



ARTÍCULO ORIGINAL

Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial

Carlos Enrique Cabrera-Pivaral,^{*,**} Sandra Angélica Chávez,^{*}
Héctor Fernando González-Reyes,^{***} Laura Cortés-Sanabria^{*}

* Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

** Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

*** Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del IMSS en Jalisco.

Clinical aptitude of the family doctors front of sick patients with diabetes type two with initial nephropathy

RESUMEN**ABSTRACT**

The diabetic nephropathy in initial phase requires an oportune identification by family physicians. Indeed, they should be qualified to interpret the data that suggesting that a patient be going through that phase of the illness, in order to orientate the management and processing of the same one, from an integrative perspective. The purpose of this work was to measure the aptitude of the family doctors to interpret, to judge and to propose in front of sick patients with diabetes type two with initial nephropathy. We made this with a representative sample of family physicians in five Family Medicine Units of the Instituto Mexicano del Seguro Social in the city of Guadalajara, Jalisco, Mexico. The main variable of the study was the clinical aptitude of the doctors: interpretation, judgment and proposals carried out in the practice of their profession; and through an ordinal scale, levels of aptitude were defined, which related to the remainder of variables using the medium, Kruskal Wallis stadiometer and χ^2 .

La nefropatía diabética en etapa inicial requiere de una oportuna identificación por parte de los médicos familiares. De hecho, ellos deberían estar capacitados para interpretar los datos que sugieren que el paciente está cursando esa etapa de la enfermedad, con el objetivo de orientar el manejo y tratamiento de la misma desde una perspectiva integradora. El propósito del presente trabajo fue medir la capacidad de aptitud clínica del médico, frente al caso clínico de un enfermo con diabetes tipo 2 con nefropatía inicial. Con este fin se utilizó un instrumento estructurado y validado, en una muestra representativa de 101 de 450 médicos familiares en cinco de veintitrés Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, elegidos por conglomerados en dos etapas. La principal variable de estudio fue la aptitud clínica de los médicos definida como la capacidad de interpretación, evaluación y propuestas que éstos realizan en la práctica de su profesión (indicadores de factores de riesgo, integración diagnóstica, uso de paraclínicos y recursos terapéuticos). Los niveles de aptitud se definieron a través de una escala ordinal y se relacionaron con el resto de variables utilizando la mediana, el estadígrafo de Kruskal Wallis, y la χ^2 . La mediana de la aptitud clínica fue de 73 con rango de 18 a 113, al relacionar entre las unidades de atención médica. Con el resto de variables de estudio no se demostró diferencia estadísticamente significativa. Se concluye que 8% de los médicos familiares reúne la aptitud para el manejo de la nefropatía inicial del diabético 2.

Key words. Clinical aptitude. Diabetic nephropathy. Family medicine doctor.

Palabras clave. Aptitud clínica. Nefropatía diabética. Médico familiar.

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva integradora, la identificación de la nefropatía diabética por el médico familiar requiere de una aptitud clínica que permita reconocer los indicadores de daño renal mediante la evaluación de los casos clínicos comprometidos. La aptitud clínica¹ es el conjunto de capacidades que se expresan en la identificación de signos y síntomas, en el uso de recursos de diagnóstico, el uso de recursos terapéuticos y en la observación de las conductas iatrogénicas por omisión y por comisión.²

Los casos clínicos comprometidos reúnen una serie de factores (nefropatía diabética, hipertensión arterial, hipertensión glomerular, proteinuria, tabaquismo, hiperuricemia, hiperlipemia, obesidad y alcoholismo) y condiciones (peso corporal, actividad física aeróbica, supresión del tabaquismo, restricción de la ingestión de alcohol, disminución de la ingesta de sodio, manejo del estrés), cuya consideración permite al médico familiar una reflexión y crítica de indicadores de factores de riesgo, integración diagnóstica, uso de paraclínicos y recursos terapéuticos en dichos casos clínicos. La reflexión debe hacerse con el propósito de capitalizar su experiencia y así construir su propio conocimiento respecto del manejo clínico del diabético² con nefropatía inicial, para finalmente decidir acerca del manejo de los factores y condiciones de los casos presentados con el fin de evitar la progresión del daño renal.³

