

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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

Editorial

Artículos originales

- *Elaboración y validación de un instrumento que permita describir y caracterizar las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia.*
- *Incorporación del cáncer gástrico al GES: efecto sobre el acceso y oportunidad de tratamiento quirúrgico en un hospital del SSMS.*
- *Descripción del dolor en pacientes con cáncer avanzado atendidos en los hospitales.*
- *Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua.*

Tema de actualidad

- *Equidad en el acceso a la salud en Chile.*

Cifras de hoy en salud pública

- *La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis.*

Entrevista

- *Martha Aliaga*

Revista de Revistas

Agenda

Instrucciones a los autores



REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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



Comité Ejecutivo

Director

Giorgio Solimano

Directores Reemplazantes

Rubén Alvarado Muñoz

Paulina Pino Zuñiga

Integrantes

Daniela Araneda Reposi

Claudio Silva Zamora

Marcos Vergara Iturriaga

Comité Editorial

Presidente

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

Integrantes

Oscar Arteaga, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 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 Valdívía, *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: revistasp@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

Coordinación Editorial

Verónica Artaza

Edición Periodística

Mariel Sagredo

Producción

Diseño y diagramación: Pablo Maldonado; Impresión: Impresora y Comercial Feysler Ltda.

Índice

Objetivos y misión	114
Editorial	115
Artículos originales	
Elaboración y validación de un instrumento que permita describir y caracterizar las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. <i>Rubén Alvarado</i>	117
Incorporación del cáncer gástrico al GES: efecto sobre el acceso y oportunidad de tratamiento quirúrgico en un hospital del SSMS. <i>Sebastián Aguirre, Andrés Alvo y Andrés Angulo</i>	127
Descripción del dolor en pacientes con cáncer avanzado atendidos en los hospitales Carlos van Buren y Eduardo Pereira, enero 2003 a diciembre 2004. <i>Andrea Martínez y Jorge Gregoire</i>	136
Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua. <i>Heidy Leiva y Matías Flamm</i>	142
Tema de actualidad	
Equidad en el acceso a la salud en Chile. <i>Marcos Vergara</i>	150
Cifras de hoy en salud pública	
La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis. <i>Alejandra Vidales</i>	158
Entrevista	
Martha Aliaga, Directora de Programas de la American Statistical Association La diferencia entre enseñar y enseñar bien.....	167
Revista de Revistas	169
Agenda	171
Instrucciones a los autores	174

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.

Recursos Humanos en Salud: Las Tareas Pendientes

Después de una era de avances espectaculares en salud, el siglo XXI llegó con una doble crisis: dramáticos retrocesos -con caída de la expectativa de vida en los países más pobres y aparición de nuevas pandemias- y débiles respuestas para revertirlos. Demás está decir que, si estos problemas no son atendidos oportunamente, influirán negativamente en las condiciones de salud global por décadas.

Pero la solución no se ve tan simple, toda vez que, en un mundo crecientemente interdependiente, los recursos humanos en salud viven su propia crisis. De acuerdo al informe estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud, el número de trabajadores en esta área es insuficiente en la mayoría de los países, los especialistas están mal distribuidos, los salarios bajos y los ambientes de trabajo precarios no fomentan el desarrollo de la fuerza laboral y la base de conocimientos con que ésta cuenta es exigua. Además, la evidencia muestra que los profesionales capacitados migran de los países pobres a los ricos, de los sectores rurales a las grandes ciudades y del sector público al privado en busca de mejores perspectivas profesionales y económicas, aumentando la mala distribución y el desequilibrio.

Esta realidad se da pese a que está demostrado que la falta de recursos humanos capacitados es quizás el mayor impedimento para la provisión de servicios de salud adecuados y oportunos. El aumento en la expectativa de vida en el último siglo fue favorecido en gran medida, además de mejoramientos significativos en la situación socioeconómica, por la existencia de una fuerza de trabajo sustentada en el perfeccionamiento científico, formalmente organizada y bien formada. En otras palabras, los logros en salud, incluyendo programas efectivos de control de enfermedades, fueron posibles porque se ha contado con estrategias de desarrollo de los recursos humanos exitosas.

Es que los centros de salud, hospitales, clínicas y servicios de salud son tan buenos como la gente que los conforma. Los recursos humanos son el vínculo que amalgama todos los esfuerzos para superar las crisis. En cuanto a las reformas en salud, la participación de la fuerza de trabajo es especialmente importante: una persona motivada puede ser líder e implementar innovaciones; mal tratada, puede constituir un serio obstáculo. De hecho, no se reportan reformas en salud exitosas sin la participación de los trabajadores. Descuidar al recurso humano es, en esta perspectiva, malgastar los otros. Es, pues, un tema de gestión.

Bajo estas premisas, las principales agencias internacionales y 118 representantes de 29 países se reunieron el año 2005 en Toronto, Canadá, con el fin de discutir los desafíos que enfrenta la fuerza regional de trabajo en salud de las Américas. De ese encuentro emanó el “Llamado a la acción de Toronto”, documento que apela a todas las naciones a movilizar voluntades políticas, recursos financieros y actores institucionales para contribuir al desarrollo de los recursos humanos en salud. Ello, como un medio para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el acceso universal a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes de la región al término de la Década de los Recursos Humanos en Salud, es decir, el año 2015.

El “Llamado a la Acción” se centró en aspectos como la alineación de las políticas de recursos humanos con las necesidades de salud específicas de los países, la ubicación de las personas precisas en los lugares adecuados y la administración de los procesos de migración del personal de salud. Además, el llamado puso énfasis en la adecuación y coordinación de los procesos educativos en las instituciones académicas con las necesidades de los servicios de salud, así como en la motivación de la fuerza de trabajo mediante adecuadas compensaciones, ambientes laborales apropiados y posibilidades de desarrollo profesional.

Todo ello ha de darse en un entorno que ha cambiado vertiginosamente en menos de dos décadas

y que genera importantes brechas entre la oferta y las necesidades de personal de salud. La industrialización, la concentración urbana, la explosión tecnológica y la aparición de nuevas enfermedades asociadas a los estilos de vida actuales, nos ponen ante un escenario en el que se requiere de un nuevo profesional con conocimientos y capacidad para ejercer liderazgo, tomar decisiones, trabajar en equipo, comunicar y difundir el conocimiento.

Dotar al país de equipos de salud que reúnan estas características es una tarea que no sólo atañe a las autoridades de salud, sino también, y en forma muy relevante, a las instituciones formadoras. Entre éstas, las universidades tienen un rol fundamental. Ellas tienen la responsabilidad de entregar a la sociedad profesionales y técnicos altamente calificados y capaces de responder eficientemente a las demandas de salud de la población, comprometidos con su realidad y sensibles ante los problemas de la gente, especialmente la más pobre.

Con esa mirada, la Universidad de Chile, a través de la Escuela de Salud Pública, trabaja intensamente en la renovación de sus programas académicos y en el establecimiento de alianzas estratégicas con los distintos actores involucrados en la formación de recursos humanos en salud. Es así como -en el marco de un convenio suscrito con OPS/OMS-, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos del organismo internacional, en conjunto con la Escuela, espera realizar un estudio de caracterización de la fuerza laboral en salud pública en Chile. La ESP también está colaborando con el Ministerio de Salud en el relanzamiento del Observatorio de Recursos Humanos en Salud y, recientemente, ha sido designada para preparar la versión chilena del proyecto CIRHUS.

De este modo, con la colaboración activa de las instituciones nacionales y los organismos internacionales, podremos continuar construyendo en nuestra región mecanismos para fortalecer a un sector que, por muchos años, no ha contado con la prioridad de criterios y recursos para el óptimo desempeño que demandan sus funciones, las que, ciertamente, son clave en la sociedad.

Giorgio Solimano
Director

Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia

RUBÉN ALVARADO⁽¹⁾

RESUMEN

El desarrollo de políticas de reforma en la atención sanitaria, y dentro de ellas las de salud mental, requiere desarrollar un componente de evaluación, para lo cual es importante contar con instrumentos que permitan estudiar la estructura y funcionamiento de las redes de atención sanitaria. El objetivo de este trabajo fue la elaboración de un instrumento de este tipo, haciendo una validación inicial que incluya su aplicación piloto en tres redes de atención.

El trabajo se inició con la confección de una versión preliminar del instrumento, para seguir con el estudio de su validez de contenido y semántica a través de la opinión de expertos, y terminar con una aplicación piloto en tres redes de atención.

El trabajo realizado permite concluir que el instrumento (bautizado como EvaRedCom - TMS, versión 1.0) cumple con los objetivos que guiaron su construcción y que tiene un buen nivel de aplicabilidad.

Palabras clave: atención en salud mental, esquizofrenia

ABSTRACT

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A TOOL ABLE TO DESCRIBE AND CHARACTERIZE THE MENTAL HEALTH SERVICES NETWORKS FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

The development of policies for health care reform, including the area of mental health, requires the generation of an assessment tool and to this end, the availability of tools enabling the study of the structure and the functioning of health care networks remains crucial. The purpose of the present work was the development of such tool, by introducing an initial validation including a pilot application in three care networks.

The work started with the making of a preliminary version of the tool, continued with the assessment of the validity of its contents and semantics through an evaluation by experts, and finished with a pilot application in three care networks.

The present work contributes to the conclusion that the tool (named EvaRedCom - TMS, version 1.0) meets the objectives that guided its construction and that it has a good degree of applicability.

Keywords: mental health care, schizophrenia.

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. ralvarado@med.uchile.cl

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XX, la atención de las personas que sufren trastornos mentales ha venido cambiando de manera sustancial, pasando desde modelos centrados en el hospital a modelos centrados en la comunidad¹. Esto significó el desarrollo de redes de servicios de salud mental, ubicadas en diferentes comunidades, coordinadas entre si y con servicios sociales. De esta forma, se logró una ampliación de la cobertura efectiva de este tipo de servicios, así como un abordaje más integral de las necesidades de estas personas^{1,2}.

En Estados Unidos y países de Europa se han desarrollado programas de evaluación para verificar el impacto del cambio de este modelo de atención en personas que sufren trastornos mentales severos³⁻⁵. En ellos se ha encontrado consistentemente una mejoría en la calidad de vida, en la autonomía, en la integración social y en varias dimensiones clínicas (especialmente las que están relacionadas con las interacciones sociales).

Dado lo anterior, para el desarrollo de la política pública en este campo es importante conocer si los cambios introducidos en el modelo de atención dentro de un sistema sanitario, y en particular en nuestro país, han determinado una mejoría en los resultados clínicos y psicosociales en personas que sufren trastornos mentales severos, en especial esquizofrenia.

El primer paso para alcanzar este objetivo es la elaboración de un instrumento que permita describir y evaluar el funcionamiento de las redes de atención en salud mental para personas con esquizofrenia, que posibilite identificar la existencia de los elementos del modelo comunitario y su grado de implementación, bajo los principios generales que han orientado los procesos de reforma en este campo y que en el caso de Chile, se plasma en el documento conocido como Plan Nacional de Salud Mental

y Psiquiatría del Ministerio de Salud⁶.

El objetivo de este trabajo fue la elaboración de un instrumento de este tipo, haciendo una validación inicial que incluya su aplicación piloto en tres redes de atención (dos de las cuales tienen un mayor grado de desarrollo de este modelo comunitario y otra con un bajo desarrollo de este modelo).

ANTECEDENTES

Para construir la versión preliminar del instrumento se procedió a revisar la bibliografía, tanto para conocer la existencia de instrumentos, como para saber qué dimensiones eran las que éstos incluían habitualmente. Esta revisión permitió concluir que existían muy pocos instrumentos útiles para nuestro objetivo de este proyecto y no se encontraron antecedentes sobre instrumentos de este tipo en el medio nacional⁽²⁾. Por otra parte, las recomendaciones hechas por instituciones de relevancia nacional e internacional para la organización de servicios de salud mental⁶⁻⁹, permiten identificar cuáles son los principios que deben guiar el funcionamiento de estas redes de servicios de salud mental (accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, efectividad y respeto por los derechos de los pacientes).

Actualmente, sólo existe un instrumento para valorar redes de atención en salud mental y es de reciente confección: el European Service Mapping Schedule (ESMS)¹⁰⁻¹². Se trata de un buen instrumento para la clasificación y descripción del tipo de servicios que conforman una red sanitaria, pero no permite valorar los cinco principios que fueron señalados con anterioridad y no se adecua al modelo de servicios de salud mental que se busca desarrollar en Chile (y en general en América Latina).

Otro instrumento en este campo es el International Classification of Mental Health

(2) Sólo se encontró un reporte relacionado al tema (Informe Final: "Estructura, procesos, flujos, clasificación de unidades de atención ambulatoria e impacto modelo comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema público de Salud - 2002"), que estudia algunos indicadores y formula un modelo que no ha sido sometido a estudios de validez, por lo que fue descartado como antecedente de relevancia.

Tabla 1. Características generales de la población objetivo de las tres redes de atención

Característica	Red 1	Red 2	Red 3
Población beneficiaria total	329.294	145.616	355.198
% de población urbana	100,0 %	100,0 %	94,8 %
% de población en condición de pobreza (según última CASEN)	21,8 %	18,2 %	10,5 %
Cuenta con equipos de psiquiatría comunitaria	Sí	Sí	No
% de centros de APS con consultoría psiquiátrica con funcionamiento regular	85,7 %	20,0 %	100,0%

Care (ICMHC)¹³, pero su foco de análisis son los dispositivos de atención y no las redes, y su finalidad es valorar el tipo de atenciones que en este dispositivo se brindan a personas con un trastorno mental severo. Existe una versión en español, elaborada por el equipo del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (España). Este instrumento valora diez “modalidades de cuidados”, que corresponden a ámbitos específicos del proceso de atención: 1) establecimiento y mantenimiento de relaciones permanentes; 2) la evaluación funcional del problema; 3) coordinación y continuidad de los cuidados; 4) cuidados de salud general; 5) capacidades para hacerse cargo de actividades de la vida diaria; 6) intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas; 7) intervenciones psicológicas; 8) re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales; 9) reinserción escolar, laboral y social; y 10) intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros.

Con estos antecedentes, se procedió a confeccionar la versión preliminar del instrumento y se agregaron preguntas específicas para cada uno de las diez modalidades de cuidados del ICMHC, con la finalidad de precisar puntos específicos de la evaluación, adecuar los criterios a nuestra realidad y mejorar la fiabilidad en la valoración de ellos. Además, se incorporó un aspecto adicional relacionado al desarrollo de actividades anti - estigma por parte del dispositivo.

Esta versión preliminar del instrumento

quedó constituida por tres componentes:

1. Las instrucciones generales para aplicar los instrumentos.
2. La evaluación de la red en su conjunto (de construcción propia), que mide: a) características relevantes de la población objetivo de la red, b) tipo, número y características de los dispositivos que constituyen la red, c) accesibilidad geográfica y económica, d) tipo, número y distribución de recursos humanos dentro de la red, y e) coordinación y funcionamiento de la red.
3. La evaluación de dispositivos específicos, fundamentalmente basado en el ICMHC¹³, al que se agregaron preguntas específicas en cada una de las modalidades de cuidados (para captar información relevante sobre el punto) y se adicionó un módulo especial sobre actividades anti-estigma.

ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO Y SEMÁNTICA A TRAVÉS DE LA OPINIÓN DE EXPERTOS

Para el estudio de la validez semántica y de contenido de la versión preliminar del instrumento, se sometió a la opinión de expertos. Se seleccionó un conjunto de profesionales que representaran las opiniones de diferentes actores vinculados al problema: relacionados con la construcción de políticas sanitarias, gestores de servicios clínicos de salud mental, administradores de salud, académicos, etc. También se tuvo en consideración que

Tabla 2. Disponibilidad y composición de recursos humanos (expresado en horas por 10.000 habitantes)

Tipo de profesional, técnico o monitor para atención ambulatoria	Red 1	Red 2	Red 3
Horas de psiquiatría	3,80	7,28	7,15
Horas de psicología	7,35	25,55	9,91
Horas de enfermería	0,43	6,04	-
Horas de trabajador social	2,67	21,15	1,86
Horas de terapeuta ocupacional	3,34	-	1,24
Horas de técnico paramédico	1,34	-	-
Horas de monitor	-	10,58	-
TOTAL	18,93	70,60	20,16
Tipo de profesional, técnico o monitor para hospitales de día y unidades de rehabilitación psicosocial	Red 1	Red 2	Red 3
Horas de psiquiatría	0,43	0,55	0,93
Horas de psicología	0,43	4,53	0,62
Horas de enfermería	0,21	1,51	1,24
Horas de trabajador social	0,43	1,51	0,62
Horas de terapeuta ocupacional	1,34	5,97	1,24
Horas de técnico paramédico	1,34	3,02	1,24
Horas de monitor	1,34	9,06	-
TOTAL	5,52	26,15	5,89

participaran diferentes tipos de profesionales.

El grupo de expertos estuvo constituido por 11 profesionales, cuyo perfil fue el siguiente:

- 2 profesionales de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (un médico psiquiatra y una enfermera).
- 4 médicos psiquiatras que son Jefes del Servicios de Psiquiatría de diferentes hospitales (tres de Santiago y uno de Iquique); 2 con experiencia en docencia e investigación en el campo de la salud mental.
- 1 médico que era director de un hospital psiquiátrico, en la ciudad de Valparaíso.
- 1 médica, Magíster en Salud Pública, con especialidad en administración en salud y que es académica en una universidad.
- 1 enfermera, Magíster en Salud Pública, con especialidad en administración en salud y que es académica en una universidad.

- 1 médico especialista en salud pública, académica universitario.
- 1 psicóloga, académica de una universidad española, con basta experiencia en investigación de servicios de salud mental.

Se desarrolló un formato especial para recoger las opiniones de los jueces, cuyos comentarios fueron resumidos y analizados por el grupo en su conjunto. Todos señalaron que se trataba de un valioso trabajo, que podría significar un importante apoyo al desarrollo de las políticas en este campo. Se recogió una gran cantidad de comentarios, algunos de carácter general sobre el instrumento, otros de carácter metodológico (sobre la forma de aplicación del instrumento) y otros más específicos respecto de los contenidos. Con este material se elaboró la segunda versión del instrumento.

APLICACIÓN PILOTO EN TRES REDES ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL

Posteriormente, se realizó una aplicación piloto en tres redes de atención en salud mental y en sus respectivos dispositivos. Con la finalidad de tener una mayor representación de los tipos de redes en salud mental que existen en Chile, al mismo tiempo que estudiar la facilidad de aplicación del instrumento y su capacidad para discriminar las características propias de estas redes, se incluyeron dos de ellas donde existiría un mayor grado de desarrollo del modelo comunitario (una dentro de la Región Metropolitana y otra fuera de ésta) y una red donde este desarrollo era menor. Estas redes fueron las siguientes:

- Red 1: red dentro de la Región Metropolitana, con un mayor desarrollo del modelo comunitario.
- Red 2: red dentro de otra región del país, con un mayor desarrollo del modelo comunitario.
- Red 3: red dentro de la Región Metropolitana, con un menor desarrollo del modelo comunitario.

A continuación se describirán los aspectos más relevantes para la valoración del funcionamiento del instrumento. No hubo ninguna dificultad en la aplicación del instrumento, tanto a nivel de las redes como en los dispositivos específicos. Merece la pena resaltar que en la mayoría de los casos, las personas encuestadas valoraron positivamente el instrumento señalando que les aporta estándares que no tenían.

En la Tabla 1 se muestran algunas características generales de la población que es atendida por estas redes de salud mental. Estos indicadores permiten rápidamente identificar la magnitud de la población que cada red tiene a su cargo, sus peculiaridades respecto de pobreza y de ruralidad, todo lo cual es relevante para hacer una apreciación global de la posible carga de morbilidad y de la demanda que esta puede generar sobre los dispositivos sanitarios.

Por otra parte, los datos recogidos por el instrumento permiten apreciar que las redes con mayor desarrollo del modelo comunitario (redes 1 y 2), cuentan con equipos de psiquiatría y salud mental comunitarios, lo que no sucede con la otra red (red 3). Y también es interesante

Tabla 3. Accesibilidad geográfica para los dispositivos de la red (datos expresados en minutos)

Tipo de dispositivo	Red 1	Red 2	Red 3
Equipo de psiquiatría comunitaria	16,6'	30,0'	-
Unidad de atención ambulatoria	-	-	26,8'
Hospital de día	18,5'	36,6'	26,8'
Servicio de rehabilitación	16,6'	36,6'	14,9'
Agrupación de pacientes y/o familiares	14,8'	36,6'	14,9'

Tabla 4. Accesibilidad económica para los dispositivos de la red (datos de gasto promedio expresado en \$)

Tipo de dispositivo	Red 1	Red 2	Red 3
Equipo de psiquiatría comunitaria	175	210	-
Unidad de atención ambulatoria	-	-	374
Hospital de día	175	354	374
Servicio de rehabilitación	175	354	368
Agrupación de pacientes y/o familiares	175	354	368

Tabla 5. Tiempos de espera para diferentes servicios (expresado en número de días)

Tipo de servicio	Red 1	Red 2	Red 3
Consulta psiquiátrica ambulatoria	5	30	90
Consulta psicológica ambulatoria	6	40	10
Ingreso a hospital de día	4	30	1
Ingreso a algún servicio de rehabilitación	4	7	15

Tabla 6. Componentes y funcionamiento de la red de salud mental en su conjunto

Características de la red	Red 1	Red 2	Red 3
Presencia de consejo técnico estable	-	Si	Si
Periodicidad de las reuniones	-	Una vez al mes o más	Menos de una vez al mes
Conducción y coordinación de la red	-	Siempre está a cargo de salud	Siempre está a cargo de salud
Entre los participantes incluye organizaciones comunitarias	-	Sí	No
% de organizaciones que participan en forma regular	-	62,5 %	40,0 %

y llamativo que sea la red de menor desarrollo del modelo comunitario la que cuenta con consultoría psiquiátrica en la totalidad de sus centros de APS. Esto muestra que el instrumento recoge la variabilidad de la información y es independiente de las opiniones sobre las cuales se hace la calificación de si el modelo tiene un mayor o un menor grado de desarrollo del modelo comunitario.

