

Revista Argentina de Salud Pública

ISSN 1852-8724

Vol. 3 - Nº 12
Septiembre 2012
Buenos Aires, Argentina

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



El Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", ubicado en la ciudad de Buenos Aires, celebra este año el 25º aniversario de su creación.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Lactancia materna y alimentación complementaria en la Quebrada de Humahuaca: Una aproximación cualitativa

Sonia Naumann, Luisa Pinotti

Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente

Gabriel Acevedo, Alejandra Farias, Julieta Sánchez, Cecilia Astegiano, Alicia Fernández

Estrategias para dejar de fumar provistas por infectólogos a personas con VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Adriana Basombrio

Accesibilidad y Derechos Humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego

Silvia Faraone, Ana Valero, Flavia Torricelli, Ernestina Rosendo, María Mendez, Yael Geller

Problematización y perspectivas en la atención de varones homosexuales y bisexuales del personal de salud de 13 hospitales públicos.

Matías Stival, María Julia Name, Susana Margulies

PUBLICACIÓN INDIZADA EN:



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 3 - N° 12 - Septiembre 2012 - Publicación trimestral - ISSN 1852-8724

La Revista Argentina de Salud Pública publica artículos originales de investigaciones, revisiones sobre distintos aspectos de la Salud Pública, intervenciones sanitarias y análisis epidemiológicos, con el propósito de difundir la evidencia científica a los tomadores de decisión, miembros del equipo de salud, investigadores y docentes de los distintos sistemas de salud, centros de investigación, sociedades científicas, asociaciones de profesionales de la salud y universidades de Latinoamérica.

EDITOR - PROPIETARIO

Ministerio de Salud de la Nación. Argentina
Av. 9 de Julio 1925. (C1073ABA) Buenos Aires. Argentina.
Tel.: 54 11 4379-9000 - www.msal.gov.ar
Ministro: Dr. Juan Luis Manzur

CORRESPONDENCIA A:

Comisión Nacional Salud Investiga
Av. Rivadavia 877 3 piso (C1002AAG) Buenos Aires. Argentina.
Tel.: 011 4331 4645 / 48
Web: www.saludinvestiga.org.ar
correo electrónico: rasp@msal.gov.ar

COMITÉ EDITORIAL

Director General: Dr. Jaime Lazovski
Director Científico: Dr. Abraam Sonis
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
Coordinador Editorial: Lic. Marcelo Barbieri
Coordinador Ejecutivo: José M. López

EQUIPO EDITORIAL

Jefa de Arte: Fernanda Mel
Diseño gráfico: Cecilia Díaz
Corrector de estilo: Mariano Grynszpan

CONSEJO ASESOR

Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Raúl Penna, Dr. Daniel Yedlin, Dr. Gabriel Yedlin, Dr. Máximo Diosque, Dr. Eduardo Bustos Villar, Cdor. Eduardo Garvich, Dra. Silvia Pérez, Dr. Guillermo González Prieto, Dr. Andrés Leibovich, Dra. Marina Kosacoff, Dr. Javier Osatnik, Valeria Zapesochny, Dr. Ernesto de Titto, Dr. Guillermo Williams, Dra. Isabel Duré, Lic. Tomás Pippo, Dr. Carlos Chiale.
Dr. Ginés González García. **Embajador de Argentina en Chile.** Dr. Juan Carlos O'Donnell. **Fundación Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan.** Lic. Silvina Ramos. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Dr. Pedro Cahn. **Fundación Huésped.** Dr. Daniel Stambouljan. **Fundación Centros de Estudios Infectológicos.** Dr. Reinaldo Chacón. **Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer.** Dr. Horacio Lejarraga. **Hospital Garrahan.** Dra. Mercedes Weissenbacher. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Dr. José María Paganini. **Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud.** Dr. Paulo Buss. **Fundación Oswaldo Cruz.**

COMITÉ CIENTÍFICO

Edgardo Abalos. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** Mónica Abramzon. **Universidad de Buenos Aires.** Graciela Abriata. **Ministerio de Salud de la Nación.** Patricia Aguirre. **Instituto de Altos Estudios Sociales-Universidad Nacional de San Martín.** Adriana Alberti. **Universidad de Buenos Aires.** José Alfie. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Fernando Althabe. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Hugo Ambrune. **Ministerio de Salud de la Nación.** Paola Amioti. **Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.** María Marta Andreatta. **Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC).** Victoria Barreda, **Universidad de Buenos Aires.** Daniel Beltramino. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Ricardo Bernztein. **Ministerio de Salud de la Nación.** Mabel Bianco. **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.** Claudio Bloch. **Ministerio de Salud de la Nación.** Rosa Bologna. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** José Bonet. **Fundación Favaloro.** Octavio Bonet. **Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Brasil. Marcelo Bortman. **Banco Mundial.** Juan Carlos Bossio. **Universidad Nacional del Litoral.** Carlos Bregni. **Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica.** María Gracia Caletti. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Haroldo Capurro. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** Yamila Comes. **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.** Mónica Confalone. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina.** Lilian Corra. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Mario Deluca. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Pablo Durán. **Organización Panamericana de la Salud.** Horacio Echenique. **Ministerio de Salud de la Nación.** María Eugenia Esandi. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Daniel Ferrante. **Ministerio de Salud de la Nación.** Liliana Findling. **Instituto de Investigaciones Gino Germani.** Juan José Gagliardino. **Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada.** Marcelo García Diéguez. **Universidad Nacional del Sur.** Bárbara García Godoy. **Universidad de Buenos Aires.** Ángela Gentile. **SENASA.** Ángela Spagnuolo de Gentile. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Sandra Gerlero. **Universidad Nacional de Rosario.** Oscar Ianovsky. **Hospital "Ramos Mejía".** Ana Lía Kornblit. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Pedro Kremer. **Ministerio de Salud de la Nación.** Isabel Kurlat. **Ministerio de Salud de la Nación.** Manuel Lago. **Hospital "Ramos Mejía".** Sebastián Laspiur. **Ministerio de Salud de la Nación.** Roberto Lede. **ANMAT.** Horacio Lopardo. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Elsa López. **Universidad de Buenos Aires.** Luis Loyola. **Universidad Nacional de Cuyo.** Leandro Luciani Conde. **Universidad Nacional de Lanús.** Florencia Luna. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Daniel Maceira. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Susana Margulies. **Universidad de Buenos Aires.** Carmen Mazza. **Hospital de Pediatría "Dr. J.P. Garrahan".** Raúl Mejía. **Hospital de Clínicas "José de San Martín".** Raúl Mercer. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Mauricio Monsalvo. **Ministerio de Salud de la Nación.** Verónica Monti. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Susana Murillo. **Universidad de Buenos Aires.** Pablo Orellano. **Ministerio de Salud de la Nación.** Alejandra Pantelides. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Mario Pecheny. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Virgilio Petrungaro. **Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud.** Josefá Rodríguez. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Susana Rodríguez. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Mariana Romero. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** María Teresa Rosanova. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Ana Rosato. **UBA-UNER.** Patricia Saidón. **Hospital "Ramos Mejía".** Elsa Segura. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Alfredo César Seijo. **Hospital de Infecciosas "F. Muñiz".** Sergio Sosa Estani. **Ministerio de Salud de la Nación.** Ana Tambussi. **Hospital "Ramos Mejía".** Marta Vaccino. **Universidad Nacional de Mar del Plata.** Néstor Vain. **Fundación para la Salud Materno Infantil.** Carlos Vasallo. **Universidad de San Andrés.** Carla Vizzotti. **Ministerio de Salud de la Nación.** Silvana Weller. **Ministerio de Salud de la Nación.** Jorge Zarzur. **Ministerio de Salud de la Nación.**

Foto de tapa cedida por Fundación Garrahan.

SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 3 - Nº 12 - Septiembre 2012 - Publicación trimestral - ISSN 1852-8724

EDITORIAL	5	REVISIONES	39
ARTÍCULO ORIGINAL	6	REVISIÓN DE LOS CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS Y CONTEXTUALES PROTECTORES DE LA SALUD DE LOS NIÑOS	
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA QUEBRADA DE HUMAHUACA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA		Ana Carolina Interlandi, Martín de Lellis, Giselle Balaciano, Alejandra Carreras	
Sonia Naumann, Luisa Pinotti			
ARTÍCULO ORIGINAL	15	SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL	43
CONDICIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SALUD EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO DECENTE		LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN ITALIA: UN CASO DE INERCIA INSTITUCIONAL Y DE DINAMISMO PRIVADO	
Gabriel Acevedo, Alejandra Farias, Julieta Sánchez, Cecilia Astegiano, Alicia Fernández		Giuliana Costa	
ARTÍCULO ORIGINAL	23	HITOS Y PROTAGONISTAS	47
ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR PROVISTAS POR INFECTÓLOGOS A PERSONAS CON VIH EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES		EVITA Y LA SALUD PÚBLICA: LA ESCUELA DE ENFERMERAS Y EL TREN SANITARIO	
Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Adriana Basombrío		Federico Pégola	
ARTÍCULO ORIGINAL	28	SALUD INVESTIGA	49
ACCESIBILIDAD Y DERECHOS HUMANOS: ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ALTERNATIVOS AL MODELO ASILAR EN SANTA FE Y TIERRA DEL FUEGO		I JORNADA NACIONAL DE COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	
Silvia Faraone, Ana Valero, Flavia Torricelli, Ernestina Rosendo, María Mendez, Yael Geller		Marcelo Barbieri	
ARTÍCULO ORIGINAL	34	INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	50
PROBLEMATIZACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA ATENCIÓN DE VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DEL PERSONAL DE SALUD DE 13 HOSPITALES PÚBLICOS			
Matías Stival, María Julia Name, Susana Margulies			

EDITORIAL

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Conjuntamente con la equidad en la atención y el papel de los factores condicionantes, la implementación del conocimiento generado por la investigación (y su transformación en intervenciones efectivas para la salud) se ha convertido en un área prioritaria. La revisión de la bibliografía de los últimos 10 años arroja un sinnúmero de estudios y publicaciones que consideran que la implementación del conocimiento es un factor decisivo para la atención de la salud. Se trata de una inquietud que ya era señalada varias décadas atrás por prestigiosos profesionales e investigadores, entre ellos algunos directores del National Institute of Health. Esta corriente de pensamiento y acción se vio reforzada recientemente por la aparición de calificadas publicaciones dedicadas exclusivamente al tema, especialmente *Science Translational Medicine*, y por el enfoque presente en los países de la Comunidad Europea.

La experiencia demuestra que la existencia del conocimiento es condición necesaria pero no suficiente para su utilización y aplicación, ya que gran parte del saber generado por la investigación no es aprovechado en la práctica. Los ejemplos abundan en las distintas instancias que caracterizan la atención.

La clave estriba, en consecuencia, en transformar el conocimiento científico en intervenciones efectivas para la salud individual y colectiva, dado que el fenómeno se verifica en todas las etapas: desde la investigación biomé-

dica básica hasta la formulación de programas elaborados en torno a los servicios, los sistemas de atención de un país y los factores determinantes de la salud, pasando por las pruebas clínicas controladas y la medicina basada en la evidencia.

Una visión global categoriza estas distintas instancias del proceso, conformando un panorama que caracteriza las distintas fases de generación del conocimiento y su traslación a la práctica: T1 es la etapa en la que se genera un conocimiento y se determina su potencial aplicación; en T2 se evalúa la eficacia de este saber mediante estudios observacionales o pruebas controladas; en T3 se analizan los factores que facilitan o dificultan su implementación; y en T4 se evalúa cómo impacta su aplicación en la población.

La visión se ha generalizado, y numerosos países –desarrollados, subdesarrollados y emergentes– orientan ahora sus esfuerzos en la misma dirección a través de sistemas nacionales de investigación en salud. Dentro de este marco se encuentra también la Comisión Nacional Salud Investiga, que desde su creación, hace ya 10 años, se ha comprometido y desarrollado en ese sentido.

Acad. Dr. Abraam Sonis

Director Científico

Revista Argentina de Salud Pública

CORREO DE LECTORES EN LA RASP

La *Revista Argentina de Salud Pública* -RASP-, convoca a sus lectores a participar de esta propuesta, cuya finalidad es conocer las impresiones, opiniones, inquietudes o reflexiones suscitadas a partir de la lectura de los artículos publicados.