El propósito del presente trabajo fue medir la aptitud clínica del médico familiar frente al caso clínico de un enfermo con diabetes tipo 2 con nefropatía inicial.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño es observacional, transversal y comparativo. El universo de estudio se conforma de un total de 450 médicos familiares del primer nivel de atención de Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Dentro de los criterios de inclusión se consideró a médicos familiares con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino o vespertino, de sexo femenino o masculino y que verbalmente aceptaron participar en el estudio y contestaron a la totalidad de preguntas del instrumento aplicado. Los criterios de exclusión afectaron a los médicos familiares de los servicios de Urgencias, del turno nocturno, de vacaciones, con permiso o becados al momento de la recolección de información y de la exploración o que no aceptaron partici-

par. Se eliminaron aquellos instrumentos en los cuales no estaban contestadas la totalidad de las preguntas. La Unidad de Análisis es: la Aptitud clínica para identificar la nefropatía diabética en etapa inicial.

El muestreo fue por conglomerados. La primera etapa consistió en seleccionar por conveniencia a cinco de 23 (21.7%) unidades médicas mediante el muestreo aleatorio simple. La segunda etapa fue seleccionar al total de médicos familiares de las respectivas cinco unidades de medicina familiar (101 médicos familiares).

Las variables de estudio. La principal variable de estudio es la aptitud clínica del médico familiar para la identificación de la nefropatía diabética en etapa inicial, integrada por la capacidad para interpretar, evaluar y proponer. Dicha aptitud se conceptualiza y valora en cuatro áreas:¹

- Identificación de factores de riesgo: consiste en la comprensión que se realiza de los factores de riesgo o de la indagación de los mismos.
- Integración diagnóstica: consiste en la integración diagnóstica más apropiada con los datos clínicos; en guiar el estudio diagnóstico, con una visión totalizadora del paciente.
- Identificación global de los paraclínicos, lo cual contrasta con el uso discriminado y orientador.
- Además de las propuestas de uso de los recursos terapéuticos, se refiere a la toma de decisiones que representa una de las capacidades de mayor complejidad. Comprende la elección de cierto recurso terapéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor disponibilidad y su menor costo o su mayor facilidad de administración.

Así, la aptitud clínica es entonces el resultado de una evaluación global.

Otras variables son:

1. Características sociodemográficas: Éstas se refieren a sexo y edad.
2. Condiciones laborales: especialidad en medicina familiar, la antigüedad de la práctica profesional y tipo de contratación.

Instrumentos

El instrumento aplicado es concebido a través de una perspectiva basada en una integración de la teo-

ría y la práctica –casos clínicos– y utiliza indicadores que se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicados a situaciones clínicas. Con el objetivo de reproducir lo más fielmente posible la realidad clínica, los casos que integran el instrumento son reales, condensados y ajustados a los fines del instrumento y divididos en fragmentos. Les sigue una serie de preguntas que permite indagar acerca de los indicadores investigados, con tres opciones de respuesta: verdadero, falso y no sé.

La versión final después de la validación por expertos fue de 150 reactivos (distribuidos por sus valores teóricos por indicador así: 30 para factores de riesgo, 40 para integración diagnóstica, 40 para uso global de paraclínicos y 40 para uso global de recursos terapéuticos), con respuesta coincidente en cuatro o más de los jueces (4/5 y 5/5). Se balancearon los enunciados por indicador con la opción verdadero y la opción falso. Se estandarizó por médicos con especialidad de medicina familiar. El índice de confiabilidad de Kuder-Richardson es de 0.74. Cada respuesta vale un punto, una respuesta incorrecta resta un punto y la respuesta no sé es igual a cero. El resultado final se obtiene de la suma de las respuestas correctas a las que se restan las incorrectas.