En la Tabla 2 se presentan los datos respecto de la disponibilidad y composición de recursos humanos, expresados en horas por 10.000 habitantes (sobre la población beneficiaria total) y permite observar la diferente magnitud y composición de recursos humanos con que se brindan los servicios. La primera parte se refiere a las horas para atención ambulatoria (se consideraron los equipos de psiquiatría comunitaria y las unidades de atención ambulatoria dentro de hospitales generales). Se puede observar que la cantidad de recursos es similar en las redes 1 y 3, siendo bastante mayor en la 2. Respecto de la composición, en la red 1 están presente todos los profesionales y técnicos, con una baja proporción de horas médicas respecto del total de sus recursos

humanos (20,1%). La red 2 acentúa aún más este aspecto y las horas psiquiátricas conforman una proporción bastante menor respecto del total (10,3%), tendiendo un fuerte componente de horas de psicología y de trabajo social, además de ser los únicos que incorporan monitores en este nivel de atención. En cambio, la red 3 tiene una magnitud de recursos semejante a la red 1 pero con mayor predominio de las horas psiquiátricas por sobre el resto (35,5%).

En la segunda parte de la Tabla 2 se presenta la distribución de las horas para hospitales de día y otros servicios de rehabilitación psicosocial. Al igual que para la atención ambulatoria, la cantidad de recursos es similar para las redes 1 y 3, y bastante mayor para la red 2. Tampoco se aprecian grandes diferencias en la composición por tipo de recursos humanos entre las redes 1 y 3. La red 2 muestra una proporción mucho mayor de horas de psicología y de monitores, a la vez que una proporción menor de horas de psiquiatría.

En síntesis, se puede observar que el instrumento permite detectar diferencias importantes para la magnitud y composición de los recursos humanos, y que esto es

independiente de la clasificación previa acerca del grado de desarrollo del modelo comunitario.

En la tabla 3 se muestra la información sobre accesibilidad geográfica para los dispositivos de la red. Los datos se refieren a minutos y expresan el promedio ponderado por comuna, considerando a su vez un promedio entre la persona que queda más alejada y la que vive más cerca del dispositivo al cual se hace referencia. En general, se aprecia una baja variabilidad entre las tres redes; la fluctuación estuvo entre 14,8' y 36,6'. La red 1 es la que muestra la mejor accesibilidad geográfica, seguida de cerca de la red 3 y más distante por la red 2.

En este caso es importante considerar la extensa distribución geográfica que el sistema sanitario público ha logrado a lo largo del país, lo cual puede explicar la baja variabilidad cuando se utilizan valores promedio. Sin embargo, el instrumento recoge la información por comuna y de esta forma se precisan con detalle las distancias y los tiempos que las personas se demoran en llegar a un centro sanitario específico. Esto fue muy notorio en las redes que incorporaban comunas rurales.

En la tabla 4 se presenta la información sobre accesibilidad económica para los dispositivos de la red. Los datos se refieren a la cantidad de dinero (expresado en \$) que las personas gastan para llegar a un centro sanitario específico, y la cifra expresa el promedio ponderado por comuna. Al igual que en el caso anterior, se consideró en cada comuna un promedio entre la persona que queda más alejada y la que vive más cerca del dispositivo al cual se hace referencia (donde habitualmente no tiene gasto en movilización). En este caso se observa que la red 1 es la que muestra la mejor accesibilidad económica, que es alrededor de la mitad de la que se observa para las redes 2 y 3. La escasa variabilidad dentro de cada red está dada por que los precios de los sistemas de movilización son similares cuando los desplazamientos son dentro de una comuna a una comuna aledaña.

También en este rubro es importante destacar que el instrumento recoge la información por comuna, lo que permite tener los datos con este

nivel de desagregación, lo que se hace relevante cuando existen zonas rurales.

En la Tabla 5 se presentan los tiempos de espera para diferentes servicios, expresados en número de días (se solicitó que se considerara el valor observado durante todo el último período, para evitar variaciones aisladas que no reflejan lo que usualmente sucede). La red 1 muestra tiempos de espera bastante aceptables y similares para todos los servicios que fueron considerados. Las redes 2 y 3 muestran una gran variabilidad para sus diferentes servicios. Nuevamente, en esta área el instrumento logra captar la variabilidad existente, tanto entre diferentes redes como dentro de ellas.

En la Tabla 6 se presenta la información respecto de los componentes y el funcionamiento de la red de salud mental. La valoración se pudo hacer para dos de las tres redes, puesto que la red 1 estaba incluida dentro de un Consejo Técnico más amplio y la información no hubiera sido estrictamente comparable con las otras dos. Como se puede apreciar, ambas redes cuentan con un Consejo Técnico estable y que está a cargo de la coordinación de su red (en ninguno de los casos había rotación de esta coordinación). La red 2 realiza reuniones más seguidas (al menos una vez al mes), cuenta con la participación de organizaciones sociales y comunitaria entre sus miembros y tiene una participación regular más elevada (62,5%). En cambio, la red 3 tiene reuniones más alejadas, no incluye organizaciones sociales o comunitarias y tiene una menor participación regular por parte de sus miembros.

El instrumento logra captar las diferencias entre ambas redes. Además, se pregunta por el tipo de actividades que realizan, lo que permite diferenciar cuando las redes están centradas exclusivamente en la atención de los pacientes, de las que además agregan otras actividades abiertas hacia la comunidad.

En la Tabla 7 se muestra el nivel de especialización con que proveen los servicios. La información proviene de la aplicación del ICMHC y como en este caso lo que se está valorando es la red - donde es esperable que existan dispositivos que puntúan diferente de

Tabla 7. Nivel de especialización con que los dispositivos de las redes proveen los servicios (puntuaciones basadas en la aplicación del ICMHC)

Tipo de cuidados	Red 1	Red 2	Red 3
Establecimiento de una buena relación terapéutica	3	3	2
Evaluación integral y formulación de un plan de tratamiento	2	3	3
Asegurar la continuidad de los cuidados entre dispositivos	3	3	2
Actividades de atención general en salud	1	3	3
Atención de las necesidades de la vida diaria de la persona	3	2	3
Intervenciones psicofarmacológicas y somáticas	3	3	3
Intervenciones psicológicas	2	2	2
Re-educación de capacidades básicas, interpersonales y sociales	2	2	2
Actividades para la reinserción social y laboral (o educacional)	2	1	2
Intervenciones para la familia o cuidadores	2	2	2
PROMEDIO	2,3	2,4	2,4

Tabla 8. Puntajes obtenidos en los siete criterios propuestos para valorar el grado de desarrollo del modelo comunitario en las redes

Criterios	Red 1	Red 2	Red 3
1°. Desarrollo de una red de atención basada principalmente en dispositivos comunitarios	100,0	90,2	63,1
2°. Brindar una atención clínica integral	77,5	67,5	75,8
3°. Actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad	32,7	28,2	38,2
4°. Preocuparse de que las necesidades básicas del diario vivir de estas personas estén satisfechas	85,6	60,0	91,1
5°. Asegurar la continuidad de los cuidados y la coordinación para atender necesidades psicosociales de los pacientes	66,4	44,5	79,1
6°. Propiciar el desarrollo de agrupaciones de familiares y/o pacientes	56,4	67,2	59,9
7°. Propiciar el desarrollo y funcionamiento de una red comunitaria	-	87,5	75,0
PROMEDIO	69,8*	63,6	68,9

* En este caso corresponde al promedio de los seis primeros criterios.

acuerdo a la función que cumplen dentro de la red en la atención de los pacientes -, se consideró el valor más alto observado en alguno de los dispositivos dentro de cada red. No se encontraron diferencias significativas en el promedio entre las tres redes. Con excepción de cuatro de los diez tópicos que fueron evaluados (intervenciones psicofarmacológicas donde las tres alcanzan el máximo nivel de

especialización; y luego los tópicos de intervenciones psicológicas, la re-educación de capacidades y las intervenciones dirigidas a la familia, donde las tres alcanzan un nivel intermedio de especialización), en los seis tópicos restantes se aprecian diferencias entre las redes.

Finalmente, se estudió el comportamiento de las variables que constituyeron los siete

criterios propuestos para valorar el grado de desarrollo del modelo comunitario en las redes. Los resultados se presentan en la Tabla 8 y se puede ver que no existen grandes diferencias entre las tres redes para el valor promedio. Sólo para el primer criterio ("desarrollo de una red de atención basada principalmente en dispositivos comunitarios") hubo una clara diferencia en el sentido esperado entre las dos redes donde se considera que hay un mayor desarrollo del modelo comunitario, respecto de la tercera red. En el caso del séptimo criterio ("propiciar el desarrollo y funcionamiento de una red comunitaria") se aprecia una tendencia respecto de estas diferencias entre las redes y en el sentido que se suponía. En el caso de los criterios cuarto y quinto también se encontraron diferencias entre las tres redes, pero con una direccionalidad diferente a la esperada.

Sin embargo, aunque no se encontraron diferencias en el resto de los criterios es importante notar que el instrumento (y las variables utilizadas) mostraron variaciones entre las redes y dentro de estas. Incluso, en uno de los criterios ("actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad") hubo cifras bajas (alrededor de un 30% de satisfacción del estándar), señalando que este aspecto es el que tiene menos desarrollo en las tres redes evaluadas.

CONCLUSIÓN

La versión definitiva del instrumento fue el resultado de los tres pasos previos, incluyendo la aplicación piloto en tres redes asistenciales. El instrumento fue bautizado con el nombre de EvaRedCom - TMS, versión 1.0. La versión definitiva está compuesta de tres partes, tal como había sido diseñada originalmente en su versión preliminar: a) las instrucciones generales para aplicar los instrumentos, b) la evaluación de la red en su conjunto, y c) la evaluación de dispositivos específicos.

El instrumento permitió describir adecuadamente las características de las redes y de la población beneficiaria de esta, sus componentes, sus recursos y su forma de

funcionamiento. También fue posible identificar diferencias entre las redes y dentro de cada una, lo que habla de su capacidad para captar la variabilidad existente y de discriminar características de estas redes. El trabajo realizado permite concluir - al menos en forma preliminar - que se trata de un instrumento que permite cumplir con sus objetivos, que es fácil de aplicar y que ayuda a los equipos a tener un estándar para su autoevaluación.

Queda pendiente la discusión respecto de la validez de los criterios en base a lo que los lineamientos de política establezcan en este campo y a lo que dentro de esta se defina como "modelo comunitario". Hasta la fecha esta es una discusión pendiente, que incluso trasciende los límites de nuestro país, puesto que la acepción de lo que es "comunitario" tiene matices diferentes en Estados Unidos, Europa o América Latina. En el futuro será necesario avanzar en esta discusión, de forma de precisar cuáles serán los estándares a utilizar en nuestro modelo en Chile. Por ahora, este instrumento plantea una propuesta que puede ser la base para las discusiones futuras en estas materias.

Declaración de conflicto de intereses

El proyecto fue financiado por el Ministerio de Salud y corresponde a la licitación pública 4127 - 265 - CO05 del año 2005. No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. BECKER T & VÁSQUEZ - BARQUERO JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 8 - 14.
2. RUTZ W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 15 - 20.
3. HÁFNER H & AN DER HEIDEN W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. *Mental Health Service Evaluation*. Great Britain: Cambridge University Press. 1996. Pp. 19 - 36
4. LEFF J. The outcome for long-stay non-demented patients. En: Leff J, eds. *Care in the community: illusion or reality?*. England: John Wiley & Sons. 1997. Pp. 69 - 91.
5. LEFF J & TRIEMAN N. Long-stay patient discharged from psychiatric hospitals. *Social and clinical outcomes*

- after five-years in the community, The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000, 174: 217 - 223
6. MINISTERIO DE SALUD. Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile. 2001.
 7. NATIONAL HEALTH SERVICE. Modern Standards and Services Models. Mental Health. London, UK. 1999.
 8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. 2001.
 9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health. Ginebra, Suiza. 2003.
 10. JOHNSON S, KUHLMANN R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development on instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 14 - 23.
 11. SALVADOR - CARULLA L, ROMERO C, MARTÍNEZ A, HARO JM, BUSTILLO G, FERREIRA A, GAITE L, JOHNSON S and the PSICOST Group. Assessment instruments: standarization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 24 - 32.
 12. PSICOST GROUP. Disponibilidad y uso de servicios de salud mental en Catalunya: estudio comparativo con tres comunidades autónomas. Barcelona, España. 2000.
 13. DE JONG A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 8 - 13.

Recepción: 18 mayo 2007

Aprobación: 13 sept 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

Incorporación del cáncer gástrico al GES: efecto sobre el acceso y oportunidad de tratamiento quirúrgico en un hospital del SSMS

SEBASTIÁN AGUIRRE⁽¹⁾, ANDRÉS ALVO⁽¹⁾ y ANDRÉS ANGULO⁽¹⁾

RESUMEN

El cáncer gástrico es una patología de muy alta incidencia y mortalidad en Chile, razón que motivó su incorporación al programa de garantías explícitas en salud, GES, desde el 1° de julio de 2006. El propósito de este estudio es evaluar el efecto de este programa sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta neoplasia, para lo cual se analizaron datos secundarios obtenidos a partir de fichas clínicas, informes de Endoscopia Digestiva Alta y Biopsias, realizadas a 76 pacientes tratados quirúrgicamente por diagnóstico de cáncer gástrico entre el 1° de julio 2003 hasta el 30 de junio de 2007 en un hospital del SSMS.

Los resultados mostraron que en contra de lo esperado, no hubo cambios significativos en el número de pacientes operados. De hecho, en comparación a años anteriores el número de gastrectomías por cáncer gástrico fue menor, realizándose sólo 12 en el período Post-Auge en comparación a las 16,33 gastrectomías/año del período precedente, lo que representa una disminución del 26,53%; sin haber cambios significativos en la proporción por sexo y la edad de los pacientes. En cuanto a las garantías explícitas, hubo incumplimiento de plazos en, al menos, 2 de los 12 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico e indicación de resección quirúrgica. Las razones por la cual los resultados del Auge no se tradujeron en mayor número de cirugías y en un cumplimiento total de los plazos garantizados, son múltiples y no necesariamente excluyentes entre sí, y debieran ser objeto de análisis en estudios posteriores.

Palabras clave: *cáncer gástrico, gastrectomía, salud pública*

ABSTRACT

INCORPORATION OF GASTRIC CANCER TO THE GES: IMPACT ON THE ACCESS TO AND THE OPPORTUNITY FOR SURGICAL THERAPY AT A SSMS HOSPITAL

Gastric cancer is a pathology with a high prevalence and mortality rate in Chile. In view of the latter, such condition was incorporated to the explicit health guarantees program (GES) from July 1st 2006. The purpose of the present study is to assess the impact of such program on the access to a timely diagnosis and treatment for such neoplasia. This was achieved through the analysis of secondary data obtained from medical records, Upper GI Endoscopy and Biopsy reports, from 76 patients having undergone surgery for gastric cancer between July 1st 2003 and June 30th 2007 at a SSMS hospital.

The results showed that, against the expected, there were no significant changes in the number

⁽¹⁾ Alumnos de pregrado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. andresalvo@hotmail.com

of operated patients. In fact, compared to previous years, the number of gastrectomies for Gastric Cancer was smaller, with 12 procedures carried out during the Post-AUGE period, as compared to 16,33 gastrectomies/year during the previous period. This represents a decrease in 26,53%, without significant proportional changes per patient gender and age. As for the explicit guarantees, there was non-fulfillment of the assured deadlines in at least 2 of the 12 patients with a diagnosis of gastric cancer and an indication for surgical therapy. The reasons why the AUGE outcomes did not result in a greater number of surgeries and in a total fulfillment of the guaranteed deadlines are manifold and not necessarily mutually excluding, and should be subject of analysis in further studies.

Keywords: *gastric cancer, gastrectomy, public health*

INTRODUCCION

El cáncer gástrico es uno de los principales cánceres a nivel mundial. De acuerdo al proyecto GLOBOCAN 2002 de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, que estima la incidencia, mortalidad y prevalencia de 26 cánceres a nivel mundial, el cáncer gástrico es de alta incidencia y mortalidad, ocupando el cuarto y segundo lugar, respectivamente¹. De acuerdo a estos mismos datos, Chile es uno de los países con las mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico en el mundo, con cifras similares a las observadas en Asia oriental².

En Chile, las neoplasias son la segunda causa de mortalidad más importante, siendo responsables del 23,1% de las defunciones. De ellas, el cáncer gástrico es la más importante, con una tasa de 19 por cada 100.000 habitantes. De hecho, el 2004 las neoplasias malignas del estómago causaron por sí solas un 3,5% de las muertes³.

Actualmente, la base del tratamiento curativo contra el cáncer gástrico es la resección quirúrgica del tumor⁴. En este sentido, el pronóstico está relacionado directamente con la realización de un diagnóstico oportuno y de una correcta estadificación, pues el cáncer gástrico incipiente tratado quirúrgicamente tiene una sobrevida a 5 años entre 85-95%, mientras que la sobrevida del cáncer avanzado es de sólo un 20% en el mismo período⁵.

Debido a la alta incidencia y mortalidad de esta neoplasia y a la importancia de un diagnóstico rápido y tratamiento oportuno, el cáncer gástrico ha sido incluido desde el 1° de julio de

2006 como una de las patologías con garantías explícitas en el plan Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas), estableciéndose plazos específicos para las distintas intervenciones del equipo de salud, entre ellos un plazo no mayor a 30 días desde la confirmación diagnóstica hasta el tratamiento quirúrgico⁶.

El plan Auge es un programa basado en garantizar el acceso y oportunidad de diagnóstico, tratamiento y cobertura financiera para patologías con alto impacto en la salud pública nacional por su alta incidencia, mortalidad y años de vida perdidos, y que poseen un tratamiento efectivo o prevención eficaz. El plan ha sido aplicado progresivamente a partir del 2002, sumando cada año nuevas patologías con Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el 2005.

A pesar de que el objetivo es garantizar el acceso y tratamiento oportunos, se ha reportado que para una de las patologías GES más antiguas, la insuficiencia renal crónica, las condiciones posteriores a la implementación del Auge empeoraron en términos de listas de espera más largas y deterioro de la calidad de la atención⁷⁻⁸.

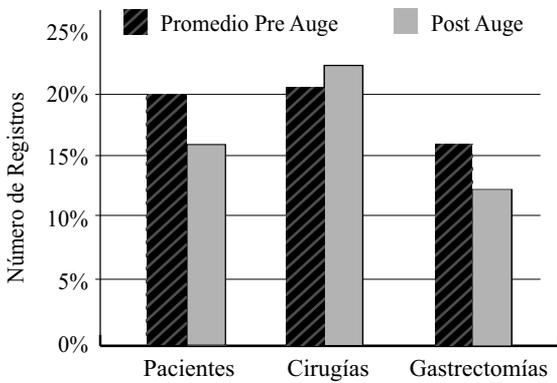
Sin embargo, y a pesar de estos antecedentes, los estudios que evalúen el impacto del GES sobre las patologías garantizadas son escasos.

Más que el análisis detallado del funcionamiento de este Plan, el objetivo del trabajo es evaluar el efecto que tiene la implementación de un programa de salud pública -GES- sobre una patología determinada -cáncer gástrico-, describir cambios en las características de los pacientes -sexo y edad-, acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento -endoscopia digestiva alta y cirugía- y los plazos entre ambos.

Figura 1. Distribución mundial de la incidencia de cáncer gástrico, estandarizada por edad



Figura 2. Número de pacientes, cirugías y gastrectomías en periodos pre y post-Auge



MATERIAL Y MÉTODO

Este es un estudio observacional analítico histórico prospectivo, en base a datos secundarios obtenidos a partir de fichas clínicas, informes de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) y biopsias.

Se incluyeron todos los pacientes operados de cáncer gástrico en un hospital del SSMS entre el 1º julio de 2003 al 30 de junio de 2007 (n=76). Las cirugías se dividieron en dos grupos,

gastrectomías y otros (yeyunostomía y laparotomía exploradora). Las siguientes variables fueron estudiadas para el subgrupo de pacientes gastrectomizados (n=61): sexo, edad al momento de la cirugía, fecha de la EDA preoperatoria, tipo de gastrectomía, fecha de la cirugía y plazo EDA-Cirugía.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la fecha en que se realizó la cirugía, “Pre-Auge” entre el 1º de julio de 2003 y el 30 de junio de 2006 y “Post-Auge” entre el 1º de julio de 2006 y el 30 de junio de 2007.

Los datos fueron registrados y tabulados con el software Microsoft Excel™. Se utilizó el

Figura 4. Distribución por sexo de los pacientes gastrectomizados en Periodos Pre (n=49) y Post Auge (n=12)

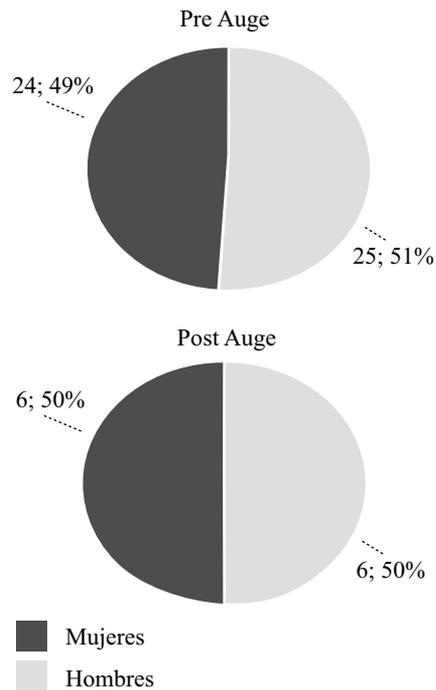
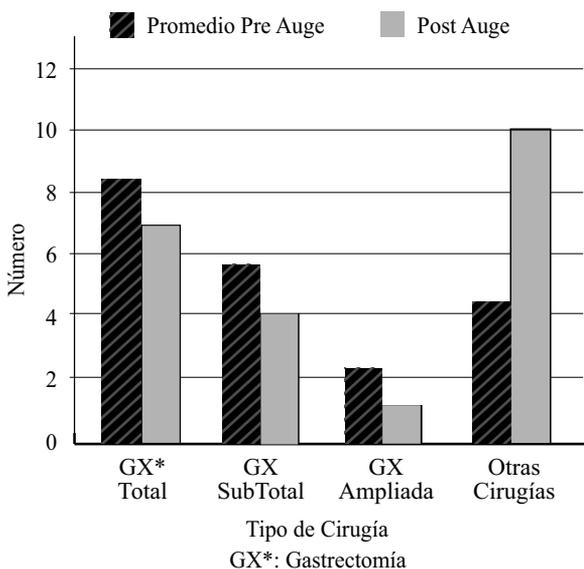


Figura 3. Tipo de cirugías realizadas en periodos pre y post Auge



test de promedios con t de Student para el análisis estadístico de las variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas, con un nivel de confianza de 95%; por lo que los valores de $p < 0,05$ fueron considerados significativos.

