

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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

Editorial

Artículos originales

- *Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche.*
- *Prevalencia de tabaquismo y actitud de cambio frente al hábito tabáquico en universitarios chilenos: Importancia de la formación médica.*
- *Incidencia de los defectos del tubo neural en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.*
- *Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México.*

Tema de actualidad

- *Análisis desde la perspectiva de género a través de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud en Chile 2009.*

Cifras de hoy en salud pública

- *Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile: Una mirada a las políticas públicas*

Entrevista

- *Dr. Ramiro Molina*

Revista de Revistas

Agenda

Instrucciones a los Autores

Año 2009 Vol. 13 (2): 60-121

ISSN 0717-3652

REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

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



Comité Ejecutivo

Director

Giorgio Solimano Cantuarias

Directores Reemplazantes

Rubén Alvarado Muñoz
Paulina Pino Zuñiga

Integrantes

Daniela Araneda Repossi
Claudio Silva Zamora
Marcos Vergara Iturriaga

Comité Editorial

Presidente

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

Integrantes

María de la Fuente, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile.*

Gabriel Cavada, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile.*

María Luisa Garmendia, *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile.*

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

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

Jaime Serra, *Depto. de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Chile.*

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

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

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

Representante Legal

Cecilia Sepúlveda

Domicilio

Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile

Independencia 939. Santiago de Chile

Fono: 978 6536

Fax: 737 1030

e-mail: revistas@med.uchile.cl

www.saludpublica.uchile.cl

Coordinación Editorial

Verónica Zúñiga

Edición Periodística

Mariel Sagredo

Producción

Diseño y diagramación: Patricio Jarpa; Impresión: Grafic Suisse.

Índice

Objetivos y misión	63
Editorial	64
Artículos originales	
Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. <i>Patricio Oliva y Carmen Narváez</i>	67
Prevalencia de tabaquismo y actitud de cambio frente al hábito tabáquico en universitarios chilenos: Importancia de la formación médica. <i>José de Grazia, Daniela Faivovich, Felipe Falcón, Rodrigo Díaz, Gladys Yentzen y Sonia Kunstmann</i>	72
Incidencia de los defectos del tubo neural en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. <i>Carolina Tarqui-Mamani, Hernán Sanabria, Nelly Lam y Juan Arias</i>	82
Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. <i>Martha Ma. Guadalupe Ruelas González y V. Nelly Salgado de Zinder</i>	90
Tema de actualidad	
Análisis desde la perspectiva de género a través de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud en Chile 2009. <i>Pamela Eguiguren</i>	100
Cifras de hoy en salud pública	
Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile: Una mirada a las políticas públicas. <i>Pamela Eguiguren, María Eugenia Calvin, Ximena Díaz, Marcela Ferrer, Margarita Iglesias y José Olavarria</i>	106
Entrevista	
Dr. Ramiro Molina: El creador del concepto de sexualidad adolescente en Chile. <i>Cecilia Valenzuela</i>	112
Revista de Revistas	114
Agenda	116
Instrucciones a los Autores	118

OBJETIVO 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. Bajo ese enfoque 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.

Mecanismos para mejorar la calidad de la salud en Chile

El Chile de hoy requiere una profunda revisión de la realidad del ejercicio médico, de las normas de salud, de su visión más preventiva que curativa, de la organización de los subsectores y de su política de medicamentos. Esto significa, fundamentalmente, entender la salud y la actividad médica como un gran ejercicio de razonamiento a la manera de la medicina hipocrática, nimbada de un valor bioético con especial apego al arte y la ética médica y la incorporación de los avances científico-técnicos, pero donde la semiología, la discusión clínica y el conocimiento adquirido son esenciales e irremplazables. Esto implica retrotraer ambos elementos -Salud y Medicina- al origen central de su quehacer, sentido de la sanación, de la compasión y de la virtud humanista de su servicio: siempre para hacer el bien y nunca para hacer el mal, salvo en los llamados males secundarios.

Esto significa centrar sus objetivos en la persona sana para prevenir o en el enfermo para curar, y no en el dinero, como ha sostenido nada menos que el Journal of the American Medical Association: “Los cánones del comercio están desplazando los dictados de la salud, agrediendo los valores más sagrados de nuestras profesiones”.

Finalmente el médico -y el resto de los profesionales de la salud- ha de recoger los signos y los síntomas, relacionarlos con las enfermedades y sobre ellos y no en su reemplazo habrá de sumar los adelantos técnicos modernos. A estos criterios fundamentales deberán sumarse algunos elementos más concretos que esbozo.

Es necesario cambiar la orientación de la salud y la medicina, desde una profesión personalista a una personalizada, a un trabajo menos sujeto a las normas del mercado y sin otro requisito que las normas de la moral y las buenas costumbres habituales, que no es suficiente para este cambio de paradigma. La salud y la medicina -en sus respectivos ámbitos- deben entenderse como una vocación, obligada a una ética superior, contenida en la visión cultural de servicio, donde su entrega debe ser garantizada para que esa ética sea posible, donde el ingreso no será jamás el eje rector de su ejercicio y donde -en las palabras de Couveihier- la ignorancia es un crimen.

La primera condición para que lo anterior sea posible es la exigencia de una superior condición de los estudiantes, donde la simple nota académica no es suficiente. Su condición ética, los valores de su comportamiento y el respeto por el enfermo y su capacidad de actuar en equipo, deberán considerarse y, por ende, deberá existir una evaluación similar desde la universidad, es decir, por autoridades superiores bajo control de ecuanimidad y buen juicio. En cuanto a los conocimientos, creo que deben exigirse requisitos más ambiciosos, de manera que su exigencia sea mayor para una mejor relación de ingreso, permanencia y docencia. Propuestas como subir la nota límite para continuar la carrera, evitar repitencias o sancionar las inconductas podrían cumplirse como parte de una política de mayores exigencias, compatibles con otras desde la docencia. Así como en educación el maestro de aula es el centro del cambio, en medicina el actor esencial es el quehacer del médico y el equipo de salud al lado del paciente.

Por otra parte, están los requisitos de la enseñanza universitaria. Las carreras de medicina deben ser impartidas sólo por universidades acreditadas. La enseñanza de la salud y los médicos exigen durante su pregrado un ambiente “que respire” excelencia más allá de sus anhelos profesionales. Esto no se cumple hoy. Asimismo, sus currículums deben ser también acreditados y pertinentes con las políticas públicas que se apliquen en el país. El caso más dramático de incoherencia en este punto es que, así como la atención primaria es prioridad para la salud chilena, la mayoría de los cargos municipales los ejercen médicos extranjeros. Los cuerpos docentes deben tener la garantía de su capacidad universitaria y los ayudantes, a lo menos, deben haber aprobado el Examen

Médico Nacional. Tampoco se cumple este precepto. En el año 2006, para 10.000 alumnos había 4.007 docentes con sólo un 11,7% en jornada completa y 2.146 sólo por horas.

En aquellos hospitales donde exista docencia, todo el equipo de salud de los servicios de salud debe ser contratado por la universidad respectiva, mientras que toda universidad que abra una carrera de Medicina debe tener resuelto los campos clínicos exclusivos en establecimientos acreditados en que ejercerá su carrera. Esto también deberá aplicarse para las carreras de enfermería, obstetricia y tecnología médica. Como es un tema que tiene que ver con las políticas de educación superior, debe darse prioridad a las universidades estatales como una congruencia entre ambas decisiones. Por otra parte, el currículum de toda facultad que imparta una carrera del área de la salud debe enseñar ética y bioética como curso regular.

Reconozco el esfuerzo que se ha hecho tanto desde el Ministerio de Salud como desde las universidades para coordinar una política común, equitativa y eficiente en esta materia. Especial satisfacción me produce la acción de la Asofamech desde hace varios años.

Creo que todo el que recibe su título de médico debe ser contratado por el Estado por dos años y destinado a los hospitales 3 y 4 en regiones que incluyan las áreas periféricas de la Región Metropolitana, con tiempo compartido entre dichos hospitales y los consultorios. La especialización primaria debe igual tener un año en hospitales 2 y 3 según las necesidades regionales, bajo un régimen de remuneración de especialista, y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) debiera considerar para todos los hospitales 2 y 3 un "sistema de dedicación exclusiva" para las 4 especialidades básicas, con un contrato no menor a 2 años y remuneraciones de 22-28 por 1.5 veces. Por su parte, el SNSS y Asofamech deberán asumir un estudio de los déficit de especialidades y abrir un modelo de especialidades en falencia para cubrirlas en los hospitales 1 y 2, con funcionamiento a partir del año presupuestario 2011. En cuanto al equipo de salud, éste debiera acogerse a la norma que obliga al Examen Nacional Bianual hasta los 20 años de profesión.

El servicio público atiende a cerca del 70% de la población del país y al 100% de las personas de los tramos sociales bajos y de indigencia; tiene, por lo tanto, una responsabilidad y un requerimiento financiero prioritario. En este aspecto, urge la modernización de su funcionamiento conforme las normas de la Reforma de Salud y sobre una base técnica, no financiera. También se debe devolver la atención primaria al SNSS, pues su funcionamiento en las municipalidades -salvo excepcionalísimos casos- no ha tenido un resultado adecuado por diferencias insalvables entre las municipalidades en cuanto a sus niveles de ingreso per cápita. Asimismo, hay que terminar con el sistema de hospitales de autogestión, que los obliga a financiarse prioritariamente rompiendo el valor esencial de la calidad. Aumentar su financiamiento en el plazo de 3 años como política de Estado, cual fuese el gobierno que se elija, es otra prioridad. Este aumento podrá llegar hasta el doble de lo actual y debería ser una política de Estado, no sujeta a eventuales privatizaciones.

Chile tiene desde 1982 un sistema dual de salud. Se le menciona como un sistema paralelo que no es tal ya que ambos avanzan en sus propias lógicas y confluencias ocasionales: el servicio público en la lógica de la solidaridad y atención universal, y las isapres en la lógica del mercado y el lucro. Tanto es así, que el conjunto de las isapres abiertas declara una utilidad que triplica a la inflación anual y al reajuste promedio de las remuneraciones de los trabajadores en tres años.

En estas condiciones, deberíamos modificar el sistema institucional privado en su estructura de funcionamiento y utilidades; hacer contratos de por vida, para que así se logre incluir la prevención en sus planes; volver a discutir el Fondo de Solidaridad, que fue retirado, para lograr algunas de las modificaciones alcanzadas; modificar el sistema de licencias, donde las instituciones son juez y parte; incorporar una política dental más agresiva desde el servicio público y lograr un funcionamiento dental de libre elección, ya que la sola prevención o tratamientos infantiles no son suficientes para detener el daño irreparable de la dentadura de la sociedad chilena.

También se requiere una política nacional de medicamentos, que impida no sólo la colusión

transversal sino también la integración vertical de laboratorios y farmacias. A ello debe sumarse la exigencia de oferta de genéricos y la existencia de normas de fabricación suficientes como sistema de contrapeso de precios ya excesivos en nuestro país. De no asumirse una actitud más agresiva del Estado para desanimar la usura en su venta, deberemos llegar a la fijación de precios de cierto número de ellos o en caso alternativo, a una banda de precios. Los recientes hechos no permiten más tolerancia y la economía de mercado que nos rige ha fracasado en salud.

Entiendo estas propuestas como una base elemental para hacer de la salud un área más nítida de su función social. Entiendo también que muchas de ellas no serán compartidas. Para eso es el Parlamento y la sociedad civil, para escuchar, proponer y decidir. También para lograr la aprobación de nuestras ideas o para ser derrotados como nos ha pasado en muchos aspectos. Esto es también lo adecuado de la democracia.

(Extracto de la intervención del senador Mariano Ruiz-Esquide en el seminario “Investigaciones de la Universidad de Chile para potenciar el desarrollo de la salud en el país”)

Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche

PATRICIO OLIVA⁽¹⁾ y CARMEN NARVÁEZ⁽¹⁾

RESUMEN

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en los distintos grupos culturales del país¹. **Objetivo:** Describir las representaciones sociales pehuenches sobre el tema de la adherencia antihipertensiva farmacológica dentro de la lógica sanitaria cultural pehuenche de la comuna de Alto Bío Bío, **Material y método:** Es una investigación cualitativa, de carácter fenomenológico, donde se emplea un muestreo no probabilístico, de caso consecutivo en la población pehuenche, recolectando la información mediante entrevistas semiestructuradas. El análisis de los resultados es semántico estructural, lo cual permite describir pertinentemente las estructuras culturales sanitarias. **Resultados:** Éstos indican que el problema de la adherencia en pacientes indígenas radica en que los fármacos son vistos como "calmantes" que no curan las causas de las enfermedades, debido a que éstas, en un contexto étnico, se encuentran en un plano físico, espiritual y religioso, desde un punto de vista cultural, mágico y religioso, y no en contextos clínicos e individuales. **Conclusión:** los pehuenches poseen problemas de adherencia farmacológica antihipertensiva, siendo definida como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico². Sus tradiciones no definen a la hipertensión como una enfermedad válida e histórica, en consecuencia la farmacoterapia resulta suntuaria y disociativa de ritos y tradiciones que mantienen viva su cultura. La farmacoterapia antihipertensiva es evaluada como un factor perjudicial a las instituciones tradicionales pehuenches.

Palabras clave: hipertensión, adherencia farmacológica, etnias.

ABSTRACT

PEHUENCHE SOCIAL REPRESENTATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION: THE PROBLEM OF ADHERENCE TO MEDICATION

Arterial hypertension is one of the principal risk factors of cardiovascular diseases among many different cultural groups in the country¹. **Objective:** Describe Pehuenche social representations relating to adherence to antihypertensive medications, within the health belief system of the Pehuenche community in the municipality of Alto Bío Bío. **Material and method:** This is a qualitative investigation, based on phenomenology, with a non-probabilistic sample of consecutive cases taken from the Pehuenche population. Information was collected through semi-structured interviews. Structural semantics was used to analyze the results, which allowed pertinent description of the health belief structure. **Results:** Results indicate that the problem of adherence to medications in indigenous patients lies in the belief that these medications are only "soothing" ("calmantes") and don't cure the causes of disease. This is due to the fact that, from a cultural, magical and

⁽¹⁾ Facultad de Odontología. Universidad del Desarrollo. Barros Arana 1735 Concepción. Chile. patriciooliva@udd.cl.

*religious viewpoint, the causes of disease are believed to be found on a physical, spiritual and religious level, and not in the clinical or individual context. **Conclusion:** The problem of adherence to antihypertensive medications, defined as the grade in which the patient's behavior towards taking medications coincides with the instructions provided by the doctor², is found in the Pehuenche population. Because their traditions don't include hypertension as a valid and historically recognized disease, the treatment is seen as a luxury and is disengaged from the rites and traditions they keep their culture alive. Antihypertensive treatment is considered harmful to traditional Pehuenche institutions.*

Keywords: *hypertension, adherence to medications, ethnicity.*

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, ya que afecta al 21% de la población³, y sólo 33% de los pacientes hipertensos logra normalizar su presión arterial. El problema radica en que la mitad de estos pacientes en control abandona la atención en el primer año del diagnóstico⁴, de los que siguen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos⁵. Los elementos socioculturales que pueden explicar la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo son⁶: 1) Baja participación social 2) Red social inadecuada 3) Discapacidad física mayor y 4) Nivel de educación. Sin embargo, se han identificado más de 200 variables independientes que explican el fenómeno⁷. Esto se acentúa en ciertos grupos étnicos como los pehuenches - mapuches, que con respecto a la HTA, los datos arrojan un 20,4% en hombres y 18,8% en mujeres. En la población pehuenche, estudios oficiales demuestran problemas de adherencia a tratamientos antihipertensivo, a pesar de las altas tasas de dicha enfermedad⁸.

Para comprender la problemática de la no adherencia se realiza un estudio de carácter cualitativo, fenomenológico, que busca conocer los elementos socioculturales que influyen en los individuos al momento de no continuar con un tratamiento farmacológico en una enfermedad asintomática como lo es la hipertensión arterial, en la comuna de Alto Bío Bío, donde el 100% de la población es pehuenche, y su medicina tradicional tiene aún una fuerte penetración cultural.

En la investigación se evalúa progresivamente la percepción del problema de la adherencia farmacológica en la hipertensión arterial, comprendiendo su lógica epidemiológica, y cómo a partir de ella se construyen conceptos sanitarios que intervienen activamente en las conductas adherentes de los hipertensos pehuenches, evaluando siempre desde una perspectiva de identificación de conceptos y dimensiones culturales, propios de una investigación de carácter cualitativo.

MATERIAL Y MÉTODO

El universo son todos los pacientes hipertensos que asistieron por ese problema a los Cesfam de la comuna de Ralco. Los criterios de inclusión para la investigación son: individuos mayores de 18 años, que se atiendan en los Cesfam seleccionados; con Hipertensión Arterial Diagnosticada; con prescripción de tratamiento farmacológico, que estén en condiciones cognitivas y físicas como para responder, dado que el estudio es cualitativo, y en concordancia con el problema, no se investigó población adherente. El diseño muestral, para la presente investigación es de Caso-Tipo⁹, no Probabilístico: debido al carácter cualitativo de la investigación, no existe cálculo muestral asociado. Por otro lado, la técnica de muestreo es intencional debido a que los individuos serán seleccionados de manera intencional de acuerdo a los criterios de selección correspondientes. Se entrevistó a todos los individuos que cumplían con estos criterios hasta cumplir con el punto de saturación de la información.

El diseño de investigación es cualitativo -

fenomenológico, se estructura a partir del contenido y de la interpretación de la realidad a través del significado subjetivo¹⁰. Se escoge este tipo de diseño por la flexibilidad que presenta al momento de integrar elementos subjetivos concernientes a la adherencia terapéutica antihipertensiva, específicamente la farmacológica, en un grupo cultural delimitado geográfica y cognoscitivamente. La técnica de recolección de la información es la entrevista semiestructurada y grupos de discusión, a todos los grupos muestrales seleccionados en la comuna de Ralco, hipertensos que estén o estuvieron en tratamiento antihipertensivo farmacológico, hasta llegar al límite de saturación.

La estrategia de análisis de la información es el análisis semántico estructural. El análisis semántico estructural consta de una serie de códigos (de base y calificativos) que va develando información latente en el discurso de los entrevistados y que cobra sentido en la medida en que se relaciona con otros códigos, permite no sólo la construcción de interpretaciones textuales, sino que también de categorías que poseen un nivel de abstracción mayor, generando conceptos globales sobre la temática tratada¹¹.

RESULTADO

La salud pehuenche es definida como armonía del individuo con los demás individuos y con su entorno, siendo la ruptura, causa de enfermedad⁸, por lo cual, los principales problemas sanitarios quedan definidos dentro de ámbitos conceptuales-culturales. Lo que en este estudio se hace es analizar el problema de la adherencia farmacológica en la hipertensión arterial, a partir del análisis de los discursos de los individuos, de los cuales es posible establecer los siguientes puntos:

A) La relación asociativa entre las variables conceptuales sanitarias endoculturales y los factores asociados al cumplimiento médico étnico, se establece dentro de criterios históricos, religiosos y empíricos.

B) Los individuos de la etnia pehuenche

validan sus sistemas sanitarios, y la interacción de los roles asociados a estos, principalmente machis y hierbateras. La credibilidad asociada a estos actores por los pacientes permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos farmacológicos occidentales¹².

La medicina pehuenche se fundamenta en ritos en las cuales interviene la comunidad, siendo la enfermedad un elemento de evaluación social en relación con el vínculo existente entre el individuo, la divinidad, el entorno y la comunidad. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual¹².

Los resultados, dentro de estas dimensiones, indican lo siguiente:

a) La adherencia a tratamientos médicos occidentales por parte de los pehuenches depende del grado de integración con su cultura, mientras más integrado sea, más difícil será la adherencia a tratamientos. Ejemplo: "...vienen acá los doctores, están unos meses y uno ni los conoce... cómo le va a creer sus tratamientos si no lo conozco... él tampoco sabe qué es ser pehuenche..."(entrevistado N°4).

b) Las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales está la hipertensión arterial, no están presentes en los conceptos tradicionales históricos, lo que dificulta la incorporación de tratamientos a enfermedades que no son reconocidas. Ejemplo: "...los huincas vienen con sus médicos y explican enfermedades que nunca han existido... los antepasados nunca se habían enfermado de esto... porque no existe para el pehuenche..." (entrevistado N°2).

c) Los tratamientos farmacológicos son contrapuestos con los tradicionales pehuenches basados en el uso de hierbas, determinando que: la enfermedad es producto de la ingesta de los medicamentos, la enfermedad es agravada por la ingesta de los medicamentos, la enfermedad es un efecto colateral de los medicamentos. Ejemplo: "... los remedios no son sanos... no

vienen de la naturaleza... dañan al cuerpo porque no son naturales... no es como las hierbas... que tienen sabor y son ricas..." (entrevistado N°7).

Por lo cual, de acuerdo al análisis discursivo, el tratamiento antihipertensivo es:

a) Innecesario, debido a que la hipertensión arterial culturalmente no existe. Ejemplo: "en nuestra historia no existen las mismas enfermedades que tienen los huincas... porque la alimentación es más sana..." (entrevistado N°5).

b) No responde a las tradiciones pehuenches, debido a que no existe un proceso de sanación que incorpore un procedimiento válido de recuperación dentro de la comunidad, lo que en el discurso se ejemplifica como: "...los remedios nunca estuvieron con nuestros abuelos, además como que rompen con la ayuda que se le prestaba a los vecinos... no se sabe cuándo están enfermos... nadie participa ni hace rogativos ahora..." (entrevistado N°12).

c) No responde a ciclos naturales presentes en la cultura pehuenche, debido a que el fármaco no se asocia a conceptualizaciones históricas, un ejemplo es: "... los remedios no son de la naturaleza... no tienen nada que ver con la tierra, y eso es malo..." (entrevistado N°4).

d) Atenta contra los principios culturales pehuenches debido a que la efectividad del fármaco hace prescindir el proceso de sanación tradicional, que es más largo, involucra a la comunidad, y necesita de sanadores tradicionales.

En resumen, los pehuenches no adhieren porque sus tradiciones médicas les impiden hacerlo. Los resultados demuestran que el problema de la adherencia radica en que la incorporación de la farmacología en el sistema médico pehuenche altera el mantenimiento del rol de sanador dentro de la comunidad, el mantenimiento de los rituales y ceremonias que involucren el proceso de sanación del individuo, el carácter aleccionador de la enfermedad, la relación del individuo con el entorno y con su medio social y religioso.