La extensión del texto preferentemente no debe de superar los 1.500 caracteres con espacios incluidos y deberá incluir nombre y apellido completo, profesión u ocupación y lugar de residencia del remitente. Si el remitente desea que la publicación de su comunicación incluya su dirección de correo

electrónico, deberá manifestarlo expresamente al momento de escribir a la Revista.

La dirección para el envío de correos de lectores es:
rasp@msal.gov.ar

El Comité Editorial de la Revista se reserva el derecho de publicación de los correos de lectores recibidos, según el espacio disponible y siempre que el contenido o tono del mensaje no sean ofensivos o inadecuados para una publicación científica.

ARTÍCULOS ORIGINALES

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA QUEBRADA DE HUMAHUACA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

Breast Feeding and Complementary Feeding in the Quebrada de Humahuaca: a Qualitative Approach

Sonia Naumann¹, Luisa Pinotti¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La alimentación en los primeros años de vida resulta fundamental para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños. OBJETIVO: Releva la situación de lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC) en la población de 0 a 5 años originaria de la Quebrada de Humahuaca (Provincia de Jujuy). MÉTODOS: Diseño mixto cuali-cuantitativo, con observación participante y entrevistas semiestructuradas y abiertas. RESULTADOS: Se observó una duración de LM de un año y medio y más, con una interrupción precoz de la lactancia materna exclusiva (LME) en más de tres cuartas partes de la muestra estudiada. La AC mostró dos modalidades diferentes: una instalada por el acceso de las madres al mercado laboral, compuesta por insumos de origen industrial, como arroz, harina, fideos, golosinas y bebidas azucaradas; y otra caracterizada por insumos no procesados de origen local, como maíz, quinoa, carne de llama, etc. El primer alimento complementario a la LME es la sopa colada y el segundo, las leches de fórmula y en polvo. CONCLUSIONES: La situación podría reflejar una mayor disponibilidad y accesibilidad a alimentos con elevado contenido de azúcares y grasas. Si esto se combina con un estilo de vida sedentario, la población estaría expuesta a enfermedades del síndrome metabólico como obesidad, hipercolesterolemia y diabetes. Se sugiere adecuar las recomendaciones de alimentación infantil a las singularidades culturales y locales, con el objetivo de optimizar la edad de introducción de AC a la LME. También es conveniente adaptar las recomendaciones al equipo de salud local a fin de concientizar sobre los riesgos de los alimentos obesogénicos.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Nutrition in early life is essential for optimal child growth and development. OBJECTIVE: To study the situation of breast feeding (BF) and complementary feeding (CF) in 0- to 5-year-old children from Quebrada de Humahuaca (Province of Jujuy). METHODS: A qualitative-quantitative approach was applied, with participant observation and semistructured and open interviews. RESULTS: The duration of BF was one and a half year or more, with an early interruption of exclusive breast feeding (EBF) in more than three quarters of the sample. Regarding CF, there are two different modes: one installed by the access of mothers to the labor market, comprising industrial inputs such as rice, flour, noodles, sweets and sugared beverages; the second one, based on own local inputs such as maize, quinoa, llama meat, etc. The first complementary food for EBF is strained soup and the second one is formula and powder milk. CONCLUSIONS: The situation may reflect a greater availability and accessibility of food high in sugars and fats. Combined with a sedentary life style, this can lead to diseases of the metabolic syndrome such as obesity, hypercholesterolemia and diabetes. It is convenient to adapt the infant feeding recommendations to local cultural uniqueness, in order to optimize the age of introduction of CF to the EBF. They should also be adapted to the local health team so as to raise awareness about the risks of obesogenic food.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna - Alimentación suplementaria - Población rural - Obesidad - Sobrepeso

KEY WORDS: Breast feeding - Supplementary feeding - Rural population - Obesity - Overweight

¹ Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentario-Nutricionales, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Categoría Iniciación en Investigación en Salud Pública. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de marzo de 2012
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Sonia Naumann
Correo electrónico: sonia.naumann@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han demostrado las ventajas inmunológicas y nutricionales que presentan la lactancia materna (LM) y una alimentación complementaria (AC) adecuada y oportuna durante los primeros años de vida. Actualmente se subraya la importancia de esa etapa para la salud integral de los niños, ya que en ella se entrelazan los factores de nutrición, cuidado, atención, relaciones familiares y redes de apoyo.¹ La práctica de la LM constituye una estrategia significativa de salud pública, dado que contribuye a lograr un óptimo nivel de desarrollo, nutrición y crecimiento de los niños, protege la salud de las mujeres, permite espaciar los embarazos y promueve la defensa del medio ambiente.^{2,3}

El orden de nacimiento, la edad materna y el peso al nacer son importantes determinantes de la mortalidad infantil.⁴ En Argentina se han realizado trabajos significativos sobre la alimentación en los primeros años de vida, entre ellos la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del Ministerio de Salud de la Nación,⁵ la Encuesta de Lactancia Materna de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil⁶ y la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos.⁷ Tanto la ENNyS como la EPH⁷ proporcionan información valiosa acerca de la situación nutricional de la población de 0 a 5 años en conglomerados urbanos, aunque los resultados no pueden ser extrapolados a las áreas rurales. A su vez, la ENNyS ha tomado como universo de estudio a los niños de 6 a 60 meses de edad, por lo cual la información acerca de la situación de LM resulta insuficiente. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir de una muestra conformada por niños de 6 a 23 meses sirven como orientación, ya que el estudio recoge datos de los seis primeros meses de vida a través de la aproximación al indicador de lactancia materna exclusiva (LME) y concluye que durante ese lapso, una vez iniciada la LM, el 31% de los niños no consumió otros alimentos. Dado que no se contempló el registro del consumo de otras leches, el porcentaje de niños con LME podría ser inferior.⁸ Por su parte, la Encuesta de Lactancia Materna de 2007 mostró una prevalencia de LME del 36% al sexto mes de vida, mientras que la de 2010 marcó un descenso y alcanzó el 28%.⁹ De acuerdo con la ENNyS, 16% de los menores de 5 años, 35% de los niños de 6 a 24 meses y 20% de las mujeres en edad fértil presentan anemia en Argentina, con variaciones según la región del país.¹⁰⁻¹²

La anemia por deficiencia de hierro ocasiona diversas alteraciones funcionales en la salud del niño.^{13,14} A los seis meses, los bebés atraviesan un período de alta velocidad de crecimiento con una escasa ingesta de hierro.¹⁵ Varios estudios actuales demuestran que el hierro de la leche humana se absorbe mejor que el de la leche de vaca o de las fórmulas enriquecidas con hierro.¹⁶ La ENNyS también revela que la introducción de los primeros alimentos complementarios se produce a una edad temprana y, en general, es inadecuada. Un estudio descriptivo sobre esta encuesta nacional detalla entre sus conclusiones que en el estado nutricional coexisten condiciones de déficit y exceso, con diferencias significativas según provincia, región y nivel socioeconómico.¹⁷ En promedio, se observa una prevalencia similar de baja talla, sobrepeso y obesidad, que refleja un fenómeno recurrente: los grupos más vulnerables llevan una dieta alta en carbohidratos de absorción rápida, compuesta por alimentos refinados¹⁸ que tienen un bajo costo, son fáciles de transportar y además se obtienen a través de las ayudas gubernamentales.¹⁹

En lo que respecta a las poblaciones rurales originarias, queda mucho por hacer, aunque se han efectuado relevamientos con tobas en la provincia de Buenos Aires (Villa Lapi, Quilmes),^{20,21} mapuches en Río Negro²² y mapuches/tehuelches en Chubut.²³⁻²⁶

A partir de la demanda efectuada por las instituciones locales de salud y los conocimientos directos sobre particularidades culturales en relación con la gestación, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de los niños, se consideró fundamental contar con información válida (actualmente no disponible) acerca de la alimentación en los primeros años de vida y, en especial, en poblaciones rurales originarias como la comunidad de la Quebrada de Humahuaca. La prevalencia de malnutrición (en este caso, con las condiciones de sobrepeso y obesidad observadas en niños y adolescentes de la región) y la singular diferencia entre géneros reafirmaron la necesidad de conocer la situación de LM y AC en la franja de 0 a 5 años inclusive, a fin de orientar acciones de prevención y promoción de la salud al inicio del ciclo vital.^{27,28} En consecuencia, el objetivo de esta investigación fue relevar la situación de lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC) en la población de 0 a 5 años originaria de la Quebrada de Humahuaca (Provincia de Jujuy).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, que combinó estrategias cuanti-cualitativas.²⁹ Para mejorar la aproximación a la realidad de las familias y la comprensión de los datos, se priorizó la metodología cualitativa por sobre la cuantitativa. Las técnicas utilizadas incluyeron entrevistas semiestructuradas abiertas, observación participante en el ámbito de los hogares (unidad de análisis: binomio madre-último hijo nacido vivo) y entrevistas semiestructuradas a los efectores locales de salud (unidad de análisis: integrantes del equipo del primer nivel de atención). El trabajo de campo, desarrollado en tres campañas entre octubre y noviembre de 2010, se llevó a cabo en el Área Programática N°16 del Hospital de Maimará, Quebrada de Humahuaca y Puna de la Provincia de Jujuy.

Con la ayuda de los agentes locales, se seleccionaron dos ámbitos de observación: hogares y efectores de salud (el hospital y los puestos sanitarios). Se realizó un muestreo por conveniencia, que incluyó a 30 madres con niños de 0-5 años. En lo que respecta al equipo de salud, se entrevistó a diez integrantes de la Quebrada y la Puna (un jefe del Área Programática, dos médicos, dos enfermeros, cuatro agentes sanitarios y un chofer).

Para la definición y operacionalización de algunas de las siguientes variables, se consultó a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación:³⁰ edad de la madre en años cumplidos (menos de 20, entre 20 y 34 inclusive, más de 34); edad de la madre con el primer embarazo en años cumplidos (10-14, 15-19, 20-24, más de 25); edad gestacional de la madre con respecto al último hijo (niño pretérmino: menos de 37 semanas de gestación, niño a término: 37-42 semanas de gestación, niño posttérmino: más de 42 semanas de gestación); edad del niño (0 a 5 meses y 29 días, 6 a 11 meses y 29 días, 12 a 23 meses y 29 días, 24 a 60 meses); sexo (masculino o femenino); peso al nacer (muy bajo: < 1499

g; bajo: ≥ 1500 y < 2499 g; normal: ≥ 2500 g); número de orden del último nacido vivo registrado, en relación con todos los nacidos vivos anteriores que ha tenido la madre; lugar de ocurrencia del parto (institucional o no institucional); asistencia alimentaria (se recibe o no se recibe); sistemas de aprovisionamiento de alimentos de los grupos familiares; hábitos vitales; duración de la lactancia materna en meses cumplidos; edad de introducción del primer alimento complementario a la leche materna en meses cumplidos; tipo de alimento complementario a la leche materna; motivo por el cual se introdujo el primer alimento distinto a la leche materna; alimentación complementaria;³¹ consumo de alimentos típicos; opinión de las madres sobre los sistemas locales de salud.

Las entrevistas dirigidas a las madres fueron informales e incluyeron historias alimentarias cualitativas de 24 horas a las 30 encuestadas.³² Se indagó fundamentalmente acerca de la lactancia y los primeros alimentos, así como sobre otros alimentos y preparaciones consumidos por sus hijos menores de 5 años.

Para analizar los resultados, se realizó un registro minucioso de las entrevistas individuales entabladas con las madres y el equipo de salud. Además, después de tener en cuenta las observaciones participantes llevadas a cabo en los ámbitos de hogares y efectores locales de salud, se confeccionaron las correspondientes notas de campo con descripciones detalladas. La elaboración de los registros constituyó una etapa inicial del análisis, que acompañó el desarrollo del trabajo de campo y permitió ajustar los instrumentos y verificar las hipótesis emergentes. La tarea continuó con el procesamiento de las anamnesis alimentarias a las madres y las entrevistas al equipo de salud, que fueron analizadas con la planilla de cálculos Excel.