RESULTADOS

76 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer gástrico fueron operados entre el 1° de julio de 2003 y el 30 de junio de 2007 (Figura 1), de éstos, 60 pertenecían al grupo pre-Auge (promedio por año=20) y 16 al post-Auge. El porcentaje de variación post-pre Auge fue de -20% (-4 pacientes por año, $p>0,05$).

Se realizaron 84 cirugías en estos pacientes (promedio por paciente=1,11 cirugías), 62 pre-AUGE (promedio por año=20,67) y 22 post-AUGE. La diferencia post-pre AUGE fue de 1,33 cirugías/año ($p>0,05$), correspondiente a un cambio de 6,45%. Del total de cirugías, 61 correspondieron a algún tipo de gastrectomía (72,62%) y 23 a otro tipo (27,38%); en el grupo pre-Auge estos valores fueron 49 (79,03%;

Figura 5. Distribución por edad del total de pacientes gastrectomizados (n=61)

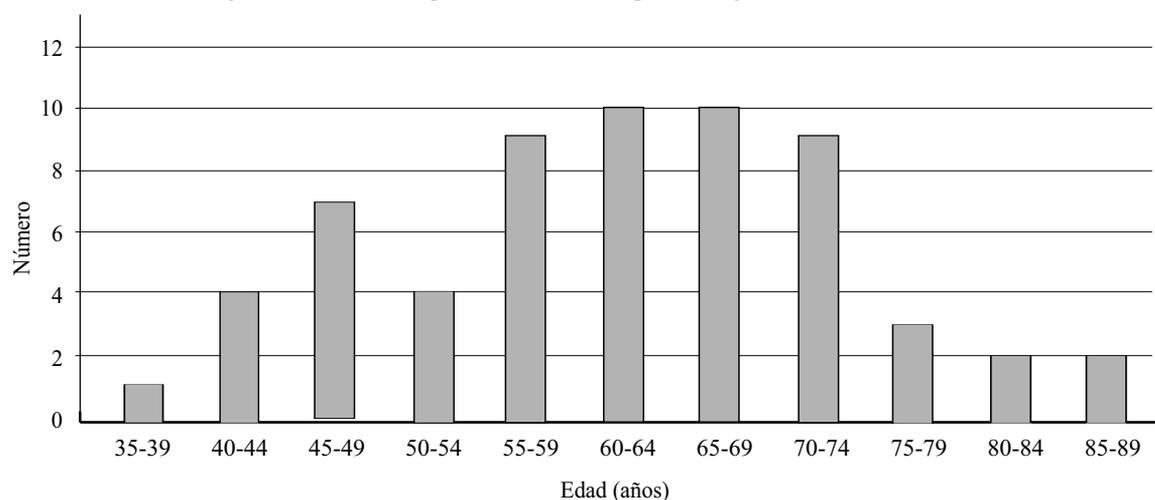
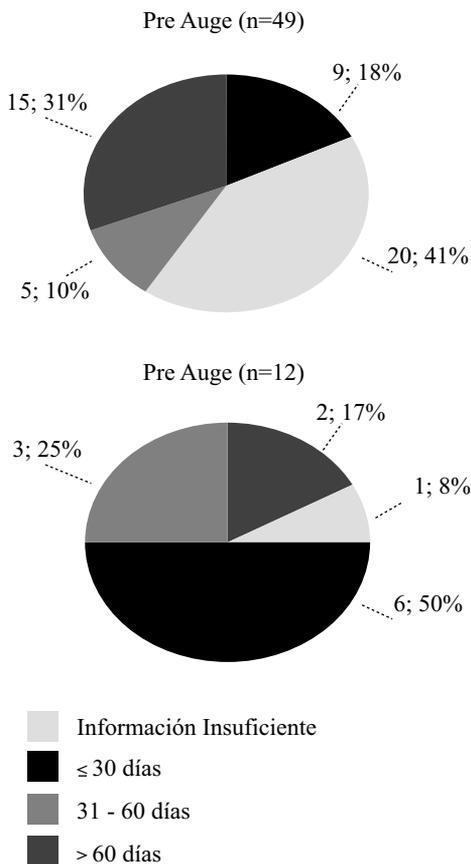


Tabla 1. Medidas de resumen de los plazos EDA-Gastrectomía Pre y Post Auge*

	Variación Post		Pre-Auge	% Cambio
	Pre-Auge	Post-Auge		
Mediana	29	30	1	3,45
IQR	58	29,5	-28,5	-49,14
Promedio	50,97	43,09	-7,88	-15,46
SD	52,18	27,54	-24,64	-47,22
Rango	6-204	9-91		
N° Gastrectomías/año	16,33	12	-4,33	-26,53

*Excluyendo los pacientes con datos insuficientes para el análisis

Figura 6. Intervalos EDA-Gastrectomía en periodos Pre (n=49) y Post-AUGE (n=12)



promedio por año=16,33) y 13 (20,97%; promedio por año=4,33) y en el post-Auge 12 (54,55%) y 10 (45,45%), respectivamente. La variación del número de gastrectomías post-pre Auge fue de -26,53% (-4,33 pacientes/año, $p > 0,05$).

Del subgrupo de pacientes gastrectomizados (n=61), a 32 (52,46%) se les practicó una gastrectomía total, a 21 (34,43%) una gastrectomía parcial y a 8 (13,11%) una gastrectomía ampliada (Figura 2). Para los pacientes gastrectomizados pre-AUGE (n=49) estos valores fueron 25 (51%), 17 (34,7%) y 7 (14,3%) y, para los post-Auge, 7 (58,33%), 4 (33,33%) y 1 (8,33%).

De acuerdo al sexo, en los pacientes gastrectomizados hubo 31 hombres y 30 mujeres, con

una razón hombre:mujer (H:M) de 1,03. En el grupo pre-Auge, 25 eran hombres y 24 mujeres (H:M=1,04) y en el post-Auge hubo 6 hombres y 6 mujeres (H:M=1) (Figura 3). El cambio de la proporción entre hombres y mujeres pre y post Auge tuvo un $p > 0,05$.

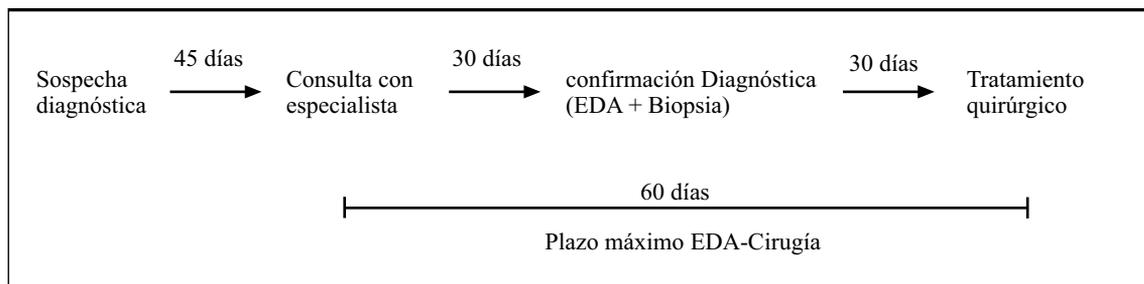
La distribución de los pacientes según la edad al momento de la gastrectomía se muestra en la Figura 4. En promedio, la edad al momento de la gastrectomía fue de 61,54 años, con una desviación estándar (SD) de 11,79; la mediana fue de 63 años y el recorrido intercuartílico (IQR) fue 17. En los pacientes de sexo masculino, el promedio fue de 60,81 años (SD=10,88) y en las de sexo femenino 62,3 años (SD=12,8). El promedio de edad en los pacientes gastrectomizados pre-Auge fue 61,35 años (SD=11,71) y post-Auge de 62,33 años (SD=12,62). El cambio del promedio de edad pre y post-Auge tuvo un $p > 0,05$.

El plazo EDA-Gastrectomía en los pacientes gastrectomizados pre-Auge fue igual o menor a 30 días en 15 pacientes (30,61%), entre 31 y 60 días en 5 (10,2%), y sobre 60 días en 9 (18,37%). En 20 pacientes la información fue insuficiente (40,82%). En los gastrectomizados post-Auge, los pacientes con plazos iguales o menores a 30 días fueron 6 (50%), 3 pacientes (25%) estuvieron entre 31 y 60 días y 2 (16,67%) superaron los 60 días; en 1 paciente (8,33%) la información fue insuficiente (Figura 5). Las medidas de resumen para estos plazos, excluyendo los pacientes con datos insuficientes, se encuentran en la Tabla 1.

DISCUSIÓN

El plan Auge establece que los pacientes de 15 años y más con un cáncer gástrico operable tendrán garantizada su resección quirúrgica dentro de plazos bien establecidos (Figura 6), y debido a la alta frecuencia de esta patología en la población chilena, podría suponerse que al ingresar como patología GES, el número de pacientes gastrectomizados debido a cáncer gástrico aumentaría. Sin embargo, nuestros resultados muestran que ninguna de las diferencias observadas fueron significativas e incluso

Figura 7. Plazos Auge para cáncer gástrico desde la sospecha diagnóstica hasta el tratamiento quirúrgico



en algunas ocasiones cambiaron en el sentido opuesto a lo esperado.

Es así como el número de pacientes operados anualmente por cáncer gástrico disminuyó en 4 pacientes/año cuando se incorporó esta neoplasia al GES, esto es un 20% menos que el promedio de los 3 años anteriores. En el número de cirugías realizadas, se observó un aumento cercano al 6,5% en el periodo post-Auge, pero esto fue a costa de cirugías no curativas, sino utilizadas como diagnóstico, para tratamiento de complicaciones o con fin paliativo. Por otro lado, el número de gastrectomías/año disminuyó desde 16,33 a 12 después del 1° de julio del 2006, una disminución de 26,5% respecto del periodo pre-Auge.

El por qué de esta disminución (no significativa) en el número de pacientes operados podría corresponder a diversas causas. En primer lugar, podría deberse a que como el cáncer gástrico se convertiría en una patología GES, más hospitales se prepararon para tratarlo, por lo que aumentó la dispersión de estos pacientes en los establecimientos del sistema público de salud. También podría deberse a una política más rígida respecto a la población de pacientes operados en este hospital, suponiendo que antes del Auge, pacientes provenientes de zonas no correspondientes al hospital eran operados en él. Otra posible alternativa es que esto corresponda a problemas del proceso diagnóstico del cáncer gástrico generado por el Auge, por ejemplo, que las listas de espera para las consultas o EDA estén alargándose por incapacidad del sistema de adaptarse a la mayor demanda. Finalmente, podría deberse a problemas intrínsecos

del hospital, como una disminución en el número total de cirugías realizadas ese año.

El análisis de lo ocurrido con el plazo entre la EDA y la gastrectomía, podría orientar respecto a cuál es la verdadera causa de la disminución de pacientes operados de cáncer gástrico, pero desgraciadamente el alto número de datos insuficientes hizo que esta información fuese inválida desde el punto de vista estadístico, lo que restringe de manera importante cualquier conclusión respecto a este punto. A pesar de lo anterior, sí es posible realizar dos alcances a partir de estos datos: en, al menos, 2 de los 12 pacientes (16,67%), los plazos garantizados por el Auge no se cumplieron (Figura 6); el pequeño número de pacientes y la ausencia de comparación válida con el período anterior impiden saber si este es un fenómeno en corrección. Debe considerarse que la razón de este incumplimiento puede corresponder también a imposibilidad de operar al paciente en la fecha propuesta, debido a que no cumple los requerimientos mínimos necesarios para una cirugía. Por otra parte, si sólo se consideran los datos disponibles, en el período post-Auge, el número de días promedio entre EDA y gastrectomía disminuyó desde 51 a 43.

Además debe destacarse que la implementación del GES tuvo un impacto positivo en la disponibilidad de datos, ya que el número de datos insuficientes se redujo de 41% a 8%.

En cuanto a la edad de los pacientes, no hubo cambios entre los períodos pre y post-Auge, lo que puede sugerir que el Auge no tuvo un efecto importante sobre el diagnóstico precoz de la enfermedad, pues los pacientes se están operando

a la misma edad. Por este motivo, sería importante evaluar qué es lo que está ocurriendo a nivel de sospecha diagnóstica y si es que los pacientes con síntomas de cáncer gástrico están logrando acceder a consultar oportunamente, considerando que el cáncer gástrico avanzado es letal sin cirugía, con una sobrevida cercana a los seis meses⁹. Además, debido a la alta incidencia y mortalidad del cáncer gástrico en nuestro país, es necesario evaluar la posibilidad de incluir la realización de pruebas de tamizaje en los grupos de mayor riesgo, y si su costo-efectividad lo justifica. En este sentido, existen estudios a nivel internacional y nacional que así lo avalan¹⁰⁻¹³.

Respecto a la distribución por sexo, se observó que la relación hombre:mujer no varió entre ambos periodos y que era muy cercana a 1. Este es un hallazgo interesante, puesto que se sabe que el cáncer gástrico afecta predominantemente a los hombres¹⁴⁻¹⁶. Si esta situación se debe a que las mujeres están siendo diagnosticadas en estadios más iniciales o consultando más precozmente, si se debe a características propias de la población atendida por este hospital o si presentan un mayor porcentaje de casos operables por condiciones biológicas inherentes al sexo, debe ser evaluado.

CONCLUSIÓN

A partir de la incorporación del cáncer gástrico dentro de las patologías GES, el número de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en este hospital no cambió significativamente, e incluso disminuyó. Asimismo, no hubo cambios en la edad de los pacientes al momento de la cirugía. En al menos 2 de los 12 pacientes operados dentro del GES, los plazos establecidos no se cumplieron. Por otra parte, el número promedio de días entre la EDA y la gastrectomía disminuyó con el GES, así como la variabilidad de este plazo, respecto al período pre-Auge.

El motivo de estos resultados aparentemente opuestos a lo esperado con el plan Auge puede deberse a múltiples causas y deben realizarse estudios adicionales para aclarar la verdadera explicación. La reciente incorporación de la

patología estudiada al GES no permite establecer si éste es un fenómeno en corrección, transitorio o estable. A nuestro juicio esto no deja de hacer relevante a este trabajo en términos de describir la relación entre la implementación de esta medida de salud pública y los efectos sobre la entidad prestadora del servicio garantizado. Finalmente, debe considerarse que estos resultados reflejan la situación ocurrida en un solo establecimiento, por lo que su reproducibilidad en el contexto regional y nacional debe ser, asimismo, evaluada.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las siguientes personas por su importante ayuda en la realización de este trabajo: Paula Palma Alborno, Ingrid Osorio González, Genaro Villalobos López, Pedro Arrate Miranda, y a los Dres. Rainier Aguirre Sánchez y Julia González.

REFERENCIAS

1. PARKIN DM, BRAY F, FERLAY J, PISANI P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005 Mar-Apr;55(2):74-108.
2. FERLAY J, BRAY F, PISANI P, PARKIN DM. GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base No. 5 Version 2.0. Lyon, France: IARC Press; 2004.
3. MINISTERIO DE SALUD, Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/deis/indexmc.asp> [Consultado el 25 de Agosto de 2007]
4. MOEHLER M, GALLE PR, GOCKEL I, JUNGINGER T, SCHMIDBERGER H. The multidisciplinary management of gastrointestinal cancer. *Multimodal treatment of gastric cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21(6):965-81
5. CSENDES P, SANHUEZA A. Evaluación del Cáncer gástrico por tomografía computada. *Rev. Chil. Radiol.*, 2006, vol.12, no.2, p.57-63.
6. MINISTERIO DE SALUD. Segundo régimen de garantías explícitas en salud, 2006. Disponible en: http://www.supersalud.cl/normativa/571/articulos-837_recurso_1.pdf [Consultado el 25 de Agosto de 2007]
7. GONZÁLEZ F. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev. méd. Chile*, mayo 2003, vol.131, no.5, p.545-551.
8. GONZÁLEZ F. La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE) ha

- deteriorado la calidad del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal terminal. Rev. méd. Chile, oct. 2006, vol.134, no.10, p.1288-1294.
9. TOSHIFUSA NAKAJIMA. Gastric cancer treatment guidelines in Japan. Gastric Cancer, 2002, 5: 1-5.
 10. TASHIRO A, SANO M, KINAMERI K, FUJITA K, TAKEUCHI Y. Comparing mass screening techniques for gastric cancer in Japan. World J Gastroenterol. 2006 Aug 14;12(30):4873-4.
 11. DAN YY, SO JB, YEOH KG. Endoscopic screening for gastric cancer. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006 Jun;4(6):709-16.
 12. CALVO BELMAR A, PRUYAS M, NILSEN E, VERDUGO P. Populational research of gastric cancer in digestive symptomatic patients, from 1996 to 2000. Rev Med Chil. 2001 Jul;129(7):749-55.
 13. LLORENS P. Gastric cancer mass survey in Chile and its value in a symptomatic group. No. 485, Abstract Book - The World Congresses in Stockholm Sweden. June 1982; 14-19
 14. Yamamoto S. Stomach cancer incidence in the world. Jpn J Clin Oncol. 2001 Sep;31(9):471
 15. AHN YO, PARK BJ, YOO KY, KIM NK, HEO DS, LEE JK, AHN HS, KANG DH, KIM H, LEE MS, et al. Incidence estimation of stomach cancer among Koreans. J Korean Med Sci. 1991 Mar;6(1):7-14.
 16. MEDINA E, KAEMPFER A. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas. Rev. méd. Chile, oct. 2001, vol.129, no.10, p.1195-1202.

Recepción: 11 diciembre 2007

Aprobación: 28 marzo 2008

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

Descripción del dolor en pacientes con cáncer avanzado atendidos en los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira, 2003-2004

ANDREA MARTINEZ⁽¹⁾ y JORGE GREGOIRE⁽²⁾

RESUMEN

Es un estudio de cohortes histórico de 400 pacientes del Programa de Alivio del Dolor, controlados en los policlínicos de los hospitales Carlos van Buren y Eduardo Pereira de Valparaíso entre enero 2003 y diciembre del 2004. Se buscó la información en los tarjetones de control, hojas de ingreso y egreso de los pacientes del programa. Con la información disponible, se confeccionó una base de datos con todas las variables a estudiar, las cuales se analizaron con el programa estadístico G-Stat.

Busca conocer las características epidemiológicas y la variación de la intensidad del dolor de los pacientes del programa de alivio del dolor por cáncer avanzado del Servicio de salud Valparaíso – San Antonio.

La mayoría de los pacientes tiene entre 45 a 64 años; el cáncer más frecuente fue el gástrico (14.75%); los EVA más bajos se encontraron en etapa I (71,42%) y en etapa II (66.6%); el 33% permaneció entre 0-30 días y el 6.75% superó el año. El 62% de la población estudiada en tratamiento analgésico percibió una disminución del dolor; el 14.25% advirtió aumento en su EVA y el 17.75% no experimentó cambio en su nivel del dolor.

El perfil epidemiológico es similar al de países en desarrollo, y los valores de EVA muestran un porcentaje de pacientes donde el dolor no se controló.

Palabras clave: dolor, cuidados paliativos, cáncer terminal.

ABSTRACT

DESCRIPTION OF PAIN AMONG PATIENTS WITH ADVANCED CANCER ATTENDING THE CARLOS VAN BUREN AND EDUARDO PEREIRA HOSPITALS BETWEEN JANUARY 2003 AND DECEMBER 2004.

The present is a retrospective cohort study of 400 patients from the Pain Relief Program, followed-up at the outpatient clinics of the Carlos van Buren and Eduardo Pereira Hospitals located in Valparaíso between January 2003 and December 2004. Data were collected from the follow-up charts and the admission and discharge report sheets from patients within the program. A database was developed with the available data, and it included all the outcomes which were analyzed through the statistic program G-Stat.

(1) Departamento de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Tegula 370. Depto. 307. Viña del Mar. Chile. andrea.martinez@uv.cl

(2) Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Valparaíso. Chile.

Purpose: To know the epidemiological features and the variations in pain intensity among the patients from the program of advanced-cancer-related-pain relief at the Valparaíso-San Antonio Health Service.

Most of the patients is aged between 45 and 64; the most common cancer was gastric cancer (14.75%); the highest VAP were found at stage I (71,42%) and stage II (66.6%); 33% remained for 0-30 days and 6.75% more than one year. Sixty-two percent (62%) of the study population that were on analgesic therapy, perceived a decrease of pain, 14.25% noticed an increase in their VAP and 17.75% did not experience any change at their pain intensity.

The epidemiological profile is similar to that of developing countries, and VAP figures show a percentage of patients in whom the pain was not followed-up.

Keywords: pain, palliative care, terminal cancer

INTRODUCCIÓN

El paulatino envejecimiento que ha experimentado la población chilena ha modificado el perfil epidemiológico, adquiriendo una creciente importancia las enfermedades crónicas no transmisibles caracterizadas por periodos de incubación prolongados y por la presencia de factores de riesgo tales como; sedentarismo, sobrepeso, obesidad, dislipidemia, hábito tabaquero, consumo inmoderado de alcohol y drogas⁴.

A partir de 1994, se conforma la Comisión Nacional para el Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, con la participación del área pública y privada con la colaboración de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. En el año 2003, el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, pasa a ser parte de los programas con garantías explícitas de salud GES, a nivel nacional⁵.

La relevancia de estos programas se debe al creciente aumento de la esperanza de vida de los chilenos consecuente con el aumento de las tasas de morbi-mortalidad por tumores malignos. En Chile las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron su frecuencia de 108.1 por cien mil habitantes en 1990 a 123.7 en el 2004. El 55% de las personas con diagnóstico cáncer actualmente requerirá estas atenciones⁶.