CONCLUSIÓN

El territorio de Alto Bío Bío presenta una situación intercultural que deriva en la resistencia por parte de los pehuenches a incorporar la farmacología como parte de un tratamiento para dentro de enfermedades que no han sido catalogadas ni clasificadas culturalmente, manteniendo incólume sus conceptos sanitarios traicionales, como ya se esbozaba en la evidencia cuantitativa de estudios previos⁸.

Los pehuenches de esa zona se enfrentan a la dicotomía de utilizar hierbas para sus enfermedades, como parte de expresiones culturales tradicionales, con un importante sustrato mágico-religioso. A esto se le incorpora el tratamiento farmacológico, en enfermedades que no han sido catalogadas ni clasificadas dentro de su lógica epidemiológica a lo largo de la historia, como lo son las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente la hipertensión arterial, para la cual, en su cultura no existe tratamiento. A pesar de que la cultura se define como una entidad dinámica¹³, se mantiene estático el concepto sanitario tradicional.

A diferencia de estudios anteriores¹⁴, en la presente investigación se demuestra como la intersubjetividad de los sujetos estudiados permiten generar construcciones sociales sanitarias sobre las enfermedades que no admiten variación temporal ni cultural. Esto se evidencia en la renuencia a adherir a tratamientos farmacológicos antihipertensivos que les resultan ajenos y contrarios a los conceptos culturales sanitarios que les fueron enseñados. Aún más, existe una negación del pehuenche a abandonar sus conceptos históricos sanitarios, justificando en distintos planos (individual, social y religioso, como se evaluó en los resultados) su elección por medicinas en base a hierbas, en contraposición a la farmacología considerada como ajena. Este enfrentamiento cultural se transforma en un problema de salud pública al ser un elemento decisivo en el cumplimiento de las metas sanitarias del país en dichas comunidades.

REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE SALUD. Encuesta Nacional de Salud Chile, 2003.
2. HAYNES RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
3. FASCE, E. estudio Tendencia en la Prevalencia, Conocimiento, Tratamiento y control de la Hipertensión Arterial en comunas urbanas de la VIII Región. Universidad de Concepción. Concepción. 2006.
4. MAPES RE. Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine*. 1977. 11:619-624
5. SACKETT DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1975, 1:1205-1207
6. ROMAN A, OSCAR, VALENZUELA, MARÍA A, BADILLA S, MARTA et al. Optimización de la reducción de la presión arterial en hipertensos esenciales. *Rev. Méd. Chile*. Mayo 2002. vol 130, n°5. p519 - 526. ISSN 0034-9887.
7. MORRELL RW, PARK DC, KIDDER DP Y MARTIN M (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *The Gerontologist*, 37, 609-619
8. Diagnóstico de la situación en salud de las comunidades pehuenches de Callaqui y Cauñicu. Apoyo al Diseño de Experiencias Piloto en Modelo de Salud Intercultural en las Comunidades Pehuenche de la Comuna de Alto Bío Bío, Octava Región. Provincia del Bío Bío. SS. Bío Bío. 2005.
9. HERNÁNDEZ, ROBERTO. Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill. 2003 p. 566.
10. SCHUTZ, ALFRED. El problema de la realidad social. Amorroutu editores. Argentina. 1995. P 115.
11. REMY, J. Métodos de análisis de contenido de Sociología. Bruselas, Publicación de Universidad Sain Louis. 1991:79.
12. ANA M ALARCÓN, ALDO VIDAL, JAIME NEIRA ROZAS. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1064.
13. PARK, A. *Introducing Anthropology. An Integrated Approach*. Mayfield Publishing Company. California. 2000.
14. MORA, ZILEY. Estudio de Sistematización en Terreno de las Experiencias de Salud Intercultural en el Área de Desarrollo Indígena de Alto Bío Bío. impacto y presencia del sistema de salud en las comunidades indígenas pehuenches. Evaluación de programas, experiencias, dificultades, aciertos, catastros y propuestas sistémicas para un posible modelo de salud intercultural en Alto Bío Bío. Los Ángeles. Chile. Diciembre 2002.

Recepción: 29 abril 2009
Aprobación: 9 noviembre 2009

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

Prevalencia de tabaquismo y actitud de cambio frente al hábito tabáquico en universitarios chilenos: Importancia de la formación médica

JOSÉ DE GRAZIA⁽¹⁾, DANIELA FAIVOVICH⁽¹⁾, FELIPE FALCÓN⁽¹⁾, RODRIGO DÍAZ⁽¹⁾, GLADYS YENTZEN⁽²⁾ y SONIA KUNSTMANN⁽³⁾

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es el mayor determinante de problemas de salud pública. En Chile la tasa de tabaquismo en individuos entre 17 y 24 años es de 55%. A medida que los estudiantes de Medicina avanzan en su carrera, el conocimiento acerca del tabaquismo como determinante de enfermedad aumenta. Sin embargo, los estudiantes de cursos superiores fuman más que aquellos de cursos iniciales. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de tabaquismo y la actitud de cambio frente al hábito tabáquico en estudiantes de Medicina e Ingeniería, de primer y cuarto año de la Universidad de Chile. **Material y método:** Estudio descriptivo-transversal. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, registrándose variables demográficas, conducta fumadora y actitud de cambio frente al hábito tabáquico. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 490 estudiantes (28,6% mujeres). La prevalencia actual de tabaquismo fue 18,6% (17,9% en mujeres y 18,9% en hombres, pns). En Medicina la prevalencia actual de tabaquismo fue 21,4%, en Ingeniería 16,6% ($p < 0,01$). En ambas carreras los primeros años tuvieron una tasa similar (18,2% Medicina y 16,8% Ingeniería, pns). Esta cifra se mantuvo en cuarto año de Ingeniería (16,3%), pero aumentó significativamente en cuarto año de Medicina (24,3%). Los estudiantes de Medicina tienen un comportamiento más dinámico en su conducta fumadora que los de Ingeniería. El patrón de conducta tabáquica en mujeres es potencialmente menos dañino que en hombres. **Discusión:** El conocimiento médico de los efectos nocivos del tabaco no desempeña un rol en disminuir las tasas de tabaquismo. Resulta necesario potenciar en las facultades de Medicina actividades preventivas relacionadas al consumo de tabaco.

Palabras clave: estudiantes de Medicina, tabaquismo, educación médica.

ABSTRACT

PREVALENCE OF SMOKING AND ATTITUDE TOWARDS QUITTING AMONG UNIVERSITY STUDENTS: THE IMPORTANCE OF MEDICAL TRAINING

Introduction: Smoking is the greatest determinant of public health problems. In Chile, the rate of smoking in individuals between 17 and 24 years is 55%. As medical students advance in their studies, their knowledge of smoking as a determinant of disease increases. Nevertheless, students from more advanced class levels smoke more than those of lower levels. **Objective:** Determine the prevalence of smoking and the attitude towards quitting in medical and engineering students, in their first and fourth years of studies at the University of Chile. **Material and method:** Cross sectional descriptive study. A self-administered survey was used, recording demographic

⁽¹⁾ Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Los Refugios 16.593. Lo Barnechea. Santiago. Chile. ja.degrazia@gmail.com.

⁽²⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

⁽³⁾ Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Clínica Las Condes. Chile.

variables, smoking behavior, and attitude towards quitting. **Results:** The sample consisted of 490 students (28.6% women). The prevalence of smoking was 18.6% (17.9% in women and 18.9% in men, $p=ns$). Among medical students, the prevalence of smoking was 21.4%; among engineering students it was 16.6% ($p<0.01$). In both areas the first year students had a similar rate (18.2% in medical students and 16.8% in engineering, $p=ns$). This rate was maintained in fourth year engineering students (16.3%), but increased significantly in fourth year medical students (24.3%). Medical students have a more dynamic attitude towards their smoking habit than engineering students. The pattern of tobacco behavior in women is potentially more harmful than in men. **Discussion:** Medical knowledge of the harmful effects of tobacco doesn't play a role in decreasing the rates of smoking. It is necessary to promote preventive activities related to the consumption of tobacco in medical schools.

Keywords: medical students, smoking, medical education.

INTRODUCCIÓN

Actualmente un tercio de la población mundial de 15 años o más es fumadora¹. El mayor determinante de problemas de salud pública es el aumento de la mortalidad y discapacidad asociada al tabaquismo. Se proyecta un aumento de las muertes asociadas al consumo de tabaco desde 3 millones registradas en 1990 a cerca de 8,4 millones en 2020, lo cual situará al tabaco como el mayor problema de salud pública mundial².

En Chile la tasa de tabaquismo según la Encuesta Nacional de Salud asciende a 42% (48% en hombres y 37% en mujeres); y en individuos entre 17 y 24 años es de 55% (61% en hombres y 47% en mujeres)³. Según el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, de Conace, la tasa de consumo de tabaco en el último mes es de 40,9% (43% en hombres y 39% en mujeres); en individuos entre 19 y 25 años es de 52%⁴. Se dispone de estudios realizados en estudiantes universitarios: la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de la Universidad de Concepción es de 44%⁵. En el caso de estudiantes de Medicina, no debe dejar de citarse el estudio pionero de prevalencia de tabaquismo, realizado por Cruz et al en 1985, que describe un valor cercano al 36%⁶; otro estudio más reciente en la Universidad de Valparaíso reporta una tasa de tabaquismo en estudiantes de Medicina de 23,6%⁷.

Los médicos, particularmente aquellos que trabajan en atención primaria, desempeñan un rol importante en educar a sus pacientes y

fomentar el cese del tabaquismo. La educación acerca de este hábito y de las enfermedades relacionadas con él resulta esencial en estudiantes de Medicina, con el objetivo de otorgarles los conocimientos necesarios para saber cómo realizar intervenciones en sus futuros pacientes fumadores.

Diversos estudios internacionales demuestran que a medida que los estudiantes de Medicina progresan en su carrera, el conocimiento que poseen del tabaquismo, como determinante de enfermedad, se incrementa. De manera sorprendente, este aumento de conocimiento no se asocia a menores tasas de tabaquismo, ya que los estudiantes de Medicina de cursos avanzados generalmente fuman más que aquellos de cursos iniciales⁸⁻¹¹.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de tabaquismo y la actitud de cambio frente al hábito tabáquico en estudiantes de Medicina e Ingeniería, de primer y cuarto año de la Universidad de Chile. Se escogieron estas dos carreras, a fin de comparar los resultados obtenidos en ambos grupos y determinar la importancia de la formación médica en la prevalencia de tabaquismo y en la actitud de cambio que tienen los fumadores frente al hábito tabáquico.

MATERIAL Y MÉTODO

Población

Estudio descriptivo-transversal, realizado en estudiantes de primer y cuarto año de las carreras de Medicina e Ingeniería de la Universidad de

Chile, cuya población comprende 1.471 estudiantes entre 17 y 24 años de edad. De este universo se seleccionó una muestra aleatoria, con selección proporcional por carrera, curso y sexo, de 490 estudiantes. El estudio fue llevado a cabo en septiembre de 2007.

Cuestionario

Se utilizó un cuestionario auto-administrado y anónimo, correspondiente a una adaptación del instrumento utilizado en el estudio Ricar de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular¹². Se registraron variables demográficas, conducta fumadora y actitud de cambio frente al hábito tabáquico. Las variables demográficas registradas fueron sexo, edad, carrera y curso del participante. En relación a la conducta fumadora, se utilizaron las definiciones establecidas por la OPS/OMS¹³, que permiten clasificar a los sujetos en 4 categorías: 1) no fumadores: sujetos que nunca han fumado o han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida; 2) fumadores diarios: sujetos que fuman uno o más cigarrillos al día; 3) fumadores ocasionales: sujetos que fuman menos de un cigarrillo al día; 4) ex fumadores: sujetos que dejaron de fumar. La prevalencia actual de tabaquismo corresponde a la suma de fumadores diarios y ocasionales, la prevalencia de vida de tabaquismo a la suma de prevalencia actual y ex fumadores. Respecto a la actitud de cambio frente al hábito tabáquico, se utilizó el Modelo de Etapas de Cambio (Prochaska y Diclemente)¹⁴⁻¹⁷, que contempla 6 etapas: 1) pre-contemplación: fumadores que aun no han empezado a pensar respecto al cambio, no tienen planificado cambiar su conducta; 2) contemplación: fumadores que están

conscientes de algunos beneficios del cambio de conducta, han estado reflexionando sobre realizar el cambio en los próximos 6 meses; 3) preparación: fumadores que han empezado a dar algunos pasos en la dirección del cambio, buscan información, planean realizarlo en los próximos 30 días; 4) acción: la persona inició el cambio y está abocada a mantenerlo. Este período dura aproximadamente 6 meses, tiempo estimado para considerar real y estable el cambio de conducta; 5) mantención: la persona cambió de conducta hace más de 6 meses y sus esfuerzos están dirigidos a adherirse a esta nueva conducta; 6) recaída: la persona logró por un período el cambio de conducta pero regresó a alguna etapa previa. El cuestionario fue aplicado al comienzo de una clase de asistencia obligatoria; se solicitó el consentimiento verbal antes de la aplicación.

Definición de patrón de conducta tabáquica

Con el objetivo de comprender cómo se comportan los sujetos fumadores en relación al hábito tabáquico, se realizó una caracterización de éste, que incluyó las variables prevalencia actual de tabaquismo, prevalencia de ex fumadores, etapas de cambio acción/mantención y etapa de cambio recaída. Utilizando este patrón de conducta tabáquica se realizaron comparaciones según sexo, carrera y curso.

Análisis estadístico

Se tabularon y analizaron los datos mediante el programa StatMost v 3.2 ®. Se aplicaron pruebas de hipótesis para comparar proporciones y determinar el grado de significación estadística de las relaciones observadas y se fijaron niveles de significación de la prueba en 0,05 (nivel de confianza de 95%).

Tabla 1. Caracterización según variables demográficas de la muestra de estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile. 2007.

	Número de estudiantes	Mujeres/Hombres (%)	Edad promedio (años)
1er año de Medicina	99	44,4 / 59,6	18,8 ± 1,1
4to año de Medicina	107	45,8 / 54,2	21,9 ± 0,9
1er año de Ingeniería	143	18,2 / 81,8	18,5 ± 0,7
4to año de Ingeniería	141	17,7 / 82,3	21,7 ± 1,1
Total	490	28,6 / 71,4	20,3 ± 1,8

Tabla 2. Conducta fumadora según carrera en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile. 2007.

	Prevalencia Actual de tabaquismo	Prevalencia de fumadores diarios	Prevalencia de fumadores ocasionales	Prevalencia de ex fumadores
Medicina	21,4%	10,2%	11,2%	9,2%
Ingeniería	16,6%	7,8%	8,8%	5,6%

RESULTADOS

De los 490 estudiantes encuestados, 99 (20,2%) correspondieron a alumnos de primer año de Medicina; 107 (21,8%) a alumnos de cuarto año de Medicina; 143 (29,2%) a alumnos de primer año de Ingeniería y 141 (28,8%) a alumnos de cuarto año de Ingeniería. El 28,6% de la muestra fueron mujeres; la presencia femenina en Medicina fue mayor que en Ingeniería (43,2% y 18,0% respectivamente). El promedio de edad de la muestra fue de 20,3 (DE 1,8) años: 20,5 años en mujeres y 20,1 años en hombres. Ambas muestras de primer año, al igual que ambas muestras de cuarto año fueron homogéneas respecto edad. La información de variables demográficas se resume en la Tabla 1.

Conducta fumadora

La prevalencia actual de tabaquismo fue 18,6%. La cifra en mujeres fue 17,9% y en hombres 18,9% (pns).

Según carrera, en Medicina la prevalencia actual de tabaquismo fue 21,4% y en Ingeniería 16,6% ($p < 0,01$) (tabla 2). La Figura 1 muestra la tendencia según curso: ambos primeros años presentaron una prevalencia actual de tabaquismo similar (18,2% en Medicina y 16,8% en Ingeniería, pns). Esta tasa se mantuvo en

alumnos de cuarto año de Ingeniería (16,3%), pero aumentó significativamente en alumnos de cuarto año de Medicina (24,3%).

Analizando por separado fumadores diarios y ocasionales, se observa que Medicina tuvo una mayor prevalencia que Ingeniería en ambos casos (fumadores diarios: 10,2% v/s 7,8%, $p < 0,01$; fumadores ocasionales: 11,2% v/s 8,8%, $p < 0,01$) (Tabla 2). Según curso (Figura 2), la cifra fue similar en ambos primeros años, tanto en fumadores diarios como en ocasionales. En fumadores diarios, la prevalencia ascendió a 9,2% en cuarto año de Ingeniería y a 14,0% en cuarto año de Medicina ($p < 0,001$). En fumadores ocasionales, la tendencia fue a disminuir la prevalencia a 7,1% en estudiantes de cuarto año de Ingeniería y a 10,3% en estudiantes de cuarto año de Medicina ($p < 0,01$). Los estudiantes de cuarto año de Medicina tuvieron en ambos casos (fumadores diarios y ocasionales) una prevalencia mayor que los estudiantes de cuarto año de Ingeniería.

La prevalencia de vida de tabaquismo (fumadores actuales + ex fumadores) en Medicina aumentó entre el primer y el cuarto año en cerca de 10 puntos porcentuales. En cambio, en Ingeniería esta prevalencia disminuyó cerca de 5 puntos porcentuales. En otras palabras,

Tabla 3. Etapa de cambio según carrera y curso en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile, 2007.

	1er año de Medicina	4to año de Medicina	1er año de Ingeniería	4to año de Ingeniería	Total
Pre-Contemplación	20,0%	10,5%	8,6%	14,3%	12,7%
Contemplación/Preparación	12,0%	44,7%	34,3%	60,7%	38,9%
Acción/Mantención	28,0%	31,6%	31,4%	17,9%	27,8%
Recaída	40,0%	13,2%	25,7%	7,1%	20,6%

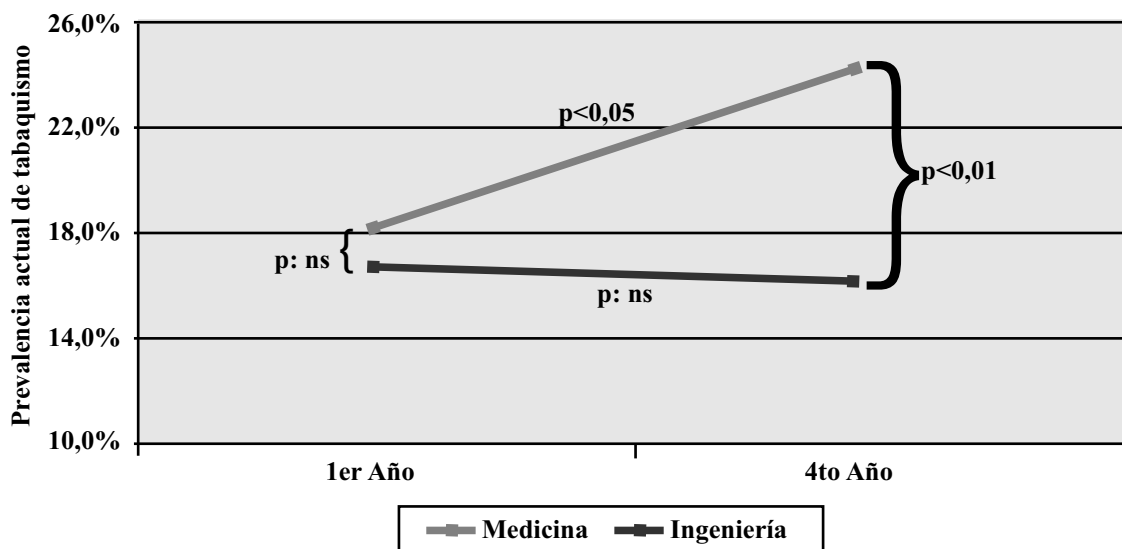


Figura 1. Prevalencia actual de tabaquismo según carrera y curso en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile, 2007.

en cuarto año de Medicina más de un tercio de los estudiantes ha estado expuesto al consumo de tabaco en algún momento de su vida, mientras que en cuarto año de Ingeniería sólo un quinto de los estudiantes ha fumado alguna vez.

Al analizar en detalle la prevalencia de vida de tabaquismo, se observa que en Medicina la prevalencia actual de tabaquismo tuvo una tendencia ascendente, aumentando desde primer a cuarto año (18,2% v/s 24,3%, $p < 0,05$).

Además, en esta carrera los estudiantes de cuarto año presentaron también la mayor cifra de ex fumadores (11,2%). Por otro lado, en Ingeniería la cifra de fumadores actuales se mantuvo constante entre el primer y cuarto año (16,8% v/s 16,3%, pns), y la tendencia de los ex fumadores fue decreciente entre estos 2 cursos (7,7% v/s 3,6%, $p < 0,0001$). Lo anterior demuestra que Medicina tiene un comportamiento más dinámico en relación a la conducta fumadora que Ingeniería, teniendo más individuos que se mueven entre las categorías de fumadores actuales y ex fumadores, a medida que avanzan los años de carrera. La información se resume en la Figura 3.

Actitud de cambio frente al hábito tabáquico

La distribución de la muestra según etapa de

cambio fue: pre-contemplación 12,7%, contemplación/preparación 38,9%, acción/mantenimiento 27,8% y recaída 20,6% (tabla 3).

Los estudiantes de cuarto año de Medicina tendieron a encontrarse en etapas de cambio más activas (acción y mantenimiento) que los estudiantes de primer año de la misma carrera. Por otro lado, los estudiantes de Ingeniería poseen una tendencia opuesta, encontrándose los alumnos de cuarto año en etapas de cambio más pasivas (pre-contemplación, contemplación y preparación) que los de primer año.

La etapa de recaída entre los estudiantes fumadores fue mayor en los primeros años de ambas carreras en comparación a sus respectivos cuartos años (Medicina: 40,0% v/s 13,2%, $p < 0,001$; Ingeniería: 25,7% v/s 7,1%, $p < 0,0001$). Además, la recaída fue más frecuente en Medicina que en Ingeniería (Tabla 3).

Patrón de conducta tabáquica. Comparación según sexo

Si bien la prevalencia de fumadores actuales en mujeres y hombres fue similar (17,9% v/s 18,9%, pns), ambos sexos poseen un patrón de conducta tabáquica diferente. El patrón femenino

es potencialmente menos dañino que el masculino: las mujeres tienden a ser con mayor frecuencia fumadoras ocasionales, poseen una mayor proporción de ex fumadoras y fumadoras en etapas de cambio de acción/mantención y presentan menor recaída que los hombres (Figura 4).

