

Descripción del uso de la licencia médica psiquiátrica en un servicio especializado de atención ambulatoria

Psychiatric sick-leaves description in a specialized outpatient service

Jaime Santander T.¹, Daniela Huerta F.¹, Julio Parra², Juan Prato E.¹ y Sergio Ruiz P.^{1,3,4}

Objectives: To characterize sick leaves prescription in a specialized psychiatric service. **Methods:** We recorded all of psychiatric attentions as well as all of sick-leaves prescribed during a three months period (July to September, 2009). **Results:** 3,105 attentions were done, whit a 12,7% (399 attentions) of them resulting in a sick-leave prescription, corresponding to 228 out-patients. We discarded 16 sick-leaves because incomplete information. 184 (48%) sick-leaves were prescribed in a first visit, 190 (49,6%) were a prolongation of a previous sick-leave prescription, and 9 (2,3%) were prescribed after a working period posterior to a previous rest. Affective disorder were the most frequent diagnosis observed in sick-leave prescription (78,1%), being more frequent in women (68,9). The mean of rest was $25,5 \pm 20$ days with a median of 15 days. **Discussion:** A 12,7% of psychiatric attention generated a sick-leave prescription. Severity of disorders seen in a specialized psychiatric service could explain this finding. Our results confirm Affective Disorders are the principal cause of sick-leave prescription. This study add technical knowledge about feature and uses of psychiatric sick-leaves in Chile.

Key words: Sick leave, psychiatry, sickness absence.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (3): 265-272

Introducción

Los trastornos mentales han sido crecientemente reconocidos como uno de los factores que más contribuyen al costo global de salud. En 2009 Kessler et al¹, revisaron los hallazgos que se desprendían de las investigaciones realizadas por la

Organización Mundial de la Salud en 28 países alrededor del mundo y demostraron que los trastornos mentales son de alta prevalencia en todos los países participantes. El rango inter-cuartil (IQR: percentil 25 a 75) de prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida se estima en 18,1-36,1%. En este escenario, el reporte del Costo Global de la Enfer-

Recibido: 29/09/2010

Aprobado: 30/12/2010

Financiamiento: Este estudio fue completamente financiado por el Depto. de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Graduate School of Neural & Behavioural Sciences, International Max Planck Research School, Tübingen, Germany.

⁴ Institute of Medical Psychology and Behavioral Neurobiology, University of Tübingen, Germany.

medad mostró que los trastornos neuropsiquiátricos dan cuenta de hasta un 25% de los años de vida perdidos por discapacidad en el mundo².

En este contexto, es primordial contar con indicadores sensibles de las consecuencias de la enfermedad psiquiátrica sobre la calidad de vida y sobre los costos para el sistema de protección social y para la sociedad. Marmot et al³, han señalado que el ausentismo debido a enfermedad agrega información sobre el nivel funcional y la capacidad laboral asociada al diagnóstico y debe ser entendido como un indicador que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Como claramente lo señaló Harvey et al⁴, los trastornos mentales son la principal causa de ausentismo laboral en la mayoría de los países desarrollados, dando cuenta de cerca del 40% del tiempo total cubierto por las licencias médicas⁵. Por ejemplo, Nyusten et al⁶, basado en los registros del sistema de seguro médico noruego, que cubre al 90% de todos los empleados, demostró que los problemas psiquiátricos dieron cuenta del 16,8% de todo el ausentismo laboral y del 31,5 de todos los días de enfermedad pagados. El estudio de Whitehall-II en población civil británica de entre 35 y 55 años mostró que los trastornos psiquiátricos eran la tercera causa más importante de episodios de larga ausencia laboral y la segunda de períodos de ausencia muy larga⁷.

Dada la importancia y consecuencias de la prescripción de licencias médicas como un indicador integrado de salud y su rol como un marcador de riesgo para pensiones de invalidez⁸⁻¹⁰ y mortalidad¹¹, se han realizado una serie de estudios dirigidos a identificar factores clínicos y sociodemográficos que pueden ser utilizados como predictores de su uso. Entre otros, se ha reportado una mayor incidencia de licencias en mujeres^{6,12,13} y en la edad media¹⁴. Al considerar los diagnósticos específicos para las licencias por patología psiquiátrica, los trastornos del ánimo dan cuenta de la mayor cantidad de prescripciones¹⁵.

