca la neumonía; en cuarto, las infecciosas y a continuación las descompensaciones de la Diabetes Mellitus. Esta variable podría estar indicando un funcionamiento inadecuado de la atención en el primer nivel⁵ puesto que los pacientes atendidos en la Clínica corresponderían a personas con descompensaciones de patologías médicas crónicas, controlables en el nivel primario.

Para aquellos pacientes egresados fallecidos, se repiten las patologías antes nombradas como causa de muerte, siendo el accidente cerebro vascular la principal causa, seguida de la patología infecciosa, así como de las enfermedades cardiovasculares y la descompensación de la diabetes.

En los pacientes fallecidos posterior al alta, se encuentra en el mismo porcentaje las descompensaciones de la Diabetes Mellitus, patología cardiovascular y accidente cerebro vascular.

Estos hallazgos nos hablan básicamente de patologías crónicas propias de la tercera edad, que se reagudizan en algún momento y necesitan atención de urgencia. Sin embargo, hay que analizar los datos tomando en cuenta que sólo

se investigó el diagnóstico principal, siendo el grupo del adulto mayor caracterizado por la polipatología.

Al analizar el control previo de los pacientes fallecidos posterior al alta, se observa que dos tercios no se encontraba en control regular, siendo concordante esto con la existencia de una patología crónica que en algún momento se descompensa, en un contexto de control nulo o irregular.

También se puede observar que, de los pacientes vivos al momento de la encuesta, el control previo alcanzaba aproximadamente a la mitad de esta población, efectuándose básicamente en consultorios periféricos en primera frecuencia, seguido de los centros privados, Clínica Dávila y hospitales públicos en orden decreciente. Al analizar el control posterior de la patología, una vez egresado de la Clínica, el porcentaje de pacientes controlados supera los dos tercios de la población, siendo el lugar de control en orden de frecuencia decreciente, la misma Clínica, luego los centros privados, seguidos de los hospitales públicos y, finalmente, los consultorios. Este hecho permite visualizar cómo pacientes del sector público pasan al sistema privado en lo que al control de su patología se refiere.

Entre las limitaciones del estudio, es importante considerar que podría existir un sesgo derivado de un 30.6% de pacientes que no contesta la encuesta, al no ser ubicados telefónicamente. También es importante mencionar que los resultados podrían tener sesgo al realizarse la encuesta en el curso de las dos últimas semanas de enero de 2004, por tanto es factible que los pacientes hospitalizados en febrero 2003 presenten sesgo de memoria o hayan variado con mayor probabilidad su modalidad de control o sobrevida respecto de aquellos hospitalizados en noviembre del mismo año.

Pareciera ser de vital importancia considerar con mayor atención a la población de la tercera edad y al control adecuado, la adhesividad y seguimiento de sus patologías crónicas, ya que estos dos factores principalmente, al no trabajarse con una actitud alerta se constituyen en una peligrosa escalada de costos para el sistema

público. Estos hallazgos incitan a investigar respecto del real impacto en este grupo etario que están o no teniendo las políticas de Atención Primaria en cuanto lograr el efectivo control de las enfermedades crónicas, si hay un trabajo proactivo respecto de los pacientes por parte de los equipos de salud o más bien se atiende al paciente sólo porque llega a buscar su tratamiento.

Como reflexión -que motiva la realización de otras investigaciones relacionadas con esta materia- la aplicación de la Ley de Urgencia por parte del Sistema es, sin duda, una medida que se hace cargo de proteger la vida, cuando el riesgo es inminente; la pregunta es si este riesgo era prevenible o evitable en los sistemas de atención tradicionales. La otra interrogante, es hasta dónde el sistema será capaz de sostener una atención de alta complejidad para hacerse cargo de estos enfermos, y no profundizar en las mejores medidas que retengan a los pacientes en una atención controlada, continua, seductora y efectiva a nivel ambulatorio.

REFERENCIAS

1. DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE, Jueves 27 de enero de 2000
2. DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE, Viernes 24 de Diciembre de 1999
3. GALVEZ S, Análisis de la infraestructura Nacional de Cuidados Intensivos; Fundamentos de Planificación en Medicina Intensiva, Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, Chile 2002. Págs. 64-89
4. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, Informes (1 y 2) de Comisión de Red de Urgencia Región Metropolitana, Julio de 1997.
5. MICHAEL F, JORDAN J. The Future of Primary Care Medicine. The New England Journal of Medicine. August, 2004.

Recepción: 25 ene. 2007
Aprobación: 10 abr. 2007

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

Equidad en educación superior: experiencia de un programa especial de ingreso a carreras de la salud

VERÓNICA GAETE⁽¹⁾, FABIO SÁENZ⁽²⁾, RODRIGO DE LA FABIÁN⁽³⁾, JORGE LAS HERAS⁽⁴⁾, GLORIA RIQUELME⁽⁵⁾, JOSÉ NAVARRO⁽⁶⁾ y CAROLINA LÓPEZ⁽⁷⁾

RESUMEN

Propósito: Describir los resultados de los primeros 5 años de un programa de ingreso diferenciado de estudiantes destacados de nivel socioeconómico bajo a carreras de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Material y Método:** Se incorporaron anualmente 10 a 20 alumnos de 3° y 4° Medio de escasos recursos por sus antecedentes académicos y psicosociales. Durante uno o dos años recibieron refuerzo en ramos científicos y habilidades para la vida, tutoría y orientación vocacional. Rindieron también la PAA/PSU. De los preseleccionados, se eligieron hasta 5 por año para ingresar a la Facultad de acuerdo a sus antecedentes académicos, vocacionales y condiciones psicosociales de adaptación. Cursaron las carreras con beca completa y otros apoyos económicos. A aquellos que no ingresaron se les facilitaron otras instancias de educación superior. **Resultados:** A la fecha, han participado 57 estudiantes, 43,9% mujeres y 56,1% hombres. Su promedio de notas de enseñanza media fue $x = 6,1$. 43,5% no tenía expectativas previas de ingresar a la universidad. Durante el apoyo inicial 41,1% evidenció déficit de hábitos y técnicas de estudio, 67,3% desorientación vocacional, 33,3% psicopatología y 38,6% conductas de riesgo. 15,8% desertó y 17,5% fue excluido. La deserción se debió principalmente a problemas vocacionales y stress, y la exclusión a mal rendimiento y psicopatología. 47,4% de los que finalizaron la etapa previa fue seleccionado para cursar carreras en la Facultad. Sus puntajes ponderados estuvieron bajo los mínimos para el ingreso regular. Su desempeño posterior fue en general satisfactorio. **Conclusiones:** El programa generó oportunidades de acceso a la universidad fuera de las expectativas de este grupo de jóvenes. Su realidad psicosocial dificultó su desempeño. El apoyo en esta área es muy importante en este tipo de programas. Su rendimiento en la Facultad fue satisfactorio a pesar de que no habrían sido admitidos por el proceso regular. Para generar real equidad en la educación universitaria es necesario ampliar los criterios de selección para estudiantes de escasos recursos.

Palabras clave: Evaluación de programas y proyectos de salud, Educación, Criterios de admisión escolar, Apoyo a la formación profesional, Estudiantes del área de la salud, Pobreza, Población de bajos salarios.

⁽¹⁾ Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Av. Raúl Labbé N° 13.649. Lo Barnechea. Santiago. Chile. mgaete@med.uchile.cl

⁽²⁾ Psicólogo. Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN. Ayudante. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

⁽³⁾ Psicólogo. Magíster en Psicopatología Fundamental y Psicoanálisis. Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN. Chile.

⁽⁴⁾ Médico Cirujano. Doctor en Patología. Profesor Titular, Rector Universidad de Chile. Chile.

⁽⁵⁾ Licenciada en Física. Doctora en Ciencias. Profesor Titular Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

⁽⁶⁾ Profesor de Biología y Ciencias. Magíster en Biología. Director Programa Beca Diego Peraltá. Profesor Asociado. Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

⁽⁷⁾ Psicóloga. Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN. Ayudante Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

ABSTRACT

EQUITY IN HIGHER EDUCATION: EXPERIENCE FROM A SPECIAL PROGRAM FOR ADMISSION TO HEALTH CAREERS

Purpose: To describe the results from the first 5 years of a differentiated admission program designed for outstanding students of low socioeconomic income admitted to health careers of the Faculty of Medicine, University of Chile. **Materials and Methods:** Annually, 10 to 20 low-income-students from 3rd and 4th years of secondary school entered the program in virtue of their academic and psychosocial background. For one or two years, they received extra support in scientific subjects and abilities for life, tutoring and vocational guidance. They also took the PAA/PUU (general post-secondary school test). Of the students who succeeded the pre-selection, up to 5 per year were chosen for admission to University according to their academic and vocational background and their psychosocial adaptation conditions. They studied their careers under full bursary coverage and other financial supports. Those who failed admission were helped to access other instances of higher education. **Results:** To date, 57 students have participated in the program. Of these, 43,9% are females and 56,1% are men. Their average secondary school grade was $x = 6,1$. In total, 43,5% had no prior expectations on being admitted to university. During the initial support delivery, 41,1% evidenced a lack of study habits and techniques, 33,3% showed a psychopathological condition and 38,6% evidenced risk behaviors. In 15,8% of the cases students dropped out and in 17,5% there was student exclusion. Drop out was due mainly to vocational problems and stress, and exclusion was due to low performance and psychopathological conditions. Of the students who completed the previous stage, 47,4% was selected to study careers at the Faculty. Their test scores were below the minimum for regular admission. In general, their subsequent performance was satisfactory. **Conclusions:** The program generated university access opportunities that were beyond the expectations of this group of youngsters. Their psychosocial facts hindered their performance. The support in this area is very significant for this kind of program. Students' performance within the Faculty was satisfactory in spite of the fact they wouldn't have been admitted through the regular admission process. A widening of selection criteria for low-income students is necessary to generate equity in university education.

Keywords: Program evaluation; Training programs; School admission criteria; Educational subsidies; Health occupations students; Low income population).

INTRODUCCIÓN

La educación, a través del desarrollo del capital humano, tiene un gran impacto en el bienestar socioeconómico en las sociedades contemporáneas¹, constituyendo una de las variables más importantes en la generación de equidad social. En ella recae, en gran medida, la posibilidad de romper el círculo de la pobreza, caracterizado por la tendencia a la reproducción transgeneracional de hogares carenciados en lo económico y social².

En el ámbito de la educación, el acceso a estudios superiores es el que tiene mayor incidencia en los aspectos previos. Cálculos recientes revelan que mientras cada año adicional de educación básica y media incrementa la renta en 4% y 10% respectivamente, cada año de educación superior lo hace en 20%³.

Chile se ubica entre los países de América Latina y El Caribe con mayor cobertura de enseñanza superior⁴. Sin embargo, resultan evidentes los problemas de equidad en el acceso

a ella. La encuesta CASEN 2003 reveló que la cobertura creció 21,5% desde 1990, pero también que la brecha entre los tres quintiles más pobres y los dos de mayores ingresos ha aumentado^{5,6}.

Los estudiantes chilenos de escasos recursos no sólo presentan desventajas en el acceso a la educación superior. Resulta esperable que las carencias económicas, educativas, psicológicas y sociales entre las que han crecido, aumenten también sus posibilidades de fracaso.

Lo anterior, en el contexto de un país que presenta una de las mayores desigualdades en la distribución del ingreso de Latinoamérica y el mundo⁷, permite inferir que para generar equidad social en Chile, resulta esencial mejorar tanto el acceso a la educación superior de nuestros jóvenes de escasos recursos, como sus posibilidades permanecer y tener éxito en ésta.

Las estrategias implementadas -tanto gubernamentales como de otras instituciones- han resultado insuficientes en este sentido, tendiendo a centrarse en brindar apoyo económico a estudiantes de escasos recursos que cumplen con todos los requisitos tradicionales de selección universitaria^{8,9}.

El programa que se presenta a continuación-Beca Diego Peralta-, pretende ser un aporte en este ámbito. Fue gestado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para intentar revertir la preocupante tendencia a la disminución del ingreso de jóvenes de escasos recursos a la misma. Se realiza en colaboración con las municipalidades de las comunas involucradas y la familia del trágicamente fallecido alumno de Medicina del cual tomó su nombre. Su objetivo es brindar a estudiantes destacados en situación de pobreza y alto riesgo social, la posibilidad de estudiar con éxito una de las ocho carreras de la Facultad de Medicina, a través de un acceso diferenciado y una intervención precoz e integral, que contempla no sólo apoyo económico, sino además académico, psicológico y social.

El objetivo general de este estudio es sistematizar y analizar descriptivamente los resultados del Programa en sus primeros 5 años. Sus objetivos específicos son:

1. Describir algunas características académicas, psicológicas, sociales y familiares de los participantes.
2. Describir su evolución académica y psicosocial durante el proceso de apoyo previo al ingreso a la Facultad y el desempeño académico inicial de aquellos que ingresaron a las distintas carreras.

MATERIAL Y MÉTODO

El Programa se inició el 2001. A él se incorporan anualmente 10 a 20 alumnos destacados de 3° y 4° Medio de colegios municipalizados y particulares subvencionados de comunas de alto riesgo social de Santiago (Cerro Navia y La Pintana). Éstos se seleccionaron considerando requisitos académicos y psicosociales. Entre los primeros, su rendimiento escolar, un coeficiente intelectual (C.I.) acorde a estudios universitarios y sus conocimientos y habilidades en matemáticas, ciencias (física, química y biología) y comprensión de lectura. Entre los segundos, un perfil vocacional acorde con carreras del área de la salud, ausencia tanto de psicopatología incompatible con el programa (abuso/dependencia de alcohol o drogas, trastorno de personalidad, trastorno psicótico y/o trastorno orgánico-cerebral), como de conductas reñidas con la ética y problemas legales, y existencia de apoyo familiar. Para determinar dichas variables se utilizaron el promedio de notas de enseñanza media, el Test de Matrices Progresivas de Raven¹⁰, pruebas escritas de matemáticas, ciencias y comprensión de lectura, el Inventario de Preferencias Personales de Holland¹¹, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)¹² y entrevistas psicológica y social.

Los participantes se incorporaron inicialmente a un proceso de apoyo integral por un equipo multidisciplinario de la Facultad de Medicina, cuya duración varió entre uno y dos años dependiendo si al ingresar cursaban 3° o 4° Medio. Durante este período, además de su educación regular, los alumnos recibieron refuerzo en biología, química, física y

matemáticas. Junto con esto, realizaron un taller en el que se facilitó su entrenamiento en habilidades para la vida, tales como autoestima, comunicación asertiva, resolución de conflictos, pensamiento crítico y manejo de la ansiedad y frustración. También asistieron regularmente a sesiones de tutoría individual y recibieron orientación vocacional. Paralelamente, se brindó atención psicológica y social a quienes las requirieron. Las actividades previas fueron evaluadas mediante pruebas escritas en las asignaturas reforzadas y una encuesta de percepción del impacto del taller. Durante esta etapa se realizaron evaluaciones semestrales del desempeño global de los estudiantes, excluyéndose aquellos que cursaron con mal rendimiento, presentaron problemas legales o éticos y/o evidenciaron la psicopatología ya descrita. Además, los alumnos rindieron la prueba nacional de selección universitaria (Prueba de Aptitud Académica -PAA- hasta el 2002 o Prueba de Selección Universitaria -PSU- a partir del 2003).

Al término del proceso previo se seleccionaron hasta 5 alumnos por año para ingresar a las carreras de la Facultad de Medicina. Para tal efecto, se consideraron su promedio de notas de enseñanza media, su rendimiento académico en las materias reforzadas ($\geq 5,0$), sus puntajes promedio PAA/PSU (Verbal/Lenguaje y Comunicación, Matemáticas y Biología/Ciencias), su asistencia al Programa ($\geq 85\%$) y sus preferencias vocacionales. Esto se enmarcó dentro de la normativa de admisión especial de la Universidad de Chile. Los escogidos se incorporaron a los programas regulares de las carreras, las que cursaron sin costo, y recibieron -además- una beca de alimentación y dinero para movilización y textos. Como alumnos regulares tuvieron también acceso a apoyo psicosocial en el Programa de Tutoría de Alumnos. Su desempeño fue evaluado de manera idéntica que el del resto del alumnado de la Facultad.