Comparación según carrera y curso

El patrón de conducta tabáquica de ambos primeros años no presenta diferencias en la prevalencia de fumadores actuales, presentando incluso la misma distribución según el tipo de fumador actual (diario/ocasional). Ambos primeros años tampoco difieren en la proporción de ex fumadores ni en la proporción de fumadores en etapas de cambio acción/mantención. La etapa de recaída es más prevalente en los estudiantes de primer año de Medicina que en los estudiantes de primer año de Ingeniería, hecho que también ocurre en cuarto año. En resumen, el patrón de conducta tabáquica de los primeros años es similar entre ambas carreras. Esto no ocurre al comparar los cuartos años, que presentan un patrón de conducta tabáquica diferente entre sí. Sólo la distribución según tipo de fumador actual (diario/ocasional) es similar. La información se resume en la Figura 5.

DISCUSIÓN

Determinar la prevalencia de tabaquismo y la actitud de cambio frente al hábito tabáquico en población universitaria resulta fundamental para realizar prevención a edades tempranas. Los fumadores jóvenes constituyen un grupo creciente, fumando cada vez en forma más precoz, por lo tanto hay que aplicar medidas para fomentar la abstención del tabaco en este grupo.

La prevalencia actual de tabaquismo en nuestro estudio fue 18,6%, valor significativamente menor que la tasa reportada para el mismo rango etario en la Encuesta Nacional de Salud y en el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, de Conace (55% y 52% respectivamente)³⁻⁴. Lo anterior resulta concordante con resultados descritos en la literatura extranjera¹¹, donde las cifras de tabaquismo en universitarios son también muy inferiores a las halladas en encuestas dirigidas a población general. Si comparamos nuestros resultados con los encontrados por otros autores nacionales en universitarios⁵, nuestras cifras resultan menores. En estudiantes de Medicina⁷ la prevalencia de tabaquismo resulta ser similar.

Las mujeres poseen un patrón de conducta

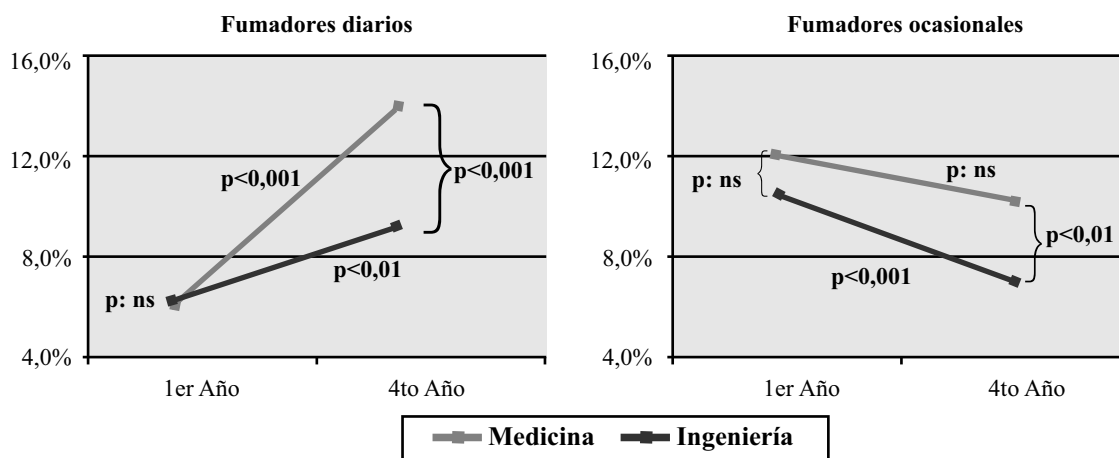


Figura 2. Prevalencia de fumadores diarios y ocasionales según carrera y curso en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile. 2007.

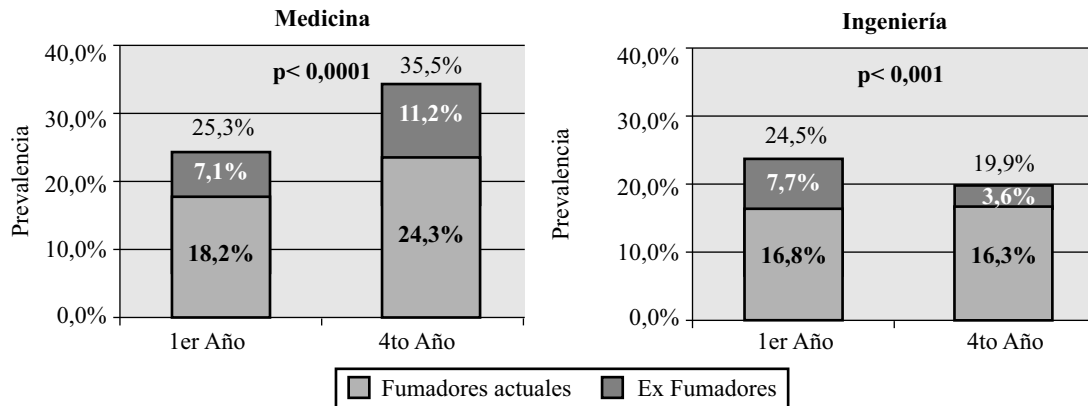


Figura 3. Prevalencia de vida de tabaquismo (fumadores actuales + ex fumadores) según carrera y curso en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile. 2007.

tabáquica potencialmente menos dañino que los hombres. A pesar de que la prevalencia de fumadores actuales en ambos sexos fue similar, las mujeres tienden a ser con mayor frecuencia fumadoras ocasionales, poseen una mayor proporción de ex fumadoras y fumadoras en etapas de cambio de acción/mantención y presentan menor recaída que los hombres.

Cabe destacar que los alumnos de Ingeniería y Medicina poseen características similares: se requiere un puntaje semejante en la Prueba de Selección Universitaria para la admisión en ambas facultades, ambas son carreras del área científica y ambas poseen una carga académica que puede ser homologable. Todo esto hace que los estudiantes de Ingeniería constituyan un grupo de referencia en relación al cual se puede comparar los resultados obtenidos en Medicina, considerándolos como una población control.

Al comparar los valores obtenidos en los primeros años, se observa una situación semejante respecto a la prevalencia actual de tabaquismo, incluso al analizar por separado los fumadores diarios y ocasionales. El patrón de conducta tabáquica de ambos primeros años es similar. Esto probablemente se explica por el breve lapso de estudios universitarios que llevan los estudiantes de primer año, haciendo que ambos grupos puedan ser considerados homologables.

Los estudiantes de cuarto año de Medicina

presentaron la mayor tasa de tabaquismo en nuestro estudio, siendo ésta significativamente mayor que la de los estudiantes de primer año de la misma carrera; esto no ocurre en Ingeniería. Cuarto año de Medicina presentó además una mayor cantidad de sujetos en etapa recaída que cuarto año de Ingeniería. Estos hallazgos sugieren que el conocimiento médico acerca de los efectos nocivos del tabaco no desempeña un rol en disminuir las tasas de tabaquismo. Lo anterior pone de manifiesto que la Facultad de Medicina no estaría ejerciendo una influencia positiva en disminuir la prevalencia del tabaquismo, sino más bien estaría determinando que los estudiantes de Medicina de cursos avanzados fumen más que aquellos de cursos iniciales. Estos hallazgos resultan compatibles con lo descrito en la literatura internacional⁸⁻¹¹. Para entender el porqué de estos hallazgos, se necesitarán nuevos estudios que permitan conocer las posibles causas (ejemplo: presencia de docentes fumadores, de un ambiente permisivo, etc.).

Medicina tiene un comportamiento más dinámico en relación a la conducta fumadora que Ingeniería, teniendo más individuos que se mueven entre las categorías de fumadores actuales y ex fumadores, a medida que avanzan los años de carrera. Dicho de otro modo, existen individuos iniciando el hábito tabáquico al mismo tiempo que otros individuos están dejando de fumar. Estos hallazgos ponen de manifiesto que en este grupo las estrategias de

prevención deben también dirigirse a los individuos no fumadores, para evitar que se inicien en el consumo de tabaco.

El modelo de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente resulta fundamental en el desarrollo de intervenciones de salud pública para la cesación del hábito tabáquico, pues utiliza la conducta y la intención del individuo para caracterizar su disposición a dejar de fumar¹⁴⁻¹⁷. Actualmente, muchas estrategias de intervención van dirigidas a la etapa de preparación. Sin embargo, la literatura internacional demuestra que la mayoría de los individuos se distribuyen en las etapas de pre-contemplación y contemplación, lo cual resulta en una disparidad entre el tipo de fumador y la intervención que en él se aplica¹⁴. Cifras nacionales muestran que la mayoría de los sujetos se encuentra en etapa de mantención¹⁷. Existe consenso en que sólo intervenciones apropiadas para cada etapa resultan eficaces en disminuir las tasas de tabaquismo en la población fumadora.

En nuestro estudio la mayoría de los sujetos está en las etapas contemplación/preparación. Además, los estudiantes de cuarto año de Medicina tienden a encontrarse en etapas de cambio más activas (acción y mantención) que

los estudiantes de primer año de la misma carrera. En otras palabras, los estudiantes de cuarto año de Medicina, pese a tener cifras más altas de tabaquismo, están más dispuestos a discontinuar el hábito tabáquico. Por otro lado, los estudiantes de Ingeniería poseen una tendencia opuesta, encontrándose los alumnos de cuarto año en etapas de cambio más pasivas (pre-contemplación, contemplación y preparación) que los de primer año.

En relación a las limitaciones de nuestro estudio, es importante señalar que por tratarse de la aplicación de un cuestionario auto-administrado, los participantes fueron voluntarios, lo que puede suponer la presencia de sesgo de selección. Además, el cuestionario utilizado corresponde a la adaptación de un instrumento preexistente, no habiéndose realizado un nuevo proceso de validación. Finalmente, la mayor limitante de nuestro estudio es que es de tipo transversal y no prospectivo. Resultaría interesante realizar un estudio prospectivo en estudiantes de Medicina chilenos, que permita evaluar la evolución de la prevalencia de tabaquismo a medida que éstos progresan en su carrera, para corroborar los hallazgos descritos en nuestro estudio.

Podemos concluir que la formación sobre

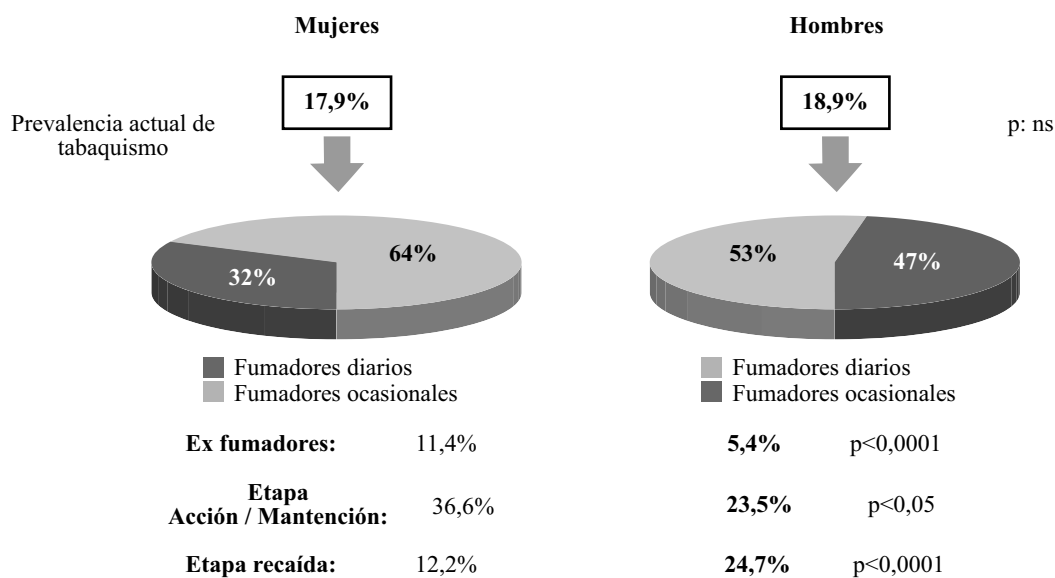


Figura 4. Patrón de conducta tabáquica según sexo en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile, 2007.

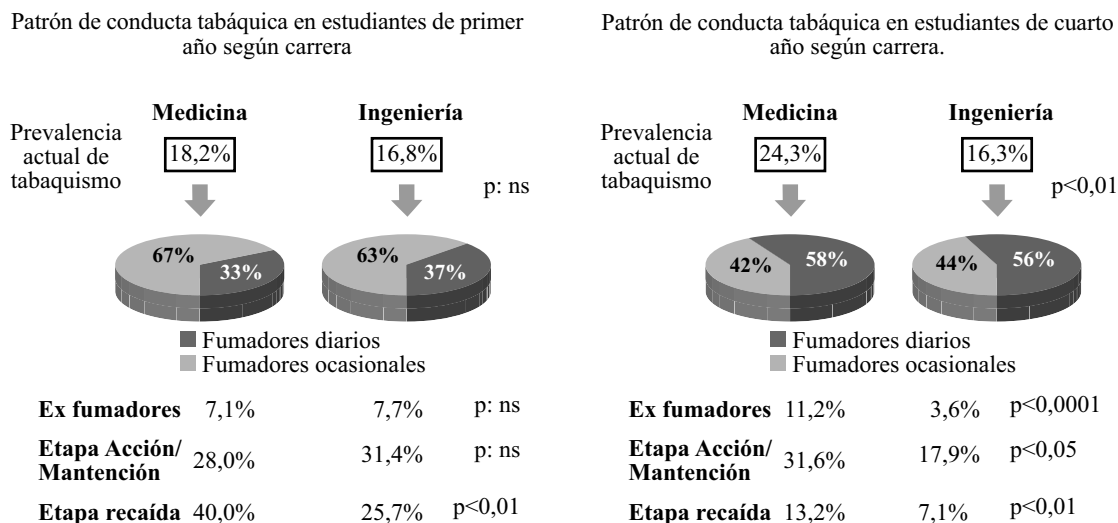


Figura 5. Patrón de conducta tabáquica según carrera y curso en estudiantes de primer y cuarto año de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile. 2007.

tabaquismo que reciben los estudiantes de Medicina no es adecuada. El mejor consejo que puede dar un médico es no fumar él. Este concepto no se transmite en la educación que la Facultad de Medicina aporta a los futuros médicos, sobre todo si éstos son fumadores. Coincidimos con otros autores⁸⁻¹¹ en señalar que la formación médica actual no logra disminuir el porcentaje de fumadores, sino más bien favorece que las tasas de tabaquismo en los estudiantes de Medicina se incrementen a medida que éstos progresan en sus años de carrera. Los conocimientos acerca de los efectos perjudiciales del tabaco tienen escaso impacto sobre la conducta de los estudiantes. Por ello, es adecuado incorporar durante el pregrado formación específica respecto al tabaquismo, asociado a programas de prevención del hábito. Resulta necesario potenciar en las facultades de Medicina las actividades formativas e informativas específicas en torno al consumo de tabaco y desarrollar todos los medios posibles para disminuir este problema de salud.

REFERENCIAS

1. COLLISHAW NE, LOPEZ AD. The tobacco epidemic: a global public health emergency. Tobacco Alert. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. MURRAY CJL, LOPEZ AD. Alternative projections

- of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-504.
3. MINISTERIO DE SALUD, Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2003.
4. MINISTERIO DEL INTERIOR, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Chile. Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. 2006.
5. SOTOMAYOR H, BEHN V, CRUZ P et al. Tabaquismo en académicos, no académicos y estudiantes de la Universidad de Concepción. Rev Med Chile 2000; 128(9): 977-84.
6. CRUZ E, LISBOA C, AGUIRRE C, PERTUZE J. Estudio longitudinal del hábito de fumar en estudiantes de la Universidad Católica - Característica del hábito en los ingresos de 1982 a 1984. Rev Med Chile 1985; 113: 1231-39.
7. MC COLL P, AMADOR M, AROS J, LASTRA A, PIZARRO C. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Rev Chil Pediatr 2002; 73(5): 478-82.
8. RICHMOND R. Teaching medical students about tobacco. Thorax 1999; 54: 70-78.
9. RICHMOND R, KEHOE L. Smoking behaviour and attitudes among Australian medical students. Med Educ 1997; 31: 169-76.
10. KNOPF A, WAKEFIELD J. Effect of medical education on smoking behaviour. Br J Prev Soc Med 1974; 28: 246-51.
11. NERÍN I, GUILLEN D, MAS A, CRUCELAEGUI A. Evaluación de la influencia que ejerce la Facultad de Medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. Arch Bronconeumol 2004; 40(8): 341-7.
12. KUNSTMANN S, LIRA MT, MOLINA JC, MERUANE J, GUARDA E, MARCHANT E ET AL.

- Riesgo de presentar un evento cardiovascular a 10 años en personas sanas: Proyecto RICAR. Rev Chil Cardiol 2004; 23(1):13-20.
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabáquica. 1996.
 14. VELLICER WF, FAVA JL, PROCHASKA JO, ABRAMS DB, EMMONS KM, PIERCE JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. Prev Med 1995; 24: 401-11.
 15. VELICER WF, ROSSI JS, PROCHASKA JO, DICLEMENTE CO. A criterion measurement model for health behavior change. Addictive Behaviors 1996; 21(5): 555-84.
 16. PROCHASKA JO, VELICER WF. The transtheoretical model of health behaviour change. Am J Health Promot 1997; 12(1): 38-48.
 17. LIRA MT, KUNSTMANN S, CABALLERO E, GUARDA E, VILLAROEL L, MOLINA JC. Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. Rev Med Chile 2006; 134: 223-30.

Recepción: 26 junio 2009
Aprobación: 3 septiembre 2009

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

Incidencia de los defectos del tubo neural en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima

CAROLINA TARQUI-MAMANI^(1,2), HERNÁN SANABRIA^(1,2), NELLY LAM^(3,4) y JUAN ARIAS⁽⁴⁾

RESUMEN

Objetivo: Determinar la tendencia de la tasa de incidencia hospitalaria de DTN y sus tipos durante el periodo de prefortificación (2001-2005) en el INMP. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de recién nacidos y sus madres entre 2001-2005. El universo muestral fue 93.863 RN, de los cuales 128 RN tuvieron DTN. El análisis univariado incluyó promedio, desviación estándar, determinación de frecuencias absolutas y relativas y la comparación entre los datos de DTN, según los diferentes años, se realizó mediante una prueba de Prais Winsten. Se calculó el IC 95% para la incidencia global y los tipos de DTN a través del Test de Poisson. **Resultados:** Los DTN fluctuaron entre 18 y 32 casos por año, correspondiendo una tasa hospitalaria global de 13,6 por 10 000 RN (IC 95%: 11,38;16,21) entre el 2000-2005. La incidencia de espina bifida fue 8,3 x 10 000 (IC 95%: 6,57;10,37), seguida de anencefalia con 5,1 x 10 000 (IC 95%: 3,77;6,78) y 0,2 x 10 000 (IC 95%: 0,03; 0,77) para encefalocele. Finalmente, la tendencia de DTN entre el 2001 al 2005 fue ascendente no significativa ($p=0,951$). **Conclusión:** El promedio de la TGI de DTN en el periodo 2001-2005 fue de 13,6 por 10,000 RN (IC: 11,38;16,21), siendo su tendencia ascendente no significativa. El mielomeningocele tuvo la más alta tasa de incidencia en relación a los otros tipos de DTN.

Palabras clave: tubo neural, malformación, ácido fólico, fortificación, incidencia.

ABSTRACT

INCIDENCE OF NEURAL TUBE DEFECTS IN THE NATIONAL MATERNAL-PERINATAL INSTITUTE OF LIMA

Objective: Determine the hospital incidence rate trends for neural tube defects (NTDs) and their types during the pre-fortification period (2001-2005) at the National Maternal-Perinatal Institute of Lima (INMP). **Material and method:** An observational, descriptive, retrospective, cross sectional study was carried out. Medical histories of newborns and their mothers between 2001-2005 were reviewed. The sampling universe was 93.863 newborns, of which 128 had NTDs. The univariate analysis included the average, standard deviation, and absolute and relevant frequency determination. The comparison between the data for different years was carried out through a Prais Winsten test. The CI of 95% for the global incidence and the types of NTD was calculated through the Poisson Test. **Results:** NTDs fluctuated between 18 and 32 cases per year, which corresponds to the global hospital rate of 13.6 per 10,000 newborns (CI 95%: 11.38;16.21) between 2000-2005. The incidence of spina bifida was 8.3 x 10,000 (CI 95%: 6.57;10.37), followed

(1) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. José María Plaza N° 458. Dpto. 304. Jesús María. Lima. Perú. carobtm@hotmail.com.

(2) Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Lima. Perú.

(3) Departamento de Gineco-obstetricia. Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

(4) Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Lima. Perú.

by anencephaly with $5.1 \times 10,000$ (CI 95%: 3.77;6.78) and $0.2 \times 10,000$ (CI 95%: 0.03; 0.77) for encephalocele. Finally, the tendency of NTDs between 2001 to 2005 showed a not significant increase ($p=0.951$). **Conclusion:** The average NTD global incidence rate in the period of 2001-2005 was 13.6 per 10,000 newborns (CI: 11.38;16.21), showing a not significant rising trend. Myelomeningocele had the highest incidence rate in relation to the other types of NTD.

Keywords: neural tube, malformation, folic acid, fortification, incidence.

INTRODUCCIÓN

Los defectos del tubo neural (DTN) en sus diferentes formas, anencefalia, espina bífida y encefalocele, se producen durante la embriogénesis temprana^{1,2} al no cerrarse el tubo neural durante el primer mes de embarazo. La espina bífida es el defecto que se produce en el 50% de los casos de DTN, la anencefalia en el 40% y el encefalocele en el 10%³. En ello incide la interacción de factores ambientales, nutricionales, genéticos y étnicos, también se reconocen factores causales desconocidos⁴. La anencefalia y el encefalocele son lesiones incompatibles con la vida, a diferencia de la espina bífida que es fatal, pero involucra un alto grado de deficiencia y discapacidad en las personas afectadas.

