

realizar trasplantes en algunos países. Para revertir esto, se ha propuesto ampliar el conocimiento urbano sobre cómo y quién puede ser donante y sobre los aspectos clave de la muerte cerebral.⁵ Asimismo, los programas de detección de muertes encefálicas llevados a cabo por profesionales especialmente entrenados permitirían la identificación de donantes y lograrían disminuir las listas de espera de personas para trasplantes.

Junior Smith Torres-Román, Est Med Hum,⁽¹⁾
smithxp10@gmail.com
Carito Zumaeta-Cabrera, Est Med Hum,⁽²⁾
Hugo Arroyo-Hernández, MC,⁽³⁾

(1) Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (Socemi), Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

(2) International Federation Medical Student Associations, Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Trujillo, Perú.

(3) Oficina General de Información y Sistemas, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

Referencias

1. Dossetor JB, Monaco AP, Stiller CR, eds. First International Congress on Ethics, Justice, and Commerce in Transplantation: A Global View. *Transplantation Proceedings* 1990;12(3):891-1056.
2. Sociedad de Trasplantes América Latina y del Caribe. Registro Latinoamericano de Trasplantes 2009 [documento en internet] [consultado el 1 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.stalyc.net/es/registros.html>
3. International Registry in Organ Donation and Transplantation - 2013 [documento en internet] [consultado en diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/newsletter2014.pdf>
4. Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Acta de la duodécima reunión de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante [documento en internet]. Quito, Ecuador, octubre de 2012 [consultado el 24 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/amrreoredsp12.pdf>
5. Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Propuesta de recomendación CIDT - 2006 (6) sobre solución a la escasez de donantes. Fases del proceso de donación - Áreas de mejora [documento en internet]. Montevideo, octubre de 2010 [consultado el 26 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/DocumentosDe-Consenso/Soluciones_a_donacion.pdf

Servicio social en medicina en Latinoamérica: cobertura sin retención

Señor editor: Los recursos humanos en salud (RHS) son el principal pilar para brindar una adecuada atención sanitaria a nivel mundial. Por ello, la distribución del personal sanitario debería llegar a todas las regiones de cada país. En el caso de Latinoamérica, no existe una adecuada distribución de RHS, lo que impide realizar intervenciones de salud efectivas y genera escasez del personal médico en las zonas más necesitadas, siendo estas las áreas rurales.¹

Se han generado diversas estrategias para permitir una adecuada distribución de recursos humanos, como es el caso del Servicio Social en Medicina (SSM). Esta medida se ha implementado en algunos países de Latinoamérica, como México y Perú, donde se impone al estudiante de medicina/médico recién egresado trabajar en áreas rurales o zonas vulnerables que necesitan una adecuada atención sanitaria.^{2,3}

Con la implementación del SSM se ha logrado ampliar la cobertura sanitaria en países de Latinoamérica, sin embargo, no ha tenido efecto en la retención de los RHS, ya que no se han encontrado estudios que avalen la efectividad de aplicar dicho programa en este aspecto. Además, mediante el SSM sólo se recluta al personal médico de manera obligatoria, y al concluir dicho proceso se retiran del lugar de servicio, preservando la insuficiencia del personal médico en áreas rurales.^{2,4}

Ante ello, se debe tener en claro la importancia de retener al personal sanitario, lo cual permitiría lograr una mayor disponibilidad del personal médico en las áreas más necesitadas. Además, se obtendrían mejoras en la calidad de servicio de salud, ya que se contaría con las habilidades y conocimientos adecuados para el manejo sanitario de la población. Al haber una mayor disponibilidad

de personal médico, se reducirían los desplazamientos de la población en busca de una adecuada calidad de servicios y mejoraría, a su vez, la accesibilidad sanitaria.

Por ello, las políticas de Estado deberían reforzar la idea de implementar incentivos remunerados o no remunerados, es decir, que se les ofreciera una solvencia económica justa y suficiente por el servicio brindado en el área rural. Además, se podrían incluir facilidades de pago para aliviar la carga financiera generada durante los años de estudio que haya realizado el personal médico.⁵

Por otro lado, desde la etapa pregrado se les podría brindar apoyo académico, lo cual fortalecería sus capacidades hacia un enfoque multidisciplinario y preventivo. Asimismo, sería importante brindar un fácil acceso a cursos de especialización al terminar el periodo rural, otorgar nombramiento, estabilidad laboral y el reconocimiento médico por parte del centro de salud donde se laboró; de esta manera, el personal médico tendría mayor motivación para trabajar en áreas rurales.⁶

Lizeth Flores-Anaya, Est de Med,⁽¹⁾
lizethmf1991@hotmail.com
Cinthia León-Lozada, Est de Med,⁽¹⁾
Percy Mayta-Tristán, Med Salub,⁽¹⁾

(1) Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú

Referencias

1. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health* 2004;2:13.
2. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2014;31(4):781-787.
3. Nigenda G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Publica Mex* 2013;55(5):519-527.
4. Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM. SERUMS y la migración de médicos: a propósito de una cohorte de médicos de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(2):405-406.
5. Myhre D, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health* 2015;15:3483.