Con el propósito de que el Programa generara oportunidades de desarrollo positivo para todos los participantes, a aquellos que no ingresaron

a la Facultad se les facilitó -mediante información y contactos- el acceso a otras instancias de educación superior, idealmente de su vocación y subvencionadas.

El Programa incluyó actividades adicionales para los colegios participantes: capacitación en biología para profesores y charlas de salud para la comunidad escolar.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados correspondientes a la totalidad de alumnos ingresados al Programa en el período 2001-2005, exceptuando aquellos que recién cursaban 3° Medio el 2005, por considerarse insuficiente su tiempo de participación para este análisis.

Se trató de 57 estudiantes, 43,9% mujeres y 56,1% hombres, cuya edad promedio al ingreso fue 17,1 años (rango: 15,8 a 20,5 años). Se consigna entre paréntesis aquellos casos en que el total es menor.

a. Características académicas, psicológicas, sociales y familiares de los participantes.

El 53,5% de los alumnos iniciaba 3° Medio y el 46,5% 4° medio. Si bien el 93,5% (43/46) había proyectado cursar educación superior, el 39,5% pensaba realizarla en institutos técnico-profesionales. En total, el 43,5% (20/46) no tenía expectativas previas de ingresar a la universidad.

Su promedio de notas de enseñanza media fue 6,1 (rango: 5,6 a 7,0). El 60,9% (28/46)

Tabla 1. Estructura familiar alumnos beca Diego Peralta Facultad de Medicina U. de Chile

Tipo Familia	% (N=55)
Biparental (nuclear o extensa)	63,6
Nuclear monoparental	12,7
Extensa compuesta	12,7
Simultánea	1,8
Otra	9,2

Tabla 2. Nivel educacional de los padres alumnos beca Diego Peralta Facultad de Medicina U. de Chile

Nivel educacional	Madres o sustitutas (N=57)	Padres o sustitutos (N=54)
Analfabeto(a)	-	1,9%
Educación primaria incompleta	19,3%	18,5%
Educación primaria completa	47,4%	37,0%
Educación secundaria completa	29,8%	38,9%
Educación Universitaria	3,5%	3,7%

presentó un C.I. ubicado en el rango Superior Término Medio, el 28,3% en el Superior y el 10,9% en el Término Medio. Su perfil vocacional resultó compatible con carreras del área de la salud en el 36,2% (17/47), poco definido en el 34,0%, dudoso en el 19,1% e incompatible en el 10,6%. En cuanto a indicios de psicopatología, el MMPI evidenció que el 64,4% (29/45) no los presentaba, el 28,9% presentaba entre 1 y 2 escalas desviadas y el 6,7% entre 3 y 5.

La estructura familiar y el nivel educacional de los padres de los participantes se presentan en las tablas 1 y 2. Si bien el 87,2% de los padres y madres (34/39) proyectaba para sus hijos la educación superior, el 52,9% esperaba que cursaran la técnico-profesional y sólo un 47,1% la universitaria. En total, el 59,0% no esperaba que sus hijos ingresaran a la universidad previo al Programa.

b. Evolución académica y psicosocial de los participantes durante el proceso de apoyo previo al ingreso a la Facultad y desempeño académico inicial de aquellos que ingresaron a las distintas carreras.

En el período de apoyo previo al ingreso a la Facultad, el 41,1% (23/56) de los alumnos presentó déficit de hábitos y técnicas de estudio. Junto con esto, el 67,3% (37/55) cursó con desorientación vocacional y el 33,3% evidenció psicopatología. Esta última correspondió en 60,0% de los casos (12/20) a un trastorno adaptativo y en 10,0% a trastornos depresivo, somatomorfo, de ansiedad y de la personalidad, respectivamente. El 38,6% presentó también

conductas o condiciones de alto riesgo, siendo las más frecuentes la actividad sexual no protegida (47,8%) y la intención de iniciar relaciones coitales (39,1%). El consumo de sustancias, las conductas violentas y la ideación suicida representaron el 4,4% del total, respectivamente.

La participación en el taller de habilidades para la vida generó la percepción de aumento de la asertividad en el 100% (33/33), de la capacidad para manejar la ansiedad y frustración en el 96,9%, del espíritu crítico en el 93,9 %, de la autoestima en el 84,8% y de las habilidades para resolver conflictos en el 92,3% (24/26).

Sus familias se comportaron como funcionales en el 56,1% de los casos, leve o

Tabla 3. Causas de deserción del programa beca Diego Peralta en la etapa de apoyo previa al ingreso a la Facultad de Medicina U. de Chile

Causas deserción	Nº Alumnos
Ausencia de vocación por el área de la salud	2
Stress	2
“Deseo de dedicarse exclusivamente al colegio”	2
Embarazo de la pareja	1
Patología oftalmológica invalidante	1
Ausencia de vocación por el área de la salud + stress	1
TOTAL	9

Tabla 4. Causas de exclusión del programa beca Diego Peralta en la etapa de apoyo previa al ingreso a la Facultad de Medicina U. de Chile

Causas exclusión	Nº Alumnos
Mal rendimiento académico	6
Psicopatología (trastorno de personalidad grave)	2
Mal rendimiento académico + Psicopatología (t. de personalidad grave)	1
Conductas antisociales	1
TOTAL	10

Tabla 5. Diferencia entre puntajes ponderados de ingreso alumnos beca Diego Peralta y estudiantes regulares de las carreras Facultad de Medicina U. de Chile

Nº Alum.	Carrera ingreso	Puntaje ponderado	Puntaje último matriculado	Dif. (puntos)
1	T. Ocupacional	511	674	-163
2	Medicina	574	749	-175
3	Medicina	585	749	-164
4	Medicina	589	753	-164
5	Medicina	693	752	-59
6	Enfermería	575	667	-92
7	Enfermería	591	637	-46
8	Enfermería	599	657	-58
9	Fonoaudiología	649	678	-29
10	Fonoaudiología	560	682	-122
11	Fonoaudiología	569	680	-111
12	Kinesiología	627	711	-84
13	Kinesiología	455	725	-270
14	Obstetricia	602	629	-27
15	Obstetricia	493	629	-136
16	Tecnología Médica	539	683	-144
17	Tecnología Médica	591	683	-92
18	Tecnología Médica	649	689	-40
	PROMEDIO	580,6	690,4	-109,8

moderadamente disfuncionales en el 36,8% y severamente disfuncionales en el 7,0%.

El 66,7% de los participantes completó el proceso de apoyo previo al ingreso a la Facultad, mientras que el 15,8% desertó y el 17,5% fue excluido. Las causas de estas últimas se detallan en las tablas 3 y 4. Aquellos que lo completaron obtuvieron un puntaje promedio PAA/PSU de 514,9 en Verbal/Lenguaje y Comunicación (rango: 283 a 693), de 554,9 en Matemáticas (rango: 368 a 713) y de 516,9 en Biología/Ciencias (rango: 352 a 669).

El 47,4% (18/38) de los alumnos que finalizaron la etapa previa fue seleccionado para ingresar a la Facultad (10 hombres y 8 mujeres). Éstos obtuvieron un puntaje promedio PAA/PSU de 550,1 en Verbal/Lenguaje y Comunicación (rango: 378 a 693), de 590,3 en Matemáticas (rango: 438 a 713) y de 541,9 en Biología/Ciencias (rango: 398 a 669). 4 ingresaron a Medicina, 3 a Enfermería, 3 a

Tecnología Médica, 3 a Fonoaudiología, 2 a Obstetricia, 2 a Kinesiología y uno a Terapia Ocupacional. Sus puntajes ponderados para el ingreso regular a estas carreras (PAA/PSU Verbal/Lenguaje y Comunicación x 0,25 + Matemáticas x 0,25 + Biología/Ciencias x 0,3 + promedio notas enseñanza media x 0,2) se ubicaron por debajo de los puntajes mínimos de ingreso del año correspondiente (Tabla 5). La menor diferencia se observó en un caso admitido a Obstetricia y la mayor en uno que ingresó a Kinesiología.

A diciembre del 2005, 78,6 % de los que ya habían iniciado sus carreras (4 estaban a la espera de comenzar su primer año el 2006) continuaba en la Facultad, cursando desde 1º a 4º año. Habían desertado 2 de Medicina -ambos por falta de motivación y problemas psicológicos- y 1 de Fonoaudiología había sido excluido por mal rendimiento. Además, un alumno fue transferido desde Medicina a Terapia Ocupacional al final de primer año por la misma última razón. El promedio de notas de la carrera de los estudiantes del Programa fluctuaba entre 3,79 y 5,67 ($x = 4,92$). 84,6% de ellos (11/13) tenía un promedio que se ubicaba en el rango entre $-2 DS$ y $+1 DS$ de la distribución normal del rendimiento de los alumnos regulares de las respectivas carreras. El desempeño no pudo evaluarse en un caso debido a su deserción precoz de la Facultad. Los detalles de la evolución académica de los alumnos dentro de la Facultad se presentarán en una futura publicación.

El 90,0% (18/20) de aquellos que no ingresaron a la Facultad tuvo otras posibilidades de educación superior dentro del año siguiente a su salida del Programa. El 75,0% ingresó a carreras técnicas y el 15,0% a universitarias.

DISCUSIÓN

Como parte de las iniciativas chilenas destinadas a generar equidad en la educación universitaria el programa Beca Diego Peralta resulta innovador e integral. En nuestro país, el tema se enfrenta mayoritariamente entregando subsidios económicos -según excelencia

académica y nivel socio-económico- a quienes ya han rendido la prueba nacional de selección universitaria y se encuentran postulando a una carrera o cursándola. Sin embargo, existe consenso en que la equidad en este ámbito no se logra con sólo asignar recursos para becas, pues ello desconoce la complejidad del problema¹³. Las desigualdades que afectan el éxito en los estudios superiores surgen de una serie de factores personales y sociales que van más allá del plano material. Así entonces, la equidad en la educación superior radica en diversas dimensiones: equidad en las oportunidades de estudio, equidad en el acceso a éstos, equidad en la permanencia y equidad en los resultados¹⁴. La primera se relaciona con la estructura y oferta del sistema de educación superior. La segunda involucra, entre otros, a los instrumentos de selección. Cabe destacar que las pruebas nacionales de selección universitaria no han contribuido a revertir las desigualdades sociales en el acceso a la educación superior¹⁵. Sólo un tercio del tramo superior (20%) de puntajes PAA pertenecía a los tres quintiles más pobres de la población¹⁶, lo que no se habría modificado significativamente con la PSU¹⁷. En la tercera dimensión, equidad en la permanencia, influyen los recursos económicos y otros factores, como las habilidades socioculturales para enfrentar la educación superior, escasas también entre los jóvenes de bajos ingresos^{13,14}. La última dimensión se relaciona con la calidad en las instituciones de educación superior.

Llama la atención que no se encontrase ninguna otra iniciativa local que abordara los varios factores generadores de esta inequidad. El programa Beca Diego Peralta es el único que conocemos a nivel nacional que asume como premisa rectora que, para facilitar el ingreso y éxito universitario a los alumnos destacados de escasos recursos, se les debe garantizar tanto las condiciones económicas, como otros apoyos destinados a disminuir las carencias académicas y psicosociales que estos jóvenes tienden además a presentar.

Los resultados del Programa a la fecha muestran que éste generó expectativas y

oportunidades de acceso a la educación universitaria que ni los estudiantes ni sus padres imaginaron previamente. A pesar de pertenecer al grupo de los alumnos más destacados de sus respectivos colegios, una proporción muy significativa de ellos y de sus padres no había considerado la universidad como proyecto futuro. Esto podría explicarse en parte, por el escaso acceso real que tienen los jóvenes de nivel socio-económico bajo a ella, pues sólo el 17% de los universitarios pertenece a los dos quintiles más pobres de la población⁶. Podríamos suponer entonces, que las expectativas de ambos estaban más determinadas por su realidad socio-económica que por el rendimiento académico de los estudiantes.

La realidad psicosocial de los participantes dificultó también su desempeño en el proceso preingreso y su acceso a la Facultad. Un número considerable presentó psicopatología y/o condiciones de alto riesgo. El fracaso de un tercio (por deserción o exclusión) estuvo determinado en un alto porcentaje por problemas psicológicos. Junto a éstos, cabe destacar el mal rendimiento académico como otro de los factores que se relacionó significativamente con el fracaso de los alumnos. Es de suponer que en este último factor también pudieron incidir variables psicosociales, tales como el déficit de hábitos y técnicas de estudio y la desorientación vocacional, de alta prevalencia entre los participantes. Lo anterior refuerza la importancia central del apoyo psicosocial en este tipo de programas. Estudios previos han mostrado que la ayuda en este ámbito predice significativa e independientemente el éxito académico en los primeros años de enseñanza superior^{18,19}. El paso desde la educación secundaria a la superior sería fuente de mucho estrés, y el apoyo de los alumnos mediante consejería y otras estrategias aumentaría sus posibilidades de éxito¹⁹. Esta ayuda se consideró de suma importancia en el programa Beca Diego Peralta, cuyos participantes se ven sometidos a un significativo estrés adicional. Este último se vincula, por una parte, a las altas expectativas y exigencias de logro tanto de los alumnos, como de sus familias y las instituciones involucradas. En este sentido,

cabe destacar que para las familias de estos estudiantes, donde rara vez algún integrante accedió a la educación superior, esta posibilidad resulta un gran hito, lo que puede generar significativa tensión al joven. Por otra parte, se relaciona a la incertidumbre que les produce el hecho de que, aún habiendo sido seleccionados para el Programa, no saben con certeza si finalmente ingresarán a la Facultad. Estos factores pueden además explicar en parte la alta prevalencia observada de psicopatología, pues se trató predominantemente de cuadros reactivos.

El desempeño académico insatisfactorio de algunos pudo también deberse a factores propios del programa. El perfil vocacional y los problemas que presentaron en esta esfera varios de ellos permiten inferir la ausencia de una vocación real por el área de la salud. El éxito de la iniciativa podría incrementarse si se amplía el espectro de carreras ofrecidas.

Los puntajes ponderados de los alumnos finalmente seleccionados para estudiar en la Facultad evidencian que estos jóvenes no habrían ingresado mediante el proceso de admisión regular. Sin embargo, su desempeño a la fecha, ha sido en general satisfactorio. Esto avala la importancia de ampliar los criterios de selección para este tipo de estudiantes si se quiere generar real equidad en el acceso a la educación superior, lo que es refrendado en la literatura internacional²⁰. Destaca que Medicina tendió a concentrar los fracasos (3/4), lo que podría atribuirse a su mayor exigencia académica y generación de estrés asociado.

Los datos muestran que el Programa generó oportunidades de desarrollo positivo para gran parte de los participantes y casi la totalidad de aquellos que finalizaron el proceso de apoyo preingreso, principalmente a través de facilitarles el acceso a educación superior (63.2% y 94.7%, respectivamente).

Una debilidad del presente análisis es la falta de constancia en el registro de varias de las variables descritas, debida principalmente a la ausencia inicial de un diseño prospectivo de investigación asociado al Programa.

Por último, cabe destacar que no fue posible acceder a ningún programa internacional de

características similares. Sin embargo, al menos en Estados Unidos se han llevado a cabo numerosas iniciativas para facilitar el ingreso y retención de alumnos con desventajas socio-económicas, culturales y étnicas en carreras de la salud. Estos programas se aplican en distintas etapas del proceso educativo (escolar y universitaria) e incluyen diversas estrategias de apoyo (académicas, psicosociales y otras). A la fecha, ha sido difícil comparar sus resultados debido a la falta de indicadores consensuados de éxito y a la inconsistencia de sus métodos de evaluación²⁰⁻²¹.

Agradecimientos a:

Equipos de apoyo académico, psicosocial, tutoría y secretaría Beca Diego Peraltá, Servicio Médico y Dental de los Alumnos Universidad de Chile, Oficina de Comunicaciones, Secretaría de Estudios y Direcciones de Escuelas de la Facultad de Medicina Universidad de Chile, Corporación de Salud y Educación I. Municipalidad de Cerro Navia y Departamento de Salud I. Municipalidad de La Pintana.