La metodología consistió en sistematizar y archivar digitalmente los datos obtenidos, y la transcripción de las entrevistas grabadas y las notas tomadas. Luego se seleccionaron los pasajes considerados relevantes según las categorías de interés. Una vez efectuada la búsqueda de conceptos sobre la base de la información obtenida, se definieron los ejes y las interpretaciones acerca de los problemas planteados. A partir de las anamnesis alimentarias, se tomó como dato principal la mención de cada uno de los alimentos y se conformaron grupos en función de la frecuencia de mención. Los datos fueron resumidos en frecuencias absolutas (número de personas que dijo haber consumido ese alimento o preparación el día anterior) y relativas (porcentaje de personas que dijo haber consumido ese alimento o preparación el día anterior, calculado sobre el total de encuestas). Los grupos (leche materna; lácteos y derivados; carnes, huevos y derivados; frutas; verduras; cereales, legumbres y derivados; azúcares y dulces; grasas y aceites; infusiones) se definieron sobre la base de las *Guías Alimentarias para la Población Argentina*,³³ con una adaptación a las particularidades locales y culturales exhibidas en el trabajo de campo. También se recogió información sobre el tipo de preparación consumida, clasificada según el alimento preponderante: con cereales,

con carnes y con verduras.

Se aseguró la participación voluntaria de los encuestados. Se solicitó la autorización por escrito a cada persona interviniente. Se presentó un resumen ejecutivo, el documento completo del proyecto y el nombre del encuestado designado, así como la forma de contacto. La información fue proporcionada sin identificar al encuestado o a la institución donde se desempeña, a fin de mantener la confidencialidad. Esta investigación contó con la aprobación del Comité Provincial de Bioética de Jujuy.

RESULTADOS

La muestra de hogares, representativa de las localidades de Maimará, Volcán, Tumbaya, San Pedrito, Tunalito, Tres Pozos, Pozo Colorado, Colorados y San José de Chañi, estuvo conformada por 30 madres de niños de 0 a 5 años. La muestra de efectores locales de salud quedó constituida por 10 integrantes del equipo del primer nivel de atención.

La muestra incluyó un 63,33% de niñas (19) y un 36,67% de niños (11), con la distribución de edades que presenta la Tabla 1. El 36,7% de las encuestas (11) correspondió al primer hijo del grupo familiar; el 30% (9), al segundo; el 3,3% (1), al tercero; y el restante 30% (9), al cuarto o posterior. La totalidad de los niños estudiados nacieron en establecimientos de salud, y un 10% de ellos lo hizo con bajo peso. En lo que respecta a las madres y su distribución por edades, los datos proporcionados mostraron un 53,33% (16) de entre 20 y 34 años, un 33,33% (10) de más de 34 años y un 13,33% (4) de menos de 20 años.

Un 40% de las mujeres (12) no había terminado la escuela primaria, y el 53,33% (16) manifestó haber quedado embarazada por primera vez entre los 15 y los 19 años. El 83,33% (25) de las madres tenía la edad gestacional (EG) registrada en la libreta sanitaria pediátrica; de ellas, un 16% (4) presentó una EG menor a 37 semanas. De estos niños pretérmino, el 50% (2) registró un bajo peso al nacer. El resto de las madres, es decir, el otro 84% (21) presentó una EG de entre 37 y 42 semanas, correspondiente a un niño a término.

Las actividades laborales de las madres difieren según la zona de residencia, que condiciona la forma de aprovisionamiento de alimentos y define ciertas características de la alimentación de los niños durante los primeros años de vida. Las familias residentes en la Quebrada realizan trabajos

TABLA 1. Distribución etaria de niños.

Edad de los niños	n (%)
0 a 5 meses	1 (3,3)
6 a 11 meses	11 (36,7)
12 a 23 meses	8 (26,7)
24 a 60 meses	10 (33,3)
Total	30 (100,0)

Fuente: Elaboración propia.

formales o informales vinculados al circuito turístico: venta de artesanías en plazas, servicio gastronómico y hotelería. Esta situación se advirtió principalmente en Maimará y Purmamarca, localidades que –junto a Volcán y Tumbaya– mostraron la mayor disponibilidad y accesibilidad de alimentos y productos industrializados del área.

“Los padres pasan muchas horas en las plazas, vendiendo o haciendo cosas para el turismo, y los chicos comen salchichas, hamburguesas (...) Las mujeres, es como que se van olvidando de lo que es la cocina tradicional; si vos hablás con las madres jóvenes, desconocen lo que era la cocina andina. Tal vez eso no se ve tanto en la Puna, pero en la Quebrada prácticamente se ha perdido la costumbre de la cocina sana (...) Hay mucha fritura, muchas, muchas grasas”. (Jefa de Atención Primaria de la Salud [APS] del Hospital de Maimará)

En cambio, las madres residentes en la zona alta, el cerro o la Puna suelen realizar pastoreo de llamas y ganado menor. Allí, últimamente, el acceso a las verduras y las frutas es difícil debido a las condiciones del suelo y al cambio climático, que redujo notablemente el flujo del agua. El tipo de vida que llevan estas madres en el cerro es, en parte, compartido por las que están involucradas en actividades agrícolas en la Quebrada, como se observó en Tunalito y San Pedrito.

“Es más cómodo dar el pecho, porque hay mamás que están trabajando –por ejemplo, las mamás del cerro–, que se van a las ovejas y no los van a llevar. Se van a las 11, 12 de la mañana y vuelven a eso de las 6, 7, 8 de la tarde. Imaginate que no cocinan; cocinan temprano antes de irse, comen algo y llevan algo –supongo yo– para comer en la tarde, pero por eso el bebe se prende más al pecho”. (Jefa de APS del Hospital de Maimará)

De las madres entrevistadas, el 63,33% (19) había amamantado a sus hijos anteriores, y un 53,33% (16) se encontraba dando el pecho. Ante la pregunta de cuál era el primer alimento que habían recibido sus hijos, el 86,67% (26) hizo referencia a la leche materna; el porcentaje restante mencionó la leche en polvo o sucedáneos de la leche materna, argumentando principalmente que “la leche materna no alcanzaba”. Según lo señalado por las madres, la duración de la LM promedió 16,6 meses, mientras que los integrantes de los equipos de salud consignaron una duración aún más prolongada (condicionada por múltiples factores, tales como pautas culturales transmitidas de generación en generación, actividades desarrolladas y entornos de subsistencia).

“¿Sabe por qué le digo así? Porque la gente, ya nos lo decían nuestros abuelos, los chicos que maman hasta los cinco años... seis años... son malos. Rebeldes se ponen (...) No sé por qué les dan tanto tiempo. Que yo sepa, es hasta los dos años o año... año y medio... y no más de eso (...) Yo nunca he dado así. Por ejemplo el chico tiene que hablar... hablar o bien caminar, porque si uno le quita así nomás el pecho sin que hable, ni camine, les cuesta más. Mis antepasados me lo han enseñado así, ¿ve? Que dé sus pasitos y ya cuando dice ‘papá’, ‘mamá’, ya está bien.

Hay algunos que son como mañeros, cuando les pone uno algo al pecho, se hacen mañeros, más cochinos se hacen pues, más malos.” (Madre y abuela informante, Maimará)

“Porque el niño desea, ¿vivo? (...) Si no se le da, se le revienta la yel [sic] [hígado, para hacer referencia al disgusto infantil (N. del E.)]”. (Madre de un niño de casi tres años, Volcán)

Cabe destacar la interrupción precoz de la LME en el 76,67% de las madres entrevistadas (23), a una edad promedio general de cuatro meses. Dentro de este grupo, los niños recibieron el primer alimento diferente a la leche materna a los 3,2 meses en promedio. Las entrevistas al equipo de salud no sólo mostraron una cierta discrepancia entre los consejos alimentarios impartidos por los agentes sanitarios y las prácticas llevadas a cabo por las madres, sino que también reflejaron la dificultad para abordar esta temática de manera conjunta.

“Nosotros decimos a los seis meses, pero ellas a veces les dan más temprano, a los cuatro meses (...) Ellas les dan muuucha sopa, aunque desde acá se les recomienda hacerles su papillita”. (Agente sanitario de Lipán, Puna)

“Y cuando vos ves qué le dan... en general le incorporan los caldos. Sopita... colada, que es lo mismo que nada, que darle agua, digamos. Hay una cultura de la sopa en esta zona, y en general el chico tiene que comer una sopa no punsuda (sic), como le dicen acá, no consistente, sino una sopa aguada”. (Jefa de APS del Hospital de Maimará)

Las entrevistas realizadas a las madres reflejan la temprana introducción de alimentos, eligiendo siempre como primer alimento la sopa colada. Al respecto comentaba una madre y esposa del encargado del comedor de Lipán, Puna:

–¿Y a qué edad me habías dicho que empezaban... que empiezan a comer?

–Depende...

–Más o menos... lo que ustedes observan.

–Cuatro meses, tres meses como mínimo. Los chiquititos, los gemelitos, ya comen ellos sopita líquida. Yo los vi, por eso le digo.

(...)

–¿Entonces a los tres, cuatro meses ustedes ven que ya empiezan con la sopita?

–Sí.

(Entrevista con madre y esposa del encargado del comedor de Lipán, Puna)

Entre las madres que habían iniciado la alimentación de sus hijos con leche materna (26), el 73,1% (19) manifestó que el primer complemento de la LME fue la sopa, mayormente preparada de forma colada, seguida por preparaciones de mayor densidad calórica y viscosidad provenientes, en su mayoría, de la olla familiar. A la sopa colada le siguieron, en orden de mención, las categorías de leche en polvo y sucedáneos lácteos (15,4%, n=4), mate cocido (7,7%, n=2) y papillas (3,8%, n=1). En la Tabla 2 se presenta el número total de menciones consignadas por las madres de niños de 0 a 5 años, divididas en grupos de alimentos. Se decidió definir un grupo particular para la leche materna

debido a que la práctica de amamantamiento se realizaba fundamentalmente a libre demanda. Para conocer en mayor profundidad las preparaciones, se clasificaron según los ingredientes utilizados: con cereales y derivados, con carnes y huevo o con hortalizas y vegetales feculentos (Tabla 3). Probablemente la sopa también explica la elevada frecuencia de menciones registradas en las entrevistas.

“Verdura en la sopa nomás, a veces un puré, arroz hervido... Pero la sopa sí, dotorita [sic] ... la sopa”. (Madre, Purmamarca)

El grupo de azúcares y dulces reunió un elevado número de menciones. Se observó una alta y temprana ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, principalmente con el agregado de azúcar a las mamaderas y mate cocido, así como un importante consumo de jugos artificiales y gaseosas.

Un 63,33% de las madres (19) calificó su relación con el equipo de salud a nivel local como buena o muy buena, mientras que sólo el 23,33% (7) la consideró mala o muy mala, y el 13,33% restante recurrió a la opción “no sabe/no contesta”. De acuerdo con los datos consignados, el 83,33% (25) recibió asesoramiento del equipo sanitario sobre lactancia y alimentación infantil, el 10% (3) no lo tuvo y un 6,67% (2) no recordaba el hecho. Un 50% de las madres (15) consultaba a sus propias madres respecto a la alimentación de los hijos, en tanto que la otra mitad prefería acercarse al equipo de salud; dentro de este último grupo, dos de cada tres mujeres recurría al puesto sanitario de su localidad, mientras que un tercio de ellas realizaba la consulta fuera del área programática de Maimará.

Al momento de realizarse las entrevistas, un 53,33% de las madres (16) tenía una huerta para el consumo personal, mientras que el 26,67% (8) contaba con animales tales como llamas y ovejas (en el cerro) o gallinas ponedoras (en la Quebrada). El 86,67% (26) recibía algún tipo de asistencia alimentaria, y el restante 13,33% (4) no la percibía. Estas ayudas percibidas por el grupo familiar y referidas por las

madres, fueron registradas como “menciones”, dado que un mismo grupo familiar podía percibir más de una ayuda. Así el total de menciones por las ayudas alimentarias percibidas fue de 50. La ayuda más presente en las familias bajo estudio, entregada en los puestos de salud durante los controles de los niños, fue la leche en polvo fortificada (44%, n=22), seguida por la Asignación Universal por Hijo (26%, n=13), la tarjeta alimentaria (18%, n=9), los comedores comunitarios y escolares (10%, n=5) y la pensión de siete hijos (2%, n=1). El uso de la transferencia de dinero a través de la tarjeta alimentaria reflejó, en cierto modo, las dificultades en materia de costo, disponibilidad y accesibilidad a los alimentos en zonas como la Puna.