Posteriormente, se realizó el cálculo de respuestas por azar.⁴ El nivel de medición de la aptitud clínica se integró con los siguientes grados: nivel I.- Definidos por el azar < 23 puntos; II.- Nivel muy bajo de 24 a 49 puntos; III.- Nivel bajo de 50 a 75 puntos; IV.- Nivel regular de 76 a 100 puntos; V.- Nivel alto de 101 a 125 puntos; VI.- Muy alto 126 a 150 puntos.⁴

Análisis de la información

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Para el criterio descriptivo se usó la media, moda, mediana, varianza, desviación estándar y porcentaje. En el criterio inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para hacer comparaciones de los indicadores por cada unidad médica, la U de Mann Whitney para relacionar cada indicador con dos unidades médicas y la χ^2 para comparar el por ciento del total teórico de cada indicador entre la unidad médica. Se practicó calificación de instrumentos de medición de aptitud clínica. Se concentra y captura la información en el programa EPI- Info 6 y SPSS.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el “reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” de la Ley

General de Salud, el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (Art. 17). Se contó con el consentimiento informado del participante en la investigación (Art. 14).⁵

RESULTADOS

Datos generales

En el cuadro 1 se observan las características generales de los médicos participantes.

En el cuadro 2, que se refiere a la aptitud clínica para la identificación de la nefropatía diabética en etapa inicial, según la unidad médica, se observan valores de las medianas y su respectivo rango. Al relacionar las medianas entre las unidades médicas (A, B, C, D, E) y entre los indicadores de la aptitud (factores de riesgo, integración diagnóstica, uso global de paraclínicos y uso global de recursos terapéuticos), no existen diferencias significativas. (KW: $p \geq 0.05$).

Con los resultados y utilizando el por ciento total teórico para cada indicador, según unidad de atención médica, se observan diferencias a favor del indi-

Cuadro 1. Datos generales de los médicos familiares.

Categoría laboral	Frecuencia	%
Base	85	84
Eventual	16	16
Total	101	100
Sexo		
Masculino	54	53.5
Femenino	47	46.5
Total	101	100
Especialidad en MF		
Sí	58	58
No	43	42
Total	101	100
Edades		
28-40	37	37
41-54	58	57
55-67	6	6
Total	101	100
Tiempo de ejercer como médico familiar		
1-9	26	26
10-19	49	48
20-28	26	26
Total	101	100

Cuadro 2. Indicadores de la aptitud clínica para identificar la nefropatía diabética en etapa inicial en médicos familiares según unidad médica, IMSS, Jalisco.

Indicador/ unidad médica familiar	Identificación de factores de riesgo Mdn. (rango)	Integración diagnóstica Mdn. (rango)	Uso global de paraclínicos Mdn. (rango)	Uso global de recurso terapéutico Mdn. (rango)	Global Mdn. (rango)	P**
Total teórico	30	40	40	40	150	
A (n = 24)	23(16-32)	25(18-31)	29(22-33)	25(20-36)	84(47-110)	0.48
B (n = 20)	24(20-31)	24(18-32)	30(26-35)	24(21-38)	91(70-107)	0.58
C (n = 18)	23(15-32)	24(12-30)	30(22-32)	27(22-35)	86(38-110)	0.60
D (n = 18)	22(17-31)	21(10-27)	31(24-30)	25(19-33)	80(18-111)	0.45
E (n = 21)	21(18-31)	17(13-30)	28(13-29)	23(18-34)	84(34-113)	0.43
p*	0.67	0.32	0.63	0.82	0.41	0.63

* Kruskal-Wallis. ** χ^2 del porcentaje del total teórico de cada indicador.

Cuadro 3. Nivel de la aptitud clínica en nefropatía diabética en médicos familiares, IMSS, Jalisco.