REFERENCIAS

1. BRUNNER JJ., ELACQUA G. Informe Capital Humano en Chile. Santiago: Escuela de Gobierno Universidad Adolfo Ibáñez, 2003. Disponible en: www.uai.cl/p4_home/site/asocfile/ASOCFILE120030528134519.pdf. [Consultado el 3 de julio de 2006].
2. FUNDACIÓN PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA. Garantías en Educación. En: Moreno L, Rosenblüth M, eds. Umbrales Sociales 2006. Propuesta para la Futura Política Social. Chile: Fundación para la Superación de la Pobreza, 2005: 36-72. Disponible en: www.fundacionpobreza.cl/umbrallesociales2006/cap2.pdf [Consultado el 20 de septiembre de 2006].
3. MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE. GOBIERNO DE CHILE. Reforma Educacional. Capital Humano Avanzado. Disponible en: www.mineduc.cl/index.php?id_portal=1&id_seccion=993&id_contenido=939 [Consultado el 3 de julio de 2006].
4. THE WORLD BANK. Education. Data and Statistics. Latin America & Caribbean (LAC) Countries, 2004. Gross Enrollment Ratio (%), Tertiary. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/edstats/cd2.asp> [Consultado el 23 de agosto de 2006].
5. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, GOBIERNO DE CHILE. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 1990.
6. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, GOBIERNO DE CHILE. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2003.

7. GASPARINI L. Different Lives: Inequality in Latin America and the Caribbean. En: De Ferranti D, Perry G, Ferreira F, Walton M, Coady D, Cunningham W et al, eds. Advance Conference Edition, Inequality in Latin America and the Caribbean: breaking with history? Washington, DC : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2003 : 35-80. Disponible en: [wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/0/32d7c0bacee5752a85256dba00545d3f/\\$FILE/Inequality%20in%20Latin%20America%20-%20complete.pdf](http://wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/0/32d7c0bacee5752a85256dba00545d3f/$FILE/Inequality%20in%20Latin%20America%20-%20complete.pdf) [Consultado el 23 de agosto de 2006].
8. TRÁMITE FÁCIL.GOBIERNO DE CHILE. Área Educación y Cultura. Becas, Créditos, Subsidios y Fondos Concursables. Disponible en: www.tramitefacil.gov.cl/1481/propertyvalue-20865.html [Consultado el 3 de julio 2006].
9. BECAS CHILENAS. UNIVERSIDAD CHILE. Disponible en: <http://becas.universia.cl> [Consultado el 3 de julio de 2006].
10. RAVEN JC, COURT J, RAVEN J. Matrices Progresivas Escala General. En: Raven JC, Court J, Raven J. Test de Matrices Progresivas. Escalas Coloreada, General y Avanzada. Manual. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1993; MPG 1-MPG 37.
11. ANDARIZA I, JIMENEZ N, SEPÚLVEDA M. El Inventario de Preferencias Vocacionales de J. Holland: Su Introducción en Chile. Memoria para Optar al Título de Psicólogo. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, Departamento de Trabajo y Orientación, 1980.
12. RISSETTI F, MALTES S. Validez Predictiva del MMPI en la Población Universitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Estudiantil. V Encuentro de Investigación en Admisión Universitaria; 1984 Oct 18-20; Vicuña, Chile.
13. URZUA R. Equidad y Educación Superior: Síntesis de un Debate Reciente. Documento de Trabajo N° 149. Santiago: Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile, 1999.
14. LEMAITRE MJ. Algunas Precisiones Sobre el Concepto de Equidad y su Abordaje. En: Foro-Seminario Equidad y Educación Superior. Santiago: Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile, 1998.
15. DONOSO S. La Reforma Educacional y el Sistema de Selección de Alumnos a las Universidades: Impactos y Cambios Demandados. Estudios Pedagógicos 1998; (24):7-30.
16. FUNDACIÓN PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA. Brechas Socioeconómicas de la Población Chilena. En: Moreno L, Rosenblüth M, eds. Umbrals Sociales 2006. Propuesta para la Futura Política Social. Chile: Fundación para la Superación de la Pobreza, 2005 : 15-33. Disponible en: www.fundacionpobreza.cl/umbralsociales2006/cap1.pdf [Consultado el 22 de agosto de 2006].
17. KOLJATIC M, SILVA M. Improvisación en la Educación: ¿Quién Asume el Costo? Revista Administración y Economía UC 2006; (60). Disponible en: www.ayeuc.cl/Revista60/opinion1_60.htm [Consultado el 21 de agosto de 2006].
18. CUTRONA C, COLE V, COLANGELO N, ASSOULINE S, RUSSELL D. Perceived Parental Social Support and Academic Achievement: an Attachment Theory Perspective. J Pers Soc Psychol 1994; 66:369-378.
19. SCOTT DEBERARD M, SPIELMANS G, JULKA D. Predictors of Academic Achievement and Retention Among College Freshmen: a Longitudinal Study. College Student Journal 2004 Mar. Disponible en: www.highbeam.com/library/docFree.asp?DOCID=1G1:115034777 [Consultado el 3 de julio de 2006].
20. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Health Resources and Services Administration COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. Minorities in Medicine: An Ethnic and Cultural Challenge for Physician Training. An Update. Seventeenth Report. April 2005. Disponible en: <http://cogme.gov/17thReport/17.pdf> [Consultado el 24 de septiembre de 2007].
18. CARLINE J, PATTERSON D, DAVIS L., IRBY D. Precollege Enrichment Programs Intended to Increase the Representation of Minorities in Medicine. Acad Med 1998; 73(3):288-298.

Recepción : 07 jun. 2007
Aprobación : 04 oct. 2007

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

Bioética en salud pública: protección y confianza en VIH/SIDA

MIGUEL KOTTOW ⁽¹⁾

RESUMEN

La pandemia VIH/SIDA ha resistido las medidas preventivas tradicionales de la epidemiología que, además de ser ineficaces, generan actitudes sociales de discriminación y rechazo. Por esta falta de proporcionalidad entre eficacia mínima y los altos riesgos de exclusión social, se ha instaurado un excepcionalismo epidemiológico que omite medidas de control y prevención validadas para enfermedades sexualmente transmitidas. El respeto a la autonomía individual se ve tensionado en el caso de mujeres embarazadas en quienes el hallazgo de seropositividad permitiría un tratamiento que reduce la transmisión vertical de 25% a menos de 8%. Esta eficaz protección de los recién nacidos ha sugerido que el serodiagnóstico de VIH/SIDA sea obligatorio durante el embarazo, una sugerencia fortalecida por la reciente disponibilidad del examen rápido, que permitiría tamizar a mujeres que acuden tardíamente al control obstétrico.

La bioética clínica, principialista e individualista, inspirada en el respeto por las personas, defiende la autonomía y rechaza toda obligatoriedad, aunque sea de beneficio para los niños y en reducir la incidencia de VIH/SIDA. En cambio, la bioética en salud pública, fundamentada en la protección, reflexiona sobre la conveniencia de limitar la autonomía individual cuando ella obstaculiza la aplicación de medidas preventivas y terapéuticas demostradamente eficaces. En la medida que la [bio]ética de protección sea una meta irrenunciable de la salud pública, logrará fortalecer la confianza y la participación ciudadana en políticas públicas.

Palabras clave: Autonomía, bioética, confianza, protección, VIH/SIDA.

ABSTRACT

BIOETHICS IN PUBLIC HEALTH: PROTECTION AND ASSURANCE IN HIV/AIDS

The HIV/AIDS pandemic has withstood traditional preventive measures of epidemiology. Such measures not only are inefficient, but have generated social attitudes of discrimination and rejection. The evident disproportion between minimal efficacy levels and the high risks of social exclusion, has built on an epidemiological exceptionalism with relation to sexually transmitted diseases, which is reflected on the resulting omission of preventive and control measures. Respect for individual autonomy is undermined in cases such as pregnant women, in whom the detection of seropositivity would enable the delivery of a therapy decreasing vertical transmission from 25% to less than 8%. Such efficient protection of the newborn has resulted in the advice for the

⁽¹⁾Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939, Santiago. Chile. kottow@terra.cl

implementation of a mandatory HIV/AIDS serodiagnosis during pregnancy, a recommendation that is supported by the recent availability of a fast test, which would enable the screening of women presenting belatedly to obstetrical controls.

Clinical bioethics, a principleist and individualist discipline, is inspired on respect towards people and fosters autonomy while rejecting all compulsoriness, even if it should result in a benefit for children and to decrease the prevalence of HIV/AIDS. Bioethics in public health, however, are based on protection, considers the convenience of restrictions on individual autonomy when the latter hinders the implementation of efficiency-proven preventive and therapeutic measures. As long as protection [bio]ethics become an inalienable goal of public health, citizen assurance and participation in public policies will be leveraged.

Keywords: *Autonomy, bioethics, assurance, protection, HIV/AIDS.*

La salud pública chilena se abre a la bioética referida a su disciplina, en concordancia con lo que ocurre en algunas relevantes publicaciones internacionales¹. Los recientemente publicados trabajos referidos a los aspectos éticos del diagnóstico rápido de VIH/SIDA², y a la confianza/desconfianza puesta en los sistemas de salud por quienes acuden a ellos³-los impropriamente denominados usuarios-, ganan ambos en interés al motivar un debate que, lejos de ser crítico, pretende ratificar la importancia de estos análisis al ampliar y matizar los temas tratados.

Excepcionalismo epidemiológico en VIH/SIDA

La necesidad de enfocar la pandemia VIH/SIDA de un modo diferente a lo tradicionalmente reconocido como eficaz estrategia contra enfermedades infecciosas en general, y las sexualmente transmitidas en particular, se basa en tres percepciones: 1) La identificación de personas infectadas no logra desplegar medidas precautorias y preventivas eficientes. 2) Las terapéuticas para los seropositivos han sido un gran avance médico, pero son problemáticas en cuanto a acceso, costos, tolerancia, efectividad. 3) El diagnóstico de seropositividad al VIH no es social ni éticamente neutro, pues persisten juicios moralmente negativos y resabios de discriminación y exclusión frente a los grupos en riesgo: drogadictos, homosexuales, prostitutas, personas sexualmente promiscuas.

La baja efectividad de los programas epidemiológicos tradicionales y su potencial discriminatorio, llevaron a establecer la doctrina del excepcionalismo⁴: no aplicar medidas rutinarias que en la pandemia de SIDA no son efectivas en lo sanitario, pero sí lesivas en lo social. A eso es preciso agregar la fuerte dependencia contextual de estos factores, de modo que las experiencias sanitarias y las publicaciones académicas de una realidad social no se extrapolan fácilmente a otras. Sobre todo los países que no están en la frontera del desarrollo, requieren elaborar su propia reflexión y planificar estrategias acordes con su realidad, considerando que según una revisión reciente no más del 12% de la población infectada en países subdesarrollados recibe terapia antiretroviral. Este promedio oculta las bajísimas coberturas de naciones como India (4%) o Rusia (3%)⁵.

Vidal destaca algunas posibles ventajas del recientemente desarrollado examen rápido frente al diagnóstico tradicional de VIH/SIDA (Elisa, Western blot), como son la oportuna inmediatez del resultado y la mayor discreción de realizarlo en privado. No queda muy claro si la privacidad queda mejor resguardada con la adquisición comercial del examen en comparación con acudir a un centro diagnóstico, pero al parecer las diferencias no son substanciales por cuanto podrían ser eliminadas con las debidas precauciones. Por otro lado, el procedimiento privado genera una brecha mayor entre diagnóstico y acceso a tratamiento, que la institucionalización de ambos momentos. Hay

que considerar, asimismo, que todo acto médico que se privatiza es motivo de discriminación entre pudientes y desposeídos, transformado en franca inequidad si el acceso privado fuese sanitariamente más beneficioso.

Los factores mencionados, y la aparición de nuevos métodos diagnósticos, generan un excepcionalismo que es de facto, obligando a la revisión permanente de las políticas sanitarias que se implementan, o se omiten, en relación al VIH/SIDA, y su adecuación a las realidades sociales locales. El requerimiento de la bioética a la salud pública es no innovar a menos que ello implique un aumento de beneficios a los afectados o una mejor protección de la población.

Mientras esta ponderación no se realice, existe el riesgo que una modificación de las medidas preventivas o del método diagnóstico pudiese resultar en un peor engranaje con las disponibilidades terapéuticas.

Protección y autonomía en salud pública

Como contraparte a lo anteriormente planteado, las políticas de salud pública deben estar atentas a no descartar posibles ventajas de una innovación. Consideraciones bioéticas han condenado tanto la aplicación obligatoria como la engañosa del diagnóstico de SIDA, respetando la autonomía de las personas para solicitar o consentir al examen. Desde hace algún tiempo se discute acaso la mujer embarazada también se ha de amparar tras el respeto a su autonomía, considerando que con tratamientos adecuados es posible bajar el riesgo de infección transplacentaria o por lactancia del 25% al 8%. La eficaz reducción de transmisión vertical del VIH ha llevado a proponer el serodiagnóstico obligatorio como parte del cuidado de la mujer embarazada, pero la sugerencia enfrenta argumentos de orden médico, económico y ético⁶.

En regiones más apartadas, con cobertura sanitaria geográficamente desigual, suele ocurrir que las mujeres llevan su embarazo sin controles obstétricos y solo acuden al centro médico con ocasión del parto. La posibilidad de realizar un serodiagnóstico se limita al escaso tiempo que la mujer estará bajo cuidados médicos directos,

en cuyo caso habría una notoria ventaja en contar con el examen rápido para instaurar de inmediato una terapia antiretroviral que no será tan eficaz como el esquema 076, pero evitará la infección de un número importante de neonatos. La sugerencia de hacer obligatoria la pesquisa de VIH/SIDA en embarazadas para proteger al hijo gana fuerza en el caso de mujeres que acuden tardíamente a centros médicos y que solo podrán ser pesquisadas con examen rápido, eventualmente sin su consentimiento, puesto que la inminencia del parto les restaría ecuanimidad de juicio.

Si la bioética en salud pública permaneciese fiel al principialismo de Georgetown y confirmase que el principio de autonomía mantiene su validez siempre que se cumplan los requisitos de intencionalidad, conocimiento y ausencia de coerción², debería ser cautelado el derecho de la madre a negarse al serodiagnóstico, en independencia de las consecuencias epidemiológicas o del probable daño al niño. Sin embargo, va quedando suficientemente en claro que la bioética en salud pública obedece a una deliberación de otro orden, donde eventualmente la autonomía tiene que ceder frente a intereses de terceros o del bien común que están siendo cautelados por políticas sanitarias específicas y efectivas. El excepcionalismo en VIH/SIDA que defiende la autonomía por encima de programas epidemiológicos inciertos, debe ser revisado, incluso planteándose una forma de excepcionalismo bioético, donde la autonomía es limitada excepcionalmente por motivos de eficacia epidemiológica y protección del niño por nacer.

Llevado a una ponderación comparativa, la autonomía de los individuos puede y debe ser coartada allí donde ello es necesario para asegurar una protección pública impostergable.

En el caso de las mujeres embarazadas, es convincente argumentar que su autonomía debe ser sobreseída en beneficio de sus hijos, haciendo impositivo el diagnóstico a condición que se ponga a disposición de las seropositivas el tratamiento completo más eficaz existente. Por analogía, el examen rápido podría ser obligatorio

en mujeres que se presentan al parto y donde la probabilidad que se nieguen a un eventual tratamiento es menor. Lo que para la bioética principialista significaría una violación indebida de la autonomía, se constituye desde la visión de la salud pública en una restricción justificada y excepcional de la voluntad autónoma en aras de la reducción de tasas de infección vertical y protección del nasciturus, en consideración a que, según UNICEF, la mayoría de los 1000 niños que mueren al día por VIH/SIDA han sido infectados por vía vertical⁷.