6. Huicho L, Diez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica* 2012;28(4):729-739.

Epidemiología de la enfermedad de Chagas en comunidades mocovíes y criollas en el sur del Chaco Argentino

Señor editor: La enfermedad de Chagas constituye un serio problema sanitario, social y de impacto económico, particularmente en poblaciones rurales desatendidas y postergadas de Latinoamérica.¹ Es esencial entender los contextos sociales y culturales para explicar la persistencia de esta enfermedad, así como promover intervenciones adaptadas a las necesidades de cada población.²

La pobreza, combinada con inequidades de etnia, edad y género, junto con nichos ecológicos complejos, constituyen importantes focos epidemiológicos que afectan particularmente a los pueblos originarios del Gran Chaco.³ El sur del Chaco Argentino aún presenta riesgo debido a razones climáticas, ambientales y sociales. Tres parajes muy cercanos de la Provincia de Santa Fe, dos criollos (Colonia Duran y San Roque) y uno mocoví (km 94), comparten dichas características propicias para la persistencia del vector.

Con el objetivo de determinar si existe asociación entre etnia, factores predisponentes y seroprevalencia de la infección chagásica en comunidades con un mismo medio geográfico y ambiental, se realizó un estudio transversal en estos parajes, donde habitan 569 personas.

En el año 2013 se realizó serología para Chagas a los pobladores que aceptaron voluntariamente participar de la actividad. Las muestras fueron obtenidas en terreno y conservadas a 4°C hasta su procesamiento según normas nacionales de diagnóstico.

Simultáneamente se determinó la presencia de riesgo de transmisión vectorial, congénita y/o transfusional mediante encuestas. Los resultados de las mismas se confrontaron con la serología obtenida, utilizando como medida de asociación la prueba de χ^2 (Ji cuadrada) o el Test Exacto de Fisher, según correspondiera.

Se analizaron muestras de 164 individuos, 54 mocovíes y 110 criollos, 28.8% (164/569) de la población total de los tres parajes. Se halló serología positiva para *T. cruzi* en 3.6% de la población. 11.1% de la población mocoví se encontró seropositiva y ningún paciente entre los criollos, lo que muestra asociación significativa entre etnia y Chagas (cuadro I).

Se observó que 68.5 % de los mocovíes y 18.2% de los criollos habitaron alguna vez en una vivienda precaria, por lo que se halló asociación entre etnia y tipo de vivienda (cuadro II). Asimismo, 25.9% de los mocovíes y 10% de los criollos son hijos de madre chagásica, con lo que se verifica asociación entre etnia y serología materna (cuadro III). Ninguno recordó haber sido transfundido.

La prevalencia hallada en la comunidad mocoví fue mayor que la media general del país y la región, pero inferior a la de otros pueblos originarios de la misma ecoregión.⁴⁻⁶ Se observa, además, una mayor asociación entre etnia y vivienda precaria (OR 151.7) que entre etnia y serología

Cuadro I ASOCIACIÓN ENTRE SEROLOGÍA PARA CHAGAS Y ETNIAS. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Serología para Chagas		
	Positiva	Negativa	Total
Mocoví	6	48	54
Criollo	0	110	110
Total	6	158	164

Razón de momios: 15.8; LI= 2.4. Test Exacto de Fisher: $p=0.0021$

Cuadro II ASOCIACIÓN ENTRE ETNIA Y VIVIENDA PRECARIA. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Vivienda precaria		
	Positivo	Negativo	Total
Mocoví	37	1	38
Criollo	20	82	102
Total	57	83	140

Razón de momios: 151.7; IC: 19.6-1173.1 Test Exacto de Fisher: $p<0.05$

Cuadro III ASOCIACIÓN ENTRE ETNIA Y SEROLOGÍA MATERNA POSITIVA. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Madre positiva		
	Positivo	Negativo	Total
Mocoví	14	18	32
Criollo	11	52	63
Total	25	70	95

Razón de momios: 3.7; IC: 1.4-9.5 $Ji^2:7.5$

materna positiva (OR 3.7), lo cual indicaría que actualmente son mayores las diferencias en la exposición a viviendas con riesgo vectorial.

La desigualdad en la exposición a estas viviendas y en la infección revelan que la persistencia de la endemia se debería al ambiente ecológico del distrito y a la realidad habitacional y sociosanitaria de la población, escenario reiterado en otros pueblos originarios del Gran Chaco^{3,5,6} que generaliza el paradigma de exclusión que asocia pobreza y Chagas.

Carlina Colussi, Bioq,⁽¹⁾
 Mariana Stafuza, Bioq,⁽¹⁾
 Susana Denner, Mag,⁽¹⁾
 Marcelo Nepote, Bioq,⁽²⁾
 Diego Mendicino, Dr.⁽¹⁾
 dmendicino@fbc.unl.edu.ar

(1) Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, Facultad de Bioquímica