Las formas de DTN son: Espina bífida: es el DTN más frecuente³ y de mejor pronóstico de vida. Se reconocen 3 formas de espina bífida: oculta, meningocele y el mielomeningocele. Anencefalia: es el DTN más severo³ y es fatal, el recién nacido -RN- tiene un cerebro poco desarrollado y cráneo incompleto. Encefalocele: es el DTN más raro³, que resulta de una abertura anormal en el cráneo por la que el cerebro protruye. Suele acompañarse de otras deformidades del cráneo y de la cara y se manifiesta con hidrocefalia, cuadriplejía espástica, retardo en el desarrollo, problemas de visión, retardo mental y de crecimiento así como de convulsiones. La mayoría de RN no sobrevive o es muy retardado.

En relación a mortalidad, el 50% de los afectados por DTN fallece en el primer año de vida y los que sobreviven tienen discapacidades físicas y/o mentales que requieren de rehabilitación larga y costosa⁵. En México⁶, durante el periodo 1980-1997, se encontraron

5,8 por 10.000 nacidos vivos de tasa bruta de mortalidad por DTN, siendo la anencefalia el defecto más frecuente (37,7%), seguida de la espina bífida sin hidrocefalia (31,6%). Anencefalia y encefalocele son incompatibles con la vida.

La incidencia mundial de los DTN oscila entre 1 a 8 casos por cada 10 000 nacidos vivos (NV). Este defecto predomina en la raza caucásica y en poblaciones de niveles socioeconómicos bajos³. En el 2003 se notificaron 350.000 nuevos casos de DTN a nivel mundial. En América Latina existe escasa información al respecto, salvo el registro hospitalario sobre DTN del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (Eclamc). En 1995, el Eclamc dio a conocer las siguientes tasas de incidencia por 10.000 nacidos vivos: 7,6 para la anencefalia, 9,4 para la espina bífida y 1,6 para el encefalocele⁷. En 1989, en un solo hospital de Colombia se encontró una tasa general de DTN de 13 por 10.000 nacidos vivos⁸; en 1995, el Registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas (Ryvemce) de México notificó 16,4; 8,9 y 3,1 por 10.000 nacidos vivos para la anencefalia, espina bífida y encefalocele respectivamente⁸. En Chile, el registro de Eclamc que cubre el 7% de los nacimientos notificó una tasa de 17 por 10.000 nacidos vivos⁷, confirmado luego por su sistema hospitalario de vigilancia de nacimientos en 1999⁹. En Costa Rica, se ha reportado una tasa de 9,7 de DTN por 10.000 nacimientos en el año 2000¹⁰ en la etapa de prefortificación de la harina con ácido fólico.

Durante el embarazo las necesidades maternas de folatos aumentan debido a la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas durante la embriogénesis, velocidad de crecimiento y desarrollo fetal de los primeros meses de la

gestación¹¹. Las raciones dietéticas recomendadas de la National Academy of Sciences, Food and Nutrition Board, mencionan que la cantidad diaria de folatos que una mujer adulta necesita es de 200 µg/día, mientras que la gestante requiere 400 µg/día¹². Múltiples estudios han demostrado que si la mujer consume ácido fólico a dosis adecuadas durante el periodo periconcepcional, disminuye el riesgo de ocurrencia y recurrencia de hijos con DTN. En Chile, después de iniciada la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico en el año 2000, la tasa de DTN ha disminuido a 10 por 10.000 nacimientos⁹. En Costa Rica¹⁰ la tasa de DTN bajó a 6,3 por 10.000, por lo que se acepta que es posible disminuir los DTN entre un 50 y 70%.

Al reconocerse que el ácido fólico reduce la tasa de DTN, varios países emitieron normas legales fortificando la harina de trigo con ácido fólico y otros micronutrientes¹³⁻¹⁵. En el Perú se normó la fortificación de la harina de trigo mediante el Decreto Supremo 008-2005-SA aprobado por el Ministerio de Salud (Minsa). Esta norma estableció que toda la harina de trigo de producción nacional o importada debería estar fortificada a partir del 4 de agosto del 2005 de manera obligatoria según Ley N° 28.314. Esta ley dispuso la fortificación de la harina de trigo con hierro (55 mg/kg), niacina (48 mg/kg), ácido fólico (1.2 mg/kg), vitamina B1 (5 mg/kg), y B2 (4 mg/kg). Sin embargo, la referida ley y su correspondiente implementación no se basaron en estudios científicos¹⁶, es decir, estudios de línea de base que hubieran permitido cuantificar el impacto de la fortificación de la

harina de trigo. Basados en esta falta de información, en el Perú se propuso determinar la tasa de incidencia hospitalaria (TIH) de DTN y su tendencia durante el periodo prefortificación (2001-2005), así como describir algunas características sociodemográficas y de salud de la madre y del RN con DTN. El estudio se realizó en el INMP de Lima porque es el establecimiento de salud que atiende el mayor número de partos a nivel nacional, alrededor de 30 a 50 por día, aproximadamente 18.000 nacimientos por año; el INMP atiende además a gestantes de alto riesgo procedentes de todos los distritos de Lima y algunas de departamentos del interior.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal; la recolección de los datos se realizó durante el 2007 en el INMP previa autorización. Se incluyó al total de recién nacidos entre los años 2001 al 2005. El universo muestral estuvo constituido por 93.863 recién nacidos.

El punto de partida fue la identificación de todos los RN con diagnóstico de DTN en los registros o historias clínicas de los RN o madre durante el periodo de estudio. Se definió como caso de DTN a todo RN con la presencia de alguna forma de la malformación clasificada de acuerdo a su tipo: espina bífida, anencefalia y encefalocele, cuyo diagnóstico fue dado por el especialista que atendió al RN. La TIH de DTN se refiere a casos nuevos de RN con DTN entre el total de RN por 10.000. La tendencia se refiere

Tabla 1. Tasa de Incidencia DTN x 10 000 (2001- 2005). Estudio en el INMP de Lima, Perú.

DTN	FORMAS	TOTAL	TASAS	IC 95% (Poisson)
Espina bífida	Espina bífida	7	0,8	0,30 ; 1,54
	Mielomeningocele	69	7,4	5,72 ; 9,30
	Meningocele	2	0,2	0,03 ; 0,77
Espina		78	8,3	6,57 ; 10,37
Encefalocele		2	0,2	0,03 ; 0,77
Anencefalia		48	5,1	3,77 ; 6,78
Total		128	13,6	11,36 ; 16,21

a la evolución de la TIH de DTN.

Se utilizó una ficha de datos ad hoc en la que consignó la evaluación clínica del RN: edad al nacer, sexo, peso, apgar, diagnóstico clínico, fecha y hora de nacimiento, tipo de parto y control prenatal entre otros datos. Se observó algunas historias incompletas relativas al RN o la madre.

Los datos se ingresaron a una base de datos utilizando el software SPSS v. 13 y epidat 3.1 previo control de calidad. Se calculó promedios y su DE, intervalos de confianza al 95% de la tasa de incidencia de los DTN a través del test de Poisson, realizándose un análisis univariado, y la comparación entre las tasas de incidencia de DTN según los diferentes años se realizó mediante una prueba de Prais Winsten.

RESULTADOS

Se encontró 128 RN con DTN de madres cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 44 años de edad, siendo el promedio de 26,8 años y su DE de 6,7 años. El 89,1% (114/128), fue madres menores de 37 años; el 16,4 % (21/128) adolescentes y el 83,6% (107/128) adultas. Con respecto a los controles prenatales (CPN), sólo 121 gestantes tuvieron esta información registrada en la historia clínica; del total de gestantes con CPN, 62,2% tuvo cuatro a más controles prenatales (61/98) y 37,8% (37/98) tuvieron menos de cuatro CPN. De un total de 51 historias clínicas con información completa acerca del antecedente de hijos con algún DTN, ninguna tuvo DTN previo y sólo en una se reportó historia familiar de DTN.

El 44,3% RN con DTN nació de parto eutócico; su edad gestacional fluctuó entre 22 y 41 semanas, siendo la edad promedio 36,2 semanas y su DE +/- 4,0 semanas; el mayor porcentaje (66,9%) de los RN nacieron entre las 37 y 41 semanas; 54,7% fueron mujeres y el resto varones. El apgar al minuto varió entre 0 y 9 puntos; el apgar al minuto de 8 puntos fue el más frecuente y correspondió al 34,4% (42/122); el 47,5% (58/122) de los RN tuvieron un apgar igual o menor a 6 puntos. El apgar a los 5 minutos tuvo un rango entre 0 y 9 puntos;

el 68,1% (81/119) de los RN con DTN tuvieron un apgar a los 5 minutos de 6 ó más.

Los casos incidentes de DTN fluctuaron entre 18 y 32 en todo el período de estudio; en el año 2002 se tuvo el menor número de casos incidentes (18/128), mientras que el mayor número (32/128) se registró en el año 2003. El promedio de la tasa global de incidencia (TIG) hospitalaria de DTN en los años de estudio 2001-2005 fue de 13,6 por 10,000 RN (IC: 11,38;16,21). Se observa un pico a mitad de período que luego baja para mantenerse estable en los 2 últimos años de estudio 2004 y 2005; se observa también una diferencia de 2 puntos porcentuales entre la TIG de 11,7 x 10 000 del primer año y la TIG de 13,8 x 10 000 del último año de estudio. El análisis de la evolución de las tasas de incidencia de DTN a lo largo de los años 2001 al 2005 muestra una tendencia ascendente no significativa ($p= 0,951$). En la Tabla 1 se presentan las frecuencias anuales del total de casos incidentes de DTN y sus respectivas tasas de incidencia e IC al 95% y en la Figura 1 se aprecia con detalle la tendencia de la TIG de los 5 años estudiados.

La espina bífida fue el DTN predominante, alcanzando el 60,9% (78/128) de los DTN, seguido de la anencefalia con el 37,5% (48/128), mientras que el encefalocele se presentó en sólo el 1,5% (2/128). La forma de espina bífida más frecuente fue el mielomeningocele con 88,5% (69/78) y también con la más alta tasa de incidencia con 7,4 x 10 000 (IC: 5,72;9,30). En espina bífida, hubo 84,6% (66/78) casos de madres adultas y 15,4% (12/78) de madres adolescentes, mientras que para anencefalia, hubo 81,3% (39/48) adultas y 18,9% (10/53) adolescentes; los dos casos de encefalocele correspondieron a gestantes adultas.

DISCUSIÓN

Siendo uno de los objetivos de la ley de fortificación de la harina de trigo en el Perú prevenir los defectos del tubo neural, no deja de ser llamativa la falta de estudios de base necesarios como la incidencia de los DTN, los niveles de folatos en suero y en células en la

población peruana, particularmente en las gestantes. Esta desinformación antes de la promulgación de la referida ley fue comunicada en su oportunidad por Sanabria y Tarqui¹⁶.

Por otro lado, la TIG de DTN encontrada fue inferior al rango reportado en la Eclamp Chile y el resto de la Eclamp^{7,8} de 17,0 por 10.000 (IC:15,79;18,25) y de 14,9 por 10,000 (IC: 14,47;15,27), respectivamente. Las tasas de incidencia entre los resultados de este estudio y lo reportado en Chile presentan diferencias estadísticamente significativas a juzgar por los intervalos de confianza al 95%. Sin embargo, la tasa de DTN encontrada es mayor a la hallada en países europeos como España así como a la tasa estimada por la OMS a inicios de la década de los 80 de 10 por 10.000 nacidos vivos¹⁷.

Igualmente, nuestros hallazgos son mayores a lo encontrado en Costa Rica en la etapa prefortificación de 9,7 casos de DTN por 10.000 RN. Si comparamos las tasas de incidencia de DTN global (TIG) del año 2001 y la del año 2005, aparentemente habría una tendencia de la incidencia al incremento; sin embargo, al aplicar el test de Prais Winsten se verifica que no es significativa (0,951). Por otro lado, se observa un notable incremento en la tasa de incidencia de DTN en el año 2003, situación que podría explicarse por las siguientes razones: primero, el INMP empieza a restringir la atención de los embarazos de alto riesgo y se convierte en un centro de referencia no sólo de Lima sino también de provincias y, segundo, adquiere mayor importancia el Registro Informático Perinatal, por lo que se capacita y sensibiliza a los profesionales de la salud para que se consigne el tipo de malformación congénita en la historia clínica, evitándose el subregistro o los diagnósticos ambiguos de "malformaciones congénitas". Cabe precisar que el INMP atiende embarazos de alto riesgo que en su gran mayoría habitan en la zona urbana de Lima donde la dieta de la mujer embarazada puede jugar un rol importante -v.g. razones económicas- que a diferencia de los otros estudios de la Eclamp⁷, no se incluye hospitales de provincias. Otra razón para establecer diferencias entre nuestros hallazgos y la incidencia de DTN en otros países

podría ser una distribución diferente de polimorfismos de la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (Mthfr) en las poblaciones o etnias; se han descrito marcadores genéticos en la población chilena que podría significar la existencia de poblaciones con mayor riesgo de DTN¹⁸ por necesidad de mayor cantidad de folatos. Finalmente, otra razón para justificar diferencias entre las TIG de DTN puede ser la no inclusión de los mortinatos, de modo que registrar sólo los RN vivos puede significar dejar de detectar un número importante de DTN.

Antes de la fortificación en los Estados Unidos de Norteamérica se encontró una tasa de mielomeningocele de 4,4 a 4,6 casos por 10.000 nacidos vivos¹⁹. Esta cifra disminuyó hasta 3,2 casos por 10.000 nacidos en 1992²⁰ después de la fortificación. Estudios en México muchos años antes de la fortificación revelaron una incidencia de mielomeningocele de 12 x 10.000 RN²¹.

La tasa de incidencia de mielomeningocele (7,4 x 10.000 RN) es mayor comparado con los países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica y es menor si se compara con México. En general, en el Perú son escasas las estadísticas al respecto y sólo se encontró una publicación del Instituto de Salud del Niño que refiere una incidencia hospitalaria de 31 por 10.000 egresos hospitalarios al año²².

La anencefalia fue el tipo de DTN más frecuente después de la espina bífida y se caracteriza por la discusión que desencadena desde el punto de vista ético y legal²³. La tasa de anencefalia fue 5,1 x 10.000 nacidos vivos, cifra que es menor que la reportada en México (15,8 por 10.000 NV)²⁴ y la ECLAMP-Chile durante la etapa prefortificación 1969-1999 (7,16 por 10.000 (IC 95%: 6,37;7,98))⁷ y de la ECLAMP del resto de países (6,06 por 10 000 (IC:5,83;6,34)).

De acuerdo a los resultados, la anencefalia, la espina bífida y sus diversas formas tienen una menor tasa de incidencia en el INMP en comparación con los otros países de Latinoamérica en la etapa prefortificación. Los resultados son concordantes con lo referido a

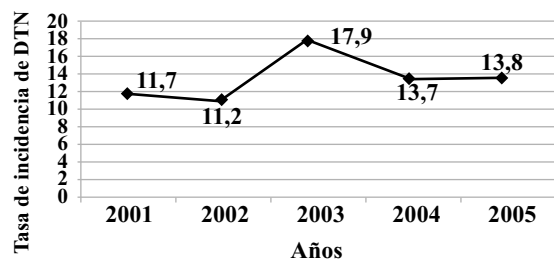


Figura 1. Tendencia de la incidencia de DTN x 10,000 (2001-2005) Estudio en el INMP de Lima, Perú.

inicios de la década de los 70s por Cook y col.²⁵. César Reynafarge observó cierta disminución del ácido fólico en todos los países excepto en el Perú y particularmente en las embarazadas; ellos trataron de explicar sus observaciones debido a una mayor ingesta de plátano por ser la fruta más barata, luego la lechuga y las espinacas que fueron los alimentos que más consumían en ese tiempo según la ENCA²⁶; pero la explicación más clara se le atribuyó a la carne de pescado sin cocinar (ceviche) que se caracteriza porque contiene una apreciable cantidad de ácido fólico antes de ser consumido, aparte del ácido folínico del limón con el que se prepara.

Vieira y Castillo²⁷ en un estudio de metanálisis, encontraron que el riesgo de presentar alguna malformación congénita se incrementa con la edad. Estos resultados pueden considerarse parcialmente discordantes con los hallazgos de nuestro estudio que encontró que el riesgo de anencefalia y espina bífida fue mayor en gestantes mayores a 40 años - espina bífida también frecuente en adolescentes menores de 20 años-. Es importante puntualizar que los DTN fueron más frecuentes en los RN mujeres que en los hombres; siendo éstos resultados coincidentes con lo encontrado por Rodríguez y Col en México²⁸ con 56,3% mujeres y 43,8% hombres²⁸, así como por Xiao y Col²⁹ quienes también encontraron que las niñas eran las más afectadas con DTN.

Dado que los DTN tienen una de las tasas de incidencia más elevadas de todas las malformaciones congénitas, el enfoque preventivo con ácido fólico en las gestantes es de carácter normativo. Las mujeres necesitan

consumir ácido fólico un mes antes de embarazarse y durante las primeras semanas de desarrollo del feto. Si la mujer tiene suficiente ácido fólico en el cuerpo antes del embarazo, podrá prevenir los DTN. Sólo de esta manera la suplementación periconcepcional con ácido fólico reducirá en 72% la incidencia de DTN con lo que quedará una vez más demostrado su impacto; al respecto, una revisión de la Biblioteca Cochrane³⁰ encontró en 4 estudios aleatorizados un riesgo relativo 0,28 (IC: 0,13; 0,58) protector del ácido fólico en relación a los DTN.

Finalmente, se hace imperativo conocer la TIG de DTN y sus tipos durante los siguientes años post fortificación para demostrar el verdadero impacto de haber fortificado la harina de trigo con ácido fólico y otros micronutrientes en el Perú. Se espera una reducción de la tendencia de la TIG de DTN en el primer quinquenio postfortificación al compararlo con el último quinquenio prefortificación. Se requiere mayor investigación en esta área de la epidemiología nutricional en el Perú y sus regiones.

CONCLUSIONES

- El promedio de la TGI de DTN en el período 2001-2005 previo a la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico fue 13,6 por 10,000 RN (IC: 11,38;16,21).
- La tendencia de la incidencia de DTN en el INMP antes de la fortificación de la harina con ácido fólico fue ascendente pero no significativa.
- El mielomenigocele tuvo la más alta tasa de incidencia en relación a los otros tipos de DTN.

RECOMENDACIONES

- Promover la utilización de alimentos en base a la harina fortificada con ácido fólico así como el uso diario de suplementos de ácido fólico³¹ en todas las mujeres en edad fértil y con mayor razón si planifica un embarazo.
- El Estado Peruano debe hacer una evaluación

del impacto de la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico y otros micronutrientes.

Estudio presentado en la XXVII Jornadas Chilenas de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de Chile. Santiago, Chile, 1 y 2 de octubre 2008.

REFERENCIAS

1. WALSS RR, REYES GA, ACOSTA CA, MURRA RJ, RODRÍGUEZ RE. Epidemiología de los defectos congénitos del tubo neural en la ciudad de Toncón Coahuila. *Rev Mex IMSS* 1990; 28:265-8.
2. GODFREY P, OAKLEY JR. Frequency of human congenital malformation. *Clin Perinatol* 1986; 13(3):545-54.
3. ABRAMSKY L, BOTTING B, CHAPPLE J, STONE D. Has advice on periconcepcional folate supplementation reduced neural tube defect. *Lancet*. 1999; 354: 998-9.
4. SEVER LE. Epidemiological aspects of neural tube defects. In: Crandall BF and Brazier MAB (eds): "Prevention of Neural Tube Defects" London: Academic Press, 1978, pp 75-89.
5. BERRY RJ, LI Z, ERICKSON JD, LI S, MOORE CA, WANG H, MULINARE J, ZHAO P, WONG LY, GINDLER J, HONG SX, CORREAA. Prevention of neural tube defects with folic acid in China (China-U.S. Collaborative Project for Neural Tube Defects) *N. Engl. J. Med.* 1999;341:1485-90.
6. RAMÍREZ-ESPITIA JA, BENAVIDES FG, LACASAÑA-NAVARRO M, MARTÍNEZ JM, GARCÍA AM, BENACH J. Mortalidad por defectos del tubo neural en México, 1980-1997. *Salud Publica Mex* 2003;45:356-364.
7. NAZER J, LÓPEZ CAMELO J, CASTILLA EE. Estudio de 30 años de vigilancia epidemiológica de defectos de tubo neural en Chile y en Latino América. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 531-9.
8. Cortes F, MELLADO C, HERTRAMPF E, ET ISAZA C, MARTINA D, ESTUPIÑÁN J, et al. Prevalencia de malformaciones congénitas diagnosticadas en las primeras 24 horas de vida. *Colombia Médica* 1989; 20 (4): 108 -112.
9. CORTÉS F, MELLADO C, HERTRAMPF E; et al. Frecuencia de los defectos de cierre del tubo neural en las maternidades públicas de Santiago durante el año 1999. *Rev Med Chil* 2001 Mar; 129(3):277-84.
10. INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD (INCIENSA). Prevalencia de enfermedades congénitas por provincia y cantón. Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC). Costa Rica: INCIENSA, 1987-2000.
11. LOCKSMITH GJ, DUFF P. Preventing neural tube defects: The importance of periconcepcional folic acid supplements. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 91: 1027-33.
12. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Recommended dietary allowances / Subcommittee on the Tenth Edition of the RDAs, Food and Nutrition Board, Commission on Life Sciences, National Research Council. Washington, DC: National Academy Press; 1989.
13. INTERNATIONAL CENTRE FOR BIRTH DEFECTS. Congenital malformations worldwide: A report from the International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Amsterda. Edit. Elsevier, 1991. p. 41-51.
14. HERTRAMPF E, CORTES F. Folic Acid fortification of wheat flour: Chile. *Nutr. Rev.* 2004 Jun;62(6 PT2):S44-8.L
15. MEDICAL RESEARCH COUNCIL VITAMIN STUDY RESEARCH GROUP. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991;338:131-137.
16. SANABRIA H, TARQUI C. Fundamentos para la fortificación de la harina de trigo con micronutrientes en el Perú. *An. Fac. Med.* 2007, 68(2):185-192.
17. SANCHOS-CALVO A, MARTÍNEZ-FRÍAS ML. Estudio clínico epidemiológico de los defectos del tubo neural clasificados por los cinco puntos del mismo. *An Esp Pediatr* 2001;54:165-73.
18. NITSCHKE F., ALLIENDE A., SANTOS L. et al. Frecuencia del polimorfismo C677T de la 5, 10-metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) en mujeres chilenas madres de afectados con espina bífida y en controles normales. *Rev. méd. Chile*, dic. 2003, vol.131, no.12, p.1399-1404. ISSN 0034-9887.
19. LARY JM, Edmonds LD. Prevalence of spina bifida at birth: United States, 1983 - 1990: a comparison of two surveillance systems. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1996;45:15-26.
20. SHURTLEFT DB, LEMIRE RJ. Epidemiology, etiologic, factors, and prenatal diagnosis of open spinal dysrafism. In: Pang D (Ed): *Spinal dysraphism*. *Neurosurg Clin North Am.* 1995;6(2):183-193.
21. CANÚN-SERRANO S, ZAFRA-DE LA ROSA G. Detección de malformaciones congénitas externas. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1984; 41: 21.
22. OSORIO F. Mielomeningocele e incidencia de hidrocefalia dependiente de derivaciones de LCR en niños peruanos. Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Neurocirugía. Facultad de Medicina de San Fernando, Unidad de Postgrado, UNMSM. 2001.
23. DINIZ D. Aborto y no viabilidad fetal: debate en Brasil. *Cad. Saúde Pub.* Marzo - Abril 2005; 634-639.
24. JIMÉNEZ-BALDERAS E, SALAMANCA-GÓMEZ F, MARTÍNEZ-APAC S, BRACHO-SOLÍS M. Estudio de malformaciones congénitas en 105 825 nacimientos consecutivos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1985;42:744-748.
25. COOK JD, GUTNISKY A, JAMBRA M, LABARDINI MI, LAYRISSE M, LINARES J. ET