En Chile, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos es alrededor de 36% con un mayor riesgo para las personas en edad laboral, entre los 25 y 54 años¹⁶. Los trastornos psiquiátricos dieron cuenta de un 18,7% de las licencias médicas cu-

rativas en nuestro país durante 2007¹⁷, siendo la segunda causa más común de éstas. Sin embargo, pese a que ha habido escándalos públicos por el mal uso de las licencias médicas, y en particular de las licencias psiquiátricas, y a que las instituciones de salud provisional tienen la facultad de evaluar la indicación de reposo y decidir sobre la oportunidad y duración de la indicación, no existen estudios que muestren el verdadero patrón de uso de las licencias psiquiátricas, así como sus características clínicas y sociodemográficas asociadas, los cuales debieran estar a la base de cualquier discusión de fondo sobre estos temas.

Los objetivos de este trabajo son: 1) evaluar la frecuencia de la prescripción de licencias médicas de causa psiquiátrica durante un período de tres meses en un centro universitario de atención ambulatoria especializada y 2) identificar factores clínicos y demográficos asociados con la prescripción de licencias médicas psiquiátricas. El análisis de estas variables contribuirá a dar un primer paso en la caracterización de la prescripción de licencias médicas de causa psiquiátrica en Chile.

Pacientes y Métodos

Lugar y participantes

Se realizó un estudio que consideró todas de las consultas que fueron realizadas en el Centro de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín, dependiente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, durante julio a septiembre de 2009. Se revisaron retrospectivamente la totalidad de los certificados de las licencias médicas emitidas por los psiquiatras del centro quienes fueron informados de la realización de este estudio una vez que ya se realizó la recolección de información, a fin de que no modificaran su patrón de prescripción, contando con la aprobación de éstos para el uso anónimo de los datos obtenidos. Se recolectó información sociodemográfica de los pacientes y se construyó una base de datos anonimizada para su posterior utilización en el análisis estadístico. El estudio se realizó respetando las normas de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

El Centro Médico San Joaquín está orientado a población de nivel socioeconómico medio cuyos costos de salud son cubiertos parcialmente por aseguradores públicos o privados. Este centro recibe una gran cantidad de pacientes quienes son derivados por médicos de otras especialidades o por consulta espontánea.

Factores individuales y mediciones

Se obtuvo la siguiente información como variables categoriales: a) edad; b) sexo; c) tipo de licencia con tres niveles: primera licencia, prolongación de un período previo o segunda licencia después de un período de no reposo; número de visitas psiquiátricas diferenciadas en dos niveles: primera consulta o control; e) diagnóstico psiquiátrico.

Análisis estadístico

Para determinar las tasas de prescripción de licencias en relación a variables categoriales usamos el test de χ^2 . Para variables numéricas usamos el test de t (dos colas) para muestras independientes. En todos los tests los valores de p menores de 0,05 fueron interpretados como significativos.

Resultados

Descripción general

En el período de estudio se realizaron un total de 3.105 atenciones psiquiátricas, de las cuales 399 (12,7%) resultaron en prescripción de licencia. El

número total de pacientes atendidos fue de 1.903, y de ellos un 12% recibió licencia (n = 228). Del total de licencias se excluyeron 16 por ilegibilidad, realizando el resto del análisis con 383 (96%).

Sexo

La Tabla 1 resume las licencias por sexo del paciente. Si bien, en términos absolutos, son más frecuentes en mujeres (68,9%), esta encuentra significativa no es tal al considerar la tasa de prescripción de licencias a mujeres y hombres (12,3% y 12,5% respectivamente) (χ^2 : 0,05; p > 0,1). Si se compara la duración del reposo en función del sexo no se encontraron diferencias significativas.

Edad

La mayor parte de las licencias se indicaron a personas de 30-50 años (61,6%), con una media de 37,6 años (DE: 10,2). El detalle se muestra en la Tabla 2.

Primera visita vs controles

Del total de atenciones, 539 (17,4%) correspondieron a primeras consultas (Tabla 1). Estas atenciones se asociaron proporcionalmente a un mayor número de prescripción de licencias que lo ocurrido en las sesiones posteriores (27,4% vs 11,6%) (χ^2 : 50,6; p < 0,01).