Crisis de confianza en servicios sanitarios

La pérdida de confianza en el mundo tardomoderno ha sido motivo reciente de preocupación en las relaciones entre instituciones públicas y ciudadanía, muy especialmente en el área sanitaria. La filósofa británica O. O'Neill dedicó sus "BBC Reith Lectures 2002" al tema de la confianza, poniendo énfasis en que la crisis no depende tanto de ver frustrados los reclamos de derechos, como del fervor con que los derechos son reconocidos y respetados: "la democracia presupone derechos y los derechos presuponen obligaciones"⁸. Una declaración de derechos humanos solo logra el compromiso social de respetarlos si se "muestra quién es requerido de hacer qué para quién, o por qué está siendo requerido de hacerlo"⁹. Así se explica que tantos derechos sean formulados en un vacío social que no los acoge. Los movimientos cívicos que claman por derechos tienen menos posibilidades de imponerse que las políticas que reconocen obligaciones.

Una razón predominante de la crisis de confianza en sociedades modernas es que las expectativas ciudadanas expresadas en forma de derechos no tienen un correlato efectivo con obligaciones estatales o sociales. Ejemplo craso de ello es la formulación de un derecho a [protección de la] salud que aparece en prácticamente todas las constituciones americanas¹⁰, pero al cual las instituciones sociales y el Estado responden en forma muy fragmentaria por cuanto no asumen una obligación sanitaria que dé respuesta al mandato constitucional. La reacción ciudadana es la desconfianza al no ver

atendidas sus necesidades de salud/enfermedad.

El argumento de Hevia³ apunta en gran medida a lo que podría llamarse la confianza ex post: si el trato del médico fue satisfactorio, la prescripción benéfica, la duración de la consulta y el esfuerzo técnico desplegado adecuados, tanto el médico como el sistema habrán conquistado la confianza del paciente. Podría también caracterizarse la evaluación en términos de calidad de atención, detectándose ciertos resabios de paternalismo en esta interacción, ilustrado, según el autor, por la tranquilidad sentida por el paciente de haber elegido bien si se encuentra con una pared tapizada de diplomas en la consulta del médico

Otro modo de ver la confianza en relación a las acciones sanitarias es considerarla un elemento ex ante. La bioética lleva muchos años insistiendo que la relación entre paciente y médico, así como entre probando e investigador, debe sustentarse en un flujo informativo acabado que abarque todo lo disponible y pertinente para que el paciente tome una decisión clínica informada, el probando otorgue su consentimiento y, para el caso de la salud pública, el ciudadano acepte sacrificar aquella parte de su autonomía que interfiere con una efectiva política sanitaria de protección. Este esfuerzo informativo se lleva a cabo en un clima de confianza técnica donde se cuenta con la veracidad y la honestidad del informante. No obstante, aun el más depurado de los procesos informativos inevitablemente deja un residuo de incertidumbre y desconocimiento, por cuanto tanto la clínica como la salud pública son disciplinas indeterminadas e inconmensurables, donde teoría y datos empíricos se superponen solo parcialmente, en tanto que hipótesis explicativas diversas cohabitan aunque sean contradictorias.

El residuo de desinformación es imposible de resolver, por lo que paciente, probando o ciudadano deberá confiar que el terreno ignoto será manejado por el profesional con integridad moral, respetando los intereses del paciente incluso por sobre los propios. De esta manera, la confianza técnica es complementada por una confianza ética, uniendo excelencia profesional

con preceptos bioéticos esenciales proclamados por pioneros como P. Ramsey y E. Pellegrino, quienes escribieron latamente sobre el fundamento fiduciario de las relaciones sanitarias^{11, 12}.

El camino emprendido por los servicios médicos hacia la comercialización y el viraje hacia una “nueva salud pública” que enfatiza la autoresponsabilidad, y los factores individuales determinantes del estilo de vida, han hecho lo suyo por minar la confianza en las instituciones y los profesionales sanitarios^{13, 14}.

La salud pública se ve principalmente afectada por la desconfianza ciudadana, no solo por la dificultad de asegurar disciplina en programas de reconocida eficacia, sino también en sus campañas por promover salud, modificar estilos de vida, delimitar autoresponsabilidades, todas basadas en una relación fiduciaria de comunicación entre expertos y la sociedad civil.

Ética de protección

De la filosofía viene la crítica que la autonomía ha tomado excesivo protagonismo tanto en la bioética clínica como en salud pública, por cuanto los individuos no pueden ni quieren ejercer total independencia de juicio en asuntos médicos¹⁵. A nivel de las relaciones interindividuales entre profesionales e investigadores biomédicos por un lado, y pacientes/probandos por el otro, reivindican y fortalecen estos argumentos la tenacidad del paternalismo y de la asimetría de poder que ocurre en estos contextos¹⁶. Más justificada parece la crítica a un exceso de autonomía en el contexto de la salud pública, pero la razón no puede ser que “algunas medidas de salud pública son compulsorias porque no es técnicamente posible introducir variaciones de gestión para acomodar preferencias individuales”¹⁷. Invirtiendo el argumento, cabe señalar que los programas de salud pública han de tener una eficacia y un valor de protección lo suficientemente alto y convincente para que la limitación de la autonomía individual sea aceptable. De este modo, se evita los abusos a la autonomía y se fomenta la confianza en una salud pública que solo actuará a la luz de

evidencias de efectividad.

El nuevo examen diagnóstico rápido de VIH/SIDA presenta la ventaja de fortalecer la autonomía de las personas, concediéndoles el beneficio del mejor resguardo de su “intimidad y confidencialidad”, como apunta Vidal, al no tener que acudir a un centro diagnóstico. Aflora aquí un primer momento de desconfianza, al evita el centro médico por temor a que no cautelará adecuadamente la privacidad del consultante. El costo de esta autonomía lograda por el examen rápido, es que las personas no reciben información y consejería a menos que la busquen, lo que podría no ocurrir en caso de primar la falta de confianza en las instancias terapéuticas. La deliberación bioética principalista celebrará la mayor autonomía de realizar el examen sin intervención de terceros aunque, como es inevitable, el ejercicio de la autonomía conlleve la posibilidad de decisiones erróneas. Es el acendrado acento individualista de la bioética clínica, donde el respeto por las personas tiene primacía sobre la protección.

Para la bioética en salud pública aparece aquí una herramienta diagnóstica que permite mejorar la efectividad epidemiológica frente al SIDA y de proteger ante la infección vertical a un número importante de niños, aunque ello eventualmente requiera restringir la autonomía de las mujeres y llevar a cabo el examen como rutina obligatoria. Requisito insoslayable para aceptar el predominio de la protección a costa de autonomía, es que el diagnóstico sea complementado con el acceso al mejor tratamiento médico existente. La bioética en salud pública enfatiza la protección por sobre la autonomía, ante todo para aquellos que carecen del necesario empoderamiento para ejercerla¹⁸. Con ello, la bioética pretende contribuir al fomento de una adecuada función protectora como vehículo para reforzar la confianza ciudadana en las políticas de salud pública.

Conclusión

Aunque muchas veces soslayado, sigue siendo uno de los dilemas fundamentales de la salud pública el justificar eventuales limitaciones

a la autonomía individual cuando ciertas medidas sanitarias en pro del bien común así lo requieren. En el caso del VIH/SIDA y del diagnóstico rápido, se perfilan ventajas y desventajas personales relacionadas con la privacidad, la confidencialidad y el acceso a tratamiento cuando es necesario. Más importante es que el diagnóstico rápido es un instrumento epidemiológico que se puede aplicar a situaciones en que las pruebas tradicionales serían demasiado lentas e ineficaces. Las ventajas estratégicas del examen rápido se acrecientan al considerar que la aplicación rutinaria, eventualmente compulsoria, protegerá a un número muy significativo de niños contra la transmisión vertical del VIH. Si la bioética es fiel al postulado de proteger a los desvalidos y desmedrados, deberá sustentar una estrategia sanitaria que limita la autonomía al instituir un examen cuya obligatoriedad se justifica ampliamente por la substancial disminución de niños afectados por la transmisión vertical el VIH.

REFERENCIAS

1. VERA A. Descripción de publicaciones en bioética en revistas de salud pública. Enviado a publicación
2. VIDAL M. Cuestiones éticas y legales del uso de pruebas rápidas de diagnóstico para VIH/SIDA domiciliarias. *Rev. Chil. Salud Pública* 2006; 10: 99-106
3. HEVIA F. Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. *Rev Chil Salud Pública* 2006; 10: 107-111.
4. BURR C. The AIDS exception: privacy vs. Public health. En Beauchamp DE & Streinbock B. *New ethics for the public's health*. New York / Oxford, Oxford Univ. Press 1999: 211-224.
5. MCGOUGH JM, REYNOLDS SJ, QUINN TC & ZENILMAN JM. Which patients first? Setting priorities for antiretroviral therapy where resources are limited. *Am. J. Public Health* 2005; 95: 1173-1180.
6. CLARK PA. Mother-to-child transmission of HIV in Botswana: an ethical perspective on mandatory testing. *Developing World Bioethics* 2006; 6: 1-12.

7. EL MERCURIO, 19.01.07
8. O'NEILL O. A question of trust. Cambridge, Cambridge Univ. Press 2002: pág. 31.
9. Ibid.: pág. 28.
10. FUENZALIDA-PUELMA H. & CONNOR SS. El derecho a la salud en las Américas. Washington, Organización Panamericana de la Salud 1989.
11. CARSON RA. Paul Ramsey's ethic of covenant fidelity. En Vaux KL, Vaux S & Stenberg M. (eds.): *Covenants of life*. Dordrecht, Boston, London Kluwer Academic Publishers 2002: 9-18.
12. PELLEGRINO E. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1979; 4: 32-56.
13. BEAGLEHOLE R. & BONITA R. *Public health at the crossroads*. Cambridge, Cambridge Univ. Press 1997.
14. PETERSEN A. & LUPTON D. *The new public health*. London, Thousand Oaks, New Delhi, Sage 2000.
15. O'NEILL O. Public health or clinical ethics: thinking beyond borders. *Ethics and International Affairs* 2002; 16: 35-45.
16. KOTTOW M. The battering of informed consent. *J. Med. Ethics* 2004; 30:565-569
17. O'NEILL 2002: pág. 38.
18. KOTTOW M. *Etica de protección*. Bogotá, Univ. Autónoma de Colombia 2006.

Recepción: 21 ene. 2007

Aprobación: 08 mar. 2007

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

Discurso de S.E. Michelle Bachelet, Presidenta de Chile

Amigas y amigos del mundo de la salud pública que hoy se sienten convocados por una iniciativa así de importante como la que hoy día estamos inaugurando, cual es este Primer Congreso de la Salud Pública.

Esto de poder llegar acá y acompañarlos en esta inauguración, es para mí un motivo de alegría, por un lado, y orgullo, por otro.

Alegría, por participar como Presidenta de la República en un encuentro de alto nivel entre profesionales y académicos que han hecho de este tema crucial para la calidad de vida de la ciudadanía, el objeto de sus actividades, de sus investigaciones y de sus reflexiones, donde se busca resolver el tremendo dilema que siempre tienen quienes conducen cualquier nivel de responsabilidad, y es que habitualmente lo urgente se come lo importante, y el tiempo para reflexionar, para evaluar y definir el impacto de las intervenciones no siempre es el que uno necesitaría para la mejor toma de decisiones.

Por tanto, yo creo que este punto es muy importante de poder trabajar, pensar y discutir sobre cómo vamos haciendo las cosas mejor en la salud y en la salud pública.

Un encuentro que nace, además, de quienes son los actores involucrados. Aquí lo que estamos hablando es la convergencia, como bien nos decía el doctor Solimano, de instituciones académicas, públicas y privadas, que lo que están haciendo es reafirmar su compromiso de contribuir eficazmente a la protección y al mejoramiento de la salud de las personas en nuestro país.

Pero yo decía que si bien era un motivo de alegría, y siempre volver al contacto con la salud es como volver a mi casa, además es un motivo de orgullo, porque como médico, como profesional de la salud, de estar presente en un evento que se hace cargo de una larga trayectoria de logros y permanentes desafíos, para desde

allí mirar y crear nuevas formas de abordar los grandes temas actuales de la salud pública chilena, para estar a la vanguardia, y los médicos y todo el área de la salud, solemos estar ahí, no sólo hay que avanzar más rápido, sino que hay que mirar más lejos. Y ustedes están anticipando el futuro y preparando a Chile para afrontarlo de la mejor manera posible.

Por eso que los felicito, los aliento y los acompaño de todo corazón.

Porque la verdad sea dicha, la salud pública, junto a la educación y las leyes laborales, es uno de aquellos temas pioneros en la configuración de un Estado que se pone al servicio de las personas. Un Estado que asume como rol esencial el desarrollo con equidad; el progreso y la justicia social. La salud pública como pionera es la noción de Estado social y democrático de derecho.

Hace ya cerca de un siglo, algo recordaba el doctor Solimano, los precursores de nuestra salud pública introdujeron la idea de la responsabilidad del Estado en la salud de todos los chilenos y chilenas.

Célebres médicos y salubristas hacían eco de la realidad que vivía gran parte de la población. Hacían eco de nuevos movimientos sociales de clase media y populares que demandaban una respuesta frente a lamentables condiciones que aquejaban a los trabajadores del campo y la ciudad, a los niños, a las mujeres, a todos quienes no podían acceder por sus propios medios a las atenciones y cuidados de salud que necesitaban.

La filantropía y el esfuerzo asistencial al cual se había ido sumando paulatinamente el Estado, no daban abasto para satisfacer la atención que requerían millones de compatriotas asediados por la falta de higiene, la desnutrición, las enfermedades y la muerte prematura.

La caridad no es suficiente, como nos decía

Isabel Allende, en sus relatos de comienzos del siglo XX.

Se hacía imprescindible que Chile, con mirada de país, desarrollara todas las capacidades humanas que le permitieran organizar su sistema de seguridad social y sus servicios de salud pública para enfrentar con éxito los acuciantes problemas sanitarios del siglo XX.

Fue así como -desde distintas visiones y perspectivas ideológicas- fue posible ir coincidiendo en políticas de salud, en políticas de Estado, que trascendieran al limitado tiempo de los gobiernos para permanecer y dar sus frutos.

Cuando uno revisa notas de aquellos años, uno se encuentra con una doble mirada que, pasado el tiempo, nos sigue inspirando hasta el día de hoy, aunque probablemente los énfasis pueden ser relativamente distintos y la manera de plantearlo también, ustedes van a ver que son los mismos desafíos.

Una mirada que lo que une, en definitiva, es la causa del ser humano, tan propia de la medicina, con el progreso del país.

El doctor Cruz-Coke, ministro de Salubridad en 1937, lo decía de una manera muy gráfica. Decía que era necesario preocuparse de la salud pública por razones humanitarias, pero también por razones económicas, para darle “a la capacidad productora del país un aporte de brazos fuertes”.

Otro ministro de Salubridad en 1939, el doctor Allende, coincidía en que era necesario alcanzar “un mayor rendimiento en la producción nacional, a la vez que una mejor disposición de ánimo para vivir y apreciar la vida”.

Qué interesante es revisar esas citas y esa historia, porque como ya decía, los desafíos parecieran no haber cambiado sustancialmente.

Esas citas hablan de lo que ha sido mi propio pensamiento, y probablemente el de todos los que estamos aquí: que crecimiento y protección social van de la mano. No hay un contrapunto entre ello. O, dicho en otras palabras, que no hay que hacer un trade-off entre ellos. Que progreso y justicia social son metas siempre presentes, no excluyentes, y que se potencian. Nosotros siempre hablamos, no sólo sobre la salud, sino del conjunto del sistema de protección

social que queremos consolidar en el país, que es absolutamente posible, no sólo posible, sino que indispensable, crecer para incluir e incluir para crecer, y que ambos elementos tienen que ir de la mano.

Pues bien, animada de ese mismo espíritu humanista y científico, orientado al bienestar y el progreso, se reúne hoy aquí la comunidad de la salud pública chilena.

Se reúne para intercambiar experiencias acerca de la salud chilena e internacional, para revisar nuestros éxitos y nuestros fracasos, para seguir adelante en esta aventura fascinante de ayudar a que esta construcción social que denominamos salud pública, refuerce su identidad y se siga materializando en políticas e iniciativas dirigidas a alcanzar más salud para todos, especialmente a los más vulnerables.

El panorama de desafíos que hoy tenemos por delante nos obliga a redoblar los esfuerzos sobre la base de lo que hemos aprendido hasta ahora.