DISCUSIÓN

Según las recomendaciones nutricionales impartidas por el equipo de salud, el momento oportuno para introducir la AC era a los seis meses; asimismo, la bibliografía especializada para el período de seis a ocho meses considera adecuada la complementación de una a dos ingestas diarias con una densidad calórica de 0,93 kcal/g.³⁴ Aunque no se dispuso de análisis bioquímicos que confirmaran el valor del alimento más mencionado en este estudio (sopa colada), los testimonios y la observación participante permitieron estimar una densidad calórica inferior a la recomendada. Se trata del alimento reconocido como primer complemento y vinculado con las representaciones sociales de lo liviano, lo adecuado y lo sano para el lactante.^{28,35} Esto coincide con lo registrado por el equipo sanitario local, que señaló que esta práctica podía ser responsable del descenso en la curva de progresión de peso que mostraban los niños al iniciar la AC.

El segundo alimento más mencionado por las madres como complemento a la LME correspondió a leche en polvo y sucedáneos lácteos. Cuatro de las encuestadas dijeron haber iniciado la alimentación de sus hijos a través de esta opción. Durante las últimas dos décadas, al estudiar cómo inciden la leche materna y la alimentación con fórmulas infantiles en el crecimiento, la ganancia de peso, el contenido de grasa y la prevalencia de obesidad, se observó un valor mayor de masa grasa en los niños que consumen productos sucedáneos. Las principales diferencias entre la alimentación con fórmulas o con leche materna incluyeron un mayor aporte energético, una velocidad más rápida de ingesta, un vaciado gástrico más lento y una mayor liberación de insulina.³⁴

Según la ENNyS, un 95,4% de los niños argentinos iniciaban su alimentación mediante LM, con frecuencias similares en las diferentes regiones.⁵ En este estudio y a partir de las entrevistas dirigidas a las madres, se observó una situación similar a la descrita por la encuesta nacional. Por su parte, el presente estudio reveló que más del 75% de las madres entrevistadas habían introducido el primer alimento distinto a la leche materna de manera precoz. Las recomendaciones del equipo de salud con respecto al momento oportuno para complementar la LME resultaron acordes con los lineamientos vigentes y consensuados a

TABLA 2. Grupos de alimentos ingeridos por niños de 0 a 5 años, número de menciones según referencia materna.

Grupo de alimentos	n (%)
1. Verduras	151 (26,40)
2. Azúcares y dulces	118 (20,63)
3. Cereales, legumbres y derivados	93 (16,26)
4. Lácteos y derivados	82 (14,34)
5. Grasas y aceites	37 (6,47)
6. Infusiones	31 (5,42)
7. Carnes, huevos y derivados	23 (4,02)
8. Frutas	21 (3,67)
9. Leche materna	16 (2,80)
Total	572 (100)

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Tipos de preparaciones ingeridas por niños de 0 a 5 años, número de menciones según referencia materna.

Preparaciones con cereales y derivados	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Arroz con salsa de tomate	4	25,00
Anchi*	3	18,75
Arroz blanco	2	12,50
Arroz con pollo	2	12,50
Arroz con salsa boloñesa	1	6,25
Mazamorra	1	6,25
Pizza con tomate y queso	1	6,25
Mote† hervido	1	6,25
Polenta con salsa	1	6,25
Subtotal	16	100
Preparaciones con carnes y huevo	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Empanadas de carne	2	25,0
Huevo frito	2	25,0
Milanesa frita	1	12,5
Bife a la plancha	1	12,5
Arroz y huevo frito	1	12,5
Papa hervida con huevo	1	12,5
Subtotal	8	100,0
Preparaciones con hortalizas y vegetales feculentos	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Sopa		
de verduras	8	12,70
de sémola	7	11,11
de frangollo	7	11,11
de verduras con fideos	6	9,52
de verduras con arroz	4	6,35
de arroz	3	4,76
de fideos	2	3,17
con verduras y carne de vaca	2	3,17
de verduras con triguillo	1	1,59
de vitina	1	1,59
de frangollo con chalonga (charqui de cordero)	1	1,59
con verduras, sémola y carne de cordero	1	1,59
con verduras, arroz y carne de cordero	2	3,17
Guiso		
de verduras con arroz	4	6,35
de verduras con fideos	2	3,17
de verduras con fideos y carne de cordero	2	3,17
de verduras con arroz y carne de cordero	2	3,17
Vegetales crudos		
Lechuga y tomate	2	3,17
Lechuga	1	1,59
Otros		
Puré de papas	2	3,17
Puré de zapallo	1	1,59
Papa hervida con perejil y aceite	1	1,59
Ñoquis de papa	1	1,59
Subtotal	63	100,00

* Anchi: sémola de maíz amarillo hervida con agua y azúcar, a la que se le agrega, antes de servir, un cuarto litro de zumo de limón fresco por cada litro de agua.

† Mote: maíz seco, generalmente pelado en una cocción hervida con cenizas de plantas o cal, que puede consumirse solo o en preparaciones.

Fuente: Elaboración propia.

nivel nacional^{36,37} e internacional.³⁸ Aunque ambos estudios no son comparables metodológicamente, y se desconocen los puntos muestrales tomados en el marco de la encuesta nacional, se podría afirmar que los testimonios obtenidos *in situ* reflejan un notable sesgo, provocado por prácticas basadas en imaginarios culturales muy arraigados en la población estudiada.²⁷

Con respecto a los primeros alimentos complementarios a la leche materna, un estudio reciente se propuso relevar y comparar la edad de inicio de la AC y los alimentos incorporados con mayor frecuencia en dos grupos poblacionales muy distintos: uno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=76) y otro de la Quebrada de Humahuaca, en el Hospital de Maimará (n=30). Para ello, utilizó encuestas estructuradas dirigidas a madres lactantes.³⁹ Entre los resultados obtenidos en la muestra de Jujuy, se observó que al quinto mes de vida el 26,7% de los niños ya había recibido un alimento distinto a la leche materna. Este hallazgo reflejaría una temprana edad de introducción de alimentos complementarios a la leche materna coincidente con los resultados de la presente investigación. Asimismo, el estudio comparativo registró preparaciones correspondientes a la AC similares a las aquí observadas, provenientes principalmente de la olla familiar, y tomó muestras de alimentos complementarios de consumo frecuente, a partir de las cuales se calculó la densidad calórica.⁴⁰ Entre esas muestras se encontró la sopa de frangollo, preparación que coincidía con lo consignado por las madres entrevistadas en el marco del presente estudio. Sobre la base de los análisis realizados, se constató que la sopa de frangollo tiene una densidad calórica de 0,56 kcal/g y que, si se la ingiere como único alimento en la etapa de seis a ocho meses de edad, resultaría inadecuada debido a su bajo valor energético. En lo que respecta al aporte de minerales para niños de uno a tres años, se estimó que una porción de 150g cubriría el 80% del hierro, el 8% del zinc y el 33% del calcio de las ingestas dietéticas de referencia 1997-2001.^{41,42} El mote, que contribuiría de una manera no convencional al aporte de minerales (calcio, hierro y zinc) en la dieta de los pobladores,⁴³ no fue mencionado como una preparación habitual en la alimentación infantil de la muestra estudiada.

A fin de elaborar un estándar local, el equipo del Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentario-Nutricionales (CISPAN) procesó datos antropométricos obtenidos durante las campañas de 2004 a 2009 y correspondientes a niños de 0 a 18 años de edad residentes en el área programática del Hospital de Maimará, quienes practicaban una economía agropecuaria. Se buscó indagar acerca del grado de obesidad en la región según el índice de masa corporal (IMC), con la población de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) de los Estados Unidos. Los porcentajes de sobrepeso y obesidad en los varones (13,7%, n=544) prácticamente duplicaron a los de las mujeres (7,44%, n=457).⁴⁴ Como dato significativo, surgió un IMC mayor en los varones, que podría indicar un reparto desigual de alimentos en su favor. A su vez, la situación de malnutrición

por exceso en niños de 0 a 5 años, principalmente en la zona de la Quebrada, reflejaría la mayor accesibilidad a alimentos industrializados con elevado contenido de azúcares y grasas, combinada con un estilo de vida cada vez más sedentario.

Si bien la gente del cerro realiza otras actividades cotidianas, estrechamente relacionadas con el aprovisionamiento directo de alimentos (cría de cabras, ovejas y llamas), es probable que los medios masivos de comunicación estén promoviendo un mayor consumo de productos industrializados.

Las principales diferencias observadas entre la alimentación con fórmulas o con leche materna incluyeron un mayor aporte energético, una velocidad más rápida de ingesta, un vaciado gástrico más lento y una mayor liberación de insulina.³⁴ Dado que la insulina es lipogénica, puede propiciar un temprano desarrollo del tejido adiposo, aumentando tanto el número de células como el contenido celular de grasa. La introducción precoz (con una edad inferior a tres meses) de la leche de vaca podría ser un factor desencadenante de la enfermedad en los individuos con cierta predisposición genética. La mayor sensibilidad estaría dada porque en esta etapa no se produce el cierre de la barrera intestinal, lo que permite el paso de antígenos. Durante las primeras semanas de vida, existe un mayor riesgo de desarrollar alergia a la alimentación como consecuencia de la exposición precoz a las proteínas de la leche de vaca. El estado nutricional de hierro en los niños que consumen esa leche se ve afectado por tres factores: el bajo aporte, la presencia de inhibidores de la absorción del hierro y la tendencia a provocar una hemorragia intestinal oculta.³⁴

Este estudio indagó acerca de la situación de LM y AC en los primeros años de vida en la población rural originaria de la Quebrada de Humahuaca. Se observó un promedio de duración de la LM de 16,6 meses, mientras que los integrantes de los equipos de salud refirieron una duración aún más prolongada. Es de resaltar la interrupción precoz de la LME, siendo la sopa el primer complemento de la LME, mayormente preparada de forma colada. Se trata del alimento vinculado con las representaciones sociales de lo liviano, lo adecuado y lo sano para el lactante. Esto coincide con lo registrado por el equipo sanitario local, que señaló que esta práctica podía ser responsable del descenso en la curva de progresión de peso que mostraban los niños al iniciar la AC. A la sopa colada le siguieron, en orden de mención, las categorías de leche en polvo y sucedáneos lácteos, mate cocido y papillas. El grupo de azúcares y dulces reunió un elevado número de menciones, a lo que se suman el sedentarismo y la creciente influencia de las publicidades que promueven el consumo de alimentos industrializados, altos en carbohidratos y grasas. Estos son sólo algunos de los condicionantes que explicarían el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población infantil de esta región.⁴⁵ Las entrevistas al equipo de salud no sólo mostraron una cierta discrepancia entre los consejos alimentarios impartidos por los agentes sanitarios y las prácticas llevadas a cabo por las madres, sino que también reflejaron la dificultad para abordar esta temática de manera conjunta.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio permite: posicionar al equipo de salud local como referente a la hora de buscar asesoramiento en LM y AC; diseñar y difundir materiales y mensajes dirigidos a la comunidad y al equipo de salud, a fin de prevenir la obesidad infantil; adecuar las recomendaciones, incorporando aspectos culturales que podrían explicar el abandono precoz de la LME.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Se recomienda: compartir los resultados observados en este estudio a través de publicaciones científicas y materiales de trabajo; suministrar información sobre las particularidades