Tipo de licencia

Un 48% (184) de las licencias correspondieron a licencias prescritas por primera vez (Tabla 1),

Tabla 1. Descripción de la muestra en estudio: 3.105 atenciones psiquiátricas realizadas en un centro especializado y porcentaje de indicación de licencia médica en un periodo de tres meses, de acuerdo a sexo y cita en que la licencia fue prescrita

	Sin licencia	Con licencia	% licencias
Sexo			
Mujer	1.891	264	12,3
Hombre	831	119	12,5
Total	2.722	383	12,3
Número de cita			
Primera consulta	423	116	27,4
Otra consulta	2.299	267	11,6

en tanto un 49,6% correspondió a prórrogas del reposo y 2,3% correspondió a un segundo período de reposo luego de un haber estado de vuelta en sus actividades.

Diagnóstico

Los grupos diagnósticos se resumen de acuerdo a frecuencia en la Tabla 2. Al revisar por diagnósticos desagregados se encontró en orden decreciente: Trastorno Depresivo (n = 248: 64,8); Trastorno Bipolar (n = 51: 13,3%); Trastorno Adaptativo (n = 31: 8%); Trastorno de Angustia (n = 16: 4,2%) y Trastorno de Estrés Postraumático (n = 9; 2,3%).

Duración del reposo

La media del reposo prescrito fue de 15,6 días (DS: 6,97), sin embargo, cuando analizamos el número total de días prescrito a cada paciente (considerando eventuales prórrogas), la media de días de reposo fue 25,5 días (DS: 20). Las demencias fueron el grupo que tuvo reposo más prolongado (Tabla 3). Al considerar la mediana de la duración por licencia prescrita y por reposo total por paciente esta fue de 15 días.

Discusión

Resultados principales

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la frecuencia y factores asociados a la prescripción de licencias médicas en una muestra de pacientes psiquiátricos consultantes en un centro especializado durante un período de tres meses. Un 12,7% de las atenciones se asoció a la prescripción de licencia médica. En la misma línea, un 12% de los pacientes recibieron al menos una licencia. La mayoría de los pacientes que recibieron licencias médicas estuvieron en la edad media (30-50 años), y se le indicaron predominantemente a mujeres. Las licencias médicas fueron proporcionalmente más frecuentes en las primeras consultas que en las sesiones siguientes (27,4% vs 11,6%), en tanto que las prórrogas y repeticiones de licencias fueron más frecuentes que las licencias indicadas por primera vez (51,6% vs 48,3%). Nos llama la atención que

Tabla 2. Características de 383 licencias médicas psiquiátricas prescritas en un centro especializado, de acuerdo a edad, tipo de licencia y diagnóstico

	n	%
Edad		
< 30	101	26,4
30-50	236	61,6
> 50	46	12
Tipo de licencia		
Primera	184	48
Prórroga	190	49,6
Nuevo reposo	9	2,3
Grupo diagnóstico		
Trastornos del ánimo	299	78,1
Trastornos ansiosos	34	8,9
Trastornos adaptativos	31	8,0
Trastornos psicóticos	6	1,6
Trastornos por sustancias	3	0,8
Demencia	3	0,8
Otros	7	1,8

en un trabajo similar realizado en 2004¹⁸ tanto la frecuencia en la prescripción de licencias (13,2%) como la tendencia a que las prórrogas y repeticiones sean más frecuentes que las primeras licencias se mantienen (51,6% vs 48,3%), mostrando gran estabilidad en estas características e indicando que los resultados obtenidos más que una tendencia parecen constituir un patrón estable. Este hallazgo se puede interpretar como que en general se indica reposos relativamente breves, buscando la reinserción precoz pero que en un número importante de casos ese reposo se debe alargar.

Comparación con estudios previos

El relevante rol de los trastornos psiquiátricos en la prescripción de licencias médicas ha sido reportado en múltiples ocasiones, pero muy pocos han evaluado la incidencia y características de la prescripción entre pacientes psiquiátricos. La alta frecuencia de la prescripción de licencias en nuestro estudio está en línea con reportes previos.

Tabla 3. Duración en días de las 383 licencias médicas prescritas en un centro de atención psiquiátrica especializada por licencia prescrita y por reposo total indicado a cada paciente

Grupos diagnósticos	n	Media	DE	Mediana
Por licencia prescrita				
Trastornos del ánimo	299	16,1	6,1	15
Trastornos ansiosos	34	11	5,4	11
Trastornos adaptativos	31	11,7	5,1	11
Trastornos psicóticos	6	15	0	15
Trastornos por sustancias	3	20	8,6	15
Demencia	3	50	17,3	60
Otros	7	17,1	2,6	15
Total	383	15,6	6,9	15
Reposo por paciente				
Trastornos del ánimo	178	26,7	19,7	15
Trastornos ansiosos	19	17,4	17,7	12
Trastornos adaptativos	23	16	13	11
Trastornos psicóticos	3	30	15	30
Trastornos por sustancias	2	30	0	30
Demencia	1	90	0	90
Otros	2	60,5	41,7	60,5
Total	228	25,5	20	15

Rytsälä¹⁹, encontró que un 43% de los pacientes depresivos empleados en su estudio de cohorte estaba con licencia médica. En el mismo sentido, Sorvaniemi et al²⁰, reportó que el reposo médico benefició a un 61% de los pacientes depresivos durante un seguimiento de 30 meses.