El gobierno se ha propuesto avanzar en el abordaje de los problemas de hoy, sobre la base de la extensión universal de un Sistema de Protección Social que sea, por un lado, capaz de integrar en el nivel local las políticas que garanticen los derechos de toda la ciudadanía

Así, por un lado, estaremos contribuyendo a disminuir la inequidad que, como sabemos hoy, es en sí misma un factor de riesgo para la salud.

El sistema de salud es un componente esencial de este sistema de protección social que continuamos construyendo y que queremos consolidar.

A través del AUGE hemos reconstruido una noción interesante e importante, la noción de que ya no basta con hablar de tener acceso a determinados beneficios, a determinados bienes y servicios, sino a la noción de derecho garantizado. Y uno añadiría, y además a la noción de la calidad de lo que ofrecemos y de lo que la gente espera y merece, naturalmente. Esta noción de derecho garantizado, lo que será fundamental en ésta y otras materias donde discutamos los derechos de los ciudadanos.

Pero el AUGE no es todo. El desafío de hoy es lograr desarrollar con integralidad lo que respecta a redes de servicios, lo que implica un fortalecimiento creciente de la atención primaria de salud.

Ustedes saben que yo tengo mi debilidad por la atención primaria de salud. Y esta debilidad tiene que ver en que estoy convencida que es en ese nivel donde uno se juega no sólo, digamos, el que todo el conjunto de sistemas de redes puede funcionar adecuadamente, sino que muy importantemente porque ahí donde uno vive, donde uno convive es donde se juegan claramente los determinantes de salud, donde podemos jugarlos en, efectivamente, tener intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, sobre todo de los más vulnerables. Es ahí donde los programas de salud logran acompañar el crecimiento y el desarrollo de la infancia, de la familia, de los adultos mayores.

Por eso la necesidad de lograr la mayor eficiencia en la manera cómo organizamos nuestra autoridad sanitaria, nuestro compromiso con una autoridad sanitaria que sea capaz de desarrollar adecuadamente las funciones que la OPS ha definido como esenciales y que pueden resumirse en, espero que éstas no sean antiguas, después de las 8 que acaban de definir, pero creo que después de haberlas anotado mateamente, creo que están completamente compatibles:

- Medir lo que ocurre con los indicadores de salud
- Vigilar y mantener la alerta para adelantarse a los daños
- Garantizar acceso a servicios individuales y colectivos de calidad;
- Establecer normas y fiscalizar su cumplimiento
- Promover la salud y la participación social
- Diseñar políticas de salud sobre la base de la evidencia
- Formar trabajadores de salud pública competentes. Lo que añade es preocuparse, además, de los trabajadores. O sea, ahora tiene que ver con calidad y con acoger también
- Investigar lo relevante para apoyar la toma de decisiones
- Y enfrentar crisis y emergencias sanitarias con eficiencia.

Para que estas funciones puedan desarrollarse con eficiencia, hemos implementado esta nueva ley de autoridad sanitaria, que separa las funciones de salud pública de las de gestión de las redes asistenciales públicas. Ésta fue una gran discusión cuando yo era una humilde asesora del Ministerio de Salud.

La base de esta separación de roles es sólida y se asienta en el reconocimiento del privilegio desmedido de lo asistencial cuando ambos roles se concentran en la misma mano.

Todos quienes hayan sido antes -porque hoy día están separadas esas funciones- directores de servicios, Seremis, habrán vivido esta dificultad muchas veces, a propósito de que lo urgente se come lo importante, a la hora de priorizar en qué iban los recursos, y a la hora de definir los presupuestos, la salud pública siempre era la hermana pobre, porque todo se lo gastaba -naturalmente- el presupuesto histórico, los nuevos programas y los nuevos elementos necesarios para tener una medicina de mejor calidad.

Entonces, el hecho de separar los roles tiene la idea de poder darle a ambos tareas fundamentales de un sistema de salud, el valor y la importancia que se merecen.

También se asienta en la necesidad de regular a la totalidad del sector salud desde una estructura independiente de la provisión de los servicios públicos. Porque nuestra tarea es garantizarle a la gente la mejor atención, el mejor trato y la mejor calidad en lo que hacemos, tanto en el sector público, como en el sector privado; y a la importancia de homogeneizar en la estructura desconcentrada de la nueva autoridad sanitaria, criterios de fiscalización de procesos y de servicios de similares características.

Sin embargo, así como hemos señalado con claridad que la separación de funciones tiene algunas ventajas teóricas, también implica, por decirlo así, algunas amenazas o riesgos, o elementos a tomar en consideración.

Lo principal radica en la tentación de separarse en aquel terreno donde tradicionalmente hemos sido eficientes en integrar los programas de entrega de bienes

públicos que existen, así como la promoción de salud, desde la acción de los equipos de Atención Primaria de Salud.

Por tanto, debemos hacer todos los esfuerzos posibles para que estos riesgos se minimicen, para que sigamos logrando resultados de salud positivos gracias a la integración de la salud pública con la acción asistencial, sobre todo en el ámbito de lo local.

Los desafíos derivados del envejecimiento, de los estilos de vida y de los actuales modelos de desarrollo, exigen la integración antes señalada. Pero su enfrentamiento no va a ser exitoso si no logramos, además, generar una conciencia ciudadana que apoye la introducción de regulaciones eficaces que sean capaces de enfrentar las determinantes de salud, y en especial los determinantes sociales.

En ese sentido es que cada vez nos implica nuevos desafíos para poder incrementar lo que es la participación de la gente también en el cuidado de su propia salud, y por cierto, en el conjunto de los determinantes sociales.

Abogar por la introducción de los indicadores de salud como medidores del éxito de las políticas y planes dirigidos a promover el desarrollo de los grupos más vulnerables y la movilidad en la jerarquía social, es hoy un rol fundamental de la salud pública.

También lo es el estudio de la evidencia que sustente intervenciones regulatorias y programas especiales efectivos frente a cada uno de los daños que esperamos prevenir.

Para fortalecer el nivel de salud de la población, el gobierno, a través del Ministerio de Salud, se encuentra implementando en todos sus niveles de trabajo la mirada sobre los determinantes sociales en salud, que permite relevar la importancia de lo social en el nivel de salud de la población.

Giorgio Solimano usó una palabra, yo creo muy importante, habló de la “resurrección” de la mirada de la salud como una cuestión social.

Cuando estuve el año pasado en Alemania, -yo había estudiado en la Universidad de Humboldt, en el Hospital Charité- me recibieron con todos los honores de una ex alumna Presidenta de una República y, por lo tanto,

había ahí un tremendo letrado que recordaba una frase brillante de este famoso médico-humanista Rudolf Virchow, que decía “la salud es esencialmente una ciencia social; y la política es la medicina a gran escala”.

Encontré que era extraordinariamente positivo, y por eso hay tantos médicos en la política, tratando de curar los problemas de la sociedad.

Pero eso se hace cargo, porque -obviamente- tanto en la salud como en la política, uno actúa sobre los determinantes, sobre la sociedad.

Entonces, me pareció que esto de la resurrección, hemos retomado el camino correcto, podría yo decir.

Para eso, sin duda, concuerdo nuevamente con el doctor Solimano, en cuanto a la trascendencia de fortalecer los vínculos autoridad-universidades-centros de estudio y, por cierto, en invertir fuertemente en investigación del más alto nivel.

Cuando era ministra de Salud descubrí que no había una política de investigación en Salud del gobierno, y que lo que hoy día escucho sigue siendo tan precario como antes, las ciencias básicas, y para qué decir la salud pública, tenían escasísimos recursos a la hora de competir con otros. Vale decir, con proyectos o clínicos, incluso con otro tipo de proyectos.

Ahí es que empezamos a constituir el famoso CONIS y el FONIS, tratando de enfrentar dos cosas: por un lado garantizar investigación en estas áreas que estaban precarias. Pero lo segundo -y más importante y que está dentro de una de las líneas que la OPS señalaba-, es que cuando uno veía las investigaciones, los proyectos en que eran aprobados esos recursos, no eran líneas de trabajo que permitieran toma de decisiones.

Creo que por supuesto no todo tiene que ser líneas de investigación que permitan la toma de decisiones, pero en particular en la salud pública es indispensable que al margen de los intereses legítimos que pueda tener cualquier investigador, las preguntas que nos hagamos y las respuestas correspondan a las respuestas que la salud pública tiene, necesita en nuestro país.

Estoy convencida que la innovación es un

gran desafío país, si podemos hacernos las preguntas que necesitamos respondernos, tendremos siempre mayores recursos para poder enfrentar este tipo de tareas.

También tenemos que sumar en la salud, como en otras áreas, el conjunto de los esfuerzos, porque en el país en investigación, yo tengo un compromiso de elevar el nivel, el porcentaje del PIB en investigación, tanto en ciencia como en tecnología, sin embargo, todavía tenemos que hacer otro esfuerzo mayor, porque de ese 0.6 ó 0.7% del PIB que se gasta en investigación, tres cuartas partes las pone el Estado. Es indispensable avanzar mucho más fuertemente en que haya también una alianza público-privada. Las alianzas público-privadas no tienen que ser sólo para algunas cosas, tienen que ser para todo, también a la hora de poner el billete, digamos, para poder responder temas que son de interés para el público y para el sector privado.

Sumamos a este interés por avanzar en las respuestas a temas que son importantes cada día, la aplicación creciente de ese énfasis, que tampoco es nuevo, pero que ha ido creciendo en importancia, cual es el enfoque de salud familiar que desarrolla esta estrategia conjunta que conocemos de la familia, el equipo de salud en el tratamiento y, por cierto, en la prevención, la promoción de la salud.

Este año estamos entregando 42 Centros de Salud Comunitarios y 21 Centros de Salud Familiar. Porque sin duda hay muchas experiencias que se iniciaron con una arquitectura pensando en un modelo antiguo de atención de salud primaria y, sin embargo, ahora yo creo que la nueva estructura también es mucho más coherente con el poder efectivamente tener los equipos de salud, la estructuración que permita dotar a la salud familiar de todas las condiciones para que pueda ejercer su labor, estoy convencida, es de gran importancia.

Por otro lado, sólo durante el año 2007, vamos a invertir más de 112 mil millones de pesos en infraestructura y equipamiento en salud, lo que se traduce en reposiciones y construcciones de hospitales, consultorios y postas rurales.

Por cierto, todo ello acompañado de acciones

de salud preventiva, que sean efectivamente internalizadas por la población.

Estamos, entonces, desarrollando importantes estrategias de promoción y prevención, ampliando programas de vacunación, llevando adelante la estrategia contra la obesidad, aplicando la nueva ley del tabaco, desarrollando acciones para enfrentar eventuales pandemias.

Recordaba el doctor Sotelo también todo lo referido al plan Chile Crece Contigo y todo lo referido a la infancia.

Es importante también, y ustedes van a tener un panel para trabajar esto, rescatar el valor de la participación. Es necesario apuntar hacia un proceso continuo de participación ciudadana, que vaya desde lo informativo a lo deliberativo, que permita conocer las especificidades locales y, al mismo tiempo, contribuya a generar identidad en el sistema de salud público estatal.

Yo he estado en lugares, como por ejemplo, hace poco estuve en el Valle del Huasco, me parece que en el hospital de Huasco había un grupo de personas extremadamente involucradas, y mi experiencia cuando yo era asesora y se partió en el Ministerio de Salud con los Consejo de Desarrollo de los hospitales y de los consultorios, es que tanto como el valor, era un tremendo valor la interacción que permitía también que la ciudadanía conociera de mejor manera tanto los elementos positivos como las dificultades del sistema para hacerse cargo y buscar de manera conjunta soluciones.

Por lo tanto, yo creo que de todo punto de vista, la participación ciudadana es central, porque muchas veces uno, y sobre todo cuando está ya no pensando en la salud pública, sino dentro de un box, puede perder ciertos elementos que son básicos a la hora de organizar la atención, fijar prioridades, etc.

Decía, además, que en el espacio de la reflexión de la comunidad dedicada a la salud pública encontramos también la calma necesaria para repensar lo que hemos avanzado y lo que nos queda por hacer.

Ustedes han querido dedicar este primer Congreso a grandes temas que tienen que ver con nuestro esfuerzo para garantizar efectivamente los derechos a la salud, por buscar

las mejores intervenciones para alcanzar los objetivos sanitarios, para resistir las presiones provenientes de una visión de la salud como una industria más y para hacer accesible a todos los bienes derivados del desarrollo tecnológico.

Como siempre, tras todo lo que hacemos está la preocupación prioritaria porque el ser humano, nuestra gente, esté en el centro de nuestras políticas, en todas las políticas, pero por cierto en la salud pública y que sea el objetivo primero en todo lo que hagamos por desarrollar la salud en Chile.

Yo creo que los sistemas son importantes en la medida que eso contribuye a mejorar la situación de las personas, en este caso salud, en otros casos puede haber buenos y malos ejemplos, pero lo que uno no tiene nunca que perder de vista, es que el sistema es solamente un instrumento y las personas las que realmente requerimos de apoyar.

Como Estado, debemos garantizar el derecho a salud de todos los chilenos, una salud de calidad, preventiva y que mejore, valga la redundancia, la calidad de vida en nuestro país.

Hace un siglo la salud pública fue señora en el camino de un Estado al servicio de las personas y el servicio de salud en todo Chile fue ejemplo de una política pública que tuvo sentido de país.

El Plan AUGÉ ha sido nuevamente pionero en la noción de derechos sociales garantizados a todos los ciudadanos.

Si esto lo unimos con una serie de otras tareas que tenemos, cual es la reforma a la educación, para pasar del derecho de educación de todas y todos, que hoy día está garantizado, al derecho a una educación de calidad para todas y todos, es un paso más arriba, más exigente, del derecho de la cobertura a una cobertura con calidad, al derecho a una pensión digna y decente, y por eso tenemos la reforma y las leyes en el Parlamento para la reforma a la educación, tenemos las leyes de la reforma a la previsión, para garantizar que hombres y mujeres en nuestro país puedan tener, por el solo hecho de ser ciudadanos, derecho a tener pensiones básica, solidaria, si es que no tiene ingreso o pensión, y si ya tiene, tener pensiones más

dignas y más decentes.

El derecho a vivienda de mejor calidad, entendiéndolo que la vivienda es como la patria; el derecho a tener empleo, pero no cualquier tipo de empleo, sino empleo digno y decente; el derecho a vivir en un medio ambiente que nos permita un desarrollo sustentable; el derecho a garantizar seguridad alimentaria.

En fin, hay miles de elementos de los cuales nos estamos haciendo cargo, claramente de una salud que entiende que es indispensable tener intervenciones de salud, pero donde los determinantes sociales han sido importantes.

Una perspectiva, entonces, donde se unen la ciencia, las políticas públicas y los valores más trascendentes de una sociedad que quiere acoger a todos sus miembros.

Por lo tanto, quisiera finalizar haciendo votos por el éxito de este Primer Congreso Chileno de Salud Pública y porque el éxito del mismo transforme este primer Congreso en una verdadera tradición para este país.

Muchas gracias, mucho éxito.

Discurso del Dr. Juan Manuel Sotelo, representante de OPS/OMS en Chile

Es muy grato estar participando de esta ceremonia de apertura y ser co-organizador de este primer congreso, que hoy se realiza y que posibilita que las mejores cabezas que están en el tema, hagan un balance de donde estamos y contribuyan con sus trabajos y reflexiones a construir una mejor salud para todos los chilenos.

Permítanme referirme a tres asuntos de particular relevancia como son los principios, los ámbitos y las oportunidades para avanzar en salud.

En primer lugar, los principios que deben estar insoslayablemente presentes son:

- La equidad y su búsqueda, para superar las diferencias injustas entre grupos y subgrupos de la población. La persistencia de la exclusión social y de la inequidad en la distribución de los beneficios del desarrollo, continúan siendo obstáculos para un desarrollo humano incluyente y para mejorar las condiciones de salud.
- La ética como responsabilidad, especialmente cuando la salud mueve 1.8 billones de dólares por día en el mundo según información económica de las naciones unidas y donde los intereses de las partes involucradas pudieran alejarse de la búsqueda de la salud para todos.
- La salud es un derecho humano fundamental y aquí me gustaría destacar que los sistemas de protección social en salud constituyen el instrumento estelar para el logro de salud como derecho y la inclusión social. Para esto, la protección social en salud debe ser diseñada como una política pública de alto nivel que elimine o disminuya la exclusión social en salud.