socioculturales vinculadas a la alimentación infantil local.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los datos obtenidos en este estudio pueden resultar de utilidad para: conocer la situación de malnutrición por exceso de los niños en poblaciones rurales originarias de la Quebrada de Humahuaca; identificar características diferenciales –desde el punto de vista nutricional y cultural– de alimentos y preparaciones correspondientes a la AC en dichas poblaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Nirenberg O. Intervenciones en desarrollo infantil. Un marco conceptual orientado a la integralidad. Centro de Apoyo al Desarrollo Local, Cuaderno N° 43; 2006. [Disponible en: http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/DesarrInfantil_Intervenciones-43.pdf]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ² The Innocenti Declaration. OMS, UNICEF. [Disponible en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ³ Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2005;115(2):496-506.
- ⁴ Puffer R, Serrano C. El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento. Tres importantes determinantes de la mortalidad infantil. OPS/OMS, Publicación Científica 724, 1-46; 1975.
- ⁵ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: http://msal.gov.ar/html/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007_01.pdf]. [Último acceso: 17 de agosto de 2012]
- ⁶ Situación de lactancia materna en Argentina 2007. Sociedad Argentina de Pediatría. [Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/subcomisiones/lactancia/LM2007EncuestaNacional.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ⁷ Anuario estadístico de la República Argentina. INDEC; 1995.
- ⁸ Calvo E, Aguirre P. Seguridad alimentaria y estado nutricional en una población vulnerable. Archivos Argentinos de Pediatría. 2005;103(1).
- ⁹ Situación de lactancia materna en Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- ¹⁰ Anemia: La desnutrición oculta. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2009. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/html/site/ennys/pdf/anemia-la-desnutricion-oculta.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹¹ Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Comité Nacional de Hematología. Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr. 2009;107(4):353-361.
- ¹² Sammartino G. Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro. Arch Argent Pediatr. 2010;108(5):401-408. [Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000500005&lng=es]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹³ Walter T, Olivares M, Pizarro F, Muñoz C. Hierro, anemia e infección. En: O'Donnell A, Viteri F, Carmuega E (ed.). Deficiencia de hierro, desnutrición oculta en América Latina. Buenos Aires: Publicación CESNI; 1997.
- ¹⁴ Gillespie S. Major Issues in the Control of Iron Deficiency. The Micronutrient Initiative. UNICEF; 1998.
- ¹⁵ Domellöf M, Dewey KG, Lönnerdal B, Cohen RJ, et al. The Diagnosis Criteria for Iron Deficiency in Infants Should Be Reevaluated. J Nutr. 2002;132:3680-3686.
- ¹⁶ La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. UNICEF, Ministerio de Salud de Chile; 1995.
- ¹⁷ Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS). Arch Argent Pediatr. 2009;107(5):397-404. [Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005&lng=es]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹⁸ O'Donnell A, Grippo B. Obesidad en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2005.
- ¹⁹ Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres. Buenos Aires: Editorial Claves para Todos; 2007.
- ²⁰ Pucciarelli H, Carnese F, Pinotti LV, Guimarey LM. Sexual Dimorphism in School Children of the Villa Lapi Neighborhood (Quilmes, Buenos Aires, Argentina). American Journal of Physical Anthropology. 1993;92:165-172.
- ²¹ Guimarey L, Carnese F, Pinotti LV. Crecimiento en escolares de Villa Lapi (Quilmes, Buenos Aires, Argentina). Arch Lat Nutr. 1993;43:139-145.
- ²² Pinotti LV, et al. Estándares de crecimiento normal para la población mapuche de Río Negro, N°1. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 1993.
- ²³ Pinotti LV, Suárez M. Viejos hábitos alimentarios en la dieta tradicional de tehuelches y mapuches argentinos. DIAETA, Revista de la Asociación Argentina de Nutricionistas. 2000;(90):20-35.
- ²⁴ Pinotti L, Álvarez M. A la mesa. Ritos y retos de la alimentación argentina. Buenos Aires: Editorial Grijalbo; 2000.
- ²⁵ Pinotti L. Estándares de crecimiento de la población rural de Chubut. Inédito; 2002.
- ²⁶ Pinotti LV (comp.). Aquellos tehuelches de Patagonia Austral. Buenos Aires: Colección Estudios de Salud y Población, Proyecto Editorial; 2004.
- ²⁷ Pinotti LV. Sin embargo existimos. Reproducción biológica y cultural de una comunidad tehuelche. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2001.
- ²⁸ Pinotti LV, Pinto R, Díaz D, Ferrari M, Sammartino G. Interculturalidad, Salud y Cultura. Cuando los alimentos son utilizados como armas de desintegración social

y deterioro de la salud. Primera Jornada Transdisciplinaria sobre el Complejo Salud-Enfermedad. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; 2007.

²⁹ Grimberg M. De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: Álvarez M (comp.). Antropología y práctica médica. La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 1977.

³⁰ Conceptos e indicadores básicos de natalidad. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#3>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

³¹ Alimentación complementaria. OMS. [Disponible en: http://www.who.int/child_adollescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

³² Menchú-Escobar MT. Método de recordatorio de un día. En: Madrigal-Fritsch H, Martínez-Salgado H (ed.). Manual de encuestas de dietas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública; 1996.

³³ Guías Alimentarias para la Población Argentina. Lineamientos Metodológicos y Criterios Técnicos. 1a edición. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2000.

³⁴ Torresani ME. Efectos adversos en la alimentación infantil. En: Torresani ME. Cuidado nutricional pediátrico, 1a edición, 1a reimpresión. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2002.

³⁵ Pinotti LV, Pinto RL, Díaz D. El valor oculto de los alimentos prohibidos por la conquista española. Ponencia: Congreso Latinoamericano de Antropología. Simposio N° 3: Estado del arte y perspectivas de la antropología de la alimentación en América Latina. Rosario; 2005.

³⁶ Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina; 2010.

³⁷ Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición,

Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires; 2001.

³⁸ Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. OPS/OMS. Washington DC; 2003.

³⁹ Grecco CB, Gibson V, Pinotti LV, Ronayne de Ferrer PA. Patrón alimentario de lactantes del noroeste argentino y de la Ciudad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Córdoba. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2010; volumen 67, suplemento N°2.

⁴⁰ Grecco CB, Gibson V, Sammartino G, Pinotti LV, Ronayne PA. Adecuación de la densidad energética de alimentos complementarios de consumo habitual en dos grupos de lactantes (en prensa).

⁴¹ Grecco C, Zuleta A, Aguirre C, De la Casa L, Pinotti L, Ronayne P. Alimentos tradicionales del noroeste argentino: su composición química. XVII Congreso Argentino de Nutrición. Mar del Plata; 2009.

⁴² RDA (1997-2001). Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. National Academy of Science.

⁴³ Pinotti LV, Tessei C, Greco CV, Ronayne de Ferrer PA. El mote en la Quebrada de Humahuaca, Argentina. Su valor biológico y social. Revista Chilena de Nutrición. 2009;36(Sup. 1).

⁴⁴ Pinotti LV, Díaz Córdova D, Naumann S, Grecco C, Zuleta A, Aguirre C, et al. Sustitución de patrones alimentarios en la Quebrada de Humahuaca, Jujuy Argentina. Efectos biológicos y sociales en contextos de vulnerabilidad. 1º Simposio de Antropología de la Alimentación: Espacios, memorias, paisajes. XII Congreso de Antropología Social de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español; 2010. [Disponible en: <http://www.antropologiacastillayleon.org/pdfs/simposios/Antropologia%20de%20la%20alimentacion.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

⁴⁵ Oyhenart E, Dahinten SL, Alba JA, et al. Estado nutricional infante juvenil en seis provincias de Argentina: variación regional. Revista Argentina de Antropología Biológica. 2008;10(1):1-62.

ARTÍCULOS ORIGINALES

CONDICIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SALUD EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO DECENTE

Working Conditions of Health Personnel in Primary Care Centers from the Perspective of Decent Work

Gabriel Acevedo,¹ Alejandra Farias,¹ Julieta Sánchez,¹ Cecilia Astegiano,¹ Alicia Fernández²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) han sido reconocidas como un determinante del proceso de salud-enfermedad en los trabajadores sanitarios y cuando estas son inadecuadas, repercuten negativamente en su propia salud y en la calidad de atención brindada. OBJETIVO: Caracterizar las CyMAT de los equipos de salud de atención primaria en la ciudad de Córdoba y analizar las categorías a) jornada laboral y b) estabilidad y seguridad en el empleo desde la perspectiva del trabajo decente. MÉTODOS: Se diseñó un estudio exploratorio de corte transversal y se aplicó un cuestionario ya validado. Se obtuvo una muestra por conglomerados estratificada por zona sanitaria, que incluyó a 188 trabajadores de atención primaria de Córdoba escogidos por sorteo. RESULTADOS: Las condiciones de contratación son generalmente adecuadas. El 77% de los encuestados es de planta permanente, tiene estabilidad laboral y protección social, aunque el resto recibe un menor salario y no posee estabilidad, lo que genera inequidades entre el personal. El pluriempleo está presente en el 28% de los casos, y el 38% de las personas trabaja más de 48 horas semanales, sobrepasando el límite de la Jornada Laboral Decente. CONCLUSIONES: El conocimiento adecuado de las CyMAT resulta esencial en el contexto de una política que asume la estrategia de la atención primaria como base de su sistema de salud. Los hallazgos de este estudio son útiles para fundamentar el diseño de programas de mejora de las CyMAT en el primer nivel de atención.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The Conditions and Environment of Work (C&EW) have been recognized as a determinant of health-disease process in health workers and when these are inadequate, adversely affect the health of workers and quality of care provided. OBJECTIVE: To characterize the C&EW of primary health care centers and to analyze a) working time and b) job stability and security from the perspective of decent work. METHODS: An exploratory cross-sectional study was designed, with an already validated survey. There was a cluster sampling stratified by health area, with 188 workers belonging to primary care centers of Córdoba and selected at random. RESULTS: In general, employment conditions are appropriate: 77% of the respondents are part of the permanent staff and have stability and social protection, while the rest receives lower pay and lacks stability, which leads to inequities among staff. 28% of the workers have more than one job and 38% work more than 48 hours per week, exceeding the limit of "decent working time". CONCLUSIONS: The adequate knowledge of C&EW is essential for a policy that assumes primary care strategy as the basis for its health system. The findings of this study are useful to design programs improving C&EW in primary care.

PALABRAS CLAVE: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo - Trabajadores de salud - Atención primaria de salud

KEY WORDS: Conditions and Environment of Work - Health workers - Primary care

¹ Centro de Investigación y Formación en Gestión de Servicios de Salud y Trabajo, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

² Consejo de Investigación Científica de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 6 de febrero de 2012

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20 de septiembre de 2012

CORRESPONDENCIA A: Gabriel Acevedo
Correo electrónico: gabrieleacevedo@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(12):15-22

INTRODUCCIÓN

El trabajo puede ser definido como el medio a través del cual se actúa con el ambiente para conseguir los bienes y servicios necesarios para vivir. Satisface las necesidades propias y las de la comunidad, da independencia, permite estructurar el tiempo, relacionarse con los demás, desarrollar una actividad creativa, adquirir una identidad social, garantizar una seguridad personal y familiar y es, en suma, el medio para la realización personal.¹ El trabajo es un determinante social del proceso salud-enfermedad, sobre el que puede influir favorable o desfavorablemente. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un área central y prioritaria para la promoción de la salud, expresando que "la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan

entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general”.^{2,3}

Desde esta perspectiva, las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) pueden asumirse como un factor determinante de los procesos de salud-enfermedad en la población. Existen numerosas maneras de definir las condiciones de trabajo. En sentido amplio, puede entenderse que el concepto “incluye cualquier aspecto circunstancial en el que se produce la actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza como las circunstancias temporales en que se da. Son condiciones de trabajo todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo sin ser el trabajo mismo, el conjunto de factores que lo envuelven”.⁴

El trabajo en el sector salud, particularmente en los servicios asistenciales, se distingue del de otros ámbitos por tener objetos muy especiales, es decir, las personas atendidas.⁵ Además, la actividad que el personal efectúa contiene riesgos específicos que, durante la interacción, pueden generar problemas de salud en el conjunto de los trabajadores y en cada uno de ellos.⁶ Ya existen algunas evidencias de que las inadecuadas condiciones de trabajo de los profesionales de atención primaria repercuten negativamente en su propia salud y en la calidad de atención

ofrecida.⁷ En Argentina, la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) constituye un eje central de la política sanitaria. Se han desarrollado múltiples iniciativas para fortalecerla, especialmente en el primer nivel de atención,⁸ aunque la consideración de las condiciones de trabajo es muy reciente y aún se observan escasas acciones de monitoreo y evaluación.

No obstante, en los últimos años han surgido un conjunto de iniciativas que buscan promover mejoras en las condiciones de trabajo y empleo en salud. Su propósito es construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos, con el objetivo de alcanzar el “trabajo decente en salud”.⁹ Se destacan el programa de Trabajo Decente (TD) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹⁰ y el Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2005-2015 de la OPS, que propone alcanzar una serie de objetivos estratégicos tendientes a generar relaciones laborales adecuadas entre el personal y las organizaciones de salud, a fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y garantizar institucionalmente la prestación de servicios de buena calidad para toda la población.¹¹ Para cumplir los objetivos mencionados, es necesario conocer las condiciones en las que realizan su tarea los trabajadores de salud y definir metodologías que permitan medir de manera concreta las CyMAT. Así surgen los indicadores estadísticos sugeridos por la OIT para la medición del TD (resumidos en la Tabla 1, elaborada sobre la base de lo propuesto por Anker).¹²

TABLA 1. Resumen de indicadores propuestos para la medición del trabajo decente.