- AL. Nutricional deficiency and anemia in Latin America, a collaborative study. *Blood* 1971; 38:591-603.
26. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. Ministerio de Alimentación. Dirección General de Informática y Estadística. Encuesta de Consumo de Alimentos (ENCA). Lima, Perú 1976.
27. VIEIRA A, CASTILLO S. Edad materna y defectos del tubo neural: evidencia para un efecto mayor en espina bífida que anencefalia. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 62-70.
28. RODRÍGUEZ G, URBINAA, MUÑO M, PIMENTEL L, RIPOL U. Prevalencia de defectos del tubo neural en el sur de Veracruz. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex.* 55 (5), Mayo 1998. 257-261.
29. XIAO KZ. Epidemiology of neural tube defects in China. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih* 1989; 69(4):189-191.
30. KRAMER MS. Nutritional Advice in Pregnancy [Base de datos en Internet]. England: Cochrane Database Syst Rev, 1996 [citado 15 de agosto 2008]. Disponible en: http://web.squ.edu.med-lib/MED_CD/E_CDs/health%20development/html/clients/cochrane/ab000149.htm
31. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects [Base de datos en Internet]. England: Cochrane Database Syst Rev 2001 [citado 20 de julio 2008]. Disponible en: http://web.squ.edu.med-lib/MED_CD/E_CDs/health%20development/html/clients/cochrane/ab001056.htm

Recepción: 19 abril 2009
Aprobación: 3 septiembre 2009

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

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México

MA. GUADALUPE RUELAS GONZÁLEZ⁽¹⁾ y V. NELLY SALGADO DE ZINDER⁽¹⁾

RESUMEN

Objetivo: Identificar algunos factores sociodemográficos, de salud física y mental, apoyo social y de utilización de servicios de salud asociados con el auto-reporte de maltrato en una muestra de hombres y mujeres adultos mayores viviendo en colonias urbano-marginales de cuatro municipios de México. **Método:** Se llevó a cabo un estudio transversal entre junio del 2004 y agosto del 2005 con una muestra propositiva de 799 adultos mayores que residían en colonias urbanas, identificadas como de "muy alta" y "alta marginación" en los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. Un cuestionario dirigido a los adultos mayores fue utilizado para explorar tanto la variable dependiente (auto-reporte de maltrato) como las variables asociadas: características sociodemográficas, estado de salud física y mental, apoyo social y familiar y utilización de servicios de salud. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas no paramétricas así como un modelo multivariado de regresión logística. **Resultados:** En esta muestra de ancianos, el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron haber sido maltratados como consecuencia de problemas familiares. Los resultados sugieren que los factores que se relacionan con el maltrato en los adultos mayores incluidos en este estudio son: sexo femenino (RM=3.73;IC=1.76-4.24), edad de 60 a 69 años (RM=1.61;IC=1.06-2.42), ser divorciado o separado (RM=2.28;IC=1.32-3.96), padecer un mayor número de enfermedades (RM=1.07;IC=1.01-1.17), presentar lesiones evidentes a la observación (RM=2.89;IC=1.01-3.58), presentar sintomatología depresiva (RM=1.68;IC=1.04-2.72), y no contar con apoyo familiar adecuado (RM=2.91;IC=1.86-4.55). **Conclusión:** Los sistemas de salud enfrentan un reto importante en el maltrato del adulto mayor debido, por un lado, al rápido aumento de este grupo poblacional y, por otro, a las carencias de recursos materiales y de recursos humanos especializados. El maltrato hacia los ancianos puede verse exacerbado por el aumento de la violencia social y los cambios en la estructura familiar y roles de género tradicionales. Enfrentar adecuadamente este problema requiere de una atención integral a las necesidades de los adultos mayores, con la participación de todos los sectores de la sociedad, profundizando en su conocimiento, sensibilizando a la sociedad y desarrollando estructuras que permitan la prestación oportuna y eficiente de servicios de salud.

Palabras clave: maltrato adultos mayores, poblaciones vulnerables, Mexico.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-REPORTING OF ABUSE IN SENIORS CITIZENS IN MEXICO

Objective: Identify some sociodemographic factors, in physical and mental health, social support and utilization of health services, associated with the self-reporting of abuse in a sample of male and female senior citizens living in urban, marginalized settlements in four municipalities

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655. Colonia Santa Maria Ahuacatitlán. Cuernavaca. Mor. CP 62508. México. nsnyder@insp.mx.

of Mexico. **Method:** A cross sectional study was carried out between June of 2004 and August of 2005, with a purposive sample of 799 seniors who live in urban settlements identified as having "very high" or "high marginalization," in the municipalities of Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara and Culiacán. A survey directed at seniors was used to explore the dependent variable (self-reporting of abuse) as well as the associated variables: sociodemographic characteristics, state of physical and mental health, social and family support and utilization of health services. For the statistical analysis non-parametric tests were used as well as a multivariate logistic regression model. **Results:** In this sample of seniors, 23% of the women and 9% of the men reported having been abused as a consequence of family problems. The factors included in this study that are related to abuse of seniors are: female gender (OR=3.73; CI=1.76-4.24), age of 60 to 69 (OR=1.61; CI=1.06-2.42), being divorced or separated (OR=2.28; CI=1.32-3.96), suffering from a higher number of diseases (OR=1.07; CI=1.01-1.17), presenting evident, observable injuries, (OR=2.89; CI=1.01-3.58), presenting depressive symptoms (OR=1.68; CI=1.04-2.72), and not having adequate family support (OR=2.91; CI=1.86-4.55). **Conclusion:** Health systems face an important challenge in abuse of seniors which is due, on one hand, to the rapid increase of this population, and on the other, a lack of material and specialized human resources. Abuse towards seniors can be exacerbated by the increase in social violence and changes in family structure and traditional gender roles. Confronting this problem adequately requires providing comprehensive care tailored to the needs of seniors, the participation of all sectors of society, strengthening current knowledge, sensitizing society to this issue, and developing structures that permit the timely and efficient provision of health services.

Keywords: abuse in seniors citizens, marginalized settlements, Mexico.

INTRODUCCIÓN

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha reportado que la exclusión social hacia los ancianos es una práctica que se observa en casi todos los países del mundo, destacando la invisibilidad social de este grupo, la distribución inequitativa de bienes y servicios, y el maltrato sobretodo en aquellos ancianos que viven en pobreza¹.

En la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores² se definió al maltrato como "la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana"³. En cualquiera de los escenarios, es necesario destacar que el anciano maltratado es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida. El maltrato es una manifestación de la violencia social y familiar que afecta a miles de individuos en el mundo³.

La violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo por las graves consecuencias que tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades, los países, asimismo por las consecuencias en los servicios de salud al afectar los costos por los servicios⁴. Por ejemplo, en 1997 el costo de los gastos de asistencia sanitaria derivados de la violencia fue de 1.3% del Producto Interno Bruto en México^{5,6}.

Entre los principales obstáculos del sistema de salud para dimensionar y enfrentar el problema del maltrato se encuentra el desconocimiento de la verdadera magnitud del problema debido, en gran parte, a la ausencia de denuncias de este tipo de delitos². Algunos estudios realizados en el ámbito internacional^{7,8} indican que entre los factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación, se encuentran el deficiente estado de salud de los ancianos, la depresión y la edad avanzada; así como vivir en condiciones de pobreza, carecer de apoyo familiar, el aislamiento social y la complicada relación de interdependencia y vinculación emocional de la persona maltratada y su agresor⁹. Otros factores

agravantes son el arraigo cultural de las premisas sociales que "normalizan" la violencia familiar, la percepción de que este problema es de índole privada y las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva hablar de este problema en público, los cuales tienen un papel subyacente importante. Cabe hacer mención que la mayor parte de los casos de maltrato en el anciano tiene lugar en el seno familiar^{9,10}.

Las escasas encuestas de base poblacional realizadas en otros países, indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar^{10,11,12} aunque se calcula que solamente uno de cada cinco casos se denuncia a las autoridades. Por otra parte, estudios realizados en Canadá, el Reino Unido, España, Estados Unidos¹³, Colombia¹⁴ y Chile¹⁵, así como reportes de la OMS¹⁶, indican que el maltrato en el adulto mayor es un problema prevalente y creciente en todo el mundo. Por ejemplo, en una reciente revisión sistemática de la literatura internacional sobre el tema¹⁷ se informa que el rango de maltrato (psicológico, verbal, físico y negligencia) reportado en estudios poblacionales es muy amplio, de 3.2% a 27.5%, lo cual posiblemente refleja variaciones culturales de abuso, así como problemas conceptuales y metodológicos en torno a la medición de abuso, maltrato y negligencia. Sin embargo, los autores concluyen que estas cifras subestiman la tasa real de conductas violentas hacia los ancianos, ya que este grupo poblacional generalmente es renuente a hacer este tipo de reportes. Por otro lado, en el mismo documento se estima que los miembros de la familia que cuidan a los ancianos, reportaron haberlos maltratado con rangos de entre 5% a 55%. Nuevamente, los autores proponen que este es un subregistro de conductas violentas.

En México la encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999¹⁸, registró que el 18.6% de la población de 60 años y más vivía en hogares donde se presentaban actos violentos. Por su parte el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, en el año 2001 reportó que en ese año, se presentaron 9 mil denuncias por violación a los derechos humanos en ancianos y para el año 2002 esta cifra ascendió a 18 mil⁵.

El sector salud está frecuentemente en la

primera línea de contacto con las víctimas de la violencia, además de que puede ayudar a las personas expuestas a riesgos³. Con el fin de proporcionar un posible perfil del adulto mayor maltratado en México para la detección y desarrollo de programas de prevención e intervención, así como para el diseño e implementación de políticas en el sistema de cuidados a la salud, es importante analizar las características de la población añosa a partir del auto-reporte de maltrato. La hipótesis que guió este trabajo fue que las características sociodemográficas, las condiciones y el deterioro físico y mental del adulto mayor, así como la no utilización de servicios de salud se encontraban relacionadas con la experiencia de maltrato en adultos mayores.

El objetivo de la presente investigación fue identificar algunos factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil e ingresos económicos); de salud (multimorbilidad, lesiones, sintomatología depresiva y consumo de alcohol); de apoyo social (familiar y de personas que no vivan con el adulto mayor); y, de servicios de salud (uso de los servicios de urgencias y de instituciones) que se asocian con el maltrato -a partir del auto-reporte- en adultos mayores que vivían en colonias urbano marginales en cuatro estados de la República Mexicana.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en la República Mexicana, entre junio del 2004 y agosto del 2005, con adultos mayores (60 años y más) que residían en colonias marginadas de los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán.

El muestreo fue no probabilístico y en cada uno de los cuatro municipios se fijó una cuota de 100 hombres y 100 mujeres, a los cuales se les administró un cuestionario diseñado especialmente para este estudio. Los participantes fueron reclutados usando listados de los dirigentes de las colonias, centros de salud, iglesias y referencias comunales. Las colonias en donde se trabajó habían sido identificadas por las autoridades municipales respectivas y por el

Tabla 1. Características de adultos mayores de acuerdo a reporte de maltrato.

VARIABLES	NO MALTRATADOS		MALTRATADOS		P
	n =669	(%)	n=130	(%)	
Sexo					
Hombre	357	53,36	37	28,46	0,000
Mujer	312	46,64	93	71,54	
Edad					
60 – 69	362	54,11	85	65,00	0,006
70 – 79	214	32,00	39	30,00	
>80	93	14,00	6	5,00	
Años de escuela cursados *	Media 1,85	DE 5,48	Media 18,9	DE 2,97	0,548
Estado civil					
Tiene compañero (a)	384	57,40	63	48,46	0,007
No tiene compañero (a)	285	42,60	67	51,54	
Hijos					
Sí	629	94,02	124	95,38	0,541
Con quien vive					
Esposa únicamente	140	20,93	19	14,62	0,298
Hijos únicamente	146	21,82	30	23,08	
Esposa e Hijos	135	20,18	25	19,23	
Familia y otros	169	25,26	37	23,46	
Solo	79	11,81	19	14,62	
Trabaja					
Sí	263	39,31	49	37,69	0,797
Recibe apoyo económico					
No	370	55,31	70	53,85	0,759
Núm. enfermedades*	Media 3,82	DE 2,64	Media 4,73	DE 2,81	0,000
Núm. lesiones*	Media 0,42	DE 0,63	Media 0,63	DE 0,80	0,000
Lesiones evidentes a la observación					
Sí	51	7,62	20	15,38	0,000
Presenta sintomatología depresiva					
Sí	99	14,80	44	33,85	0,000
Consumo de alcohol					
No consumo	447	66,82	96	73,85	0,230
1-2 copas por ocasión	163	24,36	27	20,77	
≥ 3 copas por ocasión	59	8,82	7	5,38	
Apoyo familiar					
Inadecuado	110	16,44	53	40,77	0,000
Apoyo instrumental social					
Adecuado	320	47,83	82	63,08	0,001
Apoyo emocional social					
Adecuado	196	29,30	63	48,46	0,000
Cuidador de otro					
Sí	217	32,44	58	44,62	0,007
Nº. hrs. al día solo*	Media 5,08	DE 6,79	Media 6,97	DE 7,43	0,001
Acudió a servicio de urgencias					
Sí	148	22,12	34	26,15	0,553
Derechohabiente					
No	376	56,20	75	57,69	0,551
Tipo de SS al que acude					
IMSS	177	26,46	31	23,85	0,856
Centro de Salud	100	14,95	23	17,69	
Médico Particular	165	24,66	27	20,77	
Diversos servicios†	227	33,93	49	37,69	

* Variables continuas, Prueba de Man Withney.

† IMSS, centros de salud, médico particular, farmacias, dispensarios, entre otros.

Fuente: Encuesta efectuada de junio del 2004 – agosto 2005 para el proyecto de investigación "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana".

Consejo Estatal de Población (Coespo) como de "muy alta" y "alta" marginación, con base en los criterios de marginación establecidos por Consejo Nacional de Población (Conapo)¹⁹. Se excluyeron a los ancianos que vivieran en casas de reposo o asilos, presentaran deterioro cognitivo de leve a severo y/o problemas de hipoacusia y trastornos del lenguaje, para lo cual, antes de la administración de la encuesta se aplicó una versión breve -modificada por las investigadoras- del mini-mental-test de Folstein²⁰.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Además, durante el contacto inicial con los participantes, se les explicó el objetivo del estudio, asegurándoles confidencialidad y anonimato en sus respuestas; también se les pidió su consentimiento informado por escrito.

El cuestionario, previamente probado, fue administrado por encuestadores con una escolaridad mínima de licenciatura, quienes fueron capacitados en un curso de 40 hrs. sobre el manejo y aplicación del instrumento, el cual incorporó un total de 11 secciones. Para el propósito de este trabajo las secciones que se incluyeron en el análisis fueron: 1) Datos sociodemográficos; se incluyó el sexo, edad (60-69, 70-79, >80 años), educación, estado civil, presencia de hijos, con quien vive, actividad laboral e ingresos de diversas fuentes. 2) La situación actual de salud se evaluó preguntando el tipo y número de enfermedades que habían padecido en el último año y si en el mismo período habían tenido alguna lesión (herida, contusión, quemadura, luxación, fractura, otros). Las lesiones fueron caracterizadas por tipo y región anatómica afectada y lugar en donde ocurrió la lesión, así mismo fueron clasificadas por causa externa y codificadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Por otra parte, si el anciano mostraba lesiones evidentes a la observación del encuestador, éstas fueron anotadas en un formato anexo al cuestionario, al momento de la entrevista. 3) La sintomatología depresiva se evaluó a través de la Escala de Depresión CES-D (Radloff, 1977)²¹, que en esta muestra obtuvo un Alpha de

0.86. Se tomó como punto de corte la media más una desviación estándar, de acuerdo a estudios previos²², para considerar un posible caso de depresión. Se midió también el uso de alcohol a través de frecuencia, cantidad y tipo de bebida. 4) Se evaluaron dos tipos de apoyo el social y el familiar. Para el primero se preguntó si contaba con alguna persona, que no vivieran con ellos, que les brindara apoyo instrumental (facilitando las tareas cotidianas) y emocional (con quien hablar, que les generara sentimientos de bienestar afectivo). Se preguntó también el número de horas al día que estaba solo y si el anciano era cuidador de otra persona. El apoyo familiar se evaluó mediante una escala de 13 reactivos²³ -ejemplo: ¿Qué tanto se ocupan realmente de usted sus familiares?- que se respondían en una escala Likert de cuatro puntos (siempre/mucho=1; a nunca/nada=4 y se tomó como punto de corte la media más una desviación estándar para considerar que el apoyo familiar no era "adecuado". La escala de apoyo familiar obtuvo un Alpha de 0.88. 5) Se indagó si habían acudido a algún servicio de urgencias el último año, si eran derechohabientes y el tipo de servicios al que acudían cuando necesitaban atención médica. 6) Por último, se preguntó a los ancianos "alguna vez ha sido maltratado (a) como consecuencia de algún conflicto familiar". Esta constituyó la variable dependiente, el ponderado final quedó (0) para aquellos que no reportaron haber sido maltratados y (1) para los que si reportaron haber sido maltratados.

Análisis de datos

Se realizó un análisis exploratorio de cada una de las variables con la finalidad de evaluar la calidad de la información y describir a la población de estudio. Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. En el caso de las variables categóricas, se obtuvieron las frecuencias para cada categoría, así como el porcentaje correspondiente. En el análisis bivariado para explorar la relación entre maltratados y no maltratados, se utilizaron la prueba de Ji cuadrada y la prueba Man Withney, dada la distribución de la población. Igualmente se empleó la regresión logística binaria simple y

se calcularon razones de momios (RM).

Se ajustó un modelo multivariado de regresión logística binaria con el propósito de obtener las mejores variables asociadas a las lesiones en los adultos mayores. La fuerza de asociación en el modelo fue expresado como razones de momios con intervalos de confianza al 95% (IC 95%), reportándose igualmente los valores de p. En el modelo multivariado final, se incluyeron las variables que en el análisis bivariado tuvieron un valor de < 0.25 . Se realizó el análisis del factor de inflación de la varianza (VIF) con el propósito de evaluar la multicolinealidad entre las variables independientes. Se probaron interacciones y permanecieron en el modelo si su valor de p fue menor a 0.15. La prueba de error de especificación (linktest) fue usada para probar el supuesto que asume que el logit de la variable de respuesta es una combinación lineal de las variables independientes. El ajuste del modelo se realizó con la prueba de bondad de ajuste usando un punto de corte de $p > 0.10$ para considerar un ajuste adecuado²⁴.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico Stata, versión 9.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 799 adultos mayores, 394 fueron hombres (49%) y 405 mujeres (51%), con un promedio de educación escolar de $1.8 + 5.4$. El 44% no tenía pareja; 94% tenía hijos; el 37% vivía con otros familiares, amigos o solo; 39% trabajaba en varios oficios (albañil, pintor, jardinero, y comercio informal, entre otros) y 55% indicó no recibir ningún tipo de apoyo económico fuera de sus escasos ingresos por trabajo remunerado. Asimismo, el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres encuestados reportaron haber sido víctimas de maltrato.

En la Tabla 1 se describen las características generales de los participantes, sociodemográficas, salud, apoyo social y servicios de salud comparando al 16.3% (n=130) de la muestra que fueron los ancianos que indicaron haber sido maltratados, con el resto de los participantes (83.7%) (n=669) que no reportaron maltrato, así como los resultados observados en las pruebas

de Ji2 o Man Withney según la variable.

La Tabla 1 sugiere que entre los maltratados existe una mayor proporción de mujeres; un mayor porcentaje de adultos entre 60 y 69 años ($p < 0.05$); una mayor proporción ($p < 0.05$) de personas que no tenía compañero (solteros, divorciados o viudos), así como de adultos mayores que vivían con sus hijos ($p > 0.05$). Una proporción menor de los que trabajaban y tenían apoyo económico ($p > 0.05$). La media en número de enfermedades y número de lesiones fue mayor en los que reportaron maltrato y fue más alta la proporción de ancianos maltratados que presentaban lesiones evidentes a la observación, sintomatología depresiva y apoyo familiar inadecuado. Sin embargo, contaban con mayor apoyo social tanto instrumental como emocional de personas que no vivían con ellos ($p < 0.05$). En este grupo también fue mayor el porcentaje de los que reportaron ser cuidadores de otros ($p < 0.05$).

Al analizar los datos por sexo al interior del grupo de los maltratados encontramos entre las mujeres una proporción significativamente más alta ($p < 0.05$) de mujeres sin compañero (divorciada, separada o viuda), que reportan un mayor número de lesiones, que son cuidadoras de otros y que cuentan con apoyo instrumental. En los hombres la única variable con significancia estadística fue presentar lesiones evidentes a la observación.