Dada la creciente importancia del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, que procuran mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familias en torno a equipos de salud multidisciplinarios y comprometidos, se precisa conocer en detalle las características

epidemiológicas y la intensidad del dolor de los pacientes con cáncer terminal que han participado del Programa de Alivio del Dolor en el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, controlados en los policlínicos del dolor de los hospitales base; Carlos Van Buren y Eduardo Pereira.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó un estudio de cohortes histórico, de los pacientes del Programa atendidos de enero del 2003 a diciembre del 2004 en el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. La muestra estuvo constituida por 400 pacientes que se controlaron en los policlínicos del dolor en los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira, los cuales habían fallecido al momento de realizarse el estudio.

Variables consignadas

-Sexo

-Edad: número de años de vida registrado en ficha, en años cumplidos al momento del ingreso.

-Localización del cáncer: todo cáncer diagnosticado por médico, registrado en ficha clínica y clasificada según C.I.E - 10.

-EVA: Escala visual análoga de evaluación de la intensidad del dolor.

-EVA Inicial: Escala visual análoga de evaluación de la intensidad del dolor que se realiza al ingreso en el programa, que va del 0 al 10.

-EVA Final: Escala visual análoga de evaluación de la intensidad del dolor que se realiza al egreso en el programa que va del 0 al 10.

- Diferencia de EVA: EVA inicial menos EVA final.

- Fármacos: Medicamentos utilizados por los pacientes del programa, según etapa de la escala analgésica de la OMS.

- Escala analgésica de la OMS: Tiempo de permanencia en el programa, días desde que el paciente ingresa al programa hasta que egresa.

Recolección de datos

La información fue recogida de los tarjetones de control y hojas de registro de egreso e ingreso al programa.

Análisis estadístico

Tablas univariadas, se observó las frecuencias absolutas y relativas de los tipos de cáncer, edad, sexo, EVA inicial y EVA final.

Se elaboraron tablas bivariadas de los valores de EVA al ingreso, al egreso y las diferencias de EVA de los pacientes del PAD según etapas de tratamiento analgésico para observar las variaciones del dolor.

Se realizó un análisis bivariado anova utilizado para crear una tabla de doble entrada para ver promedios de días tratamiento según diferencias de EVA.

RESULTADOS

En la Tabla 1, se observa que la mayoría de los pacientes de la muestra tenía sobre 65 años y era de sexo masculino, habiendo un número importante también entre los 45 y 64 años.

Tabla 1. Distribución por sexo y edad de los pacientes del PAD

EDAD	Sexo		TOTAL
	F	M	
20-44 años	9	12	21
45-64 años	71	68	139
65 y + años	102	134	236
Total	182	214	396

Hubo 4 pacientes de los cuales no hubo información de sexo y edad.

En la Tabla 2, se observa que el cáncer más prevalente fue el gástrico (14.75%), seguido del pulmonar (14.25%) y el de próstata (8.75%).

Tabla 2. Tipos de Cáncer del Programa de Alivio del Dolor (PAD) en los policlínicos del dolor de HCVB y Hospital Eduardo Pereira en los años 2003 y 2004

TIPOS DE CANCER	N	%
Gástrico	59	14.75
Pulmonar	57	14.25
Próstata	35	8.75
Vesicular	26	6.5
Colon	23	5.75
Mama	22	5.5
Otros	178	44.55
Total	400	100

En la Tabla 3, respecto al EVA inicial, se muestra que el 42.5 % tuvo a su ingreso EVA entre 5 y 8, y sólo un 17.5 superó el valor 9 como percepción de su dolor.

Tabla 3. EVA inicial de los pacientes del PAD atendidos en los policlínicos del dolor de los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira en los años 2003 y 2004

EVA INICIAL	N	%
0-4	122	30.5
5-8	170	42.5
9-10	70	17.5
Sin información	38	9.5
Total	400	100

En la Tabla 4, del EVA final, se observa que el 62% egresó con dolor leve y un 4.25% con dolor severo.

En la Tabla 5, al examinar las diferencias de EVA, se encuentra que hubo un 14.25% de personas que aumentó su percepción del dolor, un 17.75% no percibió cambio y un 23.25% tuvo una variación sobre 5 puntos en su EVA al egreso.

Tabla 4. EVA final de los pacientes del PAD atendidos en los policlínicos del dolor de los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira en los años 2003 y 2004

EVA FINAL	N	%
0-4	248	62
5-8	106	26.5
9-10	17	4.25
No se sabe	29	7.25
Total	400	100

Tabla 5. Diferencias de EVA (EVA inicial menos EVA final) de los pacientes del PAD atendidos en los policlínicos del dolor de los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira en los años 2003 y 2004

DIFERENCIAS DE EVA (DEVA)	N	%
-8 a -1	57	14.25
0	71	17.75
1 a 4	119	29.75
5 a 8	73	18.25
9 a 10	20	5
No se sabe	60	15
Total	400	100

En la Tabla 6, se aprecia que los EVA más bajos al egreso se encontraron en etapa I con un 71.42% y etapa II con un 66.6%. Las mayores variaciones de EVA se encontraron en etapa II

y III. La variación del EVA fue mayor en aquellos que usaron morfina de 3.68, respecto a los que no la usaron 2.22. Pero estos valores con un $p > 0.05$ no fueron estadísticamente significativo.

En la tabla 7, el 33% de los pacientes permanece entre 0 y 30 días en el PAD, y un 18.50% sobre 180 días, un pequeño porcentaje (6.75%) superó el año.

Tabla 7. Días de permanencia de los pacientes del PAD

DÍAS	N	%
0-30	132	33
31-90	111	27.75
91-180	79	19.75
181-365	47	11.75
365 y +	27	6.75
Se desconoce dato	4	1
Total	400	100

En la Tabla 8, se encontró una relación significativa entre las variaciones del EVA y los días de permanencia en el PAD. También se muestra que en los pacientes que aumentó el dolor, el promedio de permanencia fue de 14.51 días y en los que el E.V.A. disminuyó de ocho a diez puntos el promedio fue de 144.04 días.

Tabla 6. Etapas de tratamiento analgésico (OMS) según diferencias de EVA (EVA al ingreso menos EVA al egreso del PAD)

DEVA	Etapa 0 n	%	Etapa I n	%	Etapa II n	%	Etapa III n	%	Total n	%
-8 a -1	4	13.3	1	7.14	25	13.44	27	15.88	57	14.25
0	6	20	4	28.57	34	18.27	27	15.88	71	17.75
1 - 4	5	16.6	6	42.85	59	31.72	49	28.82	119	29.75
5 - 8	2	6.6	1	7.14	29	15.59	41	24.11	73	18.25
9 - 10	1	3.3	0	0	14	7.52	5	2.94	20	5
No se sabe	12	40	2	14.28	25	13.44	21	12.35	60	15
Total	30	100	14	100	186	100	170	100	400	100

Tabla 8. Promedio de los días de tratamiento según diferencias de EVA

DIFERENCIAS DE EVA	DÍAS DE PERMANENCIA N	Promedio
-8 a -1	59	14.51
0	71	55.05
1 a 2	64	96.04
3 a 4	53	130.3
4 a 5	40	152.73
6 a 7	42	148.54
8 a 10	40	144.04
Total	339	132.69

Se desconocieron 61 datos.

DISCUSIÓN

El cáncer más frecuente en los paciente en esta investigación, fue el gástrico (14,75%), seguido del pulmonar (14,25%) y el prostático (8.75%).

El rango de edad de la muestra fue de 22 a 98 años y la mayoría era mayor de 65 años, siendo el 52.02% hombres, lo cual coincide con otros estudios en CP que muestran que la edad promedio de los usuarios de estas atenciones supera los 60 años, artículos australianos informan de una edad promedio de 65.5 años y artículos europeos un promedio de 66 años^{3,5}.

Respecto al EVA, el 60% de los pacientes ingresó con dolor de moderado a severo y el 62% egresó con dolor leve. Al analizar en detalle las diferencias en el dolor, se observó un grupo de pacientes durante su periodo de permanencia en el programa el dolor aumento (14, 25%) y en un 17,75% no tuvo variaciones en la percepción del dolor durante su tiempo en el programa.

En relación a este tema, Cleeland y col. estudiaron la intensidad del dolor en 1308 pacientes ambulatorios con cáncer metastático, y observaron que el 42% no recibió una terapia analgésica adecuada. Otros trabajos europeos han observado que hay una alta frecuencia de pacientes que soportaron dolor de moderado a severo en etapa III de tratamiento analgésico, lo que sugiere que no recibieron dosis adecuadas de tratamiento. Este mismo estudio concluyó

que de los pacientes que usaron morfina, sólo unos pocos necesitaron dosis altas^{6,9}.

Al estudiar los cambios de EVA se observó que los mayores descensos se produjeron en etapa II y III. Pero también en etapa III fue donde se observo el mayor aumento en la percepción del dolor en los pacientes del PAD.

El tiempo de permanencia en CP, varió de un día a 1131 días, de los cuales el 60.75% de la población estudiada permaneció un periodo inferior a tres meses, aunque hay un 18.5% que superó los 180 días lo cual difiere de otros estudios nacionales en que sólo el 8.4% supera esa cantidad de días pero realizados con muestras inferiores a cien pacientes². Investigaciones en poblaciones italianas mostraron una media de supervivencia desde el ingreso a cuidados paliativos de 234 días (103 - 374 días)¹.

En relación al EVA final, la variabilidad del dolor y los tiempos de permanencia, se observó asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y se puede ver que los días de permanencia aumentan en la medida que el dolor se controla.

AGRADECIMIENTOS

A Danny Casanova, Estadístico Universidad de Valparaíso, Departamento Salud Pública; a Pablo Cáceres, académico Universidad Católica de Valparaíso, y a las personas del Programa de Alivio del Dolor, en especial a las de los centro que me permitieron trabajar con sus datos y las enfermeras por llevar todo registrado.

REFERENCIAS

1. CONSTANTINE. M, BECARRO. M, MERLO. F; The last three months of life of Italian cancer patients. Methods sample characteristics and response rate of the Italian survey of the dying of cancer; Palliative Medicine 2005; 19: 628 -638.
2. DEIS MINSAL, Indicadores básicos de salud, Octubre 2006.
3. EBNER P, CUEVAS C, SWETT E, YENTZEN; Programa de alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos Llay-Llay de enero 2001- febrero 2004; G.Rev. Chilena. Salud Pública 2005; Vol.9 (1):25-31
4. GLARE. A.P, EYCHMUELLER. S, MCMAHON. P; Diagnostic accuracy of palliative pronogic score in hospitalized patients with advance cancer"; Journal

- of Clinical Oncology; Diciembre 2004: Vol. 22; N° 23: 4823-4828
5. JUDUE L, VEGA M, ESCOBAR M, DELGADO I, GARRIDO C, LASTRA P, ESPEJO F, PERUGA A; "Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles)". Minsal, OPS Junio 1999.
 6. KLEPSTAD. P., KAASA. S., CHERNY. N., HANKS. G., DE CONNO. F; Pain and pain treatments in european palliative care units across sectional survey from European association for palliative care research network; Palliative Medicine 2005: 19: 477 – 484.
 7. MINSAL. Norma Técnica del programa de alivio del dolor y cuidados paliativos, 2004.
 8. MINSAL. Departamento de enfermedades crónicas, Unidad de cáncer; Manual: ¿Cómo cuidar a las personas con cáncer avanzado en el nivel primario de atención?; 1 Ed., 2005.
 9. ROSEWAX. L.K, MCNAMARA. B., BLACKMORE. A.M., HOLMAN. C.; Estimating the size of a potencial palliative care population; Palliative Medicine 2005; 19: 556 - 562.

Recepción: 19 octubre 2007
Aprobación: 17 de marzo 2008

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

Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua

HEIDY LEIVA⁽¹⁾ y MATÍAS FLAMM⁽²⁾

RESUMEN

El cuadro de mando integral (BSC) es un modelo de gestión estratégico-operacional que permite desarrollar, implementar y controlar la aplicación de una estrategia en una organización. Se presenta el desarrollo del modelo en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua y su evaluación, luego de 4 años de aplicación plena. Es posible demostrar que esta metodología claramente recomendada en las empresas privadas es susceptible de aplicar exitosamente en un servicio clínico de un hospital público. La implementación del modelo significó que todo el equipo de salud del servicio internalizara y se comprometiera con la gestión alcanzando las metas propuestas en forma participativa en el período evaluado.

Palabras clave: gestión, sistema de salud público

ABSTRACT

BALANCED SCORECARD (BSC) AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS OF THE RANCAGUA REGIONAL HOSPITAL

Balanced Scorecard is an operational-strategic management model that enables the development, implementation and control of the application of a strategy within an organization. The present work introduces the development of the model in the Department of Pediatrics of the Rancagua Regional Hospital and its assessment after 4 years of its full application. It is possible to demonstrate that such methodology, clearly recommended among private corporations, may be successfully applied in the clinical department of a public hospital. The implementation of the model meant that all the health care team in the department internalized the management and committed to it, attaining the proposed goals participatively throughout the assessment period.

Keyword: management, public health care system

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la gestión y planificación, el sector público del sistema de salud en general y los médicos en particular, han sido criticados, entre otras causas porque no se aprecia una actitud de evaluación y búsqueda del mejor costo-efectividad, lo que ha motivado, con frecuencia, un intento de los directivos de im-

poner formas de gestionar que sólo han tensionado a las organizaciones sin que se aprecie el convencimiento de los actores de la necesidad de introducir metodología de gestión. Parece lejana al sentir del médico y del equipo de salud, la aplicación de términos como productividad o eficiencia en un arte como la Medicina en que el sujeto de trabajo tiene extrema variabilidad y los procesos, en consecuencia no son rígidos.

⁽¹⁾ Servicio de Pediatría. Hospital Regional Rancagua. Alameda 61, 6° Piso. Rancagua. Chile. draheidy@terra.cl

⁽²⁾ Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Santiago de Chile. Santiago. Chile.

Por otra parte, el proceso productivo puede resultar en un resultado negativo dado la condición de mortalidad inherente al ser humano. Es decir, el negocio de la atención de salud tiene incorporado que el resultado final es inevitable en condiciones de extrema complejidad en que el paciente se puede encontrar fuera de alcance terapéutico.

Aún así, es un imperativo ético de todo el equipo de salud utilizar los recursos de la mejor forma y en nuestro servicio demostramos que este modelo es factible de utilizar en la gestión de una empresa pública, como es el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua que debe responder a las nuevas exigencias incorporadas por la reforma de salud

El balanced scorecard (BSC)¹ o cuadro de mando integral representa un modelo de gestión estratégico-operacional que permite desarrollar, comunicar e implementar una estrategia, posibilitando la obtención de resultados a corto y mediano plazo.

Este modelo utiliza elementos de otros modelos de gestión y permite dar una mirada global y nueva a la organización²⁻⁵.

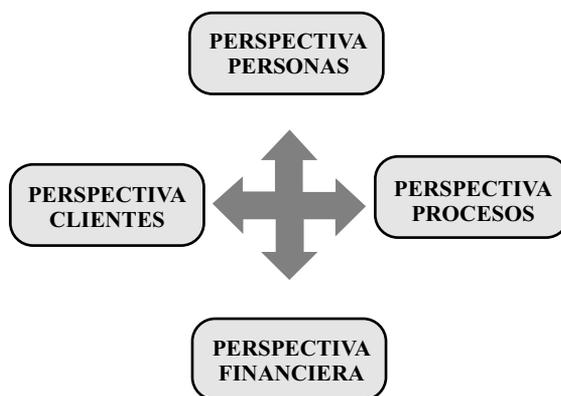
El modelo considera el sistema causa efecto de la calidad total, la excelencia de los procesos de la reingeniería, el valioso e irremplazable aporte del recurso humano del concepto de empowerment, la influencia del entorno y cadena de valor de Porter y las declaraciones estratégicas de Visión, Misión y Valores.

Con las variables internalizadas, se configura el modelo que se compone de un sistema de relaciones causales entre objetivos declarados en 4 perspectivas, financiera, de clientes, de procesos y de personas, para alcanzar el norte estratégico, que es la Visión, considerando las fuerzas internas y externas que influyen en la organización. A todo lo anterior, el modelo asocia una serie de indicadores con el objetivo de monitorear la gestión y el cumplimiento de las actividades planificadas. Las iniciativas estratégicas o planes de acción contribuyen a lograr las metas declaradas, cuya selección, priorización y asignación de recursos específicos es fundamental en los mapas estratégicos. Entendiendo como meta aquel valor que se desea

para un indicador en un período determinado
En síntesis, el modelo está compuesto por:

- Las declaraciones estratégicas corporativas que marcan el rumbo de la organización.
- Un conjunto de objetivos estratégicos dispuestos en 4 perspectivas.
- Un conjunto de indicadores asociados a los objetivos.
- Una direccionalidad de referencia hacia donde se pretende llevar o movilizar cada indicador.
- Un conjunto de acciones a realizar para alcanzar el valor esperado de cada indicador.

Figura 1. Modelo Cuadro de Mando Integral. Las 4 perspectivas.



MODELO DE GESTIÓN

En el año 2001, luego de asumir una nueva jefatura este servicio tras 12 años de un mismo jefe, se inició un proceso de planificación estratégica participativo que significó el diseño del Plan Estratégico y en consecuencia la conformación y uso del BSC. El Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua tiene una dotación de 60 funcionarios, y 44 camas, de las cuales 4 son camas críticas; egresa un promedio de 2000 pacientes por año, y el perfil epidemiológico corresponde a un servicio de pediatría de pacientes agudos con la estacionalidad similar

al resto del país, es decir, predominio de enfermedades respiratorias en los meses de invierno.

A contar del año 2003, luego de definidas la Visión, Misión y Valores del servicio, se consolidó este proceso, aplicándose estrategias de gestión modernas que llevaron a establecer un estilo directivo diferente al resto del hospital cuyos resultados se presentan a continuación.

I. Declaraciones estratégicas

Fueron definidas luego de un proceso que contó con la participación de todos los integrantes del equipo humano que significó la capacitación en Planificación Estratégica dirigida por la jefatura y el desarrollo del proceso estratégico posterior.

a. Visión: creada por el líder del equipo, se explicitó con la siguiente declaración: *Contribuir a la felicidad y el desarrollo de los niños de la Sexta Región.*

b. Misión: construida en una jornada de planificación con la más amplia participación de los miembros del equipo, explicitada así: *Recuperar la salud de los niños ingresados al servicio en el menor tiempo, mediante el trabajo en equipo, aplicando las mejores técnicas diagnósticas y terapéuticas en un ambiente cordial y con la participación activa de los padres.*

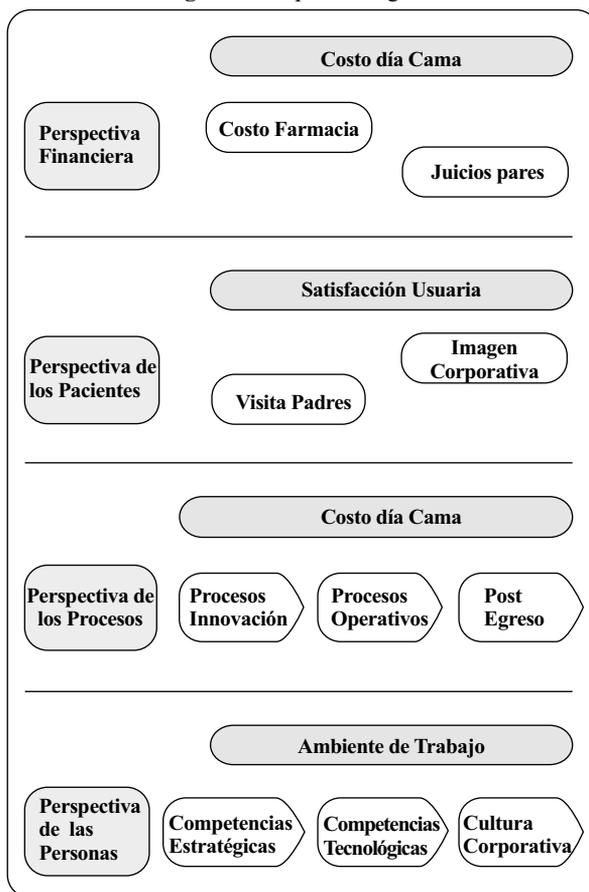
c. Valores: declarados en forma unánime, son: *Lealtad - Honestidad - Solidaridad - Colaboración - Sensibilidad*

II. Mapa estratégico

Es el conjunto de los objetivos estratégicos interrelacionados y direccionados por la Visión o norte estratégico, en las 4 perspectivas descritas en el modelo y que son: perspectiva de las personas, perspectiva del proceso interno, perspectiva del cliente y perspectiva financiera.

a. Perspectiva de las personas: Se consideró

Figura 2. Mapa estratégico



como la perspectiva clave en el proceso estratégico del Servicio de Pediatría y significó un trabajo intensivo del líder con los médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares y secretaria, definiendo objetivos que exigieran desarrollar competencias estratégicas y tecnológicas, estableciendo una cultura corporativa y así un ambiente de trabajo apto para la aplicación de estrategias adecuadas.

i. En las competencias estratégicas, se definió la necesidad de cambiar el estilo de jefatura de las enfermeras, capacitándolas en motivación, liderazgo, comunicación.

ii. En el estamento técnico paramédico, el objetivo fue modificar la actitud de pasividad frente al proceso diagnóstico y terapéutico y generar una actitud proactiva, que incluyó la

participación en el control de la gestión y en el diseño de nuevos procedimientos.

iii. Los auxiliares fueron incorporados en el objetivo de desarrollar nuevas competencias en áreas como la mantención y reparación de infraestructura y también tomaron conocimiento de la gestión del servicio.

iv. La secretaria debería desarrollar nuevas competencias en computación y gestión que hicieron posible mejorar su expedición en el manejo de la información y en la comunicación formal del servicio.

v. Los médicos deberían adquirir competencias en el área del análisis epidemiológico, desarrollo de guías clínicas y definición de los códigos de las enfermedades, alcanzando mayor precisión diagnóstica.

vi. Competencias tecnológicas: Médicos, enfermeras y técnicos paramédicos asumieron la necesidad de incorporar la informática como herramienta de gestión y análisis.

b. Perspectiva del proceso interno: se trató de identificar los procesos en que el Servicio de Pediatría debía buscar la excelencia operativa. Es decir, dentro de la cadena de valor se definieron 3 tipos de procesos a desarrollar.

i. Procesos de innovación: que consideraron el análisis del uso de camas de otros servicios de pediatría de hospitales públicos, realizando benchmarking con hospitales de características similares al Hospital de Rancagua. Además, se inició la actividad de auditoría de los egresos mediante un experto que definió los estándares.

ii. Procesos operativos: la producción del servicio, consistente en egresos y días cama se debería optimizar, buscando acortar las estadías intrahospitalarias y entregar excelencia con un enfoque de calidad que consideró la disminución de las infecciones y accidentes nosocomiales. Además, los médicos deberían diseñar las guías clínicas de las patologías principales, lo que

significó estandarización de los procesos de diagnóstico y tratamiento y la consecuente optimización del uso de los recursos.

iii. Procesos post-hospitalización: Se hizo necesario implementar un policlínico de control de altas que permitió dar altas en menor tiempo con la seguridad del control oportuno y limitar los eventuales reingresos.

c. Perspectiva de los pacientes y comunidad: Se buscó mejorar la posición del Servicio de Pediatría en el mercado de los prestadores de atención de salud de la región, identificando las ventajas competitivas del servicio y asegurando su reconocimiento en la comunidad regional.

i. Imagen: Diseñar una imagen corporativa que identifique al servicio en todas las actividades intra y extrahospitalarias, especialmente del ámbito comunidad profesional y en los medios de comunicación regionales.

ii. Visitas de padres: Enfrentar la separación de los pacientes-niños de sus padres con la implementación de una visita diaria de 7 horas diarias, con un diseño de acogida que aprovecha de explicitar los deberes de la familia de los niños hospitalizados.

iii. Satisfacción usuaria: Medirla mediante la aplicación de una encuesta de satisfacción usuaria, la que debería ser diseñada, que se tabula regularmente y que permite evaluar los aspectos más sensibles de calidad de la atención.

iv. Investigación clínica y epidemiológica: Considerar la participación en todos los congresos chilenos de Pediatría y en todas aquellas actividades de las sociedades científicas que marquen posición en la producción del servicio.

d. Perspectiva financiera: Debido a que el servicio no maneja presupuesto propio, se consideró monitorear el costo de farmacia que representa, luego del gasto en personal, el ítem más grande de gasto.

i. Costo mensual de fármacos: definido el gasto total en este ítem.

ii. Se revisó la pertinencia del uso de los fármacos que representa el 80% del gasto, mediante un análisis de pares.