La mayor parte de la literatura ha sido consistente en demostrar que la prescripción de licencias a mujeres es mayor²¹, lo cual, considerando números absolutos, también encontramos en este estudio, sin embargo, no hubo diferencia al considerar las tasas de prescripción por sexo. Esta situación es diferente a lo encontrado en otros estudios, de hecho, en una revisión sistemática de investigaciones sobre el ausentismo laboral debido a enfermedad psiquiátrica, el único hallazgo consistente fue la mayor incidencia de licencias en mujeres, lo que podría explicarse por la mayor prevalencia de los trastornos de ánimo y ansiedad en mujeres, lo que

se replica en todas partes del mundo²². Este hallazgo se ha explicado por diversos factores, como son algunas diferencias de género en la conducta de búsqueda de atención de salud, en la presentación de los síntomas, en la interpretación de los síntomas tanto del paciente como del médico, en el desarrollo psicológico y socialización, y en exposición a factores de riesgo tales como abuso sexual y violencia, no sólo sería esperable una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en mujeres, sino también una mayor tasa de prescripción de licencias en ellas. En nuestro caso en cambio, pensamos que los pacientes de sexo masculino que acuden a psiquiatría, si bien son menos, cuando acuden es posible que sea porque tienen sintomatología más intensa, y/o a que están más empleados en términos relativos que las mujeres, sin embargo, debido a las limitaciones de este estudio esa información no está disponible. También podría ser

que por razones culturales, la mujeres tuvieran una mayor disponibilidad para consultar por patología relativamente más leve, posibilidad que también debiera ser explorada en otro estudio.

La mayoría de las licencias se prescribió a individuos en edad media, como se ha encontrado anteriormente, y que, como señala Hensing, podría relacionarse con que la gente en ese período de la vida debe lidiar con una alta cantidad de estrés debido a la exigencias laborales, que se suman a las presiones económicas, domésticas y familiares.

El reposo médico es parte esencial del tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, y en general es necesario prescribirlo desde un comienzo, de ahí que esto pueda explicar el hecho de que proporcionalmente la mayoría de las licencias se prescribe en la primera visita, momento que además corresponde con el período en que la persona se ha sentido tan mal como para pedir ayuda, a lo que se suma que ahí se hace el diagnóstico, se evalúa el estado funcional del paciente y se indica el tratamiento.

Las proyecciones sugieren que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, medido como años de vida saludables perdidos². En ese contexto, muchos estudios han mostrado que los trastornos del ánimo son la principal causa psiquiátrica de la prescripción de licencias²³, lo que está en línea con nuestros hallazgos.

La mediana de la duración de las licencias indicadas fue de 15 días, y la duración total del reposo indicado a cada paciente (incluyendo la primera licencia y sus prórrogas) fue claramente menor que lo que se ha reportado en otros estudios^{6,20}, sin embargo, es difícil hacer comparaciones debido a las diferencias en el período de seguimiento (tres meses *vs* treinta meses). Pese a la brevedad del

seguimiento es evidente que el reposo medio para los trastornos del ánimo es de al menos 26,7 días y de 17,4 días para los trastornos de ansiedad. Esta información nos parece relevante en la evaluación que hacen las aseguradoras de salud respecto de la duración del reposo indicado a cada paciente ya que no hay estudios técnicos previos que den luces sobre esta situación.

Limitaciones

Nuestro estudio presenta limitaciones que considerar. El período de seguimiento es relativamente breve y, por lo tanto, es posible que la mediana de la duración total del reposo de cada paciente pudiera variara considerando una mayor cantidad de meses de observación. Por otra parte, debido a la metodología de revisión de las licencias ya emitidas, no es posible obtener mayor información sociodemográfica que permita caracterizar de manera precisa variables relevantes como son el estado laboral de cada consultante, nivel educacional o redes de apoyo, lo cual permitiría abordar variables relevantes en la temática de estudio.