Valoración de la aptitud clínica	Frecuencia	%
1. 0 - 23	1	1
2. 24 - 49	7	7
3. 50 - 75	18	18
4. 76 - 100	49	48
5. 101 - 125	26	26
6. 126 - 150	0	0

cador de los factores de riesgo que no son estadísticamente significativas ($p = > 0.05$).

En el cuadro 3 se muestran los niveles de la aptitud clínica y se observa que 99% logra respuestas por azar, 6.93% registra un nivel de aptitud clínica muy baja, 17.82% una aptitud clínica baja; 48.50% una aptitud regular, 25.74% una aptitud alta y no se registra ningún médico con una aptitud muy alta. Los resultados globales reflejaron una mediana de 73 puntos con un rango de 18 a 113. Al relacionar los valores de la aptitud clínica para la identificación de la nefropatía diabética en etapa inicial, según la categoría laboral, no se muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los médicos y su contratación (U ; $p = 0.25$). La aptitud clínica según la antigüedad laboral como médico familiar no se observa una diferencia estadística (KW; $p = 0.59$). En la aptitud clínica de los médicos familiares con o sin especialidad en medicina familiar, se muestra un mejor nivel en los médicos con especialidad. Sin embargo, esta diferencia no es suficiente para considerarse estadísticamente significativa (U ;

$p = 0.36$). Según el sexo, los resultados no muestran una diferencia estadísticamente significativa (U ; $p = 0.14$).

DISCUSIÓN

La aptitud clínica es el conjunto de capacidades de los médicos familiares para la identificación de signos y síntomas en la diabetes mellitus con nefropatía inicial, la cual permite a partir de los indicadores de los factores de riesgo la integración diagnóstica, el uso pertinente de recursos de diagnóstico y recursos terapéuticos con el propósito de tomar decisiones orientadas a favor de la mejora en la práctica de atención de la salud por los médicos de primer contacto.⁶

En la época actual las enfermedades crónicas y los accidentes ocupan un lugar central para la disposición de una estrategia de la salud pública y la educación sanitaria.^{7,8} La diabetes mellitus tipo 2 en México para el año 2000, ocupó el primer lugar en mortalidad general con 46,525 defunciones y una tasa de 46.72 por 100,000 habitantes. En Jalisco, en el año 2001, la diabetes ocupó el lugar 12 de morbilidad general con 22,276 casos con una tasa de 337.1.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social,⁹ más de 28 mil enfermos se encuentran con diálisis, de ellos 84% en diálisis peritoneal (DP). De 30 a 40 pacientes ingresan a DP por cada 100 casos nuevos y por cada 100 casos nuevos siete se trasplantan. Con estos datos no se cubre más allá de 50% de pacientes que requieren tratamiento sustitutivo. Así, el costo de atención en DP en el IMSS ocupa el primer lugar por diagnóstico y representa una morbilidad significativa y una calidad de vida reducida.

Dentro de las ventajas de la identificación de los factores de riesgo y de lo oportuno del diagnóstico y su manejo temprano para el médico familiar, está el prevenir las complicaciones urémicas, reducir la morbilidad, la enfermedad cardiovascular, la neuropatía y la retinopatía; o en su caso, facilitar el inicio de la terapia de reemplazo renal. Sin embargo, sólo 25% de los médicos reúne la aptitud clínica para el manejo inicial y oportuno de la nefropatía en el diabético tipo 2. Además, se reconoce que los médicos familiares de esta serie de estudio tienen más claros los factores de riesgo para la nefropatía inicial del diabético a partir del análisis del por ciento total de respuestas teóricas y que éste disminuye en el resto de indicadores, lo que amerita una mayor atención para los indicadores de integración diagnóstica y uso de recursos terapéuticos, los cuales se relacionan directamente con la práctica clínica en el médico de primer contacto.