Tabla 1. Indicadores de la perspectiva de las personas

COMPETENCIAS ESTRATÉGICAS			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Capacitación de enfermeras en Liderazgo, Comunicación y Motivación	% enfermeras capacitadas	10%	90%
Participación en el control de gestión	Nº reuniones de evaluación con los delegados de turno	0	10 en el año
Actividades de mantención	Nº tareas específicas realizadas	1 trimestral	1 mensual
COMPETENCIAS TECNOLÓGICAS			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Mejorar calidad diagnóstica de médicos	% de diagnóstico de egresos del Cap. XVIII del CIE-10	3,5%	2,1%
	Nº patologías con guía clínica	0	41
Incorporación de herramientas de informática	% de formularios con plantilla	0	80%
Incrementar análisis bioestadístico	% médicos capacitados	5%	80%
CULTURA CORPORATIVA			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Monitores de resultados	Nº de reuniones de evaluación por estamento	0	4 en el año
Mejorar calidad de la información	% de diagnósticos errados en Boletín de Egreso	30%	1%
Aumentar la participación en la gestión	Nº planes de acción generados participativamente	0	10

III Cuadro de mando integral

Cumple la función de dar estructura a los componentes estratégicos, los integra en un

formato que permite tener toda la información estratégica del Servicio. Para esto, se debió construir los indicadores asociados a los objetivos en cada perspectiva previamente mostrada.

Tabla 2. Indicadores de la perspectiva de los procesos internos

PROCESOS DE INNOVACIÓN			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Benchmarking	Nº de benchmarks	0	40
Auditoría de egresos	% de egresos auditados	0	100%
PROCESOS OPERATIVOS			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Acortar las estadías	Promedio días estada	6,3 días	3,9 días
Disminuir Infecciones Intrahospitalarias	Tasa Neumonía asociada a ventilación mecánica	31,3%	13,5 %
Implementar controles de alta	Nº controles	0	433 (año 2006)
PROCESOS POST- EGRESO			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Disminuir los reingresos	% de reingresos	¿?	6,6%

Se muestran algunos indicadores que forman el BSC de nuestro servicio con la evolución en el período 2001 – 2007.

Se aprecia los indicadores usados en la perspectiva de las personas, destacando el esfuerzo realizado en capacitación en todos los estamentos, la confección de guías clínicas y especialmente la participación en la gestión del servicio.

En la perspectiva de los procesos internos, se hizo énfasis en la gestión de las camas, acortando las estadías, asociado a la implementación de controles de alta. Se usaron los benchmarks para definir las metas a lograr. Además, se trabajó en planes de manejo de las infecciones intrahospitalarias, y se presenta el resultado en

las neumonías asociadas a ventilación mecánica. Al no existir registro de los reingresos, se comienza con este indicador de manera de poder establecer la “normalidad” para nuestro servicio.

Los indicadores de la perspectiva de los pacientes y la comunidad incluyeron la creación de la imagen corporativa y especialmente medir la satisfacción usuaria mediante la aplicación de una encuesta que se validó inicialmente.

La perspectiva financiera, la menos relevante dado que no se maneja presupuesto propio aún, consideró iniciar el conocimiento del gasto de farmacia y más importante, conocer la pertinencia de este gasto.

Tabla 3. Indicadores de la perspectiva de los pacientes y comunidad

IMAGEN CORPORATIVA			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Crear imagen corporativa	Imagen corporativa	0	Existe
VISITA DE PADRES			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Implementar visita de padres	Nº horas de visita	0,8 horas/día	7 horas/día
SATISFACCIÓN USUARIA			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Diseñar y aplicar encuesta	% de egresos con encuesta	0	80%
Mejorar satisfacción usuaria	Nota promedio final	¿?	6,6
INVESTIGACIÓN Y POSICIONAMIENTO			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Realizar investigación y participación en congresos científicos	Nº trabajos expuestos por año	0	9 (año 2006)

Tabla 4. Indicadores de la perspectiva financiera

GASTOS FARMACIA			
Objetivo	Indicador	Inicial 2000	Actual 2007
Conocer gasto de farmacia	Gasto mensual	¿?	Informe mensual
Pertinencia uso fármacos grupo A	% de pertinencia según juicio	¿?	90

DISCUSIÓN

Exponemos la aplicación de un modelo de gestión, Cuadro de Mando Integral, en una organización particular, en un hospital público y regional. Este modelo ha permitido mejorar nuestro desempeño y es una demostración de que es posible de aplicar en una empresa de servicios de atención de salud^{6,7}.

El Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua ha vivido un interesante y desafiante

período entre los años 2001 a 2007, que ha significado cambiar la forma de “hacer las cosas” para todos quienes trabajamos en él.

Los procesos de cambio realizados han estado centrados en las personas que formamos el equipo y en la búsqueda de excelencia en la atención de nuestros pequeños pacientes y sus familias. El cambio de jefatura del año 2001 fue difícil y demandó demostrar con hechos que el Servicio podía mejorar. Pero, más importante, fue la evidente preocupación por los funcionarios

como personas, con sus fortalezas y debilidades y desde el detalle del saludo personalizado a todos, al reconocimiento del resto del hospital como un servicio “diferente” son las características destacadas que son apreciadas por todos.

Un mensaje trascendente y verdaderamente internalizado es que en nuestro servicio “todos valen” y la responsabilidad con los resultados es por lo tanto de todos.

Hemos puesto especial empeño en mostrar la importancia de las iniciativas de todos los estamentos, crear un ambiente amable y mostrar compromiso con las declaraciones estratégicas que juntos declaramos.

La gestión de un servicio clínico en un ambiente de carencia general como es nuestro hospital, supone esfuerzo pero por sobre todo trabajo en equipo y compromiso. Ambos conceptos son válidos en nuestro Servicio.

REFERENCIAS

1. KAPLAN RS, NORTON DP. The Balanced Scorecard. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
2. Curso Metodología del Balance Scorecard. Les Halles 2007.
3. ASENJO M.A. Gestión diaria del hospital. Ed. Masson 2001.
4. PELL A. Administre a su personal. Ed. Prentice Hall. 1996.
5. BODENHEIMER T, BOJESTIG M, HENRIKS G. Making Systemwide Improvements in Health Care: Lessons From Jönköping County, Sweden. Q Manage Health Care. Vol. 16, N°1, 10:15
6. INAMDAR N, KAPLAN R. Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. Journal of Healthcare Management 47:3 May/June 2002.
7. VILLALBI J, GUIX J, CASAS C, BORRELL C, DURAN J, ARTAZCOZ L, CAMPRUBÍ E, CUSÍ M, RODRÍGUEZ-MONTUQUÍN P, ARMENGOL J, JIMÉNEZ G. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. Gac Sanit. 2007;21 (1): 60-5.

Recepción: 11 septiembre 2007
Aprobación: 15 noviembre 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

Equidad en el acceso a la salud en Chile*

MARCOS VERGARA⁽¹⁾

INSTITUCIONALIDAD DE LA EQUIDAD

Dentro del sistema de salud chileno, en la parte en que es posible asimilarlo al de seguridad social⁽²⁾ -es decir, excluyendo las funciones de salud pública o de provisión de bienes de apropiación colectiva- existen dos subsistemas que operan en forma bastante independiente entre sí (al decir de algunos autores, operarían como “estancos”). Estos dos subsistemas del sistema de salud chileno: i) son de distinta naturaleza, pues uno se basa en una suerte de seguro colectivo mientras el otro opera sobre la base de seguros individuales; ii) tienen modelos de atención o de provisión de servicios distintos, pues mientras uno tiende a operar más intensamente con reglas de mercado, basadas en grados mayores de libertad de elección -habida cuenta de las imperfecciones que este mercado presenta- el otro tiende a operar más intensamente sobre la base de la tradicional oferta pública, con clientela institucional y asignación poblacional territorial, iii) el origen de los fondos -subsídios estatales provenientes del tesoro público y aporte de las personas pre-pagados o de bolsillo- y el marco institucional en que se desenvuelven los procesos de asignación de recursos son distintos, con muy pocos vasos comunicantes y, iv) los propios mecanismos de financiamiento de la provisión de servicios son distintos⁽³⁾ -pago de factores versus pago por prestación o compra propiamente tal-. Sin em-

bargo, y aunque resulte obvio por ser un asunto al que estamos habituados, la consideración más importante que cabe explicitar es que la distribución de la población en ambos subsistemas no es aleatoria. Por el contrario, éstos sirven a segmentos sociales perfectamente distinguibles desde el punto de vista de sus ingresos y de sus riesgos de enfermar. Es decir, *el sistema de salud chileno está segmentado en función de estas variables.*

Por cierto las categorías sociales distinguibles en el sector de la salud no son dos, sino que diversas⁽⁴⁾. De este modo, en los subsistemas señalados y a pesar de su distinta naturaleza, un abanico de segmentos se despliega en la práctica entre los dos extremos: entre los más ricos y menos riesgosos y los más pobres y más riesgosos. Este despliegue es verificado cada tres años por Mideplan cuando clasifica la adscripción de la población a los subsistemas de salud, según quintiles de ingreso y según edad y sexo (proxy del riesgo) y es facilitado por formas de protección no universales adicionales a lo estrictamente obligatorio que existen para determinados grupos de ciudadanos⁽⁵⁾, así como por las posibilidades de mejor mix que el uso de las propias disponibilidades permita, como ocurre con los beneficiarios de Fonasa no indigentes, cuando optan por usar alguna de las dos modalidades de atención, institucional o de libre elección. Pero en un extremo -y esto no podemos perderlo de vista-, ciudadanos chilenos con recursos muy limitados

(1) División de Políticas y Gestión en Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. mvergara@med.uchile.cl

(*) Este paper fue desarrollado por iniciativa del autor durante una pasantía que fue requisito del Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Chile.

(2) Básicamente, el sistema basado en pre-pagos obligatorios para salud con cargo a las personas, más subsidios del estado parciales o totales a quienes no cuentan con recursos para realizar esos pre-pagos.

(3) Lo anterior, si bien GES intenta profundizar la lógica de “quasi-mercados” con relaciones comprador-prestador en los hospitales públicos, semejante a los mecanismos de compra usados en los mercados reales.

(4) Este análisis no considera a grupos específicos de población que no están adscritos al sistema provisional general, como es el caso de las Fuerzas Armadas y Policía uniformada en Chile.

(5) Típicamente, seguros complementarios en las empresas o beneficios de co-financiamiento.

han vivido en un verdadero “apartheid” de la salud, si se compara su situación con el acceso a los servicios que tienen otros miembros de la sociedad.

El sistema de salud chileno asimilado a la seguridad social e instituido en función de lo descrito antes, es persistente y estructuralmente desigual. Presa del pasado, en la actualidad el sistema hereda el formato del subsistema público, gestado, desarrollado y administrado bajo la protección del Estado, por una parte y, por otra, hereda también el formato del subsistema privado, gestado por mano no tan invisible durante el “peak” del entusiasmo neoliberal. Pero estos formatos no se mezclan más allá de las posibilidades reales de los ciudadanos que en el margen optimizan sus opciones de atención, como hemos señalado antes. En la evidente bipolaridad de tan diversas y distantes paternidades, el sistema ha congelado en su estructura un modelo de no conciliación, que no sólo refleja su propia historia sino que es también expresión de la memoria social y política reciente, de la que ha costado hacerse cargo.

El progreso que es posible imaginar hoy en el sistema de salud en términos teóricos, a pesar de la fuerza de lo instituido, apuntaría a la integración. Esta, eso sí, sería una historia que no formaba parte del sueño pretérito de nuestros abuelos, hijos de la segmentación social y conformes con la misma. Sería una historia que tampoco ha formado parte de la agenda de los stakeholders más influyentes del sector de la salud en la actualidad, ni de las instituciones que son el objeto de la preocupación de cada cual. Sin embargo, y a pesar de las evidentes dificultades que el panorama ofrece, no es imposible concebir o imaginar un arreglo que integre en su diseño a un subsector privado más conectado con la justicia -fairness¹- y con el bien común y a un subsector público que no interprete el valor público preferentemente en función de mantener su propio status quo. La materialización de una idea como ésta, sin embargo, y como es posible prever no es trivial, porque toca diversos intereses y porque escapa al modo como la elite política intelectual del establishment sanitario, ha venido resolviendo el problema a lo largo de los años -

aquí reutilizo la figura empleada por Pamela Jiles², en artículo referido a los medios de comunicación de masas.

Esta no es, a mi entender, una discusión acerca de la pertinencia o de la ética del afán de lucro en el sector de la salud, como fue durante unos meses la tónica de la discusión en el sector de la educación y como suele plantearse muchas veces. Pretender ir en contra de los intereses existentes en la industria de la medicina (fármacos, tecnología, etc.) sería irracional y muy desgastador, así como sería ingenuo no considerarlos al momento de la formulación de la política pública y del diseño institucional, en particular las regulaciones y el despliegue de incentivos apropiados. El sector de la salud no está libre de los problemas de cualquier industria a pesar del propósito último que persigue, que bien podría considerarse socialmente superior. Pero tal como nos diría un economista, en este asunto del afán de lucro se trata de que quienes lo tienen no obtengan utilidades extranormales a costa de los consumidores -en este caso los pacientes- o, dicho de otra forma, de que la oferta de servicios lucrativos no se apodere de los excedentes del consumidor. Es decir, mercados competitivos. En ese escenario resulta legítimo para los privados apropiarse de la renta normal que esta importante actividad económica genera, tanto como para la sociedad lo sería apropiarse de la renta social de la misma actividad. En consecuencia, provistas las regulaciones del caso -y la definición de las categorías de bienes y servicios objeto de la política, incluidos los estándares de calidad para su provisión-, el verdadero y gran problema social se reduciría a la inequidad en el acceso de las personas a los bienes y servicios de salud.

Siguiendo lo que nos sugiere Eduardo Engel en su columna de prensa³, a partir de los trabajos que cita de Parente y Prescott, Acemoglu y Aghion y Kaufmann y Kraay, las diferencias en bienestar económico entre países, pasado cierto umbral, se explicarían por la ausencia de competencia en sectores claves de la economía, tanto como por gobiernos incompetentes que ameritarían plantearse reformas del Estado orientadas a fortalecer su rol, para evitar que el producto

del crecimiento sea repartido por quienes capturen parcelas del Estado. Es decir, un Estado capaz de sostener políticas públicas que respondan eficazmente a objetivos de bien común. Esto aplica perfectamente bien al sector de la salud, lo que se describe muy apropiadamente en los más recientes trabajos de Porter y Teisberg⁴.

REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

Ahora bien, los temores de la transición pueden explicar el cuidado que tuvieron los gobiernos de los últimos años en Chile, por no tocar los intereses de los dueños de las Isapre ni los intereses de los gremios de la salud, evitando de este modo introducir en la agenda conflictos indeseados. Sin embargo, a partir de una suerte de resignificación social del acceso a la salud como derecho ciudadano, el tercer gobierno de la Concertación recogió el guante para producir una reforma del sector. Si seguimos a Osvaldo Sunkel⁵, éstas podrían ser manifestaciones de un foco socio-céntrico o de derechos ciudadanos en desarrollo que empieza a distinguirse en el acontecer social.

Pero esta reforma de la salud, habida cuenta de sus innegables méritos, no encontró todo el espacio ni las voluntades suficientes para la construcción de un nuevo sistema de seguridad social en salud. Probablemente no exista en la sociedad chilena un referente valórico compartido -mucho menos un marco normativo que lo materialice- que permita juzgar positivamente un resultado de esta categoría o hacerlo al punto de superar los eventuales costos y la tensión ideológica entre las soluciones pública y privada. Al decir de Jurgen Habermas⁶, los referentes normativos que se establecen en la sociedad van creando las condiciones para continuar

progresando, en la medida que van consolidando los acuerdos sociales que se han venido construyendo. El marco normativo/jurídico vigente en Chile, por el contrario, refleja en último término las reformas introducidas al sistema previsional de la salud por el gobierno militar, bajo condiciones de excepción y, en consecuencia, no representan necesariamente referentes valóricos socialmente compartidos y pertinentes para la democracia. Aquel es precisamente el marco normativo que la reforma del sector ha pretendido cambiar.

En consecuencia, si la estrategia es construir desde lo que se tiene, la integración de los dos subsistemas que producirá la reforma será todavía muy tímida. Y buenas razones tiene, por ejemplo, el Ejecutivo para avanzar en esto con cautela. Esta integración no es mayor precisamente porque todavía no es posible el movimiento de subsidios de un subsistema a otro⁽⁶⁾ -en este caso desde beneficiarios de Fonasa que sean acreedores de subsidios públicos, indigentes o aportantes, y que migren hacia las Isapre- y ello es así, entre otras cosas, por el interés de cuidar el financiamiento histórico de los hospitales públicos, en la medida que se evita que las personas muevan sus recursos previsionales para salud a través de sus seguros hacia otros prestadores⁽⁷⁾, tanto como por la transferencia neta de recursos que en un primer momento podría ser necesario producir hacia Fonasa en función del denominado riesgo cartera, si acaso se trabaja en un modelo de tarifa plana y redistribución expost. En el primer caso está puesta la mirada celosa y vigilante de los administradores de la hacienda pública, por el riesgo de duplicar los gastos, asumiendo una planta de personal constante, salvo que los propios hospitales públicos pudieran capturar esos recursos prestando servicios también a quienes hubiesen

⁽⁶⁾ La portabilidad de subsidios es materia delicada al interior de la Concertación y genera importantes divisiones cuando se discute. Por lo general, esta discusión no alcanza a ser profundizada en un plano técnico y muere prematuramente en la pasión del eje político-ideológico "estado vs. Mercado". En la ENASA 2007 -evento organizado por la Asociación de Isapres- la Democracia Cristiana generó una apertura que podría reponer esta discusión.

⁽⁷⁾ Si se examina con lógica de comprador-prestador, FONASA sólo puede comprar atención haciendo uso de la modalidad institucional en Hospitales Públicos, salvo para una pequeña proporción de los recursos que ha sido expresamente autorizada. Por su parte, los hospitales públicos tienen limitaciones para vender servicios a quienes no son beneficiarios de FONASA. Es decir, la vida de ambas entidades está indexada. Aparentemente ninguno tiene los incentivos apropiados para ser muy eficiente, excepto por la existencia de la modalidad de libre elección, cuyos elevados copagos -gasto directo de bolsillo- restringen su uso.

migrado de sistema. En el segundo caso está la preocupación de los dueños de las Isapres, quienes serán partidarios de un subsidio a la demanda sin modificaciones sustantivas del sistema actual.

PORTABILIDAD DE SUBSIDIOS: LA DISCUSION SIEMPRE PENDIENTE

La posibilidad de que beneficiarios del componente privado de la seguridad social de la salud se atiendan en los hospitales públicos y de que estos últimos recaudaran por atenderlos, en un formato que permitiera devolver parte de esos beneficios a la generalidad de los beneficiarios del sistema -una especie de impuesto conocido- tendría, además, otro efecto: permitiría ampliar las posibilidades de atención de los beneficiarios públicos en otras instituciones de su preferencia usando más intensivamente la modalidad de libre elección, que hoy presiona sobre el presupuesto público y cuyas bonificaciones podrían ser mejoradas en la medida que los hospitales públicos estuvieran más holgados en su financiamiento.

En la experiencia de otros países con sistemas de seguridad social consolidados, como los europeos, muchos hospitales no se distinguen por atender a grupos especiales de población⁽⁸⁾. Es decir, la tendencia de la política pública ha sido a la universalización de servicios y no a la implementación de soluciones “ad-hoc” para los más pobres, lo que segmenta ex-antes a la sociedad por la variable atención de la salud.