En cuanto al uso de servicios de salud, aunque no se encontró significancia estadística, los datos sugieren que una mayor proporción de adultos mayores maltratados que sus contrapartes, acude tanto a los servicios de urgencia (26.2% vs. 22.1%) como a diversas fuentes de cuidados de salud (37.7% vs 33.9%) como el IMSS, los centros de salud, médicos particulares, farmacias y dispensarios médicos.

Por otra parte, 61 (47%) adultos mayores que señalaron haber sido maltratados reportaron haber tenido una o más lesiones el año previo a la encuesta. El total de lesiones reportadas fue de 83 que se distribuyeron de la siguiente manera: 44 personas reportaron una lesión; 12 reportaron dos lesiones; y sólo cinco manifestaron tener o haber tenido tres o más lesiones en el último año.

La distribución por tipo de lesión fue: heridas 19 (23%), contusiones 26 (31%), quemaduras 10 (12%), luxaciones 20 (24%) y fracturas 8 (10%). Las partes del cuerpo afectadas por las lesiones fueron: extremidades superiores e inferiores 67 (80%), cabeza 9 (11%) y cadera 7 (9%). La mayor proporción de lesiones ocurrió en el hogar (63.94%). Al codificar estas lesiones por causa externa quedaron: 12 (20%) por fuerzas mecánicas inanimadas, 33 (54%) por caídas, 4 (7%) por fuego y sustancias calientes, 2 (3%) por otro tipo de causa externa y 10 (16%) por dos o más causas externas.

Es importante señalar que 71 participantes presentaron lesiones en partes visibles del cuerpo, las cuales fueron evidentes a la observación del encuestador. Sin embargo, 17 (24%) no las reportaron. Del resto de ancianos que sí reportó haber tenido lesiones, el 38% indicó que las lesiones habían sido ocasionadas tanto de manera accidental como intencional.

Finalmente, en la Tabla 2 se presenta el modelo multivariado en el cual se pueden observar los factores que se relacionaron con el maltrato como consecuencia de problemas familiares. Se estimó que el ser mujer incrementa en 2.73 los momios (IC=1.76-4.24) de ser maltratada en relación con ser hombre. Los adultos mayores que tienen entre 60 a 69 años de edad tuvieron 61% más posibilidades de haber sufrido maltrato (RM=1.61;IC=1.06-2.42) en relación con los otros grupos de edad. Se observó que la posibilidad de ser víctima de maltrato aumenta 1.28 veces cuando no tienen compañero (RM=2.28;IC=1.32-3.96). Se estimó que conforme aumenta el número de enfermedades (RM=1.07;IC=1.01-1.17) la posibilidad de ser maltratado aumenta. El presentar lesiones evidentes a la observación en partes visibles del cuerpo aumenta 1.89 los momios de haber sido maltratado (IC=1.01-3.58). Finalmente, la presencia de sintomatología depresiva y apoyo familiar inadecuado incrementan los momios (RM=1.68;IC=1.04-2.72) y (RM=2.91;IC=1.86-4.55), respectivamente, en quienes reportaron haber sido maltratados.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran una prevalencia importante de maltrato hacia los adultos mayores, sobre todo mujeres, ya que el 23% de las ancianas y el 9% de los hombres encuestados reportaron haber sido víctimas de maltrato asociado generalmente a problemas familiares. Estos hallazgos son consistentes con aquellos reportados en la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar llevada a cabo en México hace 10 años, en la cual se reportó que el 18.6% de la población de 60 años y más vivía en hogares donde se presentaban actos violentos.

Entre los factores que en estudio se encontraron asociados con el maltrato autoreportado por los adultos mayores que participaron en este estudio se encuentran: sexo femenino, edad de 60 a 69 años, no tener compañero, reportar un mayor número de enfermedades, presentar lesiones evidentes a la observación, tener sintomatología depresiva y apoyo familiar inadecuado, todo lo cual es consistente con estudios previos sobre el tema ^{8,15,17,25}.

Por otra parte, los roles sociales influenciados por los aspectos culturales, sobre todo en torno al género, se reflejan al ubicarse la mujer con una mayor vulnerabilidad en relación con el hombre, confirmando de acuerdo con otros estudios, que es mucho más frecuente observar el maltrato en la mujer²⁶, en este estudio, el maltrato afectó a una mayor proporción de mujeres, que no tenía compañero y que además era cuidadora de otros. Las mujeres son las principales cuidadoras de otros en los grupos pobres²⁷, sobre todo de la vejez²⁸. Esta actividad se suma a los diversos y múltiples roles sociales que simultáneamente ejercen las ancianas. El ser cuidador de otros ha comenzado a ser un área prioritaria en el campo de la salud, debido al envejecimiento, al aumento de las enfermedades crónicas en los panoramas demográficos y epidemiológicos²⁹. Aun cuando el ser cuidadora de otros no fue significativo en el modelo final, esta actividad es considerada como un factor de riesgo para el maltrato, debido el estrés que esta práctica provoca en el cuidador⁴.

Tabla 2. Análisis multivariado de regresión logística de adultos mayores que reportaron maltrato como consecuencia de problemas familiares.

VARIABLES	RM Ajustada (IC 95%)	P
Sexo		
Hombres	1*	
Mujeres	2,73 (1,76 – 4,24)	0,000
Edad		
> 70	1*	
60 - 69	1,61 (1,06 – 2,42)	0,025
Estado civil		
Tener compañero	1*	
No tener compañero	2,28 (1,32 – 3,96)	0,003
Nº Enfermedades	1,07 (1,01 – 1,17)	0,045
Lesiones evidentes a la observación		
No	1*	
Sí	1,89 (1,01 – 3,58)	0,049
Presentar sintomatología depresiva		
No	1*	
Sí	1,68 (1,04 – 2,72)	0,032
Apoyo Familiar		
Adecuado	1*	
Inadecuado	2,91 (1,86 – 4,55)	0,000

Fuente: Encuesta efectuada de junio del 2004 - agosto 2005 para el proyecto de investigación "Envejecimiento, Pobreza y salud en población urbana".

* Referencia

- Factor de Inflación de varianza (VIF) = 1,06, tolerancia 0,9

- Prueba de Bondad de Ajuste $lfit, group (10): number of observations = 799; Hosmer-Lemeshow \chi^2(8) = 2,86; Prob > \chi^2 = 0,9430.$

- Prueba de error de especificación (linktest) $hat p=0,003; hatsq p=0,301.$

En este estudio se observó que una cuarta parte de los ancianos que presentaba lesiones evidentes no las reportó y el 38% indicó que fueron ocasionadas tanto de manera intencional como accidental. Se ha informado que en la mayoría de los casos las víctimas no perciben la violencia como una violación o abuso. Entre las razones para no denunciar están que la sociedad minimiza, tolera o promueve esos actos; que en

algunos casos son amenazadas por el agresor; que desconocen los mecanismos de denuncia correspondientes o que lo reconocen como parte de una cultura. También hay miedo a la reacción de los funcionarios, a la vergüenza y al temor a las consecuencias que pueda tener la denuncia. En ocasiones al denunciar los abusos los adultos mayores se enfrentan al manejo inadecuado del reporte por la falta de capacitación de los servidores públicos^{5,30}. Entre los principales obstáculos que enfrenta el sistema de salud para conocer la dimensión del problema de maltrato en el adulto mayor se encuentran la ocultación de la información tanto de la víctima como de las personas involucradas en los actos de maltrato.

Estudios anteriores¹⁷ sugieren que la mejor forma de detectar el maltrato no es la observación ni búsqueda de lesiones, sino preguntar de manera rutinaria a los ancianos y sus cuidadores sobre conductas violentas y posible maltrato verbal, psicológico y físico por parte de sus familiares y su red social. Esta aproximación directa para identificar el problema es mucho más sensible que la observación, aunque en casos de abuso severo, el miedo que puede producir el reporte verbal del maltrato, promueve el silencio y el ocultamiento del problema.

Que el paciente anciano esté en contacto con los servicios de salud constituye una oportunidad para que los prestadores de salud puedan identificar el maltrato en las personas de edad, así como para prevenir y tratar la violencia contra ellos. No obstante, para poder desempeñar esta función necesitan una formación y una orientación específicas que aumenten su grado de conciencia del problema³¹, así como contar con guías, protocolos y un sistema de rastreo. Entre las recomendaciones que señala la OPS para identificar el problema de maltrato en un adulto mayor, se encuentra "realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales"⁴. Sin embargo, se carece de infraestructura y de especialistas para proporcionar servicios de este tipo⁵.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el diseño transversal de la investigación, lo cual no permite establecer causalidad entre las

variables dependiente e independientes. Por ejemplo, las lesiones y la depresión han sido considerados factores de riesgo para el maltrato⁶, pero también pueden ser consecuencia tanto de maltrato³ como de enfermedades crónicas o de multimorbilidad en los ancianos³². Por otro lado, aún cuando los resultados de la presente investigación no pueden ser extrapolados a la población en general, los hallazgos de este estudio contribuyen a ampliar el conocimiento sobre las características de la población adulta mayor en México que puede potencialmente sufrir de maltrato. La información presentada puede servir como una herramienta útil para planear servicios de salud, generar programas de prevención y promoción y para el desarrollo de investigaciones futuras sobre los factores de riesgo asociados al maltrato en el adulto mayor en México. Finalmente, a pesar de que los indicadores subjetivos han sido cuestionados por su dependencia cultural, educativa y factores étnicos, el auto-reporte en salud ha representado una medición costo-efectiva en estudios epidemiológicos y se ha empleado en varios aspectos relacionados a la salud³³. Los indicadores subjetivos han sido reconocidos como indicadores útiles entre grupos de adultos mayores, entre otras razones porque pueden ser aplicados fácilmente mediante encuestas de una sola pregunta y permiten la colección de una gran diversidad de datos³⁴.

El sistema de salud y la sociedad se enfrentan a un reto importante, aunque de magnitud desconocida: el maltrato en los adultos mayores. Es importante contar con un sistema de vigilancia preciso que dé cuenta precisa de la magnitud del problema, ya que no todo maltrato ocasiona lesiones graves como para requerir atención médica. La naturaleza del maltrato hacia los ancianos y su invisibilidad constituyen un doble desafío para los sistemas de salud, y demanda acciones y políticas focalizadas a la resolución del problema. Por ejemplo, el extender servicios básicos de salud para incorporar la identificación del maltrato requiere primero la concientización del sector salud en torno al envejecimiento poblacional global, así como la capacitación de recursos humanos especializados. Finalmente,

resulta evidente que la colaboración de entidades gubernamentales junto con el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil deba ser incentivada, así como la participación comunitaria, la cual puede ser clave para el diseño e implementación de programas exitosos que no sólo reviertan la exclusión social que han experimentado los ancianos sino que den voz a los más vulnerables.

Financiado por El Fondo Sectorial SALUD del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) “Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana” (Proyecto 2002-CO1-7419).

REFERENCIAS

1. POPEY J, ESCORCEL S, HERNANDEZ M, JOHNSTON H, MATHIESON J, RISPEL L. Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network. OMS. Febrero 2008.
2. INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. Toronto Declaration on Equity in Health. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2002; 12(6)
3. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 2002. E/CN.5/2002/PC/2
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 49ª. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución. 1996
5. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Diagnóstico sobre los derechos humanos en México. México: Mundi-prensa / Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2003.
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OPS. 2003.
7. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context. Commission for Social Development acting as the preparatory committee for the Second World Assembly on Ageing 2002 E/CN.5/2002/PC/2
8. Programa de actividades preventivas y de promoción a la salud. Malos tratos a los ancianos. PAPPS. Madrid. 2002.
9. CORSI J. Violencia familiar. Una mirada

- interdisciplinaria sobre un grave problema social. Argentina. Paidós 2001.
10. BRUBAKER TH. An overview of family relationships in later life. Newbury Park, CA: Sage 1983.
 11. PILLERMER KA, FINKELHOR D The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist* 1988;28(1):51-57.
 12. PODNIEKS E, National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 1992; 4(3): 5-58.
 13. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. 2003.
 14. MÁRQUEZ H. Abuso y maltrato. Red Latinoamericana de Gerontología. Colombia. 2001.
 15. MARIN PP. Abuso o maltrato en adulto mayor. *Boletín de la Escuela de Medicina*. 2000;29:1
 16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Abuso y maltrato a las personas mayores: hacia una respuesta integral, Guatemala: OPS 2003.
 17. COOPER C, SELWOOD A, LIVINGSTONE G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Aging* 2008; 37 (2): 151-160.
 18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA DE MÉXICO. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México. INEGI 2003.
 19. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN DE MÉXICO. Estadísticas índice y grado de marginación por localidad. México. CONAPO 2000.
 20. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12: 189-198.
 21. RADLOFF, LS The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1977; 1(3): 385-401.
 22. SALGADO DE SNYDER VN, MALDONADO M. Características psicométricas de la escala de depresión Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de Mex*. 1994;36: 200-209.
 23. SALGADO DE SNYDER VN Envejecimiento, género y pobreza en México rural. En V.N. Salgado de Snyder y R. Wong (Eds). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2003 p. 37-56.
 24. HOSMER DW, LEMESHOW S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons Interscience Publication 2000;2.
 25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Hong Kong sobre el maltrato de los ancianos. 1989.
 26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD /ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington: Unidad de Salud de la Mujer 1998.
 27. RANDEL J, GERMAN T, EWING D. HELPAGE INTERNATIONAL The ageing & development report: independence and the world's older people. London, England: Earthscan Publications 1999.
 28. SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. Programa Nacional de Salud 2001-2006. SSA: México 2001.
 29. ROBLES SL. Género, pobreza y cuidado: la experiencia de mujeres cuidadoras pobres urbanas. En V.N. Salgado de Snyder y R. Wong (Eds). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2003 p.123-154.
 30. SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2003.
 31. DECALMER P, GLENDENNING F. El maltrato a las personas mayores. Argentina. Paidós. 1993.
 32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Problemas de salud mental relacionados con el envejecimiento. Comunicados para la Salud 3. Washington: OPS 1992.
 33. AVILA-BURGOS L, RAMÍREZ-VALVERDE G, MARTÍNEZ-DAMIAN MA, CRUZ-VALDEZ A, SANTIAGO-CRUZ MJ, MEDINA-SOLIS CE. Socioeconomic determinants of inequality and self-reports morbidity among adolescents in a developing country. *Saudi Med J* 2005;26(10): 447-453.
 34. WONG R, PELAEZ M, PALLONI A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17:5-6.

Recepción: 17 agosto 2009
Aprobación: 9 noviembre 2009

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

Análisis desde la perspectiva de género a través de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud en Chile 2009

PAMELA EGUIGUREN⁽¹⁾

En estos momentos se encuentra en desarrollo la Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud de los trabajadores y trabajadoras en Chile. Un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que "busca conocer, describir y analizar la situación de la población trabajadora en dichos ámbitos fundamentales, pretendiendo así contribuir al diseño de políticas públicas basadas en el enfoque de equidad en salud, trabajo y protección social"¹. Es la primera en el país y probablemente la primera con estas características en la región. La información que se obtendrá de esta encuesta permitirá en su análisis el estudio de un determinante estructural clave para el conocimiento de las principales amenazas a la salud de la población trabajadora: el género, avanzando desde la desagregación e identificación de las diferencias entre ambos sexos hacia la búsqueda de explicaciones vinculadas a la construcción social del trabajo femenino y masculino, desentrañando inequidades de género en salud vinculadas al trabajo con miras a hacer posible su abordaje a través de políticas públicas.

LA MIRADA DE GÉNERO SOBRE EL TRABAJO

Está bien establecido que el trabajo remunerado es fuente de bienestar. Se trata de un factor asociado a una mejor salud para quienes lo tienen respecto de quienes no. Esto se relaciona a diversos atributos y posibilidades a las cuales se accede a través del desempeño de

una actividad laboral remunerada, como los relativos a la construcción de identidad, al acceso a reconocimiento social, a las oportunidades de desarrollo personal, de integración social y de vínculos a redes de apoyo, entre otros¹. Sin embargo, el trabajo también se relaciona con la exposición a riesgos para la salud y existe abundante evidencia del daño a la salud relacionado tanto al tipo de actividad laboral como a las condiciones en que ésta se desarrolla, las del entorno, y la de los factores relacionados a la organización del trabajo y características del empleo^{2,3}.

La población trabajadora no es homogénea, el cruce con otros determinantes, como por ejemplo la edad, el estrato socioeconómico y la educación, documentan importantes diferencias entre grupos. En el caso de las diferencias según sexo, éstas durante mucho tiempo han sido tratadas como determinaciones biológicas, realizando una lectura que no ha reconocido ni buscado para ellas explicaciones relacionadas a los significados sociales del ser hombres o mujeres y, por lo tanto, posibles de cambiar⁴. A partir de la década de los setenta la conceptualización y uso del género como categoría de análisis comienza a extenderse en el campo de la investigación, partiendo de las ciencias sociales. Desde allí es desde donde primero se exploran los vínculos del género con las desigualdades en salud entre mujeres y hombres⁵.

En términos generales se dice que el género consiste en un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades construyen en torno a las diferencias

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Integrante del Núcleo Técnico del Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile. peguiguren@med.uchile.cl

biológicas entre hombres y mujeres. Desde esta perspectiva se construyen realidades diferentes para unos y otras que impactan de forma desigual en su salud⁶.

Es posible encontrar, desde una mirada más abarcadora del recorrido teórico realizado, diversas maneras de presentar el significado y los alcances del concepto. Estas diferentes miradas resultan complementarias y enriquecedoras, en tanto muestran la complejidad y dinamismo de esta construcción, y la necesaria profundidad en el análisis desde esta perspectiva. Una línea de pensamiento pone el énfasis en la dimensión relacional del concepto de género: "El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder", Joan Scott 1990⁷. Las definiciones diferenciadoras de lo que es ser hombres y mujeres impregnan y definen las relaciones entre ambos sexos y se reflejan en las formas de división y organización del trabajo, en la segmentación de los espacios, actividades, en la distribución del poder, de las retribuciones y del orden jerárquico. El concepto neoclásico del trabajo y de la división sexual del mismo, ubica a los hombres en el espacio público y a las mujeres en el espacio privado, adscribiéndose así al trabajo en dos esferas distintas; para los primeros la pública, considerada "productiva", donde ocurre el trabajo remunerado, el cual es reconocido y valorado socialmente. Para ellas se destina la esfera privada, donde ocurre el trabajo doméstico y de cuidados, el cual es invisible y poco valorado, un trabajo que no posee los atributos de reconocimiento social comentados al inicio y que ubica a las mujeres en situación de desventaja y de riesgo para la salud respecto de quienes tienen un trabajo remunerado^{8,9}. Con esta división como definición basal, el género articula dos dimensiones complementarias de la economía, la remunerada (trabajo productivo) y la no remunerada (trabajo reproductivo), que permanece invisible en lo social y en lo contable. A partir de allí se instala una segmentación fundamental de actividades, responsabilidades, de acceso al poder y a las retribuciones¹⁰.

EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS

De lo que ya sabemos acerca de este tema en nuestro país, similar a lo que ocurre en muchos otros en esta región y también en regiones de mayor desarrollo, a pesar de la creciente integración de las mujeres al mercado de trabajo y de los cambios culturales registrados respecto de la participación de los hombres en algunas tareas (especialmente las relativas al cuidado de los/as hijos/as), las mujeres continúan siendo las depositarias de las responsabilidades relativas al trabajo doméstico y de cuidados^{11,12}.

El Informe de Desarrollo Humano del año 2007 muestra que el 78% de las mujeres chilenas realiza sin ayuda las tareas del hogar. Por su parte, la Encuesta sobre uso del tiempo, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud (aplicación experimental en Gran Santiago) informó que las mujeres que trabajan remuneradamente destinan en promedio 7,5 horas diarias a este trabajo y agregan diariamente a su jornada 2,9 horas más, de trabajo doméstico no remunerado. En contrapartida los hombres muestran una jornada remunerada promedio de 8 horas y sólo 0,8 horas de trabajo no remunerado. La presencia de niños/as en el hogar aumenta el número de horas de trabajo doméstico.

También la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2006 indagó acerca de la forma en que se viven estas responsabilidades simultáneas sobre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y de cuidados, observando la marcada preocupación de las mujeres sobre el hogar y la familia. En esta encuesta el 42% de mujeres que trabajaba remuneradamente señaló que siempre o casi siempre "piensa en las tareas domésticas y familiares cuando está en el trabajo", versus el 15,5 % de los varones.

A diferencia de cualquier otro tipo de trabajo, el doméstico no goza de ningún derecho asociado, en cuanto a limitación de la jornada, derecho al descanso, ni acceso a protección social frente al impacto que éste pueda tener sobre la salud. Su realización muchas veces debilita la protección social de las mujeres

ocupadas, ya que se tiende a atribuir al trabajo doméstico y de cuidados el origen de ciertos problemas de salud, como patologías músculo-esqueléticas, de alta frecuencia en las mujeres¹³.

EL TRABAJO REMUNERADO

No sólo la consideración del trabajo doméstico y de cuidados debe preocuparnos en términos del análisis de género. Existen aspectos estructurales y riesgos derivados de las condiciones y organización del trabajo remunerado que deben ser observados. Esto se consigue en un examen de las desigualdades que incorpore en el análisis las diferencias en las exposiciones y vulnerabilidades vinculadas a las construcciones de género que existen en los diversos espacios y actividades remuneradas.

Indicadores de equidad de género monitoreados por el Observatorio de Equidad de Género en Salud, a partir de la información proveniente de fuentes de instituciones públicas, señalan evidencias respecto de las desigualdades estructurales¹³. Es un hecho conocido que la proporción de mujeres económicamente activas en nuestro país, a pesar de haber ido creciendo en los últimos años, permanece con un promedio que ronda el 40% frente a una participación masculina cercana al 70%, promedios y brechas que varían por estratos de edad y por quintiles de ingreso.

Dentro de la población ocupada, la llamada segregación horizontal del trabajo determina que las mujeres se ubiquen en ciertas ramas de la ocupación y se concentren en algunos tipos de trabajo, con un acceso limitado en términos de opciones. Esto suele ser una prolongación de los roles de género a funciones sociales representadas en el trabajo remunerado, como pueden ser los cuidados de salud, la educación etc.¹⁴. En Chile, los sectores de mayor participación femenina son comercio, servicios comunales sociales y personales, y bancos/financieras. Estas tres ramas de actividad concentraban el 2006 un 79,28% de la ocupación femenina. Por otra parte, se observa también una segregación en sentido vertical, que hace que sean ellas quienes se encuentren

en posiciones de menor poder respecto de los hombres. Ambas segregaciones tienen impacto en la desigualdad en las retribuciones. Esto se expresa en la brecha de ingresos entre mujeres y hombres, donde se han registrado avances pero las mujeres continúan recibiendo cerca del 70% como proporción promedio sobre los ingresos de los hombres, situación que empeora cuando se examinan los niveles de mayor instrucción¹⁵.