En segundo lugar, los ámbitos privilegiados para poder actuar con mejores resultados, son aquellos propios de la construcción de políticas públicas. Hay países en las Américas que han logrado construir buenas políticas que impactan favorablemente a la salud, que van desde la protección social, con acceso universal y equitativo, hasta el abordaje de los determinantes sociales de la salud, enfoque donde Chile está participando pioneramente en el mundo al tomar con seriedad el nuevo marco de intersectorialidad que representa este camino así como las varias conexiones sociales de la salud. “Chile crece contigo” es un muy buen ejemplo.

Otro ámbito privilegiado es el de los sistemas de salud basados en la atención primaria que garantizan de manera efectiva el acceso universal y equitativo, a una atención con servicios de salud solidarios y participativos, al tiempo que aseguran eficiencia, eficacia y calidad.

La formación de los recursos humanos, la fuerza laboral en salud, constituye otro ámbito excepcionalmente fértil para avanzar en salud.

Les recuerdo que la organización mundial de la salud ha decidido que ésta es la década de los recursos humanos en salud, que nuestros planes contribuyan pues a articular a las personas que trabajan en salud, a las políticas, programas y desempeño que se requiera.

Finalmente, quiero referirme a las oportunidades. Se acaba de aprobar en la última asamblea de la OEA en Panamá, la agenda de salud para las Américas, instrumento de los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud, que delimita el escenario de acción en ocho áreas y permítanme mencionarlas:

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional
- Abordar los determinantes de la salud
- Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad;
- Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la seguridad sanitaria

Esta agenda nos marca el camino para cerrar la brecha ética y social del trabajo que falta por hacer en salud y el cumplimiento de las metas del milenio.

Otra oportunidad es la celebración de los 30 años de alma ata y la renovación de la atención primaria de la salud. Los países se encuentran preparando estudios y evaluaciones. Sé de por lo menos de dos desarrollos significativos que están en preparación en Chile.

El próximo año en mayo de 2008, tendremos el informe de la comisión de determinantes sociales de la salud que promete darnos muchas luces producto de un trabajo sin precedentes de nueve redes de conocimiento.

La puesta en marcha del nuevo reglamento sanitario internacional es otra oportunidad y donde Chile contribuye con su experiencia muy activamente.

La participación del país en las actividades de salud en la comunidad andina de naciones y en el Mercosur está representando una acción entre países que es muy beneficiosa.

Pero tal vez la oportunidad más cercana para avanzar sea la propia reforma de la salud chilena, camino a enriquecerse con los planes de salud pública y una mayor cobertura de problemas de salud con garantías explícitas.

A nombre de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, deseo que este Primer Congreso de Salud Pública sea un éxito y que aporte con ideas, trabajo serio y compromiso a una ciudadanía plena y saludable.

Brote de rubéola en Chile, 2007

DORIS GALLEGOS⁽¹⁾, ANDREA OLEA⁽²⁾, VIVIANA SOTOMAYOR⁽³⁾, CLAUDIA GONZÁLEZ⁽³⁾, JUAN CARLOS MUÑOZ⁽⁴⁾, MÓNICA RAMOS⁽⁵⁾, SERGIO ALCAYAGA⁽⁶⁾, GRACIELA TORRES⁽⁷⁾, EMILIO ESPÍNEIRA⁽⁸⁾, WINSTON ANDRADE⁽⁹⁾, JORGE FERNÁNDEZ⁽¹⁰⁾ y RODRIGO FASCE⁽¹¹⁾

RESUMEN

La rubéola es una enfermedad benigna que se transforma en un problema de salud pública cuando afecta a mujeres embarazadas, pudiendo causar graves problemas al feto si llega a desarrollar el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Para evitar esto, las mujeres de nuestro país entre 10 y 29 años, fueron protegidas en la campaña de vacunación del año 1999 con un 99% de cobertura; momento en el cual el país se veía enfrentado a un brote de rubéola.

La vacuna trivérica se introdujo en Chile en 1990; posterior a ello, la tendencia de la enfermedad fue al descenso hasta los años 1997-98, cuando se produce un brote que afecta a jóvenes. Debido a esto, se realiza una campaña de vacunación en mujeres en el año 1999, cuyo éxito quedó reflejado principalmente por la ausencia de casos de SRC a partir del año 2000.

Posteriormente, frente a la presencia de grupos susceptibles en el país (principalmente hombres), se producen brotes institucionales el 2005 con un bajo número de casos y en el 2007, un segundo brote de mayor magnitud y de extensión nacional que a la fecha, supera los 2500 casos confirmados.

Como medida de control de brote se han aplicado unas 50.000 dosis de vacuna entre los contactos de los casos. Además, a fines de este año se realizará una vacunación masiva dirigida a población susceptible (hombres entre 19 y 29 años), con lo que se espera contribuir a la eliminación de la rubéola y del SRC en Chile y América en el año 2010, según el acuerdo adoptado por los países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Palabras clave: Brote de rubéola, estudio de susceptibles, vigilancia integrada sarampión - rubéola.

- (1) Epidemióloga. Encargada Vigilancia Sarampión - Rubéola. Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. Chile. Mac Iver N° 541. dgallego@minsal.cl
- (2) Epidemióloga. Jefe Unidad de Vigilancia. Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. Chile.
- (3) Epidemióloga. Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. Chile.
- (4) Epidemiólogo. Jefe Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. Chile.
- (5) Epidemióloga. Jefe de Unidad de Epidemiología. SEREMI Salud V Región. Valparaíso. Chile.
- (6) Enfermera. Encargada Vigilancia Sarampión - Rubéola. Subdepartamento de Epidemiología. SEREMI Salud Metropolitana. Chile.
- (7) Epidemiólogo. Coordinador Epidemiología de Campo. Subdepartamento de Epidemiología. SEREMI Salud Metropolitana. Chile.
- (8) Tecnólogo Médico. Sección Virus Respiratorios y Exantemáticos. Subdepto. Virología Clínica. Instituto Salud Pública. Chile.
- (9) Médico veterinario. Sección Virus Respiratorios y Exantemáticos. Subdepto. Virología Clínica. Instituto Salud Pública. Chile.
- (10) Biólogo. Sección Virus Respiratorios y Exantemáticos. Subdepto. Virología Clínica. Instituto Salud Pública. Chile.
- (11) Biólogo. Jefe Sección Genética Molecular, Laboratorio Biomédico Nacional de Referencia. Instituto Salud Pública. Chile.
- (12) Bioquímico. Jefe Sección Virus Respiratorios y Exantemáticos. Subdepto. Virología Clínica. Instituto Salud Pública. Chile.

ANTECEDENTES

La rubéola es una enfermedad de notificación obligatoria, según DS 158. A partir del 1° de julio de 2003 se integra esta vigilancia al sarampión, denominándose vigilancia integrada sarampión-rubéola. Esto implicó la notificación inmediata de los casos clínicos de rubéola, a través de un formulario único para ambas vigilancias, junto a la toma de una muestra serológica, a fin de confirmar el diagnóstico por laboratorio. Con ello, todos los casos sospechosos de rubéola notificados, son confirmados o descartados por el Instituto de Salud Pública (ISP), tanto para sarampión como para rubéola (Circular N°15AD/38 del 27/06/2003).

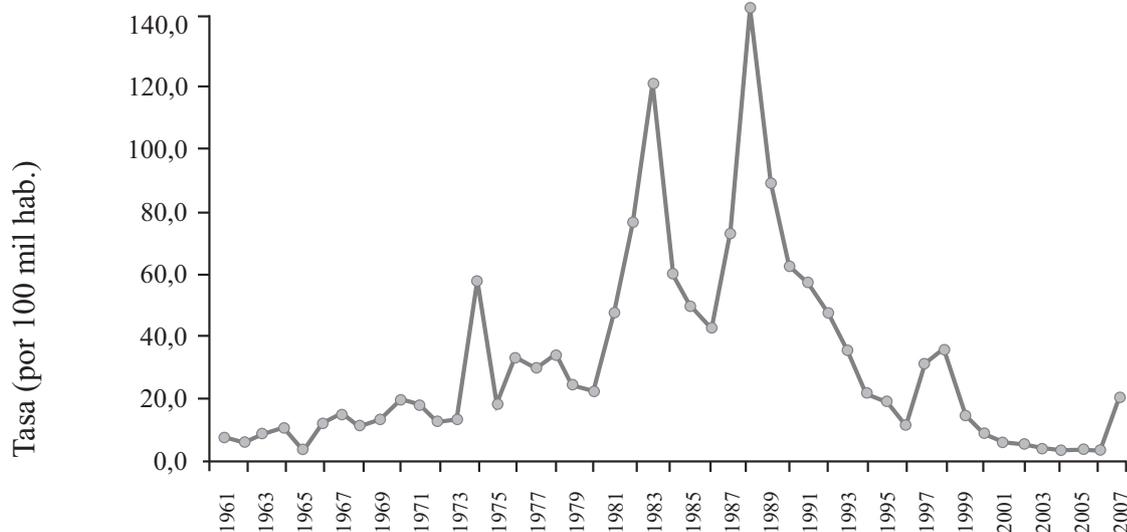
Respecto a la epidemiología de la enfermedad, antes de la introducción de la vacuna en forma programática en Chile (trivírica), la rubéola mostraba un ascenso sostenido con brotes cíclicos; situación que cambió en 1990 cuando se incorporó la vacuna en el calendario infantil. Así, desde esa fecha y hasta 1996, se observó un descenso paulatino de la incidencia de la enfermedad, afectando

principalmente a menores de 10 años (Figura 1). Entre 1997 y 1998 se observó un repunte del número de casos en el país, con desplazamiento de la edad hacia adolescentes y adultos jóvenes (70% entre 10 y 29 años)¹.

Frente a esta situación y a fin de evitar el SRC, en agosto de 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años, alcanzando una cobertura del 99%. Su impacto se reflejó en el descenso de las tasas de incidencia y en el cambio en la presentación de la edad de los casos. Así, la tasa disminuyó de 31 en 1998 a 11 por 100.000 hab. en 1999, continuando con un descenso progresivo hasta lograr una incidencia de 1,9 por 100.000 hab. en el año 2002 (disminución de un 94%) y una concentración del 68% de los casos en los menores de 5 años. En el 2003, la tasa se redujo a la mitad (0,8 por cien mil hab.), con 128 casos clínicos y, en el 2004 se confirmaron sólo 3 casos aislados en el país, cuando ya se había implementado la vigilancia integrada sarampión-rubéola y, con ello, la confirmación de todos los casos sospechosos por laboratorio¹.

Por otra parte, previo a la campaña de vacunación de 1999, no existía en Chile un

Figura 1. Incidencia de rubéola en Chile años 1961 - 2007*(octubre)



Fuente: DEIS - Epidemiología MINSAL

* Datos disponibles a la fecha de publicación de este artículo

sistema de Vigilancia del SRC, el que se puso en marcha una vez concluida la campaña. A consecuencia del brote, en los años 1999 y 2000 se notificaron 18 casos de SRC (aislamiento viral genotipo 1E). Desde el año 2000, no se han informado nuevos casos de SRC en el país, según información basada en la vigilancia de SRC y TORCH, esta última realizada por el Instituto de Salud Pública (ISP)².

Respecto a los brotes post campaña, entre enero-abril del 2005, se produce el primero de tipo Institucional, con 46 casos de rubéola y acotado a una sola región (Valparaíso). Afectó a hombres, pertenecientes a dos instituciones cerradas: la más afectada con 43 casos, entre 18 y 22 años y, posteriormente, otros 3 jóvenes pertenecientes a una universidad, sin nexos epidemiológicos aparentes entre ambas Instituciones. La confirmación etiológica fue realizada en 35 casos mediante serología en el ISP y el resto, por clínica y nexos epidemiológicos.

Ese mismo año, se confirmó otro caso aislado en una mujer residente en la Región Metropolitana, sin nexos aparentes con el brote ocurrido en la región de Valparaíso.

Ese año se realizó bloqueo epidemiológico, en una primera instancia, a las Especialidades afectadas tanto de la Armada, como de la Institución Académica. Posteriormente, se realizó una campaña de vacunación que incluyó a todas las personas pertenecientes a la Institución Naval asentados en la V Región (12.000 dosis de vacuna). Otras medidas que contribuyeron a evitar la dispersión comunitaria, fue el aislamiento de enfermos durante el período de transmisibilidad sintomático en Unidades de Enfermería de la Institución, la aplicación de medidas de confinamiento institucional y la recomendación de evitar el desplazamiento a otras regiones. Además, considerando que los jóvenes provenían de otras regiones del país, se realizó una investigación de los familiares y vacunación a los contactos, evitando la aparición de otros casos a nivel comunitario¹.

Posteriormente, en abril de 2007 se confirmó el primer caso de rubéola que dio origen al brote que afecta prácticamente a todo el país y que, a fines de octubre, asciende a los 2.619 casos. Previo

a su inicio, el Departamento de Epidemiología había realizado un estudio de susceptibles, identificando que el mayor riesgo se encontraba en la población masculina entre los 19 y 29 años, lo que resultó coincidente con los grupos de edad más afectados en el brote actual³.

Las coberturas de vacunación programática desde su introducción, se han mantenido cercanas al 95%, meta óptima para lograr la eliminación de la enfermedad y evitar la aparición de brotes. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un descenso progresivo, con las coberturas más bajas presentadas desde su incorporación al calendario de vacunación.

Por primera vez en el 2005, en el contexto de la 3ª campaña de seguimiento de sarampión dirigida a niños entre 1 y 5 años, se incorporó la vacuna sarampión-rubéola (SR), a diferencia de la vacuna antisarampión (VAS) utilizada con anterioridad.

Ese mismo año ya se había utilizado la vacuna SR para el control del brote Institucional en la región de Valparaíso y, actualmente, se continúa aplicando a los contactos como medida de bloqueo epidemiológico en casos de rubéola y sarampión³.

La rubéola se incluye como una enfermedad en vías de eliminación en el año 2003, tras el éxito en la interrupción de la transmisión del sarampión en las Américas (2002). Así, los países que integran la OPS acordaron eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010. Para lograr esta meta, los países han ido ejecutando campañas de vacunación en adultos hombres y mujeres, posteriores a las realizadas en Chile (1999) y Brasil (2002). Estos países programaron la campaña sólo en mujeres, ya que el objetivo era prevenir el SRC y no eliminar la enfermedad como se acordó posteriormente en el año 2003.

A continuación se presenta la descripción del brote de rubéola que afecta al país desde comienzos del año 2007.

OBJETIVO

- Describir el brote actual en relación a tiempo, lugar y persona, en comparación al ocurrido en el año 2005.
- Describir los virus circulantes en nuestro país.

- Describir las medidas utilizadas como medidas del control de brote.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, utilizando la información de las fichas de notificación inmediata que ingresan al software MESS** y verificación con bases de datos enviados por las regiones. Se estableció como Definición de Caso del brote: “todo hombre de 19 años más con sintomatología compatible de rubéola”. Las mujeres o jóvenes de 18 años y menos, que presenten sintomatología compatible, deben ser confirmados por laboratorio.

Se alertó a todo el país mediante un comunicado y se realizó en una primera etapa, una búsqueda intensificada en todas las regiones que no habían confirmado casos, y, en las regiones afectadas desde el inicio del brote (V y RM), la búsqueda se focalizó en las

Instituciones donde se presentaban casos.

Se realizó una investigación epidemiológica exhaustiva de todos los primeros casos y sus contactos. Se realizó examen serológico para confirmación de laboratorio en una muestra representativa de casos y, en algunos de ellos, de tipo respiratoria, a fin de realizar aislamiento y genotipificación viral; todas las muestras fueron procesadas en ISP.