Cuando los beneficiarios del sistema público de salud sólo pueden atenderse en determinados hospitales, que son a la vez de propiedad del mismo dueño o del mismo controlador del agente encargado de brindarles protección en

salud, en este caso el Estado, suelen ocurrir algunos fenómenos complejos: primero, se agudiza el típico problema de “agencia”; segundo, la atención, en tanto monopólica, se torna de mala calidad y burocrática, en la acepción de Kermberg⁷ -en ese escenario, además, los formatos institucionales vigentes son muy inapropiados para la buena administración de organizaciones de servicios, como son los hospitales⁽⁹⁾. Y, tercero, el gasto hospitalario termina siendo variable de ajuste de la política fiscal, a través del control de la planta funcionaria. Por lo anterior, este formato institucional suele ser del agrado de los administradores de las finanzas públicas cuando se trata de resolver el problema de la atención de los más pobres.

INSTITUCIONALIDAD DE LOS HOSPITALES PUBLICOS⁽¹⁰⁾

En efecto, la forma en que se gestionan los hospitales públicos está dada, de acuerdo a sus leyes orgánicas, por su adscripción a lo que se denomina la administración del Estado. En esta misma categoría se encuentran los servicios públicos, como los ministerios, el Servicio de Impuestos Internos, las aduanas, las Fuerzas Armadas. Las otras dos instituciones adscritas al mismo sistema son: la Universidad de Chile y la Universidad de Santiago. A diferencia de todas los servicios públicos mencionados antes, tanto los hospitales como las universidades revisten la calidad de empresas⁽¹¹⁾, con claros referentes de mercado. De hecho, todo el resto del sector público chileno, para su mejor funcionamiento, se encuentra operando bajo la modalidad de lo que se llama el Régimen

⁽⁸⁾ Incluso en Estados Unidos los seguros públicos Medicare y Medicaid dejaron de estar indexados a sus propios hospitales en forma exclusiva, pudiendo comprar servicios a una red amplia de prestadores.

⁽⁹⁾ Se ha optado en algunos países por el desarrollo de “cuasi-mercados”, estableciéndose relaciones de compra y venta de servicios entre prestadores y compradores/aseguradores dentro de una institucionalidad enteramente pública (no necesariamente estatal), a objeto de instalar incentivos apropiados para las partes. GES se orienta en esa dirección, pero con hospitales limitados en cuanto a su capacidad de respuesta.

⁽¹⁰⁾ Estas ideas, incluidas en la Figura 1, pertenecen a Alvaro Covarrubias, Ingeniero Civil Industrial de la PUC y Master en Economía, y fueron desarrolladas por ese autor en documento borrador que ha sido transcrito aquí casi textualmente.

⁽¹¹⁾ Definimos como Empresa al “conjunto de recursos humanos y materiales agrupados con el fin de producir un bien o un servicio consumido por la población”. Esta definición no tiene nada que ver con la propiedad de la empresa, la que puede ser estatal o privada.

Figura 1. Comparación entre hospitales públicos y otras empresas

MATERIA	HOSPITALES PÚBLICOS	OTRAS EMPRESAS
Dirección Superior	Unipersonal (Director)	Colegiada (Directorio, Consejo de Administración)
Nombramiento del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (actualmente vía concurso)	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Control del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (en la práctica, la Subsecretaría de Redes)	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Profesión requerida del Ejecutivo Superior	Médico Cirujano (por usos y costumbres)	Cualquiera, de acuerdo a su capacidad y currículum
Régimen de Derecho	Público (Sólo se puede hacer lo que está expresamente permitido)	Privado, aunque la empresa sea estatal (Se puede hacer todo lo que no está expresamente prohibido)
Régimen de Control	Contraloría General de la República	Contraloría interna más auditoría externa
Régimen Laboral	Estatuto Administrativo más Estatuto del Médico Funcionario	Código del Trabajo
Régimen Sindical	Prohibido	Permitido
Planta de Personal	Fijada por Ley	Libre
Remuneraciones	Fijada por Ley	Libre
Régimen de Despido	Muy baja movilidad	El prescrito en el Código del Trabajo

Descentralizado: la Corfo, Codelco, todas las empresas estatales, las escuelas, las municipalidades e incluso las universidades regionales.

La administración central del Estado fue diseñada pensando en los servicios públicos, instituciones que producen los denominados Bienes Públicos, como seguridad ciudadana, recolección de impuestos, defensa del país, arte y belleza, caminos y calles públicas, combate a la contaminación ambiental, administración de justicia, espacios de uso público, vacunaciones y control de epidemias –salud pública-, etc. Como cada uno de estos servicios realiza funciones que no tienen claros referentes de mercado, sus patrones de medición de eficiencia y buen desempeño son “ad-hoc” para cada uno. Por lo anterior, para la gestión de estos servicios se crearon el Estatuto Administrativo y la Contraloría General de la República, como instituciones fundamentales.

En cambio las empresas, tanto del Estado como privadas, producen bienes y servicios que

la población, al consumirlos, puede compararlos con los producidos por otros, por lo tanto los patrones de medición de eficiencia y buen servicio son objetivos. Por esta razón en el mundo, incluido Chile, para que las empresas puedan cumplir su rol, la ley las dota de autonomía y flexibilidad, aunque su propiedad sea totalmente estatal. Es decir, no estamos proponiendo una discusión acerca de la propiedad de los hospitales públicos, como se podría creer.

La adscripción de los hospitales públicos al régimen de la administración central del Estado, es una de las más importantes causas de sus problemas de funcionamiento, debido a la rigidez que se impone a su gestión. Una comparación entre los regímenes de gestión de los hospitales y el resto del sector público y privado chileno, se muestra de manera bastante sencilla en la Figura 1. Mayor importancia cobra esto si consideramos que muchos de los hospitales públicos, mirados como empresas, pertenecen a la categoría de “grandes empresas” y en ningún caso de PYMES: en la mayoría de las ciudades de

Chile, la empresa más grande en cuanto al número de personas que emplea es el Hospital local.

PORTABILIDAD II

Como es posible apreciar, la apertura de los hospitales públicos a la prestación de servicios a miembros del sistema de seguridad social que cotizan en Isapres no es un asunto sencillo: si bien sería una pieza clave para la fuerza transformadora que podría llegar a tener una reforma, por la calidad de los cambios que induciría, por lo mismo es que produce más incertidumbre y temores.

En cuanto a la posibilidad de producir mejoras de eficiencia y calidad en la provisión de servicios en los hospitales públicos, el tópico de autogestión hospitalaria incluido en la reforma presenta muchas limitaciones de alcance y profundidad, pues no corrige problemas que son importantes para producir efectos en esa dirección, varios de las cuales están incluidos en el cuadro anterior.

La portabilidad de los subsidios estatales, por otra parte, significa el movimiento de personas entre los aseguradores previsionales de la salud, públicos o privados, para suscribir el plan de salud garantizado universalmente. Esto implicaría en cierta forma el reconocimiento y legitimización social definitiva de la participación de los aseguradores previsionales privados en el sistema de seguridad social de la salud y permitiría, por otra parte, ampliar el espectro de posibilidades de atención de los beneficiarios. Lo relevante, entonces, no sería el asegurador, sino el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) incluido en la reforma, el que debería ser provisto por todos -como en buena medida ocurre con el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales-, así como la potencial diversificación de servicios asociados a la elección del mismo.

La portabilidad provoca, sin embargo, mucha inquietud en los actores políticos, pues se le asocia a la oferta de subsidio a la demanda que

fue realizada en el pasado, durante alguna campaña presidencial, oferta que se reducía simplemente a abrir a las personas la posibilidad de comprar un plan de salud en una Isapre, usando el subsidio del Estado. Una diferencia sustantiva con la idea de portabilidad de hoy⁸ es el contenido del plan, que estaría apropiadamente regulado, debido a GES. Es decir, las personas no comprarían cualquier plan y mucho menos “letra chica”. La otra gran diferencia sería que, para los efectos de GES -su operación y financiamiento, en un formato de ajuste de riesgos-, las Isapre ya no podrían ser las mismas. Por último, y como ya se ha dicho, muchas de estas personas que migren se atenderían también en los propios hospitales públicos, lo que introduciría en ellos elementos de sana competencia.

Al cierre vale la pena señalar que un rol sustantivo en la mantención del status quo sectorial lo juega el interés del ejercicio de la profesión médica, tanto en su formación como en su práctica profesional lucrativa, procesos que ocurren en el subsistema público y en el privado, respectivamente -Bruno Jobert alude al médico como empresa en sí mismo y a la profesión médica como limitante para el desarrollo de una política sanitaria apropiada en Francia⁹-. El interés médico en Chile marca fuertemente la necesidad de mantener la vigencia de estos dos espacios y determina el doble estándar de atención para la población.

Existe evidencia de que la Intelligentsia Médica¹⁰ tuvo importancia en las transformaciones sectoriales a lo largo de los años, desde la creación del SNS, luego la del Sermena, incluyendo finalmente también aquellas transformaciones ocurridas durante el régimen militar. En efecto, el sostenido desarrollo del sector privado de la salud creó condiciones muy favorables para la práctica profesional lucrativa, especialmente a partir de los 80', al tiempo que la mantención del subsistema público operando en el modelo tradicional ha continuado garantizando la formación profesional. De este modo, los requerimientos del ejercicio de la profesión médica -formación incluida-, son también un sostén del sistema actual.

ALTERNATIVAS INSTITUCIONALES PARA GARANTIZAR EQUIDAD DE ACCESO

En último término, si el camino de futuro elegido para la universalización de servicios en el sistema de salud chileno fuese sin la participación de los privados en el aseguramiento y provisión de servicios dentro de la seguridad social de la salud, entonces cabría poner fuera a las Isapre, a los hospitales y clínicas privadas, y comprometerse en un profundo e intenso proceso de modernización del monopolio público Fonasa-SNSS para garantizar a los ciudadanos calidad y oportunidad de servicios. Si, como variante de lo anterior, la estrategia sólo fuese poner a los privados fuera del aseguramiento por cualquier razón, técnica o política, entonces cabría excluir a las Isapres, mantener a los hospitales y clínicas privadas prestando servicios a Fonasa, y promover la competencia en los hospitales públicos para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios. Si, por último, la idea fuese que los privados siguieran participando dentro del sistema de seguridad social tanto en el aseguramiento como en la provisión, entonces sería necesario modificar la naturaleza de las Isapre, crear fondos compensatorios globales -tarifa plana y redistribución según riesgo de cartera-, abrir el uso de las camas de los hospitales públicos a todos los enfermos y portar subsidios estatales entre aseguradores, garantizando así a la ciudadanía calidad y oportunidad de servicios. Cualquiera de estos caminos de transformación institucional que se tome, si bien diversos y con implicancias sociales y económicas variadas, implicaría hacer algo efectivo por la equidad en el acceso.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Finalmente, en la trastienda del acceso equitativo al consumo de bienes y servicios de salud subyacen, sin embargo, factores que determinan fuertemente el perfil de necesidades de consumo de atención médica de las personas, en el rango de los bienes y servicios

de salud que han de estar universalmente garantizados por la política pública. Muchos de estos factores, como es posible imaginar, escapan definitivamente a las posibilidades de acción y control de las instituciones que conforman hoy el sector de la salud, así como del conjunto de reglas del juego que las regulan, puesto que su origen remite a cuestiones propias del entorno económico y social que no pueden ser corregidas ni influenciadas significativamente desde el sector: las hoy llamadas determinantes sociales de la salud del tipo “estructurales”, que operan como causas de las causas del estado de salud de la población¹¹.

Si bien la idea del propio quehacer del sector como determinante está razonablemente sustentada, en particular en los ámbitos de promoción, prevención y otros más propios de la salud pública tradicional -la disciplina de salud pública-, todavía es objeto de debate la importancia relativa del sistema de atención de la enfermedad en el resultado último del sector, medido en estado de salud y, claro está, los países continúan ocupando las porciones más importantes de sus recursos públicos y privados precisamente en el financiamiento de la provisión de estos servicios de atención de la enfermedad. De este modo, habida cuenta de los esfuerzos que se realizan en materia de Salud Pública, en especial sobre las determinantes sociales de la salud denominadas “proximales”, muchas veces a las instituciones del sector no cabrá más que compensar o corregir el efecto de las determinantes sociales, distribuyendo equitativamente las posibilidades de acceso a la atención, dadas las limitaciones reales de anticipación a la aparición de los daños. Es decir, cabe hacer bien precisamente lo que el sistema de salud chileno hace con mucha dificultad.

No obstante lo anterior¹², las llamadas determinantes sociales de la salud de la población son materia de interés para la gestión global y de largo plazo de los municipios en Chile y en ese espacio territorial y de gestión son susceptibles de trabajar desde una perspectiva sanitaria -que por lo general no existe- y que va desde una suerte de rectoría local, en un extremo a un

centro de abogacía sanitaria, en el otro. Paradojalmente, el nivel local deviene en un espacio natural y sencillo para el abordaje transdisciplinario de una problemática compleja. Un tema a resolver en ese espacio, entre otros, es la compatibilización de la gestión cotidiana (corto plazo) con la perspectiva de desarrollo (largo plazo) que cabe tener al abordar las determinantes sociales, perspectiva que puede poner en cuestión el propio modelo de atención.

Sin embargo -al decir de este mismo autor en documento citado- la ampliación del marco de acción que se propone no es un hecho sencillo para los servicios de salud municipales, pues supone transformar el enfoque predominantemente asistencial en que se han desenvuelto por años, por lo demás en ambientes con exceso de demanda y recursos muy escasos. Supone, entre otras incomodidades, priorizar localmente y tensionar el funcionamiento tradicional de la red. Estas son, en consecuencia, transformaciones meritorias pero de largo plazo.

Cabe advertir, sin embargo, que el énfasis puesto en la cuestión de las determinantes sociales, si bien es correcto desde el punto de vista teórico en cuanto al impacto de esas determinantes en el estado de salud de la población, no sólo pone el foco en una cuestión que muchas veces sobrepasa las posibilidades efectivas del sector, sino que también introduce el riesgo de no hacer bien la tarea de asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios, lo que al no materializarse se convierte en el principal malestar social en materia de salud, así como en un soporte a la persistencia de la injusticia. Por fortuna, a pesar de que no realiza una transformación de fondo al sistema de seguridad social de la salud, la reforma sectorial en Chile ha puesto el acento en resolver el problema de la inequidad en el acceso basada en la idea de igualdad de derechos. Este es su mérito principal.

REFERENCIAS

1. WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION-. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Ginebra. 2000.
2. JILES, PAMELA: ¿Quién es quien en la tele?. Número especial de revista Análisis 30 años -Es el Colmo-. Diciembre 2007.
3. ENGELS, E. La otra Enade. La Tercera de la Hora: Domingo 9 de Diciembre 2007.
4. PORTER, M. y Teisberg, E. Redefining Health Care. Harvard Business School Press. 2006.
5. SUNKEL, OSVALDO. "La Sostenibilidad del Desarrollo Vigente en América Latina", del libro "El Sector Salud en América Latina: de las Reformas para Unos a las Reformas para Todos". Solimano e Isaacs Editores. Editorial Sudamericana. 2.000.
6. HABERMAS, JURGEN: "Teoría de la Acción Comunicativa", Ediciones Taurus, Buenos Aires, 1989.
7. KERMBERG, O. La Evolución Paranoica de las Organizaciones, en el libro Sufrimiento y Psicopatología de los Vínculos Institucionales. PAIDOS. Serie Grupos e Instituciones. 1998.
8. BAEZA, C. Y COPETTA, M. Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de Introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud en Chile. CLAISS. 1999.
9. JOBERT, BRUNO: Estado, Sociedad y Políticas Públicas. Capítulo IX. Serie Universitaria. LOM Ediciones. INAP. Universidad de Chile, 2004.
10. ILLANES, M. En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880/1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile. 1993.
11. WHO. Commission on Social Determinants of Health: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discusión Paper (Draft). April 2007.
12. VERGARA, M. Gestión de Salud Pública y de provisión de servicios de salud en los Municipios de la Región Metropolitana, del libro La Reforma Municipal en la Mira. Escuela de Trabajo Social y Observatorio de Ciudades de la PUC y Corporación Expansiva. Santiago 2007.

Recepción: 7 marzo 2008
Aprobación: 26 marzo 2008

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

La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis

ALEJANDRA VIDALES⁽¹⁾

En América Latina la desigualdad e inequidad de la situación de salud; la necesidad de expansión de la investigación en salud pública; las brechas existentes entre la producción del conocimiento y su utilización; el nuevo rol del Estado; el papel estratégico de la academia y el potencial de las organizaciones y entidades a cargo de la ciencia y tecnología en salud,¹ plantean desafíos cruciales para el ámbito tanto público-estatal como privado en el desarrollo de la investigación en salud.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud² describe y analiza la situación de la investigación en salud en 5 países de América Latina en los años 90. En los países seleccionados, se identificó como características comunes 1) el predominio de la investigación aplicada por sobre la investigación básica y de desarrollo tecnológico, siendo ésta última, el área más débil, 2) un aumento de la participación de las mujeres en la investigación en salud, especialmente entre los investigadores más jóvenes; y 3) la ausencia de multi o interdisciplinariedad de la investigación en salud, aspecto que llama especialmente la atención por tratarse de un campo ampliamente diversificado y complejo. Asimismo, buena parte de los estudios de investigación social en salud, no son hechos por científicos sociales, si no más bien por otros profesionales, especialmente médicos.

Para el caso de Chile, el tipo de investigación en salud producida se concentra en un 80% en la investigación básica (Figura 1⁽²⁾).

ANÁLISIS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD

Actualmente la investigación aplicada en salud se concentra básicamente en la inversión hecha a través del área de salud financiada por el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico, Fondef, y el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Fonis. Ambas iniciativas de financiamiento de proyectos de investigación, si bien buscan apoyar la realización de investigación aplicada, los énfasis son distintos. Centraremos, para este caso, el análisis en los proyectos financiados y presentados a Fonis, el que tiene por objetivo generar la información relevante en salud que sirva para la toma de decisiones para mejorar la salud colectiva de la población.

Se presenta a continuación, una descripción y análisis de los proyectos presentados y financiados por el Fonis entre los años 2004 y 2006, lo que corresponde al universo de proyectos presentados y financiados en el I°, II° y III° Concurso Nacional de Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud. Se analizan en consecuencia 1906 pre-proyectos concursados y 81 proyectos financiados. Los proyectos fueron clasificados de acuerdo a perfiles temáticos, de las instituciones participantes y de los investigadores, presentándose una descripción y análisis de la proporción de propuestas presentadas y financiadas para cada una de las categorías.

De acuerdo a las líneas temáticas de los

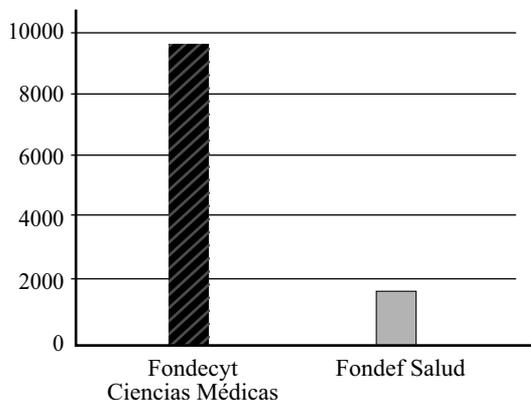
⁽¹⁾ Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS. Bernarda Morin 495. Providencia. Santiago. Chile avidales@coniyt.cl

⁽²⁾ Esa cifra considera dos de los Fondos de financiamiento más importantes de la Comisión Nacional de Investigación Científico Tecnológica, CONICYT.

proyectos de investigación y desarrollo en salud, encontramos un predominio de los del área de salud pública, concentrando un 48.1% de los financiados. Los clínicos corresponden al 36% y los de gestión de servicios, a un 17,5%.

Entre los proyectos de investigación en salud pública, encontramos estudios principalmente epidemiológicos, correspondiendo éstos al 51.8% y 58.3% de los proyectos presentados y financiados respectivamente. Es decir, proyectos de investigación en salud pública que se enfocan hacia estudios epidemiológicos, financian proporcionalmente un mayor número de investigaciones que aquellos presentados en otras áreas. Esto puede deberse tanto a la necesidad de contar con estudios nacionales de descripción y análisis epidemiológicos de ciertos sectores del país y de algunos problemas de salud relevantes, como a la existencia de métodos de investigación epidemiológica y formación de investigadores en esta área que permite generar proyectos de mejor calidad que en otras.

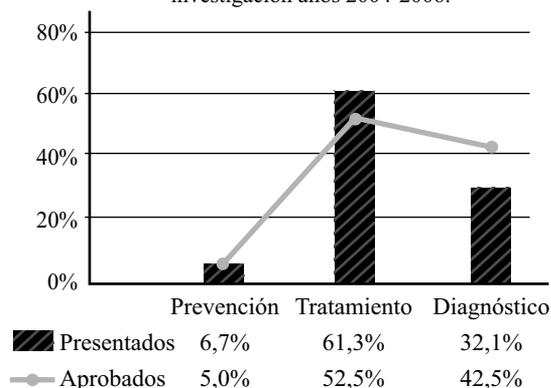
Figura 1. Inversión FONDECYT en Ciencias Médicas y FONDEF Salud años 1997-2000



Fuente: Fonis, 2004 (3)

Para el caso de los proyectos de investigación clínica existe un claro predominio de aquellos que se enfocan en el área del tratamiento y rehabilitación, concentrando el 52.5% de los proyectos financiados. En tanto, los proyectos financiados que buscan desarrollar recursos preventivos en la investigación clínica concentran tan sólo el 5%, mientras que aquellos

Figura 2. Proyectos clínicos según área de investigación años 2004-2006.