Género y salud de los trabajadores y trabajadoras

Es un hecho aceptado que el género actúa como un determinante social de la salud de carácter estructural¹⁶. Su interacción con otros determinantes condiciona para hombres y mujeres impactos diferenciales en la salud. Respecto de la relación entre género, trabajo y salud en nuestro país, actualmente se puede decir mucho en cuanto a las desigualdades estructurales, pero poco respecto de las evidencias de su impacto en la salud. Al respecto la información disponible en nuestro país es escasa. Hay razones que se vinculan a que las instituciones responsables de la salud de trabajadores y trabajadoras (Mutuales, Administradoras delegadas, binomio SNS-INP) han puesto el foco, principalmente, en los accidentes y riesgos físicos-ambientales del trabajo. Siendo así, en el caso de las trabajadoras y de los problemas de salud que les aquejan, la información es relativamente más escasa respecto de los hombres, ya que los accidentes ocurren en sectores de actividad principalmente masculina. Por otra parte, para que una enfermedad sea reconocida como laboral, lo que supone el acceso a protección económica, es necesario demostrar relación de causalidad entre un factor de riesgo del trabajo y la enfermedad, no siendo así se atribuye el origen a causas ajenas al trabajo. Esto ha dado lugar a un subdiagnóstico de las enfermedades profesionales y al consiguiente subregistro e invisibilización de los factores que están en su origen, y ha significado una escasa atención en las condiciones del trabajo riesgosas para la salud más allá de la accidentabilidad y los riesgos

ambientales. Esto desemboca en una debilidad a nivel de políticas para la implementación de normativas y acciones tendientes a su abordaje. Del mismo modo tampoco se han reconocido efectos positivos, de condiciones de trabajo que pueden promover el bienestar físico y mental para hombres y mujeres, que puedan elevar la satisfacción profesional y por esa vía la productividad¹³.

Un ámbito de especial preocupación para el estudio del impacto del trabajo sobre la salud es la salud mental. Dentro de ello sus relaciones con los cambios en la organización del trabajo vinculados a las nuevas formas de producción. La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2003 revelaba una prevalencia de depresión mayor en las mujeres (prevalencia en el último año: mujeres 24,3%, hombres 10,4%), y se concentraba en rangos de edad entre los 25 y 65 años, es decir, en el período de actividad económica de la población¹⁷. La Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006, aplicada a una muestra representativa a nivel nacional (mayores de 15 años), indica que el 28% de los hombres que labora para el mercado considera su trabajo "desgastador emocionalmente", proporción que aumenta a 34% en el caso de las trabajadoras¹⁸. Otra fuente de triangulación para esta constatación proviene del análisis de las licencias médicas curativas. El Observatorio de Equidad de Género en Salud, en su último informe, plantea su preocupación por el aumento en las licencias originadas por trastornos de salud mental. En el año 2007, en el sistema Isapre se autorizaron 121.722 licencias por trastornos mentales y del comportamiento, equivalente a un 14,3% del total de licencias autorizadas, registrando un aumento respecto al año 2006. Se tramitaron 113.873 licencias femeninas por trastornos mentales y del comportamiento y se autorizaron 75.446 (17% del total de licencias autorizadas para mujeres). En el caso de los varones se tramitaron 68.924 licencias por esa misma causa y se autorizaron 46.276 (11,3% del total de licencias autorizadas a varones). Las cifras alertan acerca de desigualdades en salud que deben ser examinadas desde la mirada de género. Las

mujeres, siendo inferiores en número a los varones en el mercado de trabajo, tienen un número de licencias tramitadas y autorizadas mucho mayor. A la par de estas constataciones nos encontramos con que según un estudio de la Asociación Chilena de Seguridad, en el año 2004 el Servicio de Salud Mental del Hospital de Trabajador recibió 272 casos de consulta por neurosis laboral. De este número sólo 86 fueron acogidas como tales, es decir el 31,6% (el estudio no especifica el sexo de los consultantes).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Las diferencias determinadas por el género en el ámbito del trabajo se hacen evidentes luego de revisar la información disponible. Toca responder ahora a la pregunta: ¿Cuál será el aporte de esta Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile para el conocimiento en este campo?

Introducir el análisis de género en el campo de la salud de los/as trabajadores/as supone como uno de los puntos cardinales hacer visible la dimensión doméstica, de cuidado y sus alcances. Para ello se requiere, además de la desagregación según sexo de la información que se recoge tradicionalmente en las encuestas de salud, de la incorporación de variables específicas que puedan dar cuenta de las condiciones en que se realiza el trabajo en ambas esferas, sus interacciones y riesgos para la salud.

Recientemente la Sociedad Española de Epidemiología publicó una monografía dedicada a la investigación en género y salud², donde se recoge y actualiza la experiencia de un grupo de investigadoras en la incorporación de esta perspectiva en el diseño y análisis de encuestas de salud¹⁹. Desde ahí se recomienda la incorporación de preguntas destinadas a indagar sobre los requerimientos o necesidades de cuidado en el hogar, así como acerca de quién asume la responsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado, las horas dedicadas, el reparto y la disponibilidad de ayuda externa. A esto, desde otros estudios se añade cuán compatible es la organización del trabajo remunerado con la vida

privada y las demandas del hogar. Esta información, sin duda, ilumina áreas que están presentes en la vida de los/as trabajadores/as, pero suelen ser invisibles en las encuestas y con ello en los análisis de los efectos del trabajo en la salud y las diferencias de género.

Lo central de esta encuesta es que será la primera a nivel nacional que reúna en un mismo cuestionario y de forma completa las condiciones del trabajo y el empleo junto a mediciones sobre calidad de vida, salud y acceso a la atención de salud. Son varios los aportes a comentar. Primero el registro y análisis de condiciones del trabajo que habitualmente resultan invisibilizadas, una de ellas ya ha sido comentada, referida a la dimensión de trabajo doméstico y de cuidados. Dentro de la esfera remunerada se valora la mirada sobre los factores psicosociales del trabajo, relacionados a la organización del trabajo en sus diversas dimensiones, donde existe sobrada evidencia de su impacto en la salud a través del estrés laboral. También las condiciones de empleo serán materia de análisis para esta encuesta, y uno de los temas de especial atención será la precariedad del empleo. Estos dos ámbitos son muy relevantes desde el punto de vista del análisis de género, ya que los cambios en el modelo económico y las nuevas formas de producción no han sido dimensionados en su impacto sobre la salud, y dadas las definiciones estructurales afectan de manera distinta a mujeres y hombres.

Debido al sub-registro de enfermedades ocupacionales ya mencionado se tiene escasa información del perfil de salud de mujeres y hombres trabajadoras/es. Esta información es esencial para el análisis de género en este tema, cuya necesidad se vincula a las posibilidades de aplicación a políticas de protección social. La ley que crea el Seguro Social contra riesgos de accidentes y enfermedades profesionales es la Ley 16.744, creada en 1968. Su administración recae en organismos creados para tal efecto: las Mutuales de Seguridad, las Administraciones Delegadas y el binomio Minsal-ISL. La Ley define enfermedad profesional como aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una

persona y que produzca incapacidad o muerte, y reconoce a través de su reglamento (DS N°109) un conjunto determinado de enfermedades profesionales. La Ley está abierta al avance en materia de reconocimiento de problemas de salud vinculados a la ocupación, de ahí la relevancia de los aportes de la encuesta en este sentido.

Temas relevantes desde la perspectiva de género, que esta encuesta indaga, son la vivencia de violencia en el lugar de trabajo, discriminación y "acoso sexual" por parte de las trabajadoras y trabajadores. En el caso específico del "acoso sexual", esta conducta ha sido reconocida (2005) en el Código del Trabajo como una conducta contraria a la dignidad de las personas y se ha establecido la obligatoriedad de las empresas a incluir en su reglamento interno normas destinadas a garantizar un ambiente laboral digno y de mutuo respeto, especificando el procedimiento de denuncia, medidas de resguardo y sanciones¹³. En su último Informe el Observatorio de Equidad de Género en salud planteó como una omisión grave que el DS 73, que actualizó y modificó el reglamento el año 2006 no incluyera el "acoso sexual" como factor de riesgo para la salud en el trabajo. Es de esperar que mayor información acerca de la magnitud de este problema y su relación con la salud impulse nuevos avances.

Recoger variables relativas al acceso a los servicios permitirá relacionar la experiencia de accidentes y enfermedades sufridas por los trabajadores y trabajadoras, con la respuesta institucional registrada por ellos/as, de cara a evaluar la situación de acceso a los derechos garantizados por ley.

La realización de esta primera encuesta aportará conocimiento a nivel nacional y con representatividad de distintos estratos y grupos sociales, permitiendo un análisis desde una perspectiva de equidad. Tanto en la perspectiva de género como en la del impacto de los determinantes sociales, esta nueva encuesta hace explícito su posicionamiento teórico, junto a las exigencias éticas y políticas de avanzar hacia una situación de mayor equidad. Por ello, el Observatorio de Equidad de Género en Salud

felicita su realización y espera poder analizar y difundir su información a través de indicadores de equidad de género, que servirán para establecer nuevas líneas de base para el seguimiento de avances y retrocesos en la equidad de género de la salud de las trabajadoras y trabajadores.

REFERENCIAS

1. SIEGRIST J, STARKE D, CHANDOLA T, GODIN I, MARMOT M, NIEDHAMMER I, ET AL. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004 Apr;58(8):1483-99.
2. BORRELL C, ARTAZCOZ L, EDITORS. Investigación en Género y Salud. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.
3. COMISIÓN EUROPEA. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo -¿la "sal de la vida" o "el beso de la muerte"? . Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2000.
4. DE BEAUVOIR S. El Segundo Sexo. 50 ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1999.
5. VERBRUGGE LM. Sex and gender in health and medicine. *Soc Sci Med.* 1978 Sep;12(5A):329-33.
6. SEN G, GEORGE A, ÖSTLIN P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional No 14: Organización Panamericana de la salud - Harvard Center for Population and development Studies 2005.
7. SCOTT J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: Amelang J, Nash M, editors. Historia y Género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea. Valencia: Ediciones Alfons El Magnanim; 1990.
8. BONAN C, GUZMÁN V. Aportes de la teoría de género a la comprensión de las dinámicas sociales y los temas específicos de asociatividad y participación, identidad y poder. In press 2004.
9. LAHELMA E, ARBER S, KIVELA K, ROOS E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med.* 2002 Mar;54(5):727-40.
10. CARRASQUER P, TORNS T, TEJERO E, ROMERO A. El Trabajo Reproductivo. 1998.
11. OLAVARRIA J. ¿Donde está el nuevo padre? Trabajo Doméstico: De la retórica a la Práctica. In: Valdés X, Valdés T, editors. Familia y vida privada ¿Transformaciones, tensiones, resistencias o nuevos sentidos? Santiago: CEDEM - FLACSO; 2005.
12. CERRUTTI M, BINSTOCK G. Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública. Santiago: CEPAL-UNFPA; 2009.
13. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Componentes específicos de la situación de salud. Indicadores de Salud de las Mujeres Trabajadoras.; 2009; Available from: http://www.observatoriogenerosalud.cl/field_list.php?cmd=86.
14. ARTAZCOZ L, BORRELL C, CORTES I, ESCRIBAGUIR V, CASCANT L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health.* 2007 Dec;61 Suppl 2:ii39-45.
15. JERI T. Perfil de las Trabajadoras en Chile. Santiago: SERNAM; 2006.
16. MARMOT M, FRIEL S, BELL R, HOUWELING TA, TAYLOR S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008 Nov 8;372(9650):1661-9.
17. MINSAL. Resultados Primera Encuesta de Salud Chile 2003. [cited enero 2005]; Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinaIENS.pdf>.
18. VALLEBUONA C. Encuesta de calidad de Vida y Salud 2006. Presentación de Resultados en Población Trabajadora. MINSAL; 2007.
19. ROHLFS I, BORRELL C, ANITUA C, ARTAZCOZ L, COLOMER C, ESCRIBA V, ET AL. [The importance of the gender perspective in health interview surveys]. *Gac Sanit.* 2000 Mar-Apr;14(2):146-55.

Recepción: 13 noviembre 2009
Aprobación: 3 diciembre 2009

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

Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile: Una mirada a las políticas públicas

PAMELA EGUIGUREN⁽¹⁾, MARÍA EUGENIA CALVIN⁽²⁾, XIMENA DÍAZ⁽³⁾, MARCELA FERRER⁽⁴⁾, MARGARITA IGLESIAS⁽⁵⁾ y JOSÉ OLAVARRÍA⁽⁶⁾

En agosto de este año se dio a conocer el Informe del Observatorio de Equidad de Género en Salud 2007-2008. Este Observatorio, que ya tiene varios años de funcionamiento, se inicia a partir del proyecto OPS de Equidad Género y Reforma entre los años 2003-2006, con la visión y liderazgo de la Dra. María Isabel Matamala en su calidad de asesora en OPS. Es concebido desde entonces como una herramienta de vigilancia ciudadana en materia de reforma y políticas públicas de salud. Participaron en el proceso de construcción del Observatorio una serie de instituciones académicas y de la sociedad civil que hoy, sin el proyecto OPS que le dio origen, siguen dando vida a este espacio de observación y monitoreo, ciudadano. La información acerca del Observatorio, su estructura y los datos en los que basa su vigilancia son accesibles a través de su página web www.observatoriogenerosalud.cl, donde también es posible acceder a sus publicaciones.

El Observatorio ha definido 112 indicadores de equidad de género que se encuentran agrupados en ocho grandes campos de observación: Contexto social y demográfico, Situación general de salud, Atención de salud, Calidad de atención, Financiamiento y presupuesto público, Recursos Humanos de la salud, Participación en salud y Componentes específicos de la situación de salud, entre los que se han relevado indicadores de Salud sexual

y reproductiva, Violencia de género, Salud mental, Salud y trabajo.

Para el seguimiento y evaluación de los indicadores que vigila, el Observatorio actualiza periódicamente los indicadores, realiza el análisis de su estado de avance en función de metas o criterios que significan una mayor equidad de género. En ese sentido se valoran avances cuando el valor se acerca a una situación más equitativa, estancamiento cuando no se registra modificación y retroceso cuando la situación de inequidad crece o, si se trata de políticas, cuando ha transcurrido tiempo y la situación no se modifica.

En el informe que da origen a esta entrega, se incluyó la visión de las organizaciones de la sociedad civil que participan en el "Foro Civil del Observatorio" y que enriquecieron con su mirada el análisis de los indicadores.

Informe 2007-2008*

En el campo de los indicadores sociodemográficos, se señalan aspectos sociales de carácter estructural y estadísticas de morbilidad y mortalidad, resaltando las desigualdades de género que estas cifras expresan. En términos de perfil demográfico las cosas no han cambiado mucho respecto del informe anterior. Nuestra población envejece y la proporción de mujeres respecto de los hombres mayores de 80 años continúa siendo

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

(2) Educación Popular en Salud, EPES. Chile.

(3) Proyecto Araucaria, Centro de Estudios de la Mujer, CEM. Chile.

(4) Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Chile.

(5) Centro de Estudios de Género y Cultura de América Latina. Universidad de Chile. Chile.

(6) Centro de Estudios de la Mujer. CEDEM. Chile.

(*) A pesar de ser este el período de observación existen indicadores cuya última actualización disponible corresponde al año 2006.

	2001	2006	ESTADO
Porcentaje de población de 75 años y más autovales por sexo	54.2 mujeres de cada 100 de 75 años y más son autovales 78.2 hombres de cada 100 de 75 años y más son autovales	44.6 mujeres de cada 100 de 75 años y más declaran no tener mucha dificultad para ver-leer, oír, hablar, desplazarse, masticar, tomar/manipular objetos y controlar esfínteres. El 51.7% de los hombres declara lo mismo	Sin valor de referencia Los valores de cada año no son comparables para analizar su tendencia

bastante mayor, con cerca de 180 mujeres por cada 100 hombres sobre esa edad. A la par de esa constatación está el hecho de que las mujeres que alcanzan edades avanzadas se encuentran con mayores restricciones de salud que los hombres en esas condiciones, lo cual se aprecia en lo que declaran mujeres y hombres mayores de 75 años en la Encuesta de calidad de vida y salud del año 2006.

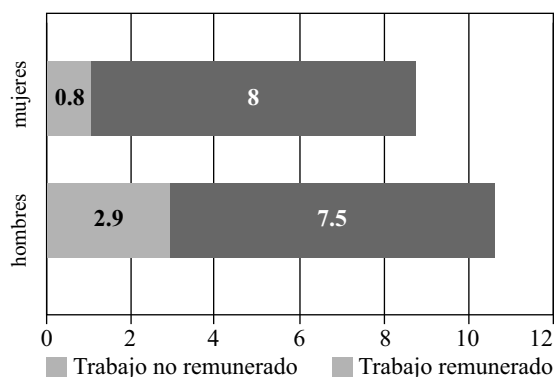
No solo las restricciones de salud acompañan este período a las mujeres, su disponibilidad de recursos económicos en esas edades es menor por sus dificultades de participación sostenida en el empleo remunerado. Las diferencias salariales en desmedro de las mujeres son reconocidas y también sus trayectorias laborales con más interrupciones debidas a los roles de género asumidos, llegando así a jubilar con pensiones más bajas.

El informe retoma planteamientos hechos con anterioridad respecto de la necesidad de que las políticas públicas reconozcan y aborden esta mayor vulnerabilidad en su formulación, tanto en salud como en el ámbito de políticas intersectoriales. En ese contexto el informe 2007-2008 valora como un avance la existencia de la "pensión básica solidaria" de la ley de reforma previsional a la que pueden optar mujeres sin antecedentes de cotización en el sistema de fondos de pensiones, y los beneficios de bonificación por hijo/as para mujeres con

antecedentes de cotización. Estas medidas no solo tienen el impacto económico directo, sino también, lo que resulta fundamental para los cambios en la estructura de producción de inequidad, en el cambio cultural que otorga reconocimiento al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado de las mujeres y su aporte a la sociedad.

En esa misma línea se valora la aplicación de la Encuesta de uso del tiempo en Gran Santiago, realizada por el INE y Minsal, que ha aportado datos poblacionales sobre las diferencias en el uso del tiempo entre hombres y mujeres, haciendo visible el trabajo de las mujeres en el hogar, donde quienes trabajan remuneradamente dedican además en promedio 2,9 horas diarias a estos trabajos; esto frente a menos de una hora diaria (0,8) que dedican los hombres. Se demuestra así una carga global de trabajo diario mayor en las mujeres.

En cuanto a desigualdades en los resultados de salud basadas en la construcción social de ser hombres y mujeres en nuestra sociedad el Observatorio destaca entre sus indicadores, la brecha de carga de enfermedad en el país. El estudio realizado por el Minsal sobre las muertes ocurridas en 2004, muestra que las mujeres pierden más años de vida saludable por discapacidad que los hombres. La principal causa para esta pérdida en mujeres entre los 20 y 44 años es la depresión. Por su parte, los hombres pierden más años de vida que las mujeres por



Fuente: Encuesta experimental sobre uso del tiempo en el gran Santiago. INE-MINSAL 2008.

	2003	2004	2005	2006	ESTADO
Sobremortalidad masculina por accidentes, agresiones autoinflingidas y de otros, en relación a la mortalidad de las mujeres por las mismas causas, en el grupo de edades de 15 a 34 años	64.2 menos mujeres que hombres por cada 100 mil murieron por causas externas, entre los 15 y 34 años Mujeres: 11 Hombres: 75.2	64.3 menos mujeres que hombres por cada 100 mil murieron por causas externas, entre los 15 y 34 años Mujeres: 13.2 Hombres: 77.5	64.7 menos mujeres que hombres por cada 100 mil murieron por causas externas, entre los 15 y 34 años Mujeres: 13.2 Hombres: 77.5	62.5 menos mujeres que hombres por cada 100 mil murieron por causas externas, entre 15 y 34 años Mujeres: 13.2 Hombres: 77.5	Retroceso La brecha disminuye pero a pesar de una ligera disminución de la tasa de mortalidad en hombres, la tasa en mujeres aumentó.

muerte prematura. Esto se ve reflejado en otro indicador, que da cuenta de la sobre mortalidad masculina, especialmente en jóvenes, por accidentes y lesiones autoinflingidas, donde los varones entre los 15 y 34 años registran 76.5 muertes x 100.000 frente a 14 x 100.000 en mujeres en ese rango de edad.

Un grave problema de salud pública que afecta a las mujeres es la violencia de género. Ha aumentado la tasa de denuncias de violencia intrafamiliar, también la tasa de denuncia de abuso sexual y violaciones en niños y niñas menores de 14 años, así como en mujeres entre los 15 y 19 años. Esto habla de la magnitud del problema y se considera un avance por las dificultades históricas para su reconocimiento y denuncia. Se considera un dato asociado a violencia sexual el registro de 954 nacimientos en menores de 15 años en 2006.

Preocupa la alta frecuencia de femicidios (59 en 2008); que son los que llegamos a conocer, pues no existen aún registros oficiales de los asesinatos de mujeres por parte de sus parejas, lo cual el Observatorio plantea en forma de demanda. En este contexto ha sido importante la promulgación de una "Política de Salud en Violencia de Género" de Minsal. De ella el Observatorio destaca el enfoque de género, el reconocimiento de un problema de salud pública y la intersectorialidad; y valora que en su proceso de construcción hubo activa participación de la sociedad civil.

Como retroceso en este campo se destaca que el carácter integral e intersectorial de las acciones que se necesitan y que se proponen,

no cuentan con el suficiente respaldo presupuestario, normativo y procedimental para garantizar su cumplimiento en calidad y oportunidad. En este caso la sociedad civil percibe la insuficiencia de las acciones en violencia de género, planteando que las iniciativas existentes muchas veces se muestran como una solución cuando están lejos de serlo, y observan una fragmentación de la respuesta, considerado esto un retroceso respecto de la respuesta integral que se requiere.