Con una aptitud clínica favorable se pueden implantar medidas efectivas para retardar la progresión del daño renal, el control de la presión arterial, el control estricto de la glicemia, dislipidemia y aporte proteico de la dieta.¹⁰

El médico familiar, en su práctica médica del primer nivel de atención a la salud, atiende en general a los pacientes con las enfermedades más comunes. Al igual que en otras especialidades, su formación médica de pregrado y de posgrado se ha basado predominantemente en una educación pasivo receptiva consistente en clases teóricas y prácticas controladas. Tiene sus experiencias prácticas con frecuencia en hospitales donde el tipo de enfermos y el enfoque de su tratamiento son muy diferentes a lo que encontrará posteriormente en su práctica clínica primaria.⁶

Esta deficiente formación inicial podría subsanarse mediante una actualización de conocimientos y una educación médica continua adecuada. Para ello, el médico deberá realizar:

1. Un análisis constante de la literatura médica respecto de esas enfermedades comunes y una confrontación de la misma con la práctica clínica.
2. Una discusión crítica con los demás médicos, especialmente sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente con base en las evidencias clínicas, la información de la literatura y la experiencia de cada uno de los participantes.
3. Actividades de investigación clínica, con una revisión sistemática y consistencia metodológica de estudios transversales (encuestas) o estudios lon-

gitudinales. Buena parte de las actividades cotidianas son susceptibles de ser recuperadas para realizar investigación.^{3,11}

Sin embargo, la realidad para la mitad de los médicos familiares es muy diferente. Las unidades médicas donde laboran tienen el propósito predominante de dar respuesta a la demanda de servicios. La estructura y el funcionamiento de estas unidades no los estimula y sí, en cambio, les dificulta, en gran medida, la realización de las actividades básicas para el desarrollo de una aptitud clínica. Las pocas actividades académicas corresponden al tipo clásico de la enseñanza teórica pasivo receptiva y la norma para su actualización es de tipo vertical mediante una orden o mandato.

En cuanto a la falta de una aptitud clínica alta del médico para el manejo de esta patología y su prevención,¹¹ señalaremos que en el ambiente laboral del médico familiar se reconocen factores culturales, sociales, antropológicos y hasta de tipo comercial, que en cierto grado convierten al médico en un expendedor de recetas. Los médicos trabajan con una alta demanda de atención a pacientes, escasez de recursos y exceso de trámites burocráticos. Este ambiente no propicia el interés de los médicos familiares por participar en actividades educativas y de investigación. En consecuencia, toda la riqueza de la práctica clínica no se documenta.

La propuesta de solución estará basada en una educación médica participativa que favorezca la recuperación de experiencias con sentido reflexivo sobre aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento médico familiar en el primer nivel de atención a la salud.

Así, el modelo educativo de formación y educación continua debe propiciar la participación de los médicos familiares, reconocida ésta como una forma de que se conviertan en protagonistas de la elaboración de su conocimiento. Debe procurarse que ellos mismos desencadenen y orienten sus iniciativas promoviendo el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica.

El modelo de atención a la salud, actualmente hegemónico, hace una interpretación más biologicista de la problemática de la salud-enfermedad. Este hecho contribuye a que la práctica clínica se oriente a reconocer factores de orden biológico primordialmente, sin tomar en cuenta otros factores de índole familiar y social, lo cual da una visión distorsionada del paciente y no permite ir más allá al momento de realizar propuestas de manejo. En consecuencia, la práctica clínica no resulta integradora del enfoque

psicosocial del individuo como parte de una familia y una sociedad.

Desde la perspectiva del estudio se propone para un mediano plazo reorientar la formación de los recursos humanos para la salud y ofrecer servicios de salud con un replanteamiento de la función del médico general y del especialista de la medicina familiar.¹²

El desarrollo de la aptitud clínica requiere de ambientes que propicien la reflexión del médico sobre los factores de riesgo y de diagnóstico, así como la crítica de los contenidos temáticos sobre los usos globales terapéuticos. Además de la autocritica de su propia experiencia en la elaboración de su conocimiento. Esta condición no se refleja en los resultados obtenidos, antes bien, la presencia de la aptitud clínica regular refleja un nivel mediocre para manejar al diabético con nefropatía inicial.