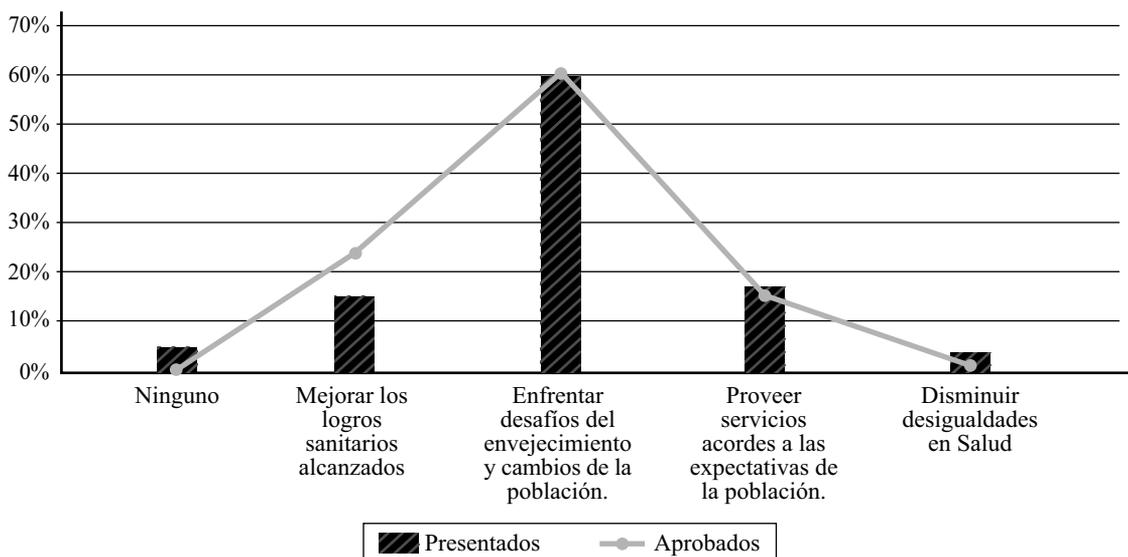
Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

que buscan desarrollar mejores o nuevos procedimientos diagnósticos, un 42,5%, lo que se expresa en la Figura 2.

Las diferencias encontradas entre los proyectos de investigación clínica presentados y financiados demuestran que se han privilegiado los de investigación clínica que busquen desarrollar nuevos o mejores procedimientos diagnósticos. Asimismo, se financian proporcionalmente menos proyectos clínicos que desarrollan recursos de tratamiento y rehabilitación respecto a los presentados en esta área. Aquellos proyectos clínicos que buscan desarrollar mecanismos preventivos tienen una variación menor respecto a los presentados y aprobados, de un 6,7% a un 5% respectivamente. Llama especialmente la atención, la baja proporción de proyectos de investigación clínica enfocados hacia esta área, alcanzando un porcentaje mínimo tanto de los proyectos presentados como financiados, lo que refleja un desafío importante tanto para la formación de investigadores en esta área, como para potenciar líneas de investigación que mejoren o desarrollen recursos clínicos preventivos. El interés de investigación clínica se centra primordialmente en el área de tratamiento y rehabilitación y en una proporción muy pequeña en el desarrollo de recursos preventivos.

El análisis de proyectos de investigación aplicada en salud de acuerdo a su clasificación

Figura 3. Proyectos de investigación en salud clasificados por objetivo sanitario años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

conforme a los objetivos sanitarios de la década⁽³⁾, no muestra grandes diferencias en la distribución de los proyectos presentados respecto a los financiados. Estas variaciones pueden encontrarse en aquellos proyectos que no tenían como propósito responder a alguno de los objetivos sanitarios de la década, ya que del 5% de las propuestas concursadas en esta categoría, ninguna obtuvo financiamiento⁽⁴⁾. Asimismo, aquellos proyectos de investigación que buscaban como principal objetivo sanitario el mejorar los logros sanitarios alcanzados fueron financiados en una mayor proporción respecto a los proyectos presentados.

Cabe destacar el predominio de proyectos de investigación destinados a enfrentar los desafíos del envejecimiento y cambios de la población, tal como lo muestra la Figura 3, éstos

cubren el 60.3 y 59.4% de los proyectos presentados y financiados respectivamente.

Aún cuando los objetivos sanitarios dan cuenta de las metas nacionales en salud que se deben alcanzar al 2010, y reflejan, por tanto, los problemas prioritarios en salud, llama la atención el predominante interés de las investigaciones en salud en los desafíos del envejecimiento y los cambios de la población respecto a los otros objetivos sanitarios, lo cual es concordante respecto a los cambios demográficos de las últimas décadas en Chile, sin embargo, llama especialmente la atención que en Chile, que según informes del PNUD es el décimo país más desigual del mundo⁴, tan sólo el 2% de los proyectos de investigación aplicada en salud se propongan como objetivo primordial disminuir las brechas de equidad en

⁽³⁾ Tanto los proyectos presentados como financiados en salud fueron clasificados por objetivo sanitario de forma excluyente, es decir, se clasificó a cada proyecto en un solo objetivo sanitario, aún cuando pudieran responder a más de uno. Se optó para estos casos, por el objetivo sanitario incluido como objetivo primario o general del proyecto.

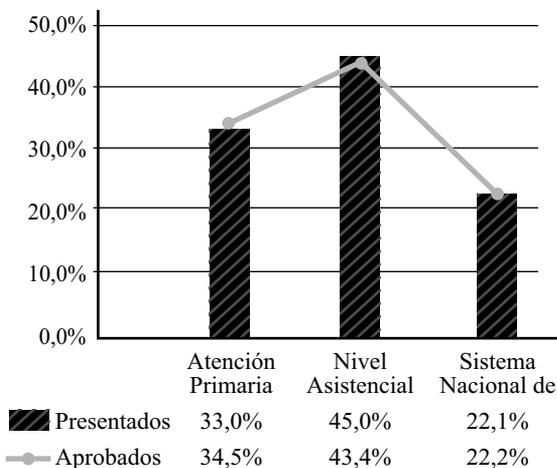
⁽⁴⁾ Dentro de los lineamientos de las convocatorias de los concursos de proyectos analizados se incluyen los objetivos sanitarios de la década como referencia para definir los problemas de salud priorizados. Por ello, ninguno de los proyectos presentados fuera de esta línea fue financiado, ya que podrían pertenecer a proyectos de investigación básica o a otro tipo de proyectos no considerados en los objetivos del Fondo.

salud. Este dato resulta llamativo no sólo por la baja proporción de proyectos con los que se cuenta actualmente en ejecución en esta área, sino también por el bajo interés de las propuestas concursadas en esta materia, las cuales alcanzan tan sólo el 3,2% del total de proyectos.

Por otra parte, la clasificación de proyectos de investigación de acuerdo a la red asistencial del sector público de salud en el que buscan la aplicabilidad de sus resultados, demuestra un predominio de proyectos enfocados en el nivel asistencial⁽⁵⁾, alcanzando éstos un 4,5 y 4,4% de los proyectos presentados y aprobados respectivamente. Menor proporción abarcan los proyectos que involucran el sistema de salud a nivel nacional⁽⁶⁾, alcanzando el 22% de los proyectos presentados y financiados (Figura 4).

Al analizar los proyectos de acuerdo a la metodología de investigación utilizada (Figura 5), encontramos que más del 60% de investigaciones presentadas y financiadas corresponden a metodologías cuantitativas, incorporándose en esta categoría, los estudios

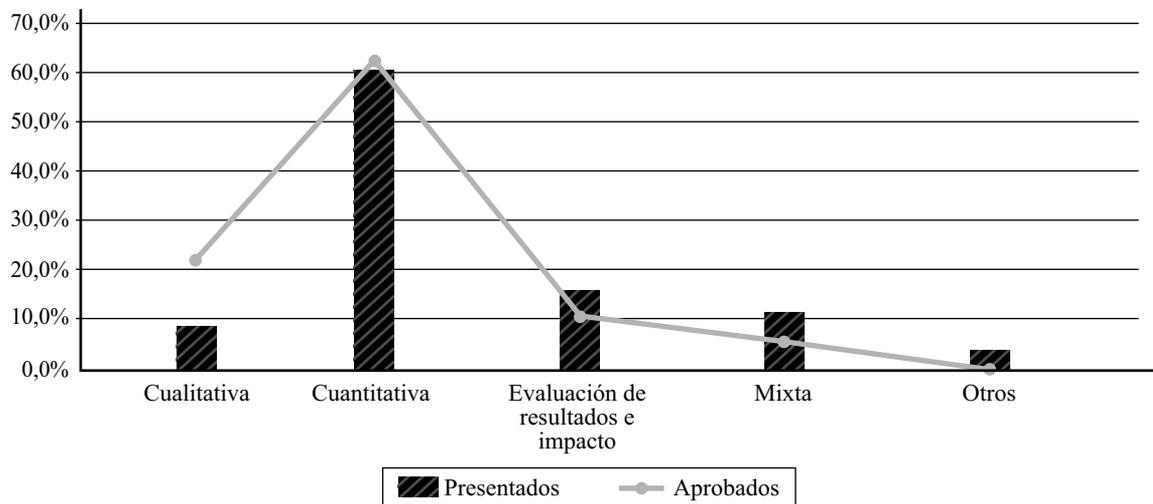
Figura 4. Proyectos de investigación en salud clasificados por nivel de implementación en la red asistencial de salud años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

transversales o de prevalencia, estudios de cohorte, de casos y controles, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Los proyectos de

Figura 5. Proyectos de investigación en salud clasificados por tipo de metodología años 2004-2006

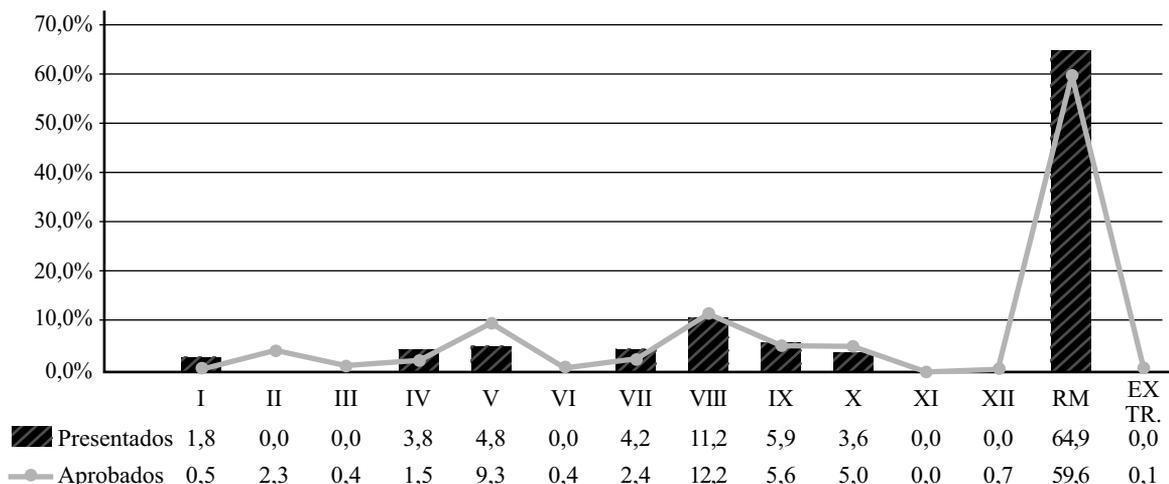


Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

⁽⁵⁾ Dentro del nivel asistencial se incorporan proyectos enfocados en el nivel secundario y/o terciario de la atención.

⁽⁶⁾ Se incorporan dentro de la clasificación del sistema nacional de salud aquellos proyectos de investigación que buscan mejorar la derivación y relación entre la red asistencial y primaria de atención.

Figura 6. Proyectos de investigación en salud clasificados por región años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

investigación que utilizan metodologías de investigación cualitativa, mixtas y de evaluación de resultados se encuentran muy por debajo del número de propuestas con metodologías cuantitativas.

Sin embargo, llama la atención el gran porcentaje de proyectos cualitativos que resulta financiado respecto al número de proyectos presentados que utilizan esta metodología, ya que del total de proyectos financiados, un 21,3% corresponde a proyectos cualitativos únicamente. Resulta significativo este porcentaje, ya que ésta metodología se encuentra recientemente incorporada al ámbito de la salud.

El porcentaje de proyectos que utilizan metodologías de evaluación de impacto, donde se incorporan la evaluación de programas nuevos o existentes y las evaluaciones económicas en salud, alcanza sólo el 15,4 y 11,1% de los proyectos presentados y financiados respectivamente. Asimismo, en la categoría de evaluaciones de impacto, tan sólo el 1,6% de los proyectos presentados y financiados corresponden a proyectos de evaluaciones económicas en salud. Tanto los proyectos de evaluaciones económicas como los de evaluación de impacto son investigaciones fundamentales

para apoyar la toma de decisiones en salud, sin embargo, se cuenta con un número muy bajo de propuestas que incorporen esta metodología de investigación. Ello puede deberse tanto a la falta de formación de los investigadores en estas metodologías como a la concordancia de los plazos y montos establecidos por el Fondo para la ejecución de este tipo de proyectos de investigación.

Otro aspecto fundamental para completar el perfil de las investigaciones en salud es la distribución de éstas según las distintas regiones del país⁷. Cabe destacar el claro predominio de proyectos de investigación concursados y financiados a instituciones de la Región Metropolitana de Santiago, concentrando aquí, el 64,9 y el 59,6% de los proyectos presentados y financiados respectivamente, tal como lo muestra la Figura 6.

Luego de la Región Metropolitana, destacan en su participación las regiones VIII, IX, V y VII, presentando una mayor concentración de proyectos tanto presentados como financiados el área sur del país. Resalta la V^o Región, que cuenta con una alta proporción de proyectos financiados respecto al total de aquellos presentados.

⁽⁷⁾ No se incorporan aquí las nuevas regiones, ya que son posteriores al año 2006.

La distribución por región da cuenta de la centralización de más de la mitad de los proyectos de investigación financiados y concursados. Asimismo, las regiones del norte del país cuentan en total, con sólo un 4,6 y 5,6% de participación en los proyectos presentados y financiados, siendo la II.

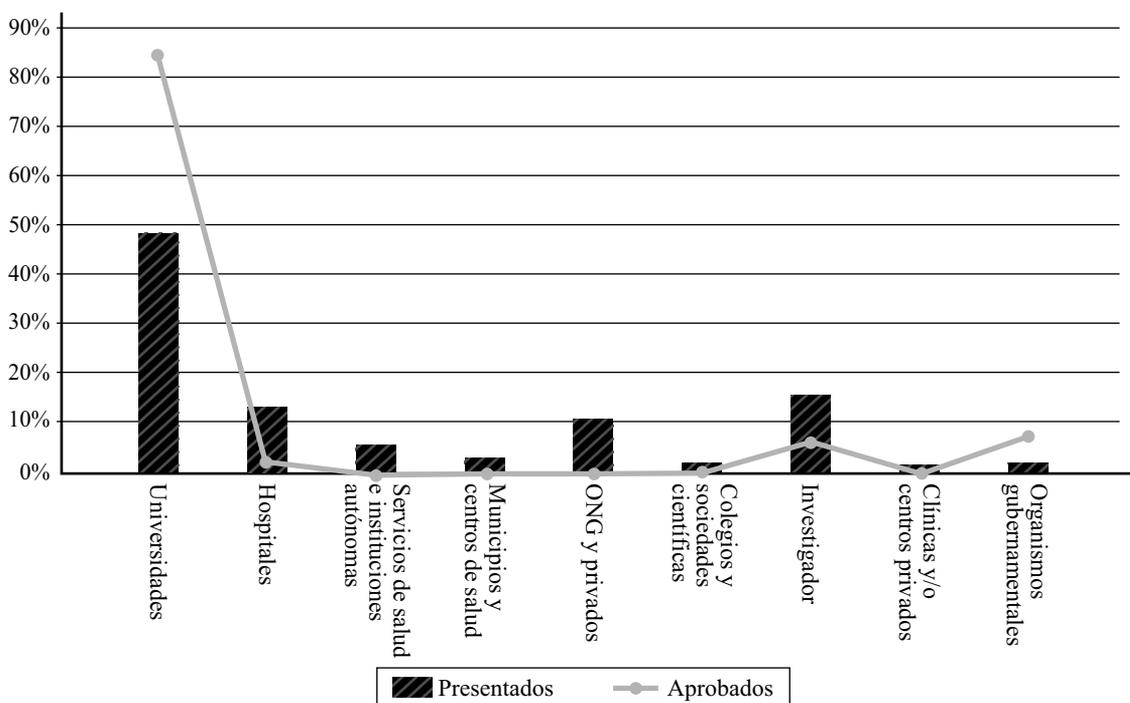
Región la única del sector norte que financia proporcionalmente más proyectos de investigación que los presentados.

Al igual que como ocurre en otros países de América Latina como Argentina, Brasil y Venezuela (Pellegrini, 1992), la investigación en salud se encuentra vinculada principalmente al sector académico, tanto en la participación en la presentación de proyectos como en el financiamiento de los mismos. Sin embargo, las diferencias son claras al comparar la proporción de proyectos presentados y proyectos aprobados por las instituciones académicas, ya que del total de proyectos presentados, el 45% incluye una universidad como institución beneficiaria, mientras que sobre el total de proyectos

aprobados, el 83,5% corresponde a este tipo de instituciones (Figura 7).

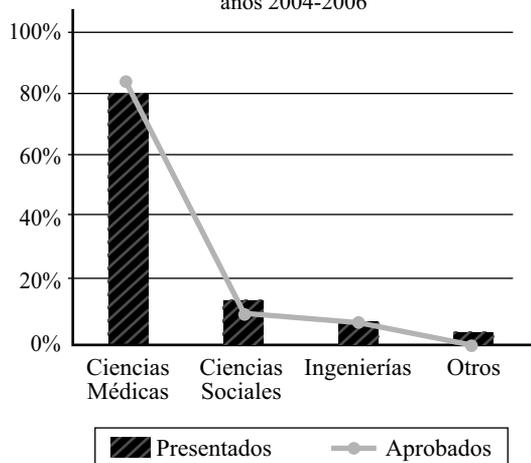
Muy por debajo de las universidades se encuentran los investigadores que han participado como persona natural sin presentar una institución como beneficiaria del proyecto, los hospitales y otros organismos gubernamentales. Destaca la baja participación, tanto en proyectos presentados como aprobados, de organizaciones no gubernamentales y privadas. Llama la atención, dados los objetivos del Fondo, la baja participación de los servicios de salud, aún cuando, éstos últimos se consideran especialmente en los lineamientos del Fondo. Es decir, gran parte de la investigación que concentra problemas de la red asistencial de salud, ya sea a través de investigaciones clínicas, de salud pública o de gestión de servicios, se produce desde instituciones externas, principalmente académicas. Así, parece clara la necesidad de potenciar e incorporar a la red asistencial de salud a la producción de investigación aplicada.

Figura 7. Proyectos investigación en salud clasificados por institución beneficiaria años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

Figura 8. Proyectos de investigación en salud clasificados por disciplina del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

De acuerdo al perfil de los investigadores de proyectos aplicados en salud, destaca el predominio de investigadores⁽⁸⁾ cuya profesión proviene del área de las ciencias médicas. Profesiones pertenecientes a las ciencias sociales, ingeniería y otras, concentran sólo el 19% y 14% de los proyectos presentados y aprobados respectivamente (ver Figura 8).

Las mayores diferencias apreciadas en la distribución de los proyectos presentados respecto a los aprobados se encuentran al analizarlos de acuerdo al máximo grado académico del investigador responsable, siendo los grados de magíster y doctorado los que proporcionalmente aprueban una mayor proporción de proyectos de investigación, alcanzando el grado de magíster un 44,2% del total de proyectos financiados. Por el contrario, aquellos investigadores que cuentan con la licenciatura de pre-grado o de diplomado como máximo grado académico, aprueban proporcionalmente menos proyectos de los que concursan. En similar situación se encuentran aquellos investigadores que cuentan con estudios de postdoctorado (Figura 9).

Los profesionales con especialidad médica que no cuentan con estudios posteriores de magíster, diplomado o doctorado, aprueban el 28,9% del total de proyectos financiados, cifra similar (30,6%) al total de proyectos concursados. Así, aunque la especialidad médica y el magíster como máximo grado académico postulan una proporción muy similar de proyectos, aquellos investigadores con grado de magíster aprueban una proporción mucho mayor de proyectos.

Tal como lo muestra la Figura 10, especial atención requiere la distribución por sexo del investigador responsable, ya que si bien, en el 2004 el 56% de los proyectos aprobados pertenecía a hombres, en el 2005 y 2006 encontramos una participación mucho mayor de las mujeres, alcanzando un 58,1% y 57,1% de los proyectos aprobados respectivamente.

Asimismo, la composición por sexo de los equipos de investigación ha tendido a cambiar entre los tres años analizados, aumentando la participación de las mujeres de un 49,2% a un 55,9% entre los años 2004 y 2006 respectivamente.

DISCUSIÓN

La investigación aplicada en salud en Chile actualmente se orienta mayoritariamente hacia la salud pública, es producida por investigadores del área de las ciencias médicas y que cuentan en su mayoría, con grado de magíster como máximo grado académico. Se sitúa principalmente en entidades académicas y se encuentra fuertemente centralizada en la Región Metropolitana. Sin embargo, destacan indicadores como la alta y creciente participación de las mujeres en la investigación en salud.

De acuerdo al perfil de los investigadores, al igual que Cuba, resaltan los investigadores con grado de magíster como último grado académico. Sin embargo, en Brasil y Venezuela, dos países latinoamericanos que centran gran parte de la producción de la investigación en

⁽⁸⁾ Se incluyen aquí los investigadores que postulan u obtienen financiamiento como investigadores principales del proyecto.

instituciones académicas al igual que en Chile, predominan investigadores con grado de doctor. En nuestro país, en cambio, la investigación sería principalmente de origen universitaria, pero con un menor grado académico que en el de los otros países latinoamericanos con estas características. Los países donde predomina la maestría o el grado de licenciado, como es el caso de Chile, centran su investigación en institutos de investigación o servicios de salud. Sin embargo, tanto Brasil como Venezuela, cuentan con un predominio importante de investigación aplicada a diferencia de Chile donde parte importante de la inversión se destina a investigación básica.