En materia de salud y trabajo, el Observatorio destaca que se haya iniciado un proceso de revisión y rediseño del programa de salud de los(as) trabajadores(as) por parte de la Subsecretaría de Salud Pública donde el énfasis está en la perspectiva de equidad y los determinantes sociales de la salud. Además se ha puesto en marcha un Sistema Nacional de Información en salud ocupacional, que centraliza y homologa los sistemas de registro de enfermedades y accidentes del trabajo, de modo de contar con buena información para el monitoreo, contribuyendo al avance en los temas de reconocimiento y notificación de enfermedades del trabajo. En contrapartida a algunos avances registrados en materia legislativa en este campo, donde a partir de marzo de 2006 se reconocen nuevas enfermedades, no ha habido nuevas iniciativas tendientes a actualizar el listado, especialmente en lo referido a trastornos emocionales. El Observatorio considera una omisión grave que la última actualización en 2006 no incluyera el "acoso sexual" como factor de riesgo para

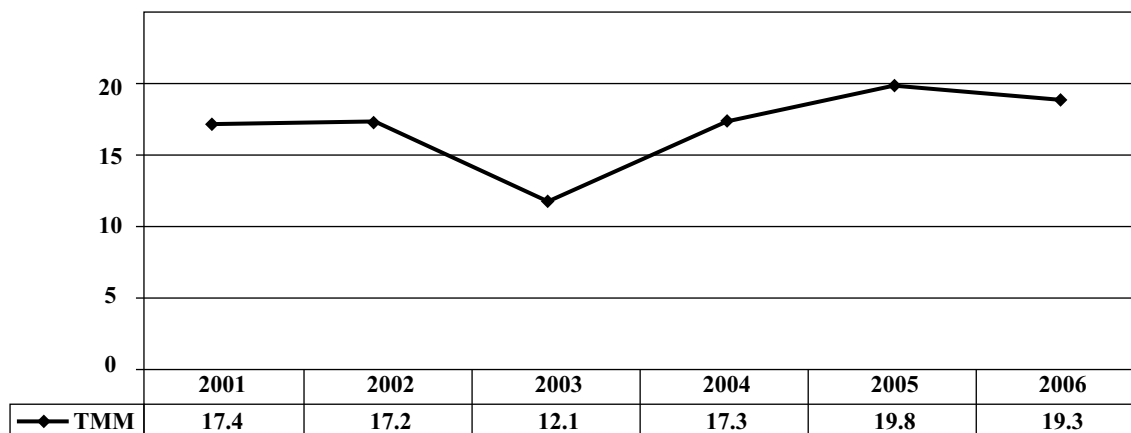
la salud mental en el trabajo, y un retroceso el hecho de que no existan iniciativas en proceso para su inclusión. El año 2006 hubo en el país 321 denuncias por acoso sexual, un 31% más que en el año anterior. En la mitad de los casos el acosador fue un superior jerárquico, en el 42% fue un compañero. Este es un problema que afecta mayoritariamente a las mujeres. Durante 2006 hubo sólo siete denuncias de hombres, correspondientes al 2% del total, y solo un caso se refería al acoso de una mujer en contra de un hombre.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, se hace referencia a la tasa de mortalidad materna, cifra que se aproxima a las 20 muertes por 100.000 nacidos vivos. Desde allí se destaca un 15% de muertes por aborto, donde en los últimos años han ocurrido muertes por causas que son indicación de aborto terapéutico, como embarazo ectópico y mola hidatiforme. Legítimamente se cuestiona la eliminación del aborto terapéutico en el código sanitario y su posible influencia en la falta de acceso oportuno de las mujeres a una interrupción en esta situación. Se plantea además que dadas las restricciones y actual penalización del aborto, la disminución de la mortalidad materna a causa de complicaciones de aborto ha sido y continúa siendo financiada por las mujeres, que asumen los costos del acceso a abortos más seguros.

El Observatorio también reitera su preocupación frente al alza sostenida en la proporción de cesáreas realizadas en el país, muy por sobre las recomendaciones del 15% establecido por OMS. Preocupa que siendo este un ámbito de decisión médica esté reflejando otras motivaciones para su indicación, sometiendo a las mujeres a un riesgo injustificado. Es necesario que ellas tengan claridad respecto de las ventajas que tiene el parto normal frente a una intervención quirúrgica como es la cesárea y participen más activamente en esta decisión.

Como positivo destaca el aumento sostenido de los partos acompañados en el Sistema Público de Salud que alcanza a un 60% y en ese orden también el aumento de la atención intercultural del parto, donde se recogen experiencias que avanzan sostenidamente. Se destaca también la publicación del "Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo", aunque es lamentable que no incluya la atención humanizada del aborto inseguro provocado. En un marco de penalización y de tradición conservadora en este tema, las mujeres que llegan en proceso de aborto a los hospitales deben ser protegidas de tratos vejatorios. Aunque se escapa del período de observación, en el lanzamiento del Informe se menciona el envío a los Servicios de Salud de un Ordinario (A15/1675) por parte

Tasas de Mortalidad Materna 2001-2006



Fuente: Minsal. Departamento de estadísticas de información en salud.

Tasa de denuncias de abusos y violaciones a adolescentes mujeres (14 a 19 años)	2005	2006	2007	2008	Avance en la denuncia
	185.92 Denuncias x 100 mil mujeres entre los 15 y 19 años	210.1 Denuncias x 100 mil mujeres entre 15 y 19 años	257.43 Denuncias x 100 mil mujeres entre 15 y 19 años	285.05 Denuncias x 100 mil mujeres entre 15 y 19 años	
Número de nacimientos de madres menores de 15 años	2004		2005	2006	Retroceso
	906 nacimientos de madres menores de 15 años		935 nacimientos de madres menores de 15 años	954 nacimientos de madres menores de 15 años	
Tasa de denuncias de abusos y violaciones a niñas y a niños menores de 14 años, por 100.000	2005	2006	2007	2008	Avance en la denuncia
	Niñas: 67.7 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 20.6 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil	Niñas: 88.8 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 20.25 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil	Niñas: 111.09 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 34.29 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil	Niñas: 137.87 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 40.69 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil	

del Ministro, que avanza una política de protección de las mujeres en esta situación, eliminando acciones relacionadas a la denuncia por parte del personal de salud.

El acceso a la anticoncepción de emergencia sigue como materia pendiente. El Observatorio al lanzar su informe 2007-2008 recoge la historia desde la introducción de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, pasando por el fallo del Tribunal Constitucional, el fallo de Contraloría y se refiere a los primeros avances en el parlamento del nuevo proyecto de ley presentado para avanzar en las garantías de su libre acceso. El Observatorio valora la iniciativa del ejecutivo y espera poder dar cuenta de avances en el siguiente período.

En cuanto al seguimiento de políticas relacionadas a la equidad en el acceso, calidad y financiamiento de la salud se sigue la tramitación de proyectos de Ley. Varios de ellos no muestran avances: el Proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud,

(donde hay temas tan sensibles y necesarios de regular como el consentimiento informado y los derechos en materia de salud a partir de los 14 años) y la ley que establece el derecho, en condiciones de desempleo a ser beneficiario/a de FONASA por ser cónyuge o conviviente de un o una cotizante. También se ha resaltado como retroceso lo que ha sucedido con la presentación sin avances del Proyecto de Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos y con las diversas tentativas de proyectos para la reposición del aborto terapéutico, donde urge su despenalización.

En los temas de Participación se valora contar con el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres del Ministerio de Salud, espacio que propicia la participación de las organizaciones de la sociedad civil para hacer aportes en el trabajo de la institucionalidad pública, aunque también se plantean en este informe críticas al proceso.

En su informe el Observatorio hizo presente

que la Presidenta Michelle Bachelet ha abordado deudas históricas con la salud de las mujeres y a pesar de que aún hay importantes temas pendientes, reconoce el aporte durante su mandato. Los retrocesos y estancamientos detectados plantean desafíos para la política

pública que serán objeto de particular vigilancia y abogacía durante el próximo período de observación. Se esperan acciones desde el gobierno en sus distintas entidades y desde el ministerio de salud, orientadas hacia una mayor equidad de género.

Los datos presentados corresponden a la publicación Informe 2007-2008 del Observatorio de Equidad de Género en Salud. Santiago de Chile 2009.

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

ENTREVISTA

Dr. Ramiro Molina

El creador del concepto de sexualidad adolescente en Chile

CECILIA VALENZUELA⁽¹⁾

Este especialista ha dedicado su vida a mejorar la calidad de vida de los jóvenes y a compartir conocimientos y avances con todo el continente.



Durante el último año, figuró en los medios de comunicación como el más acérrimo defensor del derecho de los jóvenes -de todos, en realidad- a acceder a la píldora de emergencia o "del día después". Esto, pues fue nominado por la Universidad de Chile como experto ante la solicitud de asesoría del Tribunal Constitucional, la comisión de Salud de la Cámara de Diputados y el Senado. Hombre de "cuero duro", participó en paneles, foros y conferencias con científicos y políticos cuyos argumentos estaban en la vereda opuesta, pero nunca pareció molestarle. Con una retórica de aplastante lógica retrucó las ideologías con papers y sólida evidencia científica.

Siempre ha sido así. El doctor Ramiro Molina, profesor titular de la Casa de Bello, académico y fundador del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Cembra, nunca ha estado entre los que se quedan callados ante lo que considera aberrante o injusto y, mejor aún, nunca ha aceptado estancamientos ni se ha conformado con lo que hay. Por esta larga trayectoria de luchas y aportes, recientemente la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología lo

distinguió con el título de Maestro de la especialidad.

"Y maestro es quien ha formado una escuela", reflexiona el doctor Molina. Así, al mirar hacia atrás para relevar lo que entiende como sus mayores aportes, "aquellos donde hubo creación, creatividad", recuerda el traslado de lo que era la antigua maternidad del Hospital José Joaquín Aguirre -ubicada en lo que es el actual Instituto de Oncología- a sus actuales dependencias en el sector A del recinto asistencial, en enero de 1983, cuando era director del Departamento de Obstetricia y Ginecología. "Fue la maternidad privada más antigua del país y, durante muchos años, la más importante. Para hacer ese traslado hubo que mover al hospital completo para desocupar el sector A y reacondicionarlo, reconstruyendo pabellones y estructuras en 3.000 metros cuadrados", relata.

Eso significó un enorme trabajo y una gran inversión económica, con anécdotas entretenidas: en el subterráneo de la antigua maternidad prácticamente hubo que instalar una maestranza, porque había que adaptar catres y cunas; estas últimas habían sido traídas desde Francia por el doctor Carlos Monckeberg en 1925 y "eran

⁽¹⁾ Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027. Santiago. Chile. cevalenzu@med.uchile.cl.

muy grandes y pesadas, pero mejores que las modernas de la época, así que se acondicionaron y todavía están en funcionamiento. Además, recuerdo que negocié la maternidad con el ministro de Salud de la época: Büchi Buc".

"NO VOY A DEJAR DE MOLESTAR"

Pero, sin duda, su mayor aporte es la creación del concepto de salud sexual y reproductiva del adolescente en Chile. "Eso, a principios de los '80, era hablar en un lenguaje totalmente diferente. Fue muy interesante y desafiante, porque crear el Cembra significó desde generar la construcción de nuevas ideas hasta formar una nueva especialidad, con un programa absolutamente diferente a lo que había en materia pediátrica, pero apegado a nuestra realidad nacional, relacionado a la fecundidad adolescente", explica el doctor Molina.

Hoy, reconoce con orgullo, esta materia es parte de la enseñanza tanto de las ciencias biológicas como de las ciencias sociales, y es tema político nacional e internacional. "A Chile y al Cembra se les ha dado un reconocimiento tan importante como es tener la presidencia mundial de la especialidad. Este modelo ya se ha copiado en otras universidades; vengo llegando de la Universidad de Antioquia, en cuya Facultad de Medicina se creó el centro NACER en el año 2003, con una tremenda inversión del gobierno, integrado a su Ministerio de Salud y a sus municipalidades para el trabajo directo con la población". Pero más contento lo tiene el que, para enero de 2010, se espera la apertura en nuestro país de los primeros 52 consultorios para adolescentes, replicando el modelo de atención creado en su centro, los cuales deberían seguir expandiéndose hasta llegar a 250.

Y, en la misma línea, considera que uno de sus más importantes legados fue la creación de un establecimiento educacional especializado para la atención de madres adolescentes, sus hijos y sus parejas. "El liceo Unopec, Unidad Operativa de Educación y Capacitación, nació durante el decanato del doctor Eduardo Rosselot, contando con todo su apoyo y el de las autoridades posteriores, pese a que fue tremendamente polémico en la época. Hoy se llama "Santa María de Conchalí", pertenece a esa municipalidad y el modelo es replicado en otras de estas instancias, aplicándose también en programas especializados del Sename y la Junaeb. Y, durante el gobierno de Ricardo Lagos, se entregó como un regalo a los príncipes de Asturias, cuando vinieron de visita al país".

En esta larga trayectoria, se destacan las asesorías que ha realizado en todo el continente en materia de planificación familiar, mandado por las Naciones Unidas y, finalmente, la formación de decenas de especialistas, con los cuales se ha generado una masa crítica para continuar enfrentando los desafíos propios de lo que significa la sexualidad adolescente en nuestro país.

Hoy, lo que viene para el doctor Ramiro Molina es, según sus propias palabras, "tener la oportunidad de poner esta experiencia acumulada por tantos años a disposición del sector público ministerial, mediante un involucramiento en servicios hospitalarios importantes de Santiago; me gustaría intentarlo". Pero continuar siempre ligado a la Universidad de Chile, como docente e integrando la Comisión Superior de Evaluación Académica de la corporación; "porque no se me olvida cuál es mi casa", finaliza.

REVISTA DE REVISTAS

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL EN PRODUCTOS DE ABORTOS ESPONTÁNEOS

Hernández, María Luisa; Romero-Fasolino, Milagros; Morales-Machín, Alisandra; et al. Rev Obstet Ginecol Venez 2009; 69(1):12-19

Describir los defectos del tubo neural en productos menores de 20 semanas de gestación y destacar las implicaciones y utilidad de su diagnóstico en el asesoramiento a la pareja, es el principal objetivo de este estudio de tipo prospectivo, transeccional y descriptivo realizado en una muestra no probabilística.

En el Laboratorio de Investigación "Dr. Carlos R. Davauchelle", Cátedra de Histología y Embriología de la Universidad del Zulia, Maracaibo, se examinaron sistemáticamente las características morfológicas externas y los hallazgos anormales y se registraron mediante descripción y fotografía.

Los resultados aportaron los siguientes datos: de los 55 productos estudiados, 27 (49,09 %) corresponden al sexo masculino, 21 (38,18 %) al sexo femenino, y 7 (12,43 %) cuyo sexo no pudo ser determinado de acuerdo a las características morfológicas de los genitales externos. Sólo 5 (9,09 %) presentaron defectos del tubo neural y las anomalías encontradas fueron: anencefalia, craneorraquisquisis, espina bífida lumbosacra, iniencefalia y encefalocele.

Con lo anterior se concluye entonces, que la identificación de los defectos del tubo neural en la muestra estudiada, sirve como punto de partida para ofrecer asesoramiento médico a los padres acerca del riesgo de recurrencia, la utilización de medidas de prevención, el plan de acción a seguir ante futuros embarazos y la posibilidad de ofrecer el diagnóstico prenatal.

Palabras clave: defectos del tubo neural, aborto espontáneos anomalías congénitas, asesoramiento genético.

LA INDUSTRIA TABAQUERA Y LA PROMOCIÓN DEL TABAQUISMO ENTRE LOS MENORES Y JÓVENES : UNA REVISIÓN INTERNACIONAL

Soto Mas, Francisco y García León, Francisco Javier. Referencia: Gac Sanit. 2009. 23 (5): 448-457

El principal objetivo de este estudio es recopilar documentación científica que evidencia el interés histórico de las compañías tabaqueras por los menores y jóvenes.

A través de la revisión electrónica de la literatura en base de datos científicos y búsqueda electrónica de informes técnicos y artículos científicos posteriores a 1999, se logró como resultado la recopilación y resumen de 13 informes y 30 artículos de revistas y publicaciones científicas de todo el mundo.

Según este análisis, la mayoría de los informes y artículos estaban centrados en las tácticas propagandísticas y de mercado.

En definitiva, la información recopilada evidencia los esfuerzos de las grandes tabaqueras para estimular el uso de tabaco entre los menores y jóvenes en todo el mundo e interferir con las políticas de regulación y control que positivamente repercuten en la iniciación del tabaquismo.

Palabras clave: tabaco, jóvenes, promoción del tabaquismo, compañías tabaqueras, documentos internos.

DESARROLLO EMBRIONARIO Y DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL

Otárola B.D. ; Rostion A. C.G. Referencia: Ped. Elec. (en línea) 2007. Vol. 4 N°3 ISSN 0718-0918

Los defectos del cierre del tubo neural se producen durante el desarrollo embrionario, alrededor de la cuarta semana de gestación. Estos defectos afectan a las estructuras que dan protección al sistema nervioso central, alterando también el desarrollo del mismo.

Los defectos del tubo neural se caracterizan por presentar manifestaciones clínicas diversas, y estar asociados a otros síndromes malformativos. En nuestro país la incidencia estimada de defectos del tubo neural es de 6, 37 por 10.000 nacidos vivos.

Las disrafias espinales están consideradas dentro de las patologías cubiertas por el AUGE.

La causa precisa de estas malformaciones aún es desconocida y la literatura revisada sugiere que sería multifactorial (factores nutricionales genéticos y ambientales) aún hay coincidencia en la mayoría de los trabajos publicados de que el déficit de ácido fólico en la dieta, la ingesta de ácido valproico durante el embarazo y los antecedentes familiares serían los más influyentes. En Chile, al igual que en otros países en que se implementó esta medida preventiva, la suplementación de la dieta con ácido fólico, ha demostrado disminuir las tasas de defectos del tubo neural, aunque las condiciones en que el ácido fólico interviene para prevenir el desarrollo de estas malformaciones, no es seguro.

Palabras clave: defectos del tubo neural, malformaciones, ácido fólico.

AGENDA

III CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

Santiago, Chile, 19 y 20 de octubre de 2009

Los objetivos de este encuentro -organizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile- son analizar la situación actual y futura de la enfermería respecto a satisfacción laboral y gestión del cuidado seguro, y reflexionar sobre el aporte de los procesos de acreditación de instituciones de salud al desarrollo de la enfermería y viceversa.

Mayor información
Fono: (56-2)3543042
lavargas@med.puc.cl

XV CONGRESO DE NUTRICIÓN SLAN

Santiago, Chile, 15 al 19 de noviembre de 2009

La Sociedad Latinoamericana de Nutrición convoca a este encuentro científico, que se desarrollará paralelamente con las XVI Jornadas Chilenas de Nutrición. De este modo, SLAN busca estimular la difusión del conocimiento en el campo de la alimentación y nutrición, propiciar el intercambio de experiencias entre investigadores y contribuir a definir propuestas para la solución de los problemas nutricionales que afectan a los países de América Latina.

Mayor información
Fono: 56-2-2640785
Fax: 56-2- 2649471
ecco@eccochile.cl
www.slanchile.cl

VI CONGRESO CHILENO Y IX JORNADA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coquimbo, Chile, 19 al 21 de noviembre de 2009

Los médicos de Atención Primaria podrán capacitarse y actualizar sus conocimientos en temas como Terapia Antitabáquica, Dermatología en el Adulto Mayor, Virus Papiloma Humano, Demencias en APS y Manejo de Quemaduras.

Mayor información
www.medicosaps.cl

3er REGIO-CONGRESO INTERNACIONAL DE OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

Monterrey, México, 2 al 4 de diciembre de 2009

Acorde con el compromiso con la niñez y la comunidad de médicos y otros profesionales de la salud, la Sociedad de Pediatría de Monterrey, en coordinación con la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL, organizan este evento, cuyo aval académico está dado por el Colegio Mexicano de Nutriólogos, el Colegio de Pediatría de NL, AC y la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Mayor información
velogue@hotmail.com
sociedad.pediatría.mty@gmail.com
www.pediatriademonterrey.com

XII ESCUELA INTERNACIONAL DE VERANO

Santiago, Chile, 11 al 22 de enero de 2010

32 cursos se dictarán en esta nueva versión de la EIV, organizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la Gillings School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill (U.S.A.). Participan destacados docentes de universidades y organismos internacionales, tales como las universidades de North Arizona, Ottawa y Mc Gill, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Academia de Medicina de Nueva York, OPS Washington, National Institute for Health, Karolinska Institutet de Suecia y otros.

Mayor información

Fonos: (56-2) 978 6536 - 978 6146
extension@med.uchile.cl -
brebolle@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

DIPLOMA EN SALUD GLOBAL

18 de enero al 30 de junio de 2010

En el marco del Programa de Salud Global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, se dictará este diploma internacional de postítulo, en modalidad semipresencial. Los módulos presenciales corresponden a dos cursos de la XII Escuela Internacional de Verano y se dictarán entre el 18 y el 22 de enero.

Mayor información

Fonos: (56-2) 978 6536 - 978 6146
extension@med.uchile.cl -
brebolle@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

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, atingente al tema y no superior a 20 palabras; el o los autores, identificándolos con su nombre de pila y apellido paterno; nombre de la institución donde se desempeñen al momento de la ejecución del trabajo; nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del primer autor; fuente de apoyo económico, si lo hubo.
Resumen	No debe exceder 250 palabras, que describa los objetivos y diseño de estudio, hipótesis si corresponde, los materiales y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes, siguiendo el mismo formato descrito en 1b. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Debe incluirse también un resumen en inglés (abstract). Los autores pueden proponer 3 a 6 palabras clave elegidas en la lista correspondiente del Index Medicus.
Introducción	Identifique el problema en estudio. Si es pertinente, haga explícita la hipótesis que pretende probar. Cite las referencias bibliográficas que sean estrictamente necesarias.
Material y método	Describa el universo o la muestra y las condiciones de selección de los sujetos en estudio. Indique los métodos, instrumentos y procedimientos estadísticos empleados y cite las referencias respectivas.
Resultados	Preséntelos en secuencia lógica. Muéstrelos en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. Destaque en el texto las observaciones más importantes. No mezcle resultados con discusión.
Conclusión/ 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

Referencias bibliográficas (Vancouver)

Artículos de Revistas

Artículo estándar

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.).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

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).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;116:41-2.

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.

5.- 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.

6.- 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.