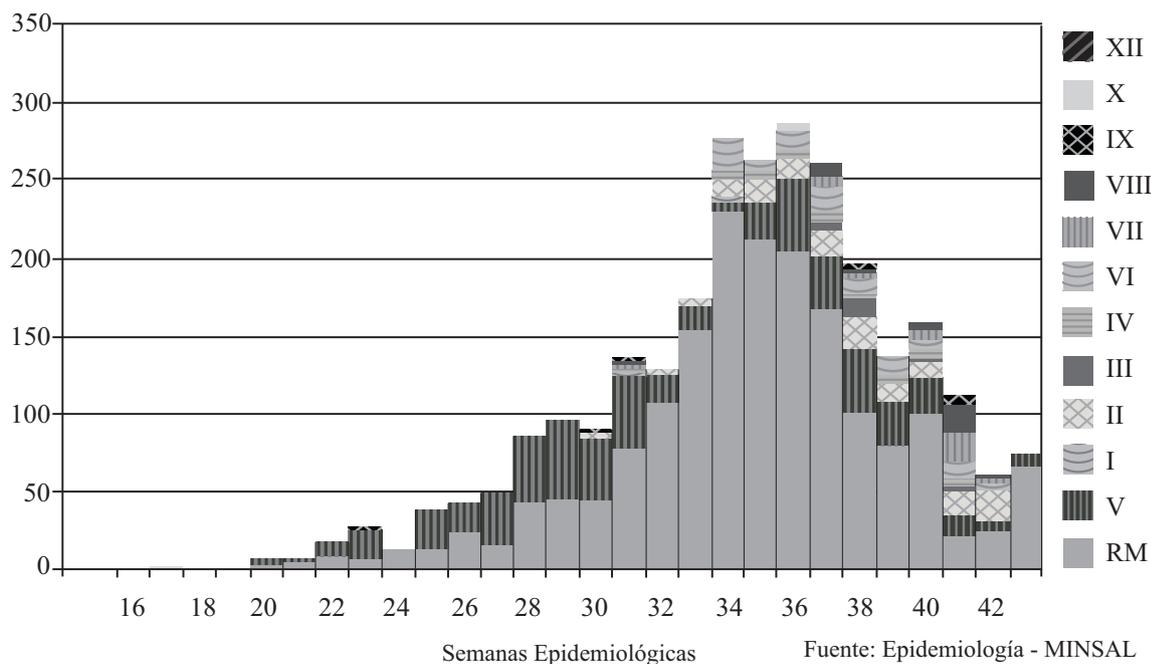
Como medida de control de brote, se vacunó a los contactos y poblaciones de mayor riesgo, de acuerdo a los criterios previamente definidos, que fueron modificándose de acuerdo a su evolución.

RESULTADOS

Evolución del Brote

El brote asciende a 2.619 casos confirmados hasta fines de octubre de 2007 y actualmente, se extiende a todo el país, con excepción de la región

Figura 2. Casos de rubéola según región de ocurrencia Chile, marzo - octubre* 2007



** Measles Elimination Surveillance -System; software en DOS creado por la OPS para la vigilancia integrada sarampión-rubéola en la Región de las Américas.

de Aisén. Sin embargo, en la región de Los Lagos, se han reportado 3 casos aislados y, en la región de Magallanes, sólo un caso.

La curva epidémica muestra un ascenso sostenido, alcanzando el peak las semanas 34 a 37 con cerca de 300 casos semanales, según el número de casos reportados (Figura 2).

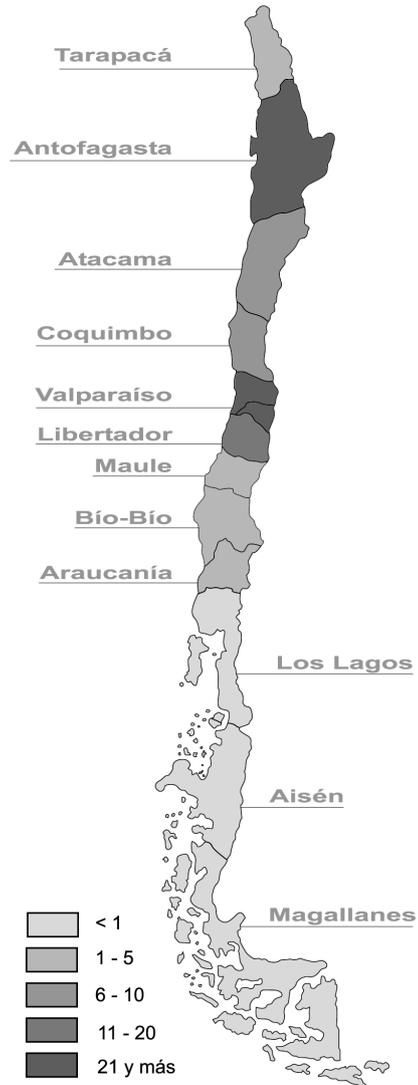
Respecto a la evolución, el día 13 de abril de 2007 el Instituto de Salud Pública confirmó el primer caso de rubéola en un joven de 26 años, estudiante de post grado, residente en el sector oriente de la Región Metropolitana; la fecha de primeros síntomas correspondió a marzo (semana epidemiológica 12). Posteriormente, aparece un segundo caso aislado, también en un joven trabajador de la RM. A mediados de abril se detecta el primer brote Institucional en una universidad, vacunándose a toda la facultad afectada. A partir de entonces, se detectaron brotes en otros establecimientos de educación superior y en otras Instituciones, aplicándose las medidas de control correspondiente. A fines de mayo se confirman los primeros casos en la región de Valparaíso, en distintos establecimientos de educación superior.

Distribución Geográfica

La primera etapa se focalizó principalmente en las regiones de Valparaíso y Metropolitana, posteriormente se confirmaron casos aislados las semanas 23 y 27, correspondientes a las regiones de Araucanía y Antofagasta, respectivamente. A partir de la semana 28, se empiezan a sumar el resto de las regiones del país en distinta magnitud. Así, hasta el 10 de agosto de 2007 se habían confirmado 350 casos y se habían aplicado 20.000 dosis de vacuna en actividades de control de brote.

Las regiones más afectadas corresponden a: Valparaíso (33,3 por cien mil hab.), Metropolitana (25 por cien mil hab.), Antofagasta (25 por cien mil hab.), Libertador Bdo. O'Higgins (12 por cien mil hab.), Atacama (9,5 por cien mil hab.) y Coquimbo (6,8 por cien mil hab.). El resto de las regiones presentan tasas entre 0,3 y 3,1 por cien mil habitantes, lo que representa a menos de 35 casos. (Figura 3).

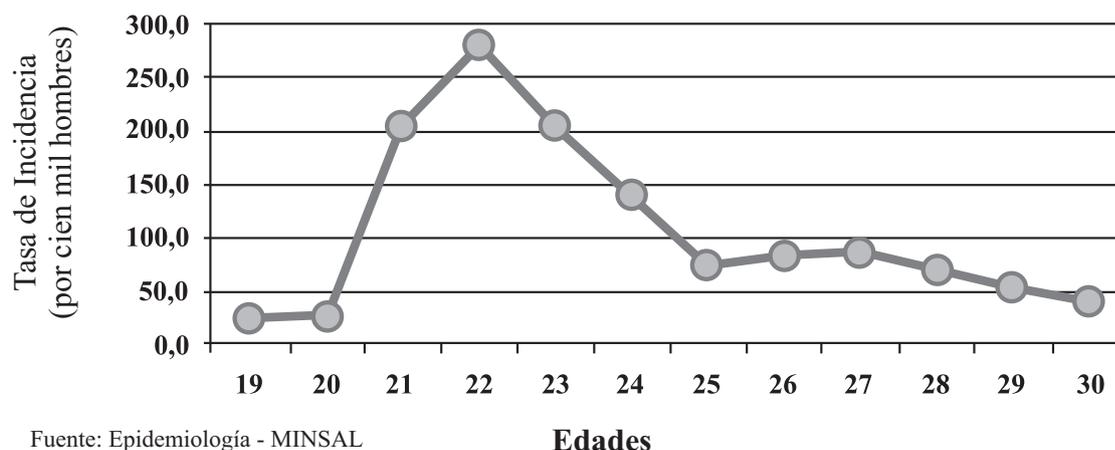
Figura 3. Incidencia de rubéola según región. Chile, marzo - octubre* 2007



Distribución por Sexo y Edad

Los hombres son los más afectados (96%). La mediana de edad es de 23 años, con un rango entre 8 meses y 74 años (9 casos en menores de 19 años). Las edades con mayor

Figura 4. Tasa de Incidencia de rubéola en Hombres según edad Chile, Marzo - Octubre * 2007



Fuente: Epidemiología - MINSAL

riesgo son entre los 21 y 24 años, con tasas por edad entre 141 y 283 por cien mil hombres (Figura 4).

Aislamiento y Genotipificación Viral

El resultado del secuenciamiento del virus rubéola realizado por el ISP fue el genotipo 2B, distinto al detectado en el brote de 2005 que correspondió al 1C que se encontraba en ese entonces en algunos países de América. Respecto al genotipo 2B, éste corresponde a una importación probablemente de Europa y que también es coincidente con el genotipo detectado en Brasil, país que se mantiene en brote desde el año 2006.

Medidas de Control

Respecto al brote actual, si bien se aplicaron medidas de bloqueo como la vacunación a las Instituciones afectadas, no fueron suficientes para el control oportuno del brote. La aplicación tardía de las medidas en los dos primeros casos confirmados, se debió a que el primer diagnóstico se orientó a un “cuadro de tipo alérgico”. Además, no fue posible desarrollar medidas de salud pública complementarias para su control (aislamiento, confinamiento ni restricción de movimientos). Lo anterior, debido a que los primeros casos correspondieron a jóvenes residentes en la RM, que se desplazaban sin restricciones por la ciudad, a diferencia de lo ocurrido en el brote del 2005

donde los jóvenes se encontraban en régimen de internado en una Institución cerrada.

Con el fin de mejorar la pesquisa y actuar oportunamente para el control del brote, se implementaron las siguientes medidas en todo el país: alertar a los sistemas de vigilancia públicos y privados; notificar todos los casos sospechosos y solicitar muestra de sangre y respiratoria; realizar una detallada investigación de los casos confirmados buscando la probable fuente de infección y los contactos; aplicar vacuna sarampión-rubéola a todos los contactos inmediatos de los casos confirmados (aplicación de 50.000 dosis); realizar búsqueda activa en el resto del país para pesquisar otros casos en regiones no afectadas a la fecha; notificar a las redes internacionales de vigilancia y apoyar la programación de la vacunación masiva, dirigida al grupo de susceptibles.

Debido al brote de rubéola que afecta actualmente a nuestro país, entre el 5 y 30 de noviembre de 2007, el Ministerio de Salud se encuentra realizando una nueva campaña de vacunación dirigida a población susceptible.

DISCUSIÓN

El éxito de la primera campaña de vacunación realizada en mujeres en el año 1999 está dado por la ausencia de casos de SRC desde el año 2000.

Debido a la existencia de población susceptible en Chile, principalmente hombres mayores de 19 años (al año 2007), se produjeron dos brotes posteriores a la campaña de vacunación de 1999: el 2005 que afectó a una Institución cerrada con dispersión a otra de tipo Académica, produciendo un número reducido de casos y, en el 2007, un brote de gran magnitud que afectó a instituciones, empresas y comunidad en general en un principio en las regiones de Valparaíso y Metropolitana y, posteriormente, a las otras regiones del país.

En el primer brote post campaña, la rapidez en el control se debió a que las acciones se desarrollaron oportunamente y que abarcaron no sólo vacunación, sino que principalmente medidas de salud pública posteriores, que impidieron la diseminación de la enfermedad. Esta fue la principal diferencia de lo ocurrido en el brote actual, dado que los primeros casos se detectaron tardíamente, afectando a jóvenes universitarios o trabajadores de la RM, con libre desplazamiento por la ciudad, lo que facilitó la transmisión entre otros susceptibles y extendiéndose, finalmente, a la mayoría de las regiones del país.

Si bien el brote a nivel nacional se encuentra en una fase de declinación, en algunas regiones se mantienen en etapa de meseta. La interrupción del brote será posible con la realización a fines de 2007, de la campaña de vacunación dirigida a la población susceptible (principalmente hombres entre los 19 y 29 años). Con la aplicación de esta estrategia, podremos además, concretar la eliminación de la rubéola en Chile y avanzar en la meta para las Américas.

La principal limitación en el estudio de este brote fue la notificación tardía, lo que retrasó las medidas de control a los primeros casos y contribuyó a la diseminación de la enfermedad, inicialmente, en dos de las principales ciudades del país. La oportunidad en la notificación depende de muchos factores, tales como la pesquisa precoz por parte de los clínicos, la coordinación entre los componentes de la vigilancia (clínica, laboratorio y epidemiología) y el funcionamiento de la red de vigilancia tanto pública como privada.

Respecto a los logros, en Chile ha habido grandes avances en materia de aislamiento y genotipificación viral, a través del Instituto de Salud Pública, primero con el sarampión y ahora con la rubéola. Se han detectado 3 genotipos virales de rubéola: 1E (brote 1998-99), 1C (brote 2005) y 2B (brote 2007); esto podría indicar que los genotipos del grupo 1 corresponderían a los circulantes en el país, ya que son propios de América. El genotipo 2B es el mismo que circula en Europa y que se introdujo a América durante este último tiempo, ya que se ha identificado en Chile y Brasil, país que se encuentra en brote desde el año 2006, con más de cuatro mil casos reportados a la fecha⁴.

Para mantener los logros alcanzados hasta la fecha y eliminar la rubéola y el SRC en los plazos fijados, es necesario mantener una vigilancia activa de casos exantemáticos y realizar estudios de genotipificación viral, asimismo, mantener coberturas elevadas (95%) en todas las comunas, mediante los programas de vacunación rutinaria y en campañas.

Agradecimientos:

A los equipos de Epidemiología de las SEREMI y profesionales de los Establecimientos de Salud del país, que han trabajado activamente en la investigación y control del brote.

REFERENCIAS

1. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Sarampión y Rubéola, en vías de eliminación en la Región de las Américas. *El Vigía* 2005; 9(23):40-43.
2. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Departamento de Epidemiología. La Campaña de Vacunación contra la Rubéola en Chile, año 2000.
3. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Estrategias de Eliminación de la Rubéola en Chile. *El Vigía* 2007; 10(24):en vías de publicación.
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Unidad de Inmunizaciones. *Boletín Semanal de Sarampión / Rubéola*. 2005; 13(42).

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

PERFÍL HUMANO

Tegualda Monreal, destacada epidemióloga **Casi un siglo de compromiso social**



Su vasta experiencia en materia de salud pública, se refleja no sólo en sus más de 60 años como destacada epidemióloga, docente e investigadora, además, el trabajo en terreno, ha sido para ella el motor de su accionar. Influenciada por sus padres, desde pequeña se interiorizó en el mundo de quienes más sufren. Por eso, no extrañó que a fines de los años '30, la joven Tegualda Monreal ingresara a medicina en la Universidad de Chile. Lo que sí causó sorpresa fue el modo en que obtuvo la beca para estudiar. Como la situación económica de la familia no era buena, encontró que lo mejor que podía hacer era escribirle una carta al entonces Presidente de la República, Pedro Aguirre Cerda, quien a los 15 días le devolvió la misiva con la respuesta que ella esperaba. "Pensaba que escribir una carta al Presidente era de lo más normal. Con el tiempo, supe que lo que había hecho era una cosa fuera de lo común", recuerda.

Desde entonces, su vida ha estado ligada al sector salud, desde muchos ámbitos, pero siempre bajo la óptica de la epidemiología. Apenas salida de la Facultad de Medicina ingresó a estudiar a la recién creada Escuela de Salubridad Pública -hoy Escuela de Salud Pública- donde formó parte de un selecto grupo

de jóvenes médicos que, posteriormente dio un fuerte sello social a su trabajo. En este contexto, uno de los períodos que recuerda con cariño es a mediados de los '50, cuando se desempeñó en la Unidad Sanitaria de San Miguel, donde le tocó ver de muy cerca las deplorables condiciones de los pobladores que recién se habían tomado un terreno, denominado La Legua. "Lo que ahí vimos fue un escenario muy duro, en el que había todo por hacer. Atendíamos a la gente más pobre que jamás en su vida había tenido una asistencia médica".