Categorías	Indicadores propuestos
Oportunidades de empleo	Tasa de actividad Tasa de empleo (relación empleo-profesionales de salud) Tasa de desempleo
Remuneración suficiente y trabajo productivo	Remuneración insuficiente (porcentaje de ocupados cuyos ingresos del trabajo son inferiores a la mitad de la mediana o a un mínimo absoluto, la cifra mayor, desglosado según la situación en el empleo) Ingresos medios de determinadas profesiones (indicador muy valioso para apreciar las tendencias y los diferenciales de los salarios entre distintos sectores de trabajadores, por ejemplo, hombres/mujeres o trabajadores calificados/no calificados)
Jornada laboral decente	Jornada laboral excesiva (porcentaje de ocupados que trabajan más horas que las admitidas, según su situación en el empleo)
Estabilidad y seguridad del empleo	Antigüedad inferior a un año (porcentaje de ocupados que desempeñan su empleo o trabajo principal desde hace menos de un año, desglosado por edad y por situación en el empleo)
Trato justo en el trabajo	Segregación profesional por sexo (porcentaje de empleo no agrícola en las ocupaciones en que predominan los hombres o las mujeres e índice de disimilitud) Porcentaje de mujeres en puestos superiores de dirección y administración
Seguridad en el trabajo	Tasa de accidentes de trabajo mortales (por cada 100.000 asalariados) Inspección del trabajo (inspectores por cada 100.000 asalariados y por cada 100.000 asalariados asegurados)
Diálogo social y relaciones laborales	Cobertura del seguro de accidentes de trabajo (porcentaje de asalariados amparados por el seguro) Índice de afiliación sindical

Fuente: Elaboración propia.

En Argentina, donde el TD se ha definido como una prioridad pública, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social debe promover la inclusión del concepto en las políticas nacionales, provinciales y municipales.¹³ Dentro de ese marco, la presente investigación busca contribuir al conocimiento de las condiciones de trabajo en salud. Sus objetivos consisten en caracterizar las CyMAT de los equipos de atención primaria en la ciudad de Córdoba y analizar, por un lado, la categoría de Jornada Laboral y, por otro, la de Estabilidad y Seguridad en el empleo desde la perspectiva del TD.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio de corte transversal, en el que se aplicó de manera autoadministrada un cuestionario diseñado y validado por investigadores del Núcleo de Educación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Minas Gerais.¹⁴ Dicho instrumento fue adaptado al contexto local siguiendo estos pasos: traducción, retrotraducción, evaluación de jueces, prueba piloto de la versión prefinal y confección del cuestionario definitivo. Esto significa que el instrumento fue llevado del portugués al español por un traductor bilingüe. Luego, el traductor y los investigadores realizaron ajustes, y el cuestionario fue sometido a un proceso de retrotraducción y adaptación semántica. Las versiones traducidas y retrotraducidas fueron evaluadas por una comisión de jueces, a quienes se les solicitó que examinaran el grado de pertinencia de las afirmaciones respecto de los objetivos y las consignas existentes. A partir de las valoraciones de los jueces, se efectuaron las adaptaciones correspondientes y se obtuvo una versión prefinal del cuestionario, con la que se realizó una prueba piloto en 15 trabajadores de salud. Allí se evaluaron los siguientes puntos: claridad de las preguntas, comprensión de las instrucciones, extensión del test y facilidad para contestar. Con la información de la prueba piloto y la sistematización de las observaciones, se elaboró la versión definitiva del instrumento.

La unidad de análisis fueron los trabajadores de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) de la Municipalidad de Córdoba, cuya estructura consta de 96 establecimientos distribuidos en seis zonas sanitarias (ZS) y cuenta con 786 empleados que se desempeñan en esos centros: 361 médicos, 226 enfermeros y otros 199 trabajadores de la salud, entre los que se encuentran profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares.

Dada la estructura de la DAPS, se decidió realizar un muestreo por conglomerados estratificado; Cada ZS constituyó un conglomerado, la distribución de centros de salud dentro del conglomerado es homogénea, no así la cantidad de trabajadores por centro. Se dividió en dos estratos a los centros de salud, estrato 1 = centros con 10 o menos trabajadores y estrato 2 = centros con más de 10. Se definió una muestra de 188 trabajadores, cuyo tamaño tuvo en cuenta la cantidad de trabajadores, su distribución por zonas, el tipo de muestreo escogido, la estimación de

los eventos estudiados y los posibles casos perdidos (con un cálculo efectuado a partir de investigaciones previas sobre poblaciones similares). Se estableció la distribución porcentual de trabajadores por ZS y cada estrato tuvo la misma representatividad; luego se realizó el sorteo para establecer quiénes serían incluidos en cada zona, quedando la siguiente distribución: ZS1: 29; ZS2: 30; ZS3: 30; ZS4: 35; ZS5: 33; ZS6: 31. Las personas en cuestión fueron contactadas en su lugar de trabajo e invitadas a participar voluntariamente en la investigación. Seis personas no aceptaron participar del estudio y fueron reemplazadas por otras, elegidas con la misma metodología. Los datos se recogieron durante el segundo semestre de 2010.

En función de los objetivos planteados, se seleccionaron variables socio-demográficas, de condiciones de trabajo/empleo y del ambiente laboral:

Variables socio-demográficas:

- sexo del trabajador (mujer/hombre);
- edad (se establecieron dos grupos: de 18 a 45 años y mayores de 45 años);
- nivel de instrucción completo (se consideró el grado máximo de estudio alcanzado: primario, secundario, terciario, universitario, especialidades y maestrías);
- ocupación o tarea desempeñada por el trabajador al momento de la encuesta: médico, enfermero, otros trabajadores de la salud (resto de profesionales, técnicos y auxiliares).

Variables de condiciones de trabajo/empleo:

- modalidad de contratación (se registraron las características del vínculo laboral entre el trabajador y su empleador sobre la base de la relación existente al momento de la encuesta: planta permanente, con incorporación definitiva a la administración pública municipal; contratado, con una relación laboral regida por un contrato de un plazo determinado y sin estabilidad; planta transitoria, para personal de carácter temporal, afectado a una tarea específica y sin estabilidad; monotributista, con facturación de honorarios en el marco de un contrato de locación de servicios);
- pluriempleo (se determinó si al momento de la encuesta había o no una coexistencia temporal de dos o más empleos, ya fueran propios del sector salud o ajenos a él);
- jornada de trabajo semanal (se estableció la cantidad de horas semanales que realiza el trabajador: 36 o menos, 37-48, 49-59 y 60 o más);
- antigüedad laboral (se trata de uno de los indicadores propuestos por la OIT para la medición del TD y la estabilidad laboral, por lo que se formuló el indicador de porcentaje de trabajadores con menos de un año de desempeño;¹⁵ se establecieron cuatro categorías: <1, 1-10, 11-20 y >20 años).

Variables del ambiente laboral:

Para la medición de estas variables se aplicaron escalas tipo Likert, con diferentes números de categorías adecuadas a cada subdimensión en estudio.

- Condiciones edilicias (se evaluaron condiciones físicas tales como infraestructura, ventilación, temperatura e

iluminación en el lugar de trabajo: en cada ítem se aplicó una escala tipo Likert con tres opciones);

- Equipos de protección personal (se determinó la disponibilidad y la utilización de elementos de prevención y protección de accidentes y enfermedades profesionales, con opciones de sí/no);

- Riesgos laborales (se evaluaron los principales factores de riesgo a los que puede estar expuesto un trabajador: contacto con materiales biológicos, contacto con antisépticos, preparación y administración de medicamentos; para los riesgos ergonómicos, se recabó la percepción de los trabajadores en función de sus necesidades individuales y de las características de las tareas desarrolladas, sin considerar los aspectos que solo puede evaluar un ergónomo al diseñar el puesto de trabajo, y se indagó sobre la carga física realizada: posturas forzadas, movimientos repetitivos, manejo de cargas y fuerzas efectuadas; se aplicó una escala tipo Likert con cuatro opciones: nunca, raramente, frecuentemente y siempre).

Cabe aclarar que solo se evaluaron los riesgos presentes en centros ambulatorios y que se excluyeron aquellos correspondientes a los establecimientos hospitalarios.¹⁶ No se tuvieron en cuenta los riesgos psicosociales, ya que ellos requieren una metodología de estudio compleja y específica.

Los datos recogidos en las encuestas fueron cargados en una base para su posterior procesamiento y análisis. Para realizar el análisis estadístico (frecuencias y medidas de tendencia central), se utilizó el programa SPSS19.0 para Windows.

Los trabajadores participaron en la investigación de manera voluntaria y anónima. Se les explicó que la información recogida era confidencial y que solo sería analizada por los investigadores. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Córdoba.

RESULTADOS

La caracterización socio-demográfica de la población encuestada reveló que el 76% son mujeres. El 65% tiene entre 18 y 45 años de edad, y el 35% es mayor de 45 años. La distribución por ocupación/profesión mostró un 48% de médicos y un 23% de enfermeros, mientras que el restante 29% se agrupó en la categoría de otros trabajadores de la salud (odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos y personal de limpieza). Solo el 18% de los encuestados no posee título universitario, es decir, existe un elevado nivel de profesionalización de la fuerza laboral.

En relación con las condiciones de trabajo y empleo, la modalidad de contratación predominante fue la de planta permanente, que alcanza al 77% de los encuestados, en tanto que hubo un 19% de contratados, un 1% en planta transitoria y un 3% de monotributistas (Tabla 2).

La existencia de dos o más empleos (pluriempleo) fue manifestada por el 28% de los encuestados, proporción

TABLA 2. Tipo de vínculo contractual, pluriempleo, jornada de trabajo y antigüedad laboral.

Aspecto evaluado	n	(%)
Vínculo contractual con la institución		
Planta permanente	145	77
Planta transitoria	2	1
Contratado	35	19
Monotributista	6	3
Pluriempleo		
Sí	53	28
No	135	72
Jornada de trabajo		
36 horas semanales o menos	75	40
37-48 horas semanales	41	22
49-59 horas semanales	34	18
60 horas semanales o más	38	20
Antigüedad laboral		
Menor a 1 año	11	6
1-10 años	94	50
11-20 años	51	27
Mayor a 20 años	32	17

Fuente: Elaboración propia.

que alcanza al 36% si se consideran solo los profesionales, que es donde se presenta este fenómeno. Hubo diferencias entre los profesionales del equipo de salud, ya que los médicos lo consignaron en un 46% de los casos, los enfermeros en un 18% y otros profesionales en un 24%, no hallándose pluriempleo entre los trabajadores no profesionales. En referencia a la jornada de trabajo, el 38% de los encuestados respondió que trabajaba más de 48 horas semanales, es decir, que tenía una jornada excesiva.

Solo el 6% declaró una antigüedad laboral menor a 1 año, mientras que había un 50% con 1-10 años, un 27% con 11-20 años y un 17% con más de 20 años.

En los temas de infraestructura y los aspectos físicos vinculados con el medio ambiente laboral (ventilación, iluminación y temperatura de los lugares de trabajo), se verificó una tendencia a valorarlos de manera intermedia, posiblemente debido a la insuficiente disponibilidad de artefactos de calefacción/refrigeración y a la inadecuada arquitectura de algunos centros. También predominaron las valoraciones intermedias sobre el mobiliario y el equipamiento de los establecimientos, con más de un 40% que los consideró suficientes. La relación entre las exigencias que suponen las tareas realizadas por los trabajadores y los recursos disponibles fue calificada frecuentemente de forma negativa: más del 60% de los encuestados consideró que era de regular a mala (Tabla 3).

En relación a la exposición al contacto con materiales

TABLA 3. Evaluación de aspectos físicos del medio ambiente de trabajo y disponibilidad de recursos.

Aspecto evaluado		n	(%)
Ventilación	Óptima	47	25
	Aceptable	85	45
	Escasa	56	30
Iluminación	Adecuada	63	34
	Relativamente adecuada	73	39
	Inadecuada	52	28
Temperatura	Adecuada	67	36
	Relativamente adecuada	79	42
	Inadecuada	42	22
Cantidad de sillas y mesas	Óptima	36	19
	Suficiente	77	41
	Escasa	75	40
Recursos técnicos y equipamiento	Óptimos	41	22
	Suficientes	82	43
	Escasos	65	35
Relación entre exigencias en las tareas y recursos disponibles para realizarlas	Muy buena	20	11
	Buena	53	28
	Regular	72	38
	Mala	43	23

Fuente: Elaboración propia.

biológicos, tales como sangre y otros fluidos corporales, más del 70% respondió que frecuentemente o siempre estaba en contacto con materiales biológicos. Por su parte, la exposición a químicos (en particular, antisépticos) superó el 50%. La presencia de equipos de protección personal fue valorada como insatisfactoria, ya que el 38% señaló que no estaban a disposición de los trabajadores y un 37% no los reconoció. Asimismo, más de la mitad de los encuestados manifestó que no los utilizaba o lo hacía raramente (Tabla 4).

Por último, algunos de los riesgos ergonómicos evaluados estuvieron presentes frecuentemente. Más del 70% dijo que a veces o siempre adoptaba posturas que le generaban dolor fuera del trabajo. Además, más del 50% de los encuestados manifestaron que permanecían de pie durante períodos prolongados y que debían movilizar o levantar a los pacientes (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La feminización de la fuerza laboral de la DAPS guarda similitud con los datos publicados en 2007 por el Ministerio de Salud de la Nación, donde se advierte que la mayor parte (68%) de los trabajadores de salud son mujeres.¹⁷ Novick señala que existe una tendencia a la feminización del sector salud desde 1960 hasta la fecha,¹⁸ lo que debe tenerse en cuenta a la hora de analizar las CyMAT desde una perspectiva de género. También se debe considerar

la mayor presencia de trabajadores jóvenes (entre 18 y 45 años) para proponer mejoras en función de la edad y estudiar los problemas de salud más prevalentes en este grupo etario.¹⁹

En cierta medida, la predominancia de médicos y enfermeras es coherente con el perfil del recurso humano necesario para la atención en el primer nivel, aunque para favorecer la estrategia de APS se requeriría una mayor proporción de trabajadores de otras disciplinas: odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, etc. La elevada proporción de encuestados con título universitario resulta similar a la expuesta por otros estudios de Argentina, que reflejan que el sector salud es altamente profesionalizado.²⁰

Un dato relevante es que casi la totalidad del personal encuestado se encuentra registrado, lo que indicaría la presencia de condiciones de empleo mejores que la media nacional del sector. Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del primer semestre de 2006, la tasa de empleo no registrado era del 29,1% para profesionales de salud y del 23,4% para trabajadores de salud no profesionales.¹⁷

No obstante, aunque un alto porcentaje de los trabajadores encuestados pertenece a la planta permanente y goza de estabilidad y adecuada protección social, casi un cuarto del total recibe un menor salario (carece de adicionales) y no posee estabilidad, lo que genera inequidades entre

TABLA 4. Condiciones de seguridad en el lugar de trabajo.

Aspecto/Riesgo evaluado		n	(%)
Contacto con materiales biológicos	Nunca	24	13
	Raramente	28	15
	Frecuentemente	63	34
Contacto con antisépticos	Siempre	72	38
	Nunca	33	18
	Raramente	38	20
Prepara o administra medicación	Frecuentemente	65	35
	Siempre	52	27
	Nunca	43	23
Existen equipos de protección personal a su disposición	Raramente	26	14
	Frecuentemente	60	32
	Siempre	59	31
Utiliza equipos de protección personal	Si	47	25
	No	71	38
	No sé qué es eso	70	37
	Nunca	50	27
	Raramente	60	32
	Frecuentemente	50	27
	Siempre	28	14

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5. Frecuencia de riesgos ergonómicos percibidos por los trabajadores.

Aspecto/Riesgo evaluado		n	(%)
Adopta en el trabajo posturas que le generan malestar y/o dolor fuera del ámbito	Nunca	12	6
	Raramente	39	21
	Frecuentemente	94	50
	Siempre	43	23
Permanece de pie en el trabajo por períodos prolongados	Nunca	11	6
	Raramente	45	24
	Frecuentemente	90	48
	Siempre	42	22
Traslada y/o levanta pesos excesivos	Nunca	31	17
	Raramente	124	66
	Frecuentemente	25	13
	Siempre	8	4

Fuente: Elaboración propia.

los miembros de un mismo equipo de salud e influye negativamente en el clima laboral.²¹

Cabe también destacar que el personal auxiliar que desarrolla tareas de limpieza suele subcontratarse de forma temporal y que los profesionales monotributistas son considerados trabajadores independientes en cuanto a sus derechos (no pertenecen a ningún sindicato, no tienen

licencias ni vacaciones remuneradas, deben pagar sus propios aportes jubilatorios y el seguro de salud y difícilmente pueden hacer reclamos para mejorar su salario o sus condiciones de trabajo), pero no en lo que respecta a sus obligaciones (deben cumplir horarios, justificar las ausencias, realizar tareas administrativas no contempladas a priori en su contrato de servicio, etc.).

El pluriempleo está presente en más de un tercio de los profesionales encuestados y puede ser considerado como un indicador de precariedad laboral, con implicancias significativas para la salud del trabajador, su capacidad productiva y la calidad de atención a la población.²² No obstante, esta cifra es inferior a la informada según datos de la EPH de 2006, que reflejaba que un 43% de los profesionales sanitarios tenía dos o más empleos, mientras que en el resto de las profesiones de Argentina el fenómeno se aproximaba al 14%.²³ La marcada diferencia observada a nivel nacional entre la salud y los otros sectores de la economía ha sido atribuida al trabajo a tiempo parcial, a las bajas remuneraciones que obligan a obtener ingresos de otras fuentes y al desarrollo de un mercado laboral dual, que combina los mejores salarios del sector privado con la protección social y otros beneficios acompañados a los bajos ingresos del sector público.²⁴

El fenómeno del pluriempleo debe ser relacionado con la extensa jornada laboral. Según los datos de este estudio, el 38% desempeña sus actividades laborales durante más de 48 horas semanales y supera así el límite de la jornada decente definida por la OIT,²⁵ lo que puede resultar perjudicial para la salud física y mental de los trabajadores. Si se considera, además, que el 76% de los encuestados son de sexo femenino y que la carga de las tareas domésticas (trabajo invisible no remunerado) suele recaer casi exclusivamente en las mujeres, se podría configurar el fenómeno denominado "doble presencia" (estar en el trabajo ocupándose de cuestiones familiares y estar en el hogar ocupándose de cuestiones laborales).²⁶

La baja proporción de trabajadores con menos de un año de antigüedad (6%) indicaría que, a pesar del alto porcentaje de empleo flexible (23% de los encuestados entre contratados, planta transitoria y monotributistas), existe una cierta estabilidad temporal para el asalariado, definida como la probabilidad de que no se dé por concluida su relación laboral por iniciativa del empleador dentro de cierto período.²⁷ En síntesis, las variables estudiadas referidas a condiciones de empleo reflejan situaciones que deben ser mejoradas, ya que el 23% de los encuestados está flexibilizado, casi un 30% presenta pluriempleo y el 38% supera la jornada laboral semanal decente.

Los hallazgos referidos a las condiciones del medioambiente de trabajo, en especial las relativas a disponibilidad de insumos y equipamiento adecuado son similares a los encontrados en Brasil por Furtado Betise.²⁸

Entre los riesgos biológicos, químicos y ergonómicos para el personal de los centros de salud, se destacan el contacto con material biológico, la manipulación de antisépticos y la adopción de posturas poco saludables, que pueden contribuir a generar lesiones musculoesqueléticas.²⁹ Es llamativa la baja disponibilidad de elementos de protección personal (EPP), así como su escaso reconocimiento y utilización, a pesar de la elevada percepción sobre la exposición a riesgos laborales (RRLL). El adecuado conocimiento de las CyMAT en el ámbito sanitario es esencial en el marco de

una política que asuma la estrategia de APS como base de su sistema. Los hallazgos de este estudio son útiles para fundamentar el diseño de programas destinados a mejorar las CyMAT en el primer nivel de atención y así contribuir a garantizar el trabajo decente en salud.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Esta investigación amplía el conocimiento sobre las condiciones de trabajo en el sector salud, en particular de quienes se desempeñan en el primer nivel de atención en la ciudad de Córdoba. La información obtenida advierte sobre la necesidad de consensuar políticas integradoras entre las autoridades sanitarias y los representantes de los trabajadores, que incluyan las CyMAT como una problemática prioritaria. A fin de optimizar la eficacia de las actividades dirigidas a solucionar los problemas de salud y seguridad de los trabajadores, se podría constituir un comité mixto o tripartito de salud y seguridad en el trabajo, integrado por representante de los trabajadores, de las autoridades sanitarias municipales y expertos en salud ocupacional.

Es necesario sostener las condiciones de empleo adecuadas y extenderlas a quienes se encuentran en condición precaria. En lo que respecta al medio ambiente de trabajo, se requiere adecuar el estado del mobiliario y el equipamiento de los centros de salud, y mejorar la relación entre las exigencias de las tareas realizadas y los recursos disponibles. El estudio también revela la necesidad de ampliar la disponibilidad de materiales y equipos de protección personal y dar mayor atención a los riesgos ergonómicos más frecuentes en los centros de salud.

Además, se advierte la necesidad de sistematizar la evaluación de los RRLL, a fin de generar acciones que los corrijan o eliminen, tales como: la capacitación en salud y seguridad laboral, la provisión efectiva de EPP y la supervisión de su uso, entre otras. Asimismo, resultará conveniente el monitoreo de la salud de los trabajadores y relevamiento frecuente de los centros de salud por parte de personal especializado en la prevención de RRLL.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La presente investigación significó una aproximación a las complejidades que implica el trabajo en centros de atención primaria de la salud. Sus resultados instan a profundizar el desarrollo de estrategias de formación y capacitación para reconocer las condiciones laborales existentes, prevenir RRLL, aumentar la seguridad y lograr que el trabajo se perciba como una fuente de satisfacción. Por ello, es importante que instituciones académicas, sociedades científicas, servicios de salud y otras entidades pertinentes incluyan esta problemática en sus programas de formación y promuevan el análisis de los siguientes aspectos: derechos, obligaciones y legislación vigente en materia de salud y seguridad en el trabajo dentro del sector sanitario; vigilancia del medio ambiente laboral y

de la salud de los trabajadores; mecanismos disponibles para la asistencia, rehabilitación y recalcificación en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y gestión de la salud y seguridad en el trabajo.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Habida cuenta de los resultados obtenidos, resultaría interesante efectuar una investigación colaborativa y ampliar este estudio a otros contextos donde se desarrolla la estrategia de APS.

Asimismo, es necesario profundizar la investigación en

las siguientes líneas: modelos de análisis de la relación salud-trabajo, articulados con los objetivos de fortalecimiento de APS; perfil epidemiológico de la población de trabajadores que se desempeñan en el primer nivel de atención de la salud; y generación de evidencias sobre la relación entre condiciones de trabajo y calidad de atención y acceso a los servicios.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Gestal J, Acevedo G. Salud Laboral - Prevención de Riesgos en el Trabajo, Aplicación al Sector Salud en la República Argentina. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2009.
- ² Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe. OMS/OPS, Washington DC, 2000.
- ³ Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health Sector Reform and public Sector Health Worker Motivation: a conceptual Framework. Soc Sci Med, 2002; 54:1255-66.
- ⁴ Peiró JM, Prieto F. Tratado de Psicología del Trabajo. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto. Síntesis Psicología, Madrid, 1996.
- ⁵ Ávila A, Rosales C, Belisario S. Condiciones de salud y trabajo en el sector salud. Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2008.
- ⁶ Acevedo G, Fariás A, Sánchez J. Trabajar en el Sector Salud: Factores influyentes en sus condiciones y medioambiente de trabajo. Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, 2011.
- ⁷ Linzer M, Baier Manwell L, Williams E, Bobula J, Brown R, Varkey A, et al. Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. Ann Intern Med, 2009; 151(1):28-36.
- ⁸ Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2004.
- ⁹ Belisário S, Ávila A, Campos F, Souza D'Ávila L. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. Rio de Janeiro, Cad Saúde Pública, 2007; 23(10):105-113.
- ¹⁰ Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. Trabajo decente: significados y alcances del concepto. Indicadores propuestos para su medición. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, 2007.
- ¹¹ Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015. OPS/OMS, Washington DC, 2007.
- ¹² Anker R, Chernyshev I, Egger P, Mehran F, Ritter J. La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. Revista Internacional del Trabajo, 2003; 122(2):161-195.
- ¹³ Ley 25.877, Ordenamiento del Régimen Laboral. Senado y Cámara de Diputados de la Nación, Argentina. Boletín Oficial, 13 de febrero de 2004.
- ¹⁴ Ávila A. Pesquisa sobre saúde e condições de trabalho . Núcleo de Educação em Saúde Coletiva de la Faculdade de Medicina de la Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. No publicado.
- ¹⁵ Standing G. De las encuestas sobre la seguridad de las personas al índice de trabajo decente. Revista Internacional del Trabajo, 2002; 121(4):487-501.
- ¹⁶ De Souza Oliveira J, Da Costa Feitosa Alves M, Nunes de Miranda F. Riesgos ocupacionales en el ambiente hospitalario: retos para la salud del trabajador. Rev salud pública, 2009; 11(6):909-917.
- ¹⁷ Consejo Federal de Salud. Política de Recursos Humanos en Salud. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2007.
- ¹⁸ Novick N. Trabajo, ocupación y empleo. Trayectorias, negociación colectiva e ingresos. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Buenos Aires, 2005.
- ¹⁹ García Ubaque JC. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. Av enferm, 2009; 27(1):124-129.
- ²⁰ Abramzón M. Argentina: Recursos humanos en salud en 2004. OPS, Buenos Aires, 2005.
- ²¹ Gómez IC. Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Univ Psychol, 2007; 6(1):105-114.
- ²² García Prado A, González P. El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. Gaceta Sanitaria, 2006; 20(Supl 2):29-40.
- ²³ Maceira D, Cejas C. Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada. CIPPEC, Buenos Aires, 2010.
- ²⁴ Novick M. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015. OPS, Washington DC, 2006.
- ²⁵ Bescond D, Châtaignier A, Mehran F. Siete indicadores para medir el trabajo decente. Revista Internacional del Trabajo, 2003; 122(2):197-231.
- ²⁶ Manual del método CoPsoQ-istas21 para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales para empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, Barcelona, 2010.
- ²⁷ Gálvez Santillán E, Gutiérrez Garza E, Picazzo Palencia E. El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales. Rev Mex Sociol, 2011; 73(1):73-104.
- ²⁸ Furtado B, Araújo Júnior J. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. Acta paul Enferm, 2010; 23(2):169-174.
- ²⁹ García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria, 2008; 40(9):439-46.

ARTÍCULOS ORIGINALES

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR PROVISTAS POR INFECTÓLOGOS A PERSONAS CON VIH EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Tobacco Cessation Strategies among Infectious Disease Specialists who Treat People with HIV in Buenos Aires

Jonatan Konfino,¹ Raúl Mejía,² Adriana Basombrío³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La efectividad del tratamiento anti-retroviral altamente activo (TARAA) ha transformado la infección por VIH/Sida en una patología crónica, por lo cual resulta necesario limitar los factores de riesgo cardiovascular, en particular el tabaquismo. **OBJETIVO:** Describir las características de la ayuda para dejar de fumar que proveen los infectólogos a los pacientes con VIH atendidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **MÉTODOS:** Se aplicó una encuesta validada autoadministrada a los infectólogos que atendían pacientes con VIH en hospitales universitarios, públicos y privados. **RESULTADOS:** Un total de 128 médicos respondió la encuesta (tasa del 75%). El 90% recomendaba a sus pacientes que dejaran de fumar, el 17% instaba a fijar una fecha de abandono, el 23% utilizaba la técnica del consejo breve, el 35% recurría a algún fármaco, el 8% usaba el consejo breve más fármacos, el 8% remitía a páginas web especializadas, el 5% sugería determinadas líneas telefónicas y el 100% recomendaba tratamientos cognitivo-conductuales. Sólo el 40% consideró que el infectólogo debía ocuparse del tratamiento del tabaquismo, y el 92% opinó que debía ser un especialista quien se encargara de la cesación. Las principales barreras para tratar la adicción fueron el inadecuado entrenamiento y el escaso tiempo disponible. **CONCLUSIONES:** Se verificó una inadecuada capacitación: si bien los profesionales instaban a dejar de fumar, utilizaban de manera insuficiente las técnicas recomendadas.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The efficacy of Highly Active Antiretroviral Therapy (TARAA) has transformed HIV/AIDS into a chronic disease. As a consequence, it is necessary to reduce cardiovascular risk factors, particularly smoking. **OBJECTIVE:** To describe the characteristics of smoking cessation advice provided by infectious disease specialists to patients with HIV in the Autonomous City of Buenos Aires. **METHODS:** A cross-sectional survey was performed on infectious disease specialists who treat HIV-infected patients in private, public and university hospitals. **RESULTS:** 128 physicians answered the survey (response rate: 75%). 90% of them recommended their patients to stop smoking, 17% encouraged patients to set a stop date, 23% gave brief advice, 35% prescribed some drugs, 8% gave brief advice and prescribed drugs at the same time, 8% suggested certain web sites, 5% advised to use quit-smoking phone lines and 100% recommended cognitive-behavioral treatments. Only 40% considered that tobacco addiction should be treated by infectious disease specialists, while 92% said that the patients should be referred to a specialist on smoking cessation. The main barriers to treat the addiction were inadequate training and insufficient time. **CONCLUSIONS:** There is an inadequate training: – although physicians encourage patients to stop smoking, they make insufficient use of recommended techniques.

PALABRAS CLAVE: VIH - Tabaquismo - Cesación de tabaco - Riesgo cardiovascular

KEY WORDS: HIV - Smoking - Tobacco cessation - Cardiovascular risk

¹ Ministerio de Salud de la Nación

² Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires

³ Ministerio de Salud de Tierra del Fuego

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Subsidio del International Development Research Centre de Ottawa, Canadá.

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de diciembre de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Jonatan Konfino
Correo electrónico: jkonfino@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La epidemia de tabaco mata a 5,4 millones de personas por año como consecuencia del cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, entre otras causas.¹ En Argentina, la prevalencia de tabaquismo en los adultos es del 27,1%² y está relacionada con aproximadamente 40 mil muertes anuales, lo que genera una tasa atribuible del 16%.³

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo.⁴ Se estima que en Argentina 110 mil personas viven con VIH,⁵ con una relación varón/mujer de 1,7, y sólo la mitad sabe que está enferma.⁶ Entre 2003 y 2008 se notificaron oficialmente 7.011 nuevos casos. El 62% correspondía a varones, el 79% recibía asistencia en hospitales públicos y la mediana de edad en el momento del diagnóstico era de

35 años, con un 53% de casos en estado asintomático y un 35% en estadio avanzado.⁶

La efectividad del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) ha creado un nuevo paradigma en la enfermedad por VIH.⁷ Para la mayoría de los pacientes que reciben TARAA, su cuadro ha dejado de ser una patología fatal para transformarse en una enfermedad crónica tratable,⁷ por lo cual el control de factores de riesgo modificables (como el tabaquismo) es indispensable para evitar enfermedades cardiovasculares, que hoy constituyen la principal causa de muerte de esos pacientes.^{7,8}

Hay evidencia de que los pacientes con VIH que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas⁹⁻¹² y crónicas.¹³⁻¹⁷ Además, existirían otros problemas: peor respuesta viral e inmunológica,¹⁸ más síntomas relacionados con el VIH,¹⁹ mayor consumo de alcohol y marihuana,¹⁹ mayor riesgo de progresar a Sida,²⁰ peor calidad de vida⁹⁻²¹ y mayor riesgo de muerte.⁹ Estos hallazgos sugieren que el consumo de tabaco representa una amenaza para las personas infectadas con VIH.

La prevalencia de tabaquismo en las personas infectadas con VIH es más del doble que en la población general.^{7,9,10,19,22-28} En Argentina, un estudio reveló una prevalencia del 80%,²⁸ mientras que en la población general es del 27,1%.²

A pesar de que las intervenciones médicas para ayudar a dejar de fumar son efectivas²⁹ y de que existe el deseo de los propios involucrados,^{7,23,30,31} los pacientes con VIH no reciben asistencia para la cesación con la misma frecuencia que la población general en países desarrollados.^{32,33} Aunque se desconoce cuál es la estrategia más efectiva para dejar de fumar, un reciente estudio en Sudáfrica reveló que las personas con VIH preferían grupos de ayuda, asesoramiento individualizado y terapia de reemplazo de nicotina.^{33,34} De acuerdo con otra investigación llevada a cabo en España, sólo el 14% de los pacientes seropositivos fumadores participaban en un programa de cesación de tabaco y sus probabilidades de éxito estaban directamente relacionadas con el propio interés,²⁴ lo que denota la importancia de abordar la motivación para dejar de fumar^{23,24,27} y las frecuentes dificultades que conlleva la incorporación a los programas establecidos.^{24,25} El deseo del paciente de involucrarse activamente en su tratamiento para el VIH también se asoció con mejores tasas de cesación.³⁴

En Argentina, no se han encontrado datos que exploren el tema de la cesación tabáquica en pacientes con VIH.

El presente estudio se propuso describir las características de la ayuda para la cesación tabáquica provista por los médicos infectólogos que tratan a pacientes con VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal entre mayo y septiembre de 2010. Se invitó a participar a los médicos infectólogos que trataban a personas adultas con VIH (pacientes internados y ambulatorios) en CABA. Se incluyó a los

especialistas de los 16 hospitales públicos, que concentran aproximadamente el 80% de la población de pacientes con VIH.⁶ Se tuvo en cuenta también a los infectólogos del Hospital de Clínicas, a fin de obtener una muestra de médicos del ámbito universitario, y finalmente a los profesionales de los tres centros privados especializados más concurridos (Helios, Medicus y FUNCEI). De esta manera, aunque se trató de una muestra por conveniencia, estuvieron representados los tres subsectores de salud y la mayoría de los infectólogos que atienden a pacientes con VIH en CABA.

En los centros de atención se distribuyó y luego se recogió una encuesta anónima, que no sólo recababa datos demográficos e información sobre las características de la ayuda para la cesación provista por los médicos, sino que además describía el estatus tabáquico y las actitudes relacionadas con el humo de segunda mano. Dicha encuesta se encuentra validada en Argentina y ha sido utilizada en investigaciones previas.³⁵

El análisis se efectuó con el programa STATA, versión 11.1 (Stata Corp; College Station, Texas, Estados Unidos). Se realizaron estadísticas descriptivas utilizando porcentajes para describir las variables categóricas y regresiones logísticas para identificar los factores asociados a determinadas prácticas de la cesación. Los resultados de los profesionales del hospital universitario se analizaron y consignaron junto con los resultados de los infectólogos de los hospitales públicos, habida cuenta de que eran centros de atención con similares características estructurales (solicitud de turnos, tiempo de espera, duración de la consulta, seguimiento). Se elaboraron modelos de regresión logística multivariable para evaluar si la provisión de consejo médico y la prescripción de farmacoterapia eran diferentes en las instituciones públicas y privadas (con ajuste por edad, sexo, años desde la graduación y cantidad de pacientes por semana). Se consideró un error alfa de 0,05.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la realización de la encuesta.

RESULTADOS

Se invitó a participar a 169 infectólogos que trabajaban en CABA, y la muestra quedó constituida por 128 de ellos (75,7%) que respondieron la encuesta. La mayoría eran mujeres y desempeñaban sus tareas en un hospital público. La mediana de edad fue de 39 años, la mediana de años desde la graduación fue de 14, y la mediana de pacientes atendidos por semana fue 32. La mayoría consideraba que no había recibido suficiente capacitación para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. El 19,5% fumaba, pero la prevalencia de tabaquismo variaba según el lugar de trabajo: era mayor en los hospitales públicos que en el ámbito privado (24,7% versus 9,3%, $p=0,04$) (Tabla 1).

Un total de 113 profesionales (88,3%) registraban el consumo de tabaco en la historia clínica, 115 (89,8%) recomendaban a sus pacientes que dejaran de fumar, 22

TABLA 1. Datos demográficos y entrenamiento en tabaquismo.

Características de la población	n (%)	Mediana	Rango
Mujeres	79 (61,7)	NC	NC
Edad	NC	39	31-54
Años desde la graduación	NC	