La utilización de instrumentos^{13,14} de medición para la aptitud, la competencia y el desempeño laboral es cada vez más frecuente, tanto para procesos formativos de recursos humanos¹⁵ como en educación continua para el trabajo. Estos instrumentos buscan discriminar la aptitud clínica, a partir de reunir un proceso de confiabilidad en su construcción, el cual permita evitar sesgos de información.

El instrumento aplicado en este trabajo es capaz de discriminar la aptitud clínica alta (> 101 puntos) del médico familiar en la identificación de la nefropatía diabética en etapa inicial. Sin embargo, no consideró otras variables relacionadas con la exposición educativa de otros contenidos temáticos y metodológicos potencialmente relevantes, en el sentido de lograr valores importantes en la aptitud clínica. Por lo tanto, en este momento no podríamos evaluar la incidencia de las actividades de educación continua relacionadas con el consumo de información, y no con la creación de conocimiento a partir de su experiencia. De todas maneras, consideramos que esto último contribuye a que los indicadores evaluados alcancen niveles que se localizan en respuestas por el azar y de nivel bajo.

REFERENCIAS

1. Mercado BJL, Viniegra VL, Leyva GA. Aptitud para la lectura crítica de informes de investigación clínica en médicos residentes del IMSS en Jalisco. *Revista Médica del IMSS* 2001; 53(5): 413-21.

2. Sabido SMC, Viniegra VL. Competencia y desempeño en la evaluación del médico: estudio con pacientes diabéticos en el primer nivel de atención. En: IMSS: La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación. México, DF: Editorial del Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999.
3. Cortés SL. Efecto de una intervención nutricional y terapéutica sobre la progresión del daño renal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía temprana, en un primer nivel de atención. Tesis de Maestría en Ciencias, Universidad de Guadalajara; 2002.
4. Pérez PR, Viniegra VL. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. *Rev Invest Clín* 1989; 41: 375-9.
5. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México, D. F.: Editorial SSA; 1990.
6. Viniegra Velásquez L. La crítica, aptitud olvidada por la educación. Primera edición, IMSS, agosto del 2000.
7. Quirarte HA, López GL, Curbelo SV, Jiménez AJ, Tubau CF, Cueto Guerreiro T, et al. Programa Piloto Municipal Mejorar la calidad de vida del diabético. Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(3): 227-32.
8. Shopa F. Socioantropología médica. Educación Sanitaria: Concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. Madrid, España: Paidós Editorial; 1988.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social, *Bolet estadíst epidem*. México, D.F. 2000.
10. Secretaría de Salud M. Boletín estadístico, México, D. F. 2000.
11. Viniegra L, Jiménez JL. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Rev Invest Clín* 1992; 44: 269-75.
12. Larios MH, Trejo MJA, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica. *Revista Médica del IMSS* 1998; 36(1): 77-82.
13. Gutiérrez GSN, Aguilar ME, Viniegra VL. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Revista Médica del IMSS* 1999; 37: 201-10.
14. Rothman AI, Blackmore D, Cohen R, Reznic R. The consistency and uncertainty in examiners' definitions of pass/fail performance on OSCE stations. *Ev Heakt Prof* 1996; 19(1): 118-24.
15. Garfias GG, Aguilar ME, Viniegra VL. Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia en traumatismo craneoencefálico. *Revista Médica del IMSS* 1997; 35(3): 233-7.

Reimpresos:

Dr. Carlos Enrique Cabrera-Pivaral

San Juan Bosco 3782,

Col. Chapalita

45040 Zapopan, Jalisco

Tel.: 3121-0345

Correo electrónico: carlose@megared.net.mx;

carlos.cabrera@imss.gob.mx

Recibido el 7 de enero de 2004.

Aceptado el 9 de junio de 2005.