Pero uno de los trabajos que más orgullo y reconocimientos le ha brindado a doña Tegualda, es el desarrollado a principios de los años '60, cuando trabajaba como docente en la Escuela de Salud Pública. Como en nuestro país la tasa de aborto era alta, en especial afuera de los recintos asistenciales, cayó como anillo al dedo el estudio epidemiológico sobre el aborto provocado en las mujeres. Este trabajo, que hasta ese entonces no tenía precedentes ni en Chile ni en el resto del mundo, fue la base para que el Estado implementara el Programa de Regulación de la Fecundidad en 1964. Primero en Santiago y después, en el resto del país. La Dra. Monreal recuerda que no tenía mayor

experiencia como investigadora en terreno, pero que con la ayuda de profesores de metodología, se realizó un catastro de los barrios y casas representativas para realizar la encuesta del estudio epidemiológico. “Fuimos casa por casa, haciendo las preguntas que creíamos importantes y después nos tocó una ardua labor de interpretación de los datos”.

Exilio y 10 años en Mozambique

El trabajo como profesora titular en la Escuela de Salud Pública de la Dra. Monreal duró hasta 1973, cuando consumado el Golpe, doña Tegualda fue acusada de marxista y quedó sin trabajo. Para su fortuna, una prestigiosa doctora que había sido invitada a mediados de ese año a Chile, la llamó para trabajar en el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en Atlanta, Estados Unidos, donde desarrolló importantes contribuciones hasta 1979, cuando regresó a Chile. Además, en ese período viajó a varios países latinoamericanos haciendo estudios en terreno, con las comunidades sobre diversas enfermedades infecto contagiosas.

Otro hito importante en el desarrollo profesional de esta prestigiosa epidemióloga, lo constituyen los 10 años que pasó en Mozambique, hasta donde llegó junto a 6 matronas en 1981, comisionada por las Naciones Unidas. El objetivo fue investigar sobre la fecundidad en las familias de dicho país, trabajo que dio pie para que dicho Estado desarrollara el Programa de Salud Materno-Infantil de Planificación Familiar, que hasta hoy tiene plena vigencia. “Llegué a un país recién independizado de la colonia portuguesa que carecía de lo más básico en materia sanitaria y donde jamás se había hecho investigación alguna”, recuerda la Dra.

Desde su retorno al país, en 1990, doña Tegualda trabaja en el Servicio de Salud Occidente de Santiago, dedicada a la investigación sobre enfermedades crónicas y colaborando en diversas materias. Hace unos años se jubiló y desde entonces, labora media jornada, lo que no le impide continuar con su incesante labor de investigación, como por ejemplo, la relacionada con la mortalidad del cáncer o la importancia de la vacuna

antiinfluenza en los adultos mayores.

Sobre el actual estado de la salud pública en el país, es categórica “Coja”. Señala que “antes, nuestro sistema de salud caminaba bien sobre sus dos pies, pero que en la actualidad lo veo cojeando desde que se implementó la Reforma”. Reconoce que el Auge ha beneficiado a mucha gente y que es una idea llena de buenas intenciones, pero cree que le falta mucho para ser lo que se pretende. “Veo que las nuevas patologías que son introducidas al plan están resultando muy caras para el sistema y no creo que existan todos los médicos y elementos necesarios para atender a la gente”. Además, ve con preocupación, que para cumplir con las garantías que establece el Auge, muchos pacientes son atendidos de mala manera, como en pasillos o camillas. Para doña Tegualda, esta situación hace que el trabajo preventivo en la salud esté en un segundo plano.

Sin ser una nostálgica, sí extraña que se implementen programas de salud como los de antaño, que según ella, tenían la virtud de planificar sobre diversas materias sanitarias y siempre tuvieron un positivo impacto en la salud de la población.

Pensando en lo que viene, doña Tegualda asegura que seguirá trabajando sólo hasta el próximo año, pues siente que es momento de retirarse, pero no para quedar inactiva, sino que para ensayar con una de las aficiones que más le llenan el espíritu: tocar el violín. Sin duda, doña Tegualda, un ejemplo digno de imitar.

ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE A ENFERMEDADES LABORALES EN ESPAÑA, 2004

García García AM, Gadea Merino R Merino, López Martínez V
Revista Española de Salud Pública, 2007 V-VI, Vol 81 N^o 3.

El registro de enfermedades profesionales en España, resulta insuficiente para valorar el impacto de las enfermedades de origen laboral en nuestro país. En el presente estudio se estima la mortalidad por enfermedades laborales y sus costos en base a riesgos atribuibles estimados en la literatura internacional.

Métodos

Se aplican estimaciones de riesgo atribuible para la mortalidad de origen laboral calculadas por Nurminen y Karjalainen (Finlandia 2001) al total de muertes por las enfermedades y grupos de edad relevantes en España y por comunidades autónomas en 2004. Se calculan los años potenciales de vida y de vida laboral perdidos. A partir de estos últimos, se estiman los costos actualizados de la pérdida de vida productiva debidas a las muertes por enfermedades laborales en España.

Resultados

Según nuestras estimaciones, en 2004 se habrían producido en España cerca de 16.000 muertes por enfermedades relacionadas con exposiciones laborales, la mayoría en hombres (87%). Estas muertes habrían alcanzado cerca de 152.000 años potenciales de vida perdidos, lo que conllevaría un coste actualizado, en pérdidas de productividad entre 580 y 1 000 millones de euros.

Conclusiones

En 2004 el registro de enfermedades profesionales en España solo recogió dos muertes por esta causa. Sin embargo los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la impor-

tancia de las condiciones de trabajo como determinantes de muertes evitables en la población y la inminente necesidad de sistemas de vigilancia y prevención adecuados para afrontar en toda su magnitud este problema para la salud pública

Palabras Clave: Salud Laboral, enfermedades laborales, fracción atribuible, esperanza de Vida, Costes.

WOUNDING THE MESSENGER: THE NEW ECONOMY MAKES OCCUPATIONAL HEALTH INDICATORS TOO GOOD TO BE TRUE.

Azaroff LS, Lax MB, Levenstein C, Wegman DH.
Int J Health Serv. 2004;34(2):271-303. PMID: 15242159 [PubMed - indexed for MEDLINE]

La Oficina Estadounidense de Estadísticas del Trabajo y las compañías aseguradoras de trabajadores reportaron caídas dramáticas en las cifras de lesiones y enfermedades ocupacionales durante los años 1990. Los autores argumentan que hubo cambios importantes en los años 1980 y 1990. Incluyen el aumento del empleo precario, con disminución de salarios y oportunidades y la creación de una población supervulnerable de trabajadores inmigrantes que probablemente colaboraron en el surgimiento de esta tendencia aparente, impidiéndoles dejar constancia de algunos accidentes y/o enfermedades.

Los cambios del sistema de salud, incluyendo la pérdida de acceso para un número creciente de trabajadores y mayores obstáculos para el uso de los sistemas de compensación de los mismos, han conformado un contexto en que el diagnóstico y la documentación de lesiones y enfermedades ocupacionales tienen menos posibilidad de ser reportadas. Los investigadores deberían examinar estas fuerzas más estrechamente para entender mejor las tendencias en la salud ocupacional.

**ACCIDENT PRONENESS:
SCIENCE OR NON-SCIENCE?**

Sass R, Crook G.

Int J Health Serv. 1981;11(2):175-90. PMID:
7239732 [PubMed - indexed for MEDLINE]

La tesis de la "propensión al accidente" nos acompaña desde principios de los años 1900. Los primeros estudios que, según se dice, proporcionaron la base científica para el planteamiento, se han examinado llegando a la conclusión de que son carentes de valor científicos debido a errores metodológicos y una mirada fragmentada a la vida industrial. La propensión al accidente, como se previó desde el comienzo, no tiene ningún fundamento empírico. Esto, sin embargo, se ha hecho parte del armanentarium usado en la "culpabilización de la víctima" en el ámbito de los accidentes laborales. Éste se enfoca en las características personales de trabajadores en relación con la causalidad de accidente, minimizando el papel de los ambientes de trabajo peligrosos. Así, ha actuado como una barrera en el desarrollo de la salud preventiva ocupacional, la aplicación de principios de seguridad y sus prácticas.

La idea ha permanecido no sólo porque es tácticamente ventajosa, sino también porque muchos de los profesionales que tratan con accidentes de lugar de trabajo lo han aceptado sin reservas y le han prestado crédito. Para los objetivos de prevención de accidentes industriales, sin embargo, sería más apropiado desechar esta noción y favorecer un entendimiento más integrado y más amplio de la naturaleza de la interacción entre trabajadores y su ambiente de trabajo socio-técnico.

AGENDA

IX CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Concepción, Chile, 29, 30 y 31 de octubre de 2007

Espacio anual de encuentro de Salud y Medicina Familiar, para médicos de familia, médicos generales y equipos de salud de Atención Primaria que deseen actualizarse en temas clínicos, de gestión, de familia, promoción, prevención y comunidad, así como escuchar experiencias e investigación en APS.

Esta actividad es organizada por la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Informaciones:

medfam@terra.cl

Teléfono: 56-2-632 40 50

X ESCUELA INTERNACIONAL DE VERANO

Santiago, Chile, 07 al 18 de enero de 2008

Cerca de una veintena de cursos en distintas áreas relacionadas con la salud pública, serán dictados en la décima versión de la Escuela Internacional de Verano, que organiza la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en conjunto con su similar de la Universidad de Carolina del Norte (EE.UU.).

Esta actividad está dirigida a profesionales, académicos, técnicos y estudiantes de las áreas de la salud, administración, ciencias sociales, educación y otras disciplinas vinculadas a la salud pública, pertenecientes a instituciones públicas, empresas privadas y organismos no gubernamentales de Chile y Latinoamérica.

Listado de cursos,
informaciones e inscripciones:

extension@med.uchile.cl

Fono: (56-2) 9786536

9786146

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA Versión 2008

Hasta el 28 de diciembre de 2007 están abiertas las postulaciones al Magíster en Salud Pública, que ofrece la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Este programa académico se realiza desde 1981, y está dirigido a profesionales que se desempeñan en las áreas de salud y políticas públicas de Chile y América Latina. Tiene por objetivo formar profesionales de alto nivel, con conocimientos, actitudes y destrezas que le permitan desarrollarse en actividades de docencia e investigación superior y en funciones directivas relacionadas con la Salud Pública.

Esta versión 2008 ofrece una nueva modalidad horaria, más accesible a la disponibilidad de tiempo de los alumnos.

Informaciones:

Fono: (56-2) 9786150 – 9786433

9ª CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES Y PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD Mérida, México, 15 al 18 de marzo de 2008 Institución anfitriona: Instituto Nacional de Salud Pública de México

Esta conferencia dará atención especial a los procesos de globalización y sus implicaciones para las lesiones y violencia, en el marco del llamado de la OMS a los gobiernos a hacer frente a los temas de Violencia y Accidentes de Tráfico. La conferencia también enfatizará los modelos globales en Transiciones Tecnológicas y Epidemiológicas, proponiendo la colaboración internacional como una estrategia fundamental para el diseño y el fomento de políticas para la prevención de lesiones y la promoción de la seguridad.

Informaciones:

e - mail: safety2008@insp.mx

**CONGRESO CENTROAMERICANO DE
ITS, VIH Y SIDA, CONCASIDA 2007 / V
ENCUENTRO CENTROAMERICANO DE
PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH O
SIDA**

Managua, Nicaragua, 4 al 9 de noviembre de
2007

El lema será "Igualdad, Diversidad y no
Discriminación", y con él se propone:

- Abrir espacios para compartir información científica, experiencias exitosas y lecciones aprendidas, para contar con un abordaje integral y modificar la situación de las ITS/VIH y SIDA en la Región.
- Ampliar la respuesta regional con un enfoque social, de derechos humanos, generacional, multisectorial, interinstitucional, de diversidad sexual, multiétnico, con perspectiva de género y solidario, para el acceso universal en prevención, atención integral, apoyo y tratamiento.
- Fortalecer, dentro del marco de desarrollo de los países centroamericanos, el compromiso y la acción de las autoridades gubernamentales, de la sociedad civil, sector religioso y privado, en el seguimiento y monitoreo de los acuerdos internacionales, binacionales y nacionales.

El evento cuenta con el apoyo de Onusida, el proyecto Pasca y la Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/Sida.

Contacto: info@concasida2007.org
www.concasida2007.org
Teléfonos: (505) 278-3700

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

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

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

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

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

1.- ARTÍCULOS ORIGINALES

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

Las especificaciones de cada sección son las siguientes:

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

Material y método	Describa el universo o la muestra y las condiciones de selección de los sujetos en estudio. Indique los métodos, instrumentos y procedimientos estadísticos empleados y cite las referencias respectivas.
Resultados	Preséntelos en secuencia lógica. Muéstrellos en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Destaque en el texto las observaciones más importantes. No mezcle resultados con discusión.
Discusión	Destaque los aspectos nuevos y relevantes que aporta su trabajo. Indique si se ha validado la hipótesis (si corresponde). Relacione sus hallazgos con otros estudios y señale posibles limitaciones.
Agradecimientos	Manifieste su reconocimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones importantes a su trabajo, en caso de ser necesario.
Referencias	<p>Referencias bibliográficas (Vancouver)</p> <p>Artículos de Revistas</p> <p>Artículo estándar</p> <p>Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).</p> <p>Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. <i>Ann Intern Med</i> 1996 Jun 1;124(11):980-3.</p> <p>Como opción, si una revista utiliza paginación correlativa a lo largo del volumen (como suelen hacer la mayoría de las revistas médicas) el mes y el número del ejemplar pueden omitirse. (Para ser coherentes, esta opción se utiliza a lo largo de los ejemplos en los "Requisitos de Uniformidad". La NLM no utiliza esta opción).</p> <p>Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. <i>Ann Intern Med</i> 1996;124:980-3.</p> <p>Más de seis autores</p> <p>Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. <i>Br J Cancer</i> 1996;73:1006-12.</p> <p>Autor corporativo</p> <p>The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. <i>Med J Aust</i> 1996;116:41-2.</p>

No se indica el nombre del autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.
Libros y otras monografías

Individuos como autores

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

Editor(es), compilador(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

Organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid programme. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hipertensión and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hipertensión: pathophysiology, diagnosis and management. 20 ed. Nueva York: Raven Press;1995. p. 465-78. (El anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una "p" para la paginación).

Material Informático

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996];1(1):[24 pantallas].

Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Tablas y figuras

Las tablas, gráficos y/o figuras deben ser planos y numerados en orden consecutivo.

Deben incluir título, nombre de las variables y sus categorías, unidad de medida y nota aclaratoria a pie de página si lo requiere. Incluya como máximo 8 tablas, gráficos y/o figuras.

2.-TEMAS DE ACTUALIDAD

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

3.-ARTÍCULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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

4.-APARTADOS

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

5.-SISTEMA DE ARBITRAJE

La recepción de artículos que postulan a la revista se hace a través del correo electrónico revistasp@med.uchile.cl. Los pasos del sistema de arbitraje son los siguientes:

1.- El Comité Editorial se reúne mensualmente para analizar los artículos recepcionados. Para cada uno de ellos se designan dos revisores, los que pueden ser externos o pertenecer al Comité.

2.- Cada artículo se envía a los revisores por correo electrónico, omitiendo el nombre de los autores y adjuntando una pauta de evaluación. Esta debe ser llenada por los revisores, quienes pueden considerar un trabajo como ACEPTADO, ACEPTADO CON REPAROS o RECHAZADO, pudiendo además agregar las observaciones que estimen necesarias.

3.- El Comité Editorial analizan las evaluaciones y, en casos justificados, asigna un tercer revisor, cuya evaluación determinará la publicación o no del artículo.

4.- Cuando los artículos son ACEPTADOS, se notifica vía correo electrónico al autor, indicándole en una carta adjunta el volumen en el cual será publicado su trabajo.

Cuando un trabajo es ACEPTADO CON REPAROS se reenvía el artículo al autor, junto con las observaciones más relevantes de los revisores, para que realice las correcciones solicitadas. Una vez recibido el trabajo corregido, el Comité nuevamente lo revisa y toma la decisión final.

Si el trabajo resulta RECHAZADO, el autor es notificado a través del correo, adjuntado una carta que indica las observaciones más relevantes.

NOTA: Este procedimiento se aplica para artículos originales, temas de actualidad que no sean solicitados y ensayos.

IMPORTANTE

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