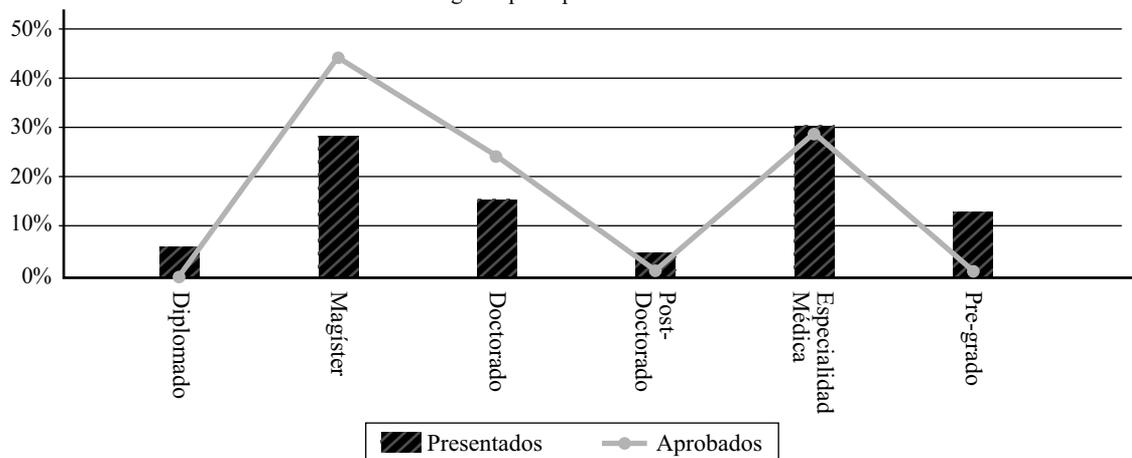
Llama especialmente la atención que el análisis realizado de acuerdo a los objetivos sanitarios a los que buscan responder las investigaciones en salud, la disminución de brechas de equidad en salud sea la temática menos investigada, no así la necesidad de mejorar los logros sanitarios alcanzados, que aún cuando Chile cuenta con muy buenos indicadores en esta materia respecto a otros países de América Latina, casi el 30% de las investigaciones se destinan a este propósito. Así, el objetivo al que apuntan las investigaciones analizadas, si bien se enmarcan dentro de las prioridades sanitarias, no cubren necesariamente aquellas áreas que reportan

menos avance durante los últimos años en Chile.

La situación actual de la investigación aplicada en salud da cuenta de la necesidad de definir permanentemente las áreas prioritarias de investigación y retroalimentar estas necesidades con la formación de investigadores en las áreas definidas, ya que si bien existen fondos destinados a la investigación esencial, la complejidad del campo de la salud requiere de investigadores formados en cada una de las áreas priorizadas, para lo cual, resulta fundamental la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios de investigación. Asimismo, es fundamental descentralizar la investigación aplicada de la región metropolitana y abrir el campo a otras instituciones involucradas en el que hacer de la salud.

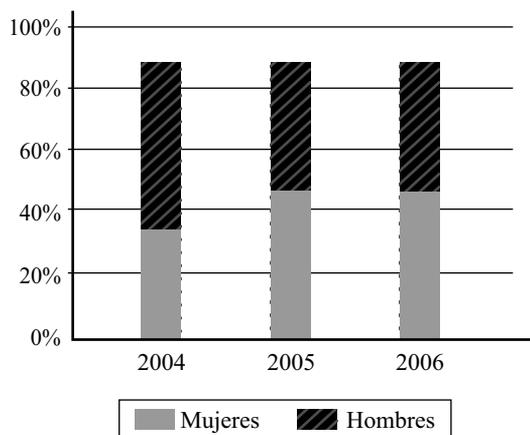
Dado lo anterior, resulta fundamental integrar otras disciplinas al estudio de la salud, que se centra aún, al igual que en el resto de América Latina², en disciplinas del área de las ciencias médicas, siendo disciplinas marginales aún en la investigación en salud, las ciencias sociales, ingenierías, la economía, etc. Esta necesidad se evidencia ya que, al igual que ocurre en otros países de América Latina, contamos con mayor número de investigaciones del área de las ciencias sociales, como por ejemplo los estudios cualitativos y un número comparativamente menor de investigadores cuya profesión proviene

Figura 9. Proyectos de investigación en salud según máximo grado académico del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

Figura 10. Proyectos de investigación en salud clasificados por sexo del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

de este ámbito disciplinar, por lo que un número importante de estudios de investigación social en salud se encuentran dirigidos por profesionales de las ciencias médicas.

Sigue siendo un desafío importante, aún más para la investigación aplicada en salud, las brechas entre producción del conocimiento y su utilización. Por su parte, la incorporación de los centros asistenciales y de atención primaria en la producción de la investigación esencial en salud es fundamental. De la misma forma, la participación de privados, organismos no gubernamentales también resulta un área importante de fortalecer y fomentar, sobre todo si se considera la reciente promulgación de la nueva ley de fomento a la inversión privada en I+D. La disminución de la brecha de la

producción del conocimiento y su utilización implica necesariamente involucrar nuevas instancias a la producción científica, que produzcan un diálogo cooperativo con las instancias académicas, que es donde actualmente se concentra la producción de este conocimiento.

Por último, se hace imprescindible descentralizar la actividad científica en las distintas regiones, lo cual ha sido considerado como indispensable para un desarrollo más armónico de países con diversidad socio-económica, social y cultural. Para el caso de Chile, existe aún una brecha importante que concentra cerca del 60% de la investigación en salud en la Región Metropolitana. Esto es especialmente importante cuando analizamos la investigación aplicada en salud, ya que en un país con la diversidad geográfica, social y cultural como la de Chile, la investigación de cada uno de estos sectores es fundamental para fomentar su desarrollo.

REFERENCIAS

1. PELLEGRINI, A. (2000): Ciencia en pro de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica N° 578. Washington, D.C.
2. PELLEGRINI, A. (1992): Introducción en La Investigación en Salud en América Latina. Estudio de países seleccionados. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 543. Washington, D.C.
3. FONIS: Investigación y Desarrollo en Salud. [En línea] Santiago, Chile. www.conicyt.cl/documentos/fonis/documentos/investigacion.ppt [Consulta: 27 Enero 2008]
4. SUNKEL, O. (2006) La Distribución del Ingreso en Chile. Revista Foro Chile 21, Agosto 2006, Fundación Chile 1. [En línea] Santiago, Chile. www.chile21.cl/chile21/archivos/revistas/sunkel0806.pdf. [Consulta: 27 Enero 2008]

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

Martha Aliaga, Directora de Programas de la American Statistical Association
La Diferencia entre Enseñar y Enseñar Bien

DANIELA ARANEDA ⁽¹⁾

A lo largo de su trayectoria, esta profesional ha demostrado que una enseñanza basada en la vida cotidiana y en la comprensión más que en la memorización, rinde frutos a nivel individual y social. La estadística es un claro ejemplo.



Martha Aliaga lleva la pedagogía en el alma. Esta profesional argentina, Directora de Programas de la American Statistical Association y Profesora Asociada en el Departamento de Estadística de la Universidad de Michigan, es una convencida que el miedo que los estudiantes de todas las edades le tienen a las matemáticas se debe, principalmente, a la forma en que tradicionalmente esta materia ha sido enseñada. Además, no duda que la educación “es la mejor herramienta para que la gente avance y para que progrese la persona, la familia y el país”, como ella misma lo ha podido comprobar al ver “a chicos muy pobres, que con educación han salido de donde están”.

Esta forma de mirar las cosas la llevó a perfeccionarse y a “aprender a enseñar”, hasta que comenzó a desarrollar métodos pedagógicos novedosos que, actualmente, son conocidos en todo el mundo y aplicados desde los primeros años de escuela hasta la universidad. Su obra más conocida en este ámbito es el libro “Estadística Interactiva”, del cual es coautora.

Estudió matemáticas en la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de Buenos Aires,

luego de lo cual viajó a Chile para hacer un Master en Estadística Matemática, mediante una beca de la Organización de Estados Americanos y el Centro Interamericano de Enseñanza Estadística. Formada bajo la rigurosidad de la matemática pura, “sin saber siquiera lo que era la estadística”, aquí conoció de cerca esta disciplina y hoy valora haber ampliado su visión.

Su relación con la docencia empezó cuando ingresó a la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, donde comenzó a entregar sus conocimientos. “Era muy teórica, creía que debía enseñar como a mí me habían enseñado”, comenta.

Tras cuatro años en Chile, junto a su marido peruano, partió a República Dominicana y luego a la Universidad de Michigan, donde ambos hicieron su doctorado, dedicándose ella a la estadística pura y él a la bioestadística. Sin dominar todavía el inglés, terminó enseñando a los “minoritarios”, alumnos extranjeros –principalmente latinos y asiáticos– que formaban más del diez por ciento de la población estudiantil. Su método consistió básicamente en

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile. daraneda@med.uchile.cl

organizarlos en grupos para discutir sobre un tema; la experiencia fue tan positiva, que estos jóvenes alcanzaron promedios de notas superiores a los llamados "estudiantes de honor".

ENSEÑANDO A ENSEÑAR

-¿Cuál es el método adecuado para que los alumnos aprendan bien?

-La persona tiene que descubrir las cosas; es importante que sepa lo que está haciendo. Entonces, se debe enseñar el concepto antes que las fórmulas, con ejercicios y ejemplos triviales, porque si los alumnos no entienden por qué y para qué las están utilizando, se les olvidarán.

-¿Cuál fue el método con el que Usted aprendió?

"La Universidad de Buenos Aires fue muy rigurosa y pensé que eso era lo que tenía que hacer. Lo que los profesores escribían era el teorema que estaba en los libros, y los alumnos copiaban de la pizarra.

-Bajo esa formación ¿Cómo pudo aplicar un sistema distinto?

-En un momento hubo una reforma de Cálculo y ahí aprendí a usar el cálculo gráfico; vi que la estadística tenía gráficos y que podía usarlos para enseñar mejor. Por otro lado, me di cuenta de que la forma tradicional de enseñanza daba para muchos errores y que eso se podía evitar. Quería que mis alumnos entendieran, que aprendieran, así que empecé a abstraer lo que ellos sabían de la vida real. Y me fue bien, tanto que el decano obligó a los profesores a asistir a mis clases.

-¿Cuál es su diagnóstico de la enseñanza actual, particularmente en su área?

-En todos los países hay grupos que están descubriendo una nueva forma de hacer las cosas. Ya estamos hablando de lo mismo, buscando cómo enseñar de una manera más atractiva y, a la vez, eficiente. Ahora, lo que tenemos que hacer es que nos escuchan, que en otras partes vean ese trabajo y sus resultados. Estados Unidos, Nueva Zelanda e Inglaterra son los países que más han avanzado; en Chile y Argentina también hay grupos dedicados al tema,

pero queremos que eso se sepa, que se difunda y se amplíe.

-¿Es muy difícil enseñar bajo esa mirada?

-Enseñar así es más difícil para los profesores, principalmente porque están acostumbrados a repetir lo que ya sabemos y eso siempre es más fácil. Lo que nosotros proponemos es preguntar primero para qué sirve una derivada, no qué es. Lo mismo con conceptos aparentemente tan áridos como dójimas de hipótesis, probabilidades y otros.

-¿Cuál es, a su juicio, la principal diferencia entre quienes aprenden de la forma tradicional y quienes lo hacen de la otra?

-Uno sabe resolver cualquier problema, sabe pensar; el otro memoriza. Ahora, con una mirada de país, si se le enseña a un pueblo a pensar, el pueblo mejora. Lo que ocurre es que estamos ahogados de datos, pero hay que saber usarlos para resolver problemas de la vida real, cosas que le importan a la gente, a partir de esos datos.

-¿Quiénes deberían saber estadística en un país?

-La alfabetización estadística es un derecho ciudadano; por eso, con un grupo de distintos países queremos hacer un video en el que se enseñe a educar estadísticamente a la población mediante ejemplos prácticos, y mostrarlo en toda Latinoamérica. Es necesario enseñar a interpretar la información, porque información no significa conocimiento; queremos enseñar a pensar, a interpretar una encuesta, de modo que las personas puedan discriminar y discutir un tema con conocimientos. Todo el mundo lo necesita, es parte de la formación cívica.

La metodología interactiva para la enseñanza de la estadística, que practica y promueve Martha Aliaga, está pensada para ser aplicada desde el parvulario hasta la educación de postgrado. Desde su cargo en la A.S.A. está dedicada a la creación de programas nacionales e internacionales para todo el ciclo escolar, partiendo por enseñar a los profesores. Espera que éstos, tal como ella, al final del día se pregunten: "¿Enseñé bien hoy, o sólo enseñé?"

CINTURONES PARA LA ESPALDA

Workplace Use of Backbelts, Review and Recommendations. DHHS (NIOSH) Publicación N°94-122 – 127.

En el más grande estudio realizado de este tipo, el Instituto Nacional de la Salud y la Seguridad Ocupacional (NIOSH) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) no encontró evidencia de que los cinturones para la espalda reduzcan las lesiones o los dolores de espalda en los trabajadores de almacenes que levantan o mueven mercancías, según los resultados publicados en la edición de Diciembre 6 del 2000 del Journal of the American Medical Association (JAMA)

Algunos de los hallazgos son:

-Que no hay diferencia estadística significativa al comparar la razón de lesiones en la espalda entre trabajadores que usaban sus cinturones a diario y quienes no lo usaban más de una o dos veces al mes.

-Igualmente no hay diferencia estadística significativa entre la incidencia de dolores de espalda, en las mismas condiciones.

-Tampoco en el promedio de reclamos por lesiones en la espalda en tiendas en las que el uso del cinturón es obligatorio y en aquellas en que no lo es.

-Un historial con lesiones en la espalda fue el factor más fuerte para predecir, ya fuera por un reclamo de lesión o un reporte de dolor de espalda, sin considerar el uso del cinturón.

NIOSH recomienda implementar un programa ergonómico enfocado en la prevención:

-Incluir evaluación de las actividades en el trabajo para asegurarse de que las tareas puedan ser realizadas sin exceder las capacidades físicas del trabajador

-Incorporar entrenamiento continuo en la mecánica de levantar pesos y sus técnicas.

-Proveer un programa de vigilancia para identificar problemas músculo esqueléticos potenciales relacionados al trabajo

-Incluir un programa de gestiones médicas

Copia estudio de JAMA en pag. Web de NIOSH (<http://www.cdc.gov/niosh>)

PRESENTISMO Y SU RELEVANCIA PARA LA SALUD OCUPACIONAL EN CHILE

Arteaga O, Vera A, Carrasco C, Contreras G. Cienc.Trab. Abr-Jun: 9 (24): 61-63)

La asociación entre estado de salud de los trabajadores y productividad es reconocida desde hace tiempo. La manifestación de la enfermedad expresada en ausentismo laboral también se ha estudiado en relación con el impacto en la productividad. Sin embargo, aunque en la literatura especializada hay antecedentes sobre el Presentismo desde 1955, es sólo en la última década que se constata un aumento de interés por el tema.

Se identifica como Presentismo a distintas situaciones:

- El deterioro autoevaluado del desempeño debido a problemas de salud en el lugar de trabajo.
- El problema de que los trabajadores estén en el trabajo sin un funcionamiento pleno debido a enfermedad u otras condiciones médicas.
- Estar en el trabajo pero desempeñarse con una capacidad reducida.
- Costos de productividad sin ausencia del trabajo.

En el sistema de seguridad chileno, el ausentismo laboral y más específico, el ausentismo laboral mediado por la licencia médica, ha sido un importante tema de controversia. Si embargo, el hecho de estar presente en el trabajo sin estar en condiciones adecuadas para poder desempeñarse bien, no ha recibido atención por parte de sectores laborales, académicos, ni políticos del país. Esto contrasta con la tendencia observada en el mundo por su impacto en la productividad.

Estar presente en el trabajo, sin encontrarse en condiciones de funcionamiento pleno, debido a una enfermedad o condición de salud se ha denominado Presenteeism en la literatura anglosajona.

Este artículo hace un análisis conceptual y operacional que busca generar interés por su estudio en Chile.

Palabras Clave: Salud laboral, Eficiencia organizacional, Estado de salud

CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE LOS TRAUMATISMOS EN CHILE

Medina E, Kaempffer AM.

Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 - N°3, Junio 2007; pags.175-184

Los traumatismos en Chile. constituyen un importante problema generando un 10% de los egresos hospitalarios. Representan la cuarta causa de muerte con 8,9% de los decesos, proporción que sube a 13,1% en los varones y a 39% en el grupo de 10 a 49 años de edad. Entre 1970 y 2003 el riesgo de muerte se redujo de 79 a 47 por 100.000 habitantes. En la actualidad se registran las mayores tasas de hospitalización y muerte por violencias entre la VII y la XII regiones chilenas.

Las violencias afectan de preferencia a los varones, aumentan entre Septiembre y Febrero y se incrementan con la edad. Se observa altos coeficientes de correlación de la magnitud de los traumatismos con el grado de urbanización de las regiones, el nivel de vida y los consumos de alcohol.

La causa de violencia más frecuente corresponde a los accidentes del tránsito, generados por un parque vehicular de 2.351.000 vehículos, de los cuales un 3,4% se accidenta anualmente. Se aprecia un riesgo mayor que el promedio para buses, taxis y motocicletas. Cerca del 10% de los accidentados sufre una lesión grave o fallece.

Entre 1970 y 2003 se observa un aumento de las tasas de mortalidad por homicidios y suicidios. Igualmente se incrementaron los accidentes del tránsito, mientras lo contrario sucede con los accidentes laborales, del hogar y de otro tipo

Palabras Clave: Epidemiología de los accidentes, accidentes del tránsito, traumatismos, homicidios, suicidios

¿GES O NO GES? ESA ES LA CUESTIÓN

Fernandez R.

Rev Esp Econ Salud 2006;5 (6):361-3658

El presente trabajo se enmarca en una evaluación de la Reforma al Sistema de Salud iniciada en el período del ex presidente Ricardo

Lagos Escobar (Ley 19.996)

En el presente trabajo se ha buscado determinar la probabilidad de que un paciente opte por el sistema Auge-GES (que consiste principalmente en que el Estado de Chile garantiza el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un número de patologías) para atender algunas de las patologías aplicadas en él. Los datos obtenidos corresponden a dos importantes prestadores privados.

Se utilizaron dos modelos estadísticos multivariados para determinar la incidencia de las distintas variables en la decisión final de acceder o rechazar la atención vía Auge.

Las patologías de alto costo dentro de las que se encuentran los tratamientos oncológicos, tienen mayor probabilidad de ser atendidas vía Auge-GES. En cambios las atenciones ambulatorias, como por ejemplo algunas afecciones respiratorias, donde los beneficios del GES no tienen una incidencia monetaria tan significativa poseen una mayor probabilidad de no ser atendidas vía Auge-GES.

Se observó un mayor nivel de aceptación al existir signos de un menor nivel socioeconómico en el paciente a través de la variable IDH (Índice de Desarrollo Humano)

Desde el punto de vista de la salud pública esta metodología sirve para identificar las características de quienes están accediendo a las garantías estatales y quienes están quedando voluntariamente al margen de ellas.

Palabras Clave: Auge-GES, libre elección, reforma sanitaria chilena

AGENDA

CUMBRE NUTRICIÓN Y SALUD - CHILE 2008

Valparaíso, 24 y 25 de marzo de 2008

Este evento es organizado por el Ministerio de Salud y la Honorable Comisión de Salud del Senado y auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición (IUNS) y la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN).

Su propósito es generar un debate público respecto de la responsabilidad tanto social como individual en la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición y la actividad física, e identificar nítidamente las fortalezas y dificultades del país para desarrollar políticas públicas tendientes a disminuirlas.

La asistencia es gratuita.

Informaciones:
www.ego-chile.cl

IX CONGRESO LATINOAMERICANO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS / JORNADAS DE ENFERMERÍA / JORNADAS DE KINESIOLOGÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA

Viña del Mar, 2 al 5 de abril de 2008

El Congreso tendrá como tema central "Gestión de Enfermería en UCI, no solo el paciente, también la familia y su entorno". El propósito de este encuentro es crear un espacio para intercambiar experiencias, establecer redes y contactos que mejoren la práctica profesional en Cuidados Intensivos Pediátricos, con expositores de reconocida trayectoria nacional e internacional.

Paralelamente, se llevarán a cabo las Jornadas de Enfermería y las de Kinesiólogía y Terapia Respiratoria.

Informaciones:
info@latinoamericano2008.cl
www.latinoamericano2008.cl/

II ENCUENTRO INTERNACIONAL DE AUTOCUIDADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Santiago, 17 y 18 de abril de 2008

Las innovaciones en el manejo de enfermedades crónicas será el tema central de esta actividad, organizada por la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Con la presencia de expertos nacionales y extranjeros, se abordarán tópicos como las tecnologías de información y las políticas públicas en el manejo de patologías crónicas.

Informaciones:
encuentroautocuidadouc@uc.cl
www.encuentroautocuidadouc.cl

DIPLOMAS DE POSTÍTULO EN SALUD PÚBLICA

Año académico 2008

Siete diplomas de postítulo dictará durante el año académico 2008 la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Ya sea en modalidad presencial o a distancia, estos programas están dirigidos a profesionales chilenos y extranjeros, de todas las disciplinas vinculadas con la salud pública.

Las áreas que se abordarán son la estadística, salud mental, salud ocupacional, administración y métodos de investigación.

Informaciones:
extension@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

FE DE ERRATAS

Por un error involuntario en la página 62 y 63 del volumen 11, N° 2, año 2007, dice:

Tabla 1. Caracterización general de la muestra

	N°	%	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	202			
Ambulatorio básico	57			
Ambulatorio intensivo	66,67			
Residencial	18,81			
	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		

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	0,247	

Tabla 5. Matriz de componentes y matriz de componentes rotados

	Matriz de componentes		Matriz de componentes rotados	
	componente 1	componente 1	componente 1	componente 1
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

Y debe decir:

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		

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		

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

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

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

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

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

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

1.- ARTÍCULOS ORIGINALES

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

Las especificaciones de cada sección son las siguientes:

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

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

XXVII

Jornadas Chilenas de Salud Pública

JUEVES 2 Y VIERNES 3 DE OCTUBRE DE 2008
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

- CONFERENCIAS
- MESAS REDONDAS
- PRESENTACIONES ORALES
- SESIONES DE POSTERS

ÁREAS TEMÁTICAS

- PROMOCIÓN DE LA SALUD
- POLÍTICAS Y GESTIÓN DE SALUD
- EPIDEMIOLOGÍA
- SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL



PLAZO PRESENTACIÓN
DE RESÚMENES

VIERNES **25 DE JULIO**
DE 2008.



INFORMACIONES E INSCRIPCIONES

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CHILE
FONOS: (51-2) 572 6000 - 573 6143
JORNADAS@MED.UCHILE.CL
WWW.SALUDPUBLICA.UCHILE.CL