Comentario

Hasta donde sabemos, este es de los primeros estudios dirigidos a evaluar la incidencia de prescripción de licencias psiquiátricas así como los factores asociados a esta en una muestra de pacientes psiquiátricos chilenos. Nuestros hallazgos concuerdan con trabajos previos, mostrando una alta incidencia de prescripción de licencias psiquiátricas principalmente por depresión, en mujeres, y en la edad media. Se requerirán nuevos estudios que resuelvan las limitaciones de este para precisar los factores predictores de la prescripción de licencias médicas psiquiátricas.

Resumen

Objetivo: Describir las características de la prescripción del reposo médico de causa psiquiátrica en un servicio de atención especializado. **Métodos:** Se registraron las atenciones psiquiátricas y las licencias médicas emitidas en un período de 3 meses (julio a septiembre 2009). **Resultados:** En el período se realizaron 3.105 consultas psiquiátricas, indicándose licencia médica en 399 atenciones (12,7%). Se eliminaron 16 y se trabajó con 383 licencias. De estas, 184 (48%) fueron 1° licencia en el período, 190 (49,6%) fueron prórroga de anterior y 9 (2,3%) fueron repetición de reposo. El número de pacientes beneficiados con la indicación de reposo fue de 228 (12%). Los trastornos del ánimo dieron cuenta de un 78,1% de las licencias y se prescribieron más frecuentemente en mujeres (68,9%). La duración total del reposo fue $25,5 \pm 20$ días y la mediana fue 15. **Discusión:** En un servicio especializado de Psiquiatría las atenciones generaron 12,7% de prescripción de licencias médicas. La gravedad de los casos puede explicar la alta frecuencia de prórrogas y repetición de licencias. Los trastornos del ánimo son los diagnósticos más frecuentemente consignados como causa de la licencia médica. Este trabajo aporta datos técnicos sobre el uso y características de la licencia médica psiquiátrica en Chile.

Palabras clave: Licencia médica, psiquiatría, ausentismo laboral.

Referencias

1. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 1997; 27 (4): 861-73.
2. Murray CL, AD, editor. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, MA: Harvard University Press; 1996.
3. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49 (2): 124-30.
4. Harvey SB, Henderson M, Lelliott P, Hotopf M. Mental health and employment: much work still to be done. *Br J Psychiatry* 2009; 194 (3): 201-3.
5. Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 2004; 54 (499): 86-91.
6. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health* 2001; 29 (3): 175-82.
7. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II Study. *Soc Sci Med* 1995; 40: 9.
8. Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, *et al.* Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (10): 915-20.
9. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *Nord J Psychiatry* 2008; 62 (4): 294-301.
10. Bratberg E, Gjesdal S, Maeland JG. Sickness absence with psychiatric diagnoses: individual and contextual predictors of permanent disability. *Health Place* 2009; 15 (1): 308-14.
11. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimaki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, *et al.* Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63 (1): 50-5.
12. Hensing G, Brage S, Nygard JF, Sandanger I,

- Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders-an increased risk for marginalisation among men? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35 (8): 335-40.
13. Muto T, Sumiyoshi Y, Sawada S, Momotani H, Itoh I, Fukuda H, *et al*. Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. *Ind Health* 1999; 37 (2): 243-52.
 14. Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Med* 2006; 4: 19.
 15. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, *et al*. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370 (9590): 859-77.
 16. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 10.
 17. Pezoa M. Análisis de las licencias médicas curativas en Isapres 2006-2007. In: desarrollo Ddey, editor. Santiago: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile; 2008.
 18. Santander J, Olgún P. Descripción de las licencias psiquiátricas en un centro de salud mental ambulatorio universitario. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42.
 19. Rytala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Functional and work disability in major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193 (3): 189-95.
 20. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress Anxiety* 2003; 17 (4): 220-3.
 21. Hensing G, Alexanderson K, Akerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30 (1): 39-43.
 22. Hensing G, Alexanderson K. The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occup Environ Med* 2004; 61 (2): e7.
 23. López AM CD, Ezzati M, *et al*, editor. Global burden of disease and risk factors. New York, NY: Oxford University Press. 2006.

Correspondencia:

Jaime Santander Toro
 Servicio de Psiquiatría
 Clínica UC San Carlos de Apoquindo
 Camino el Alba 12351
 Las Condes, Santiago.
 Fax: 56-2-7548878
 E-mail: jsantan@med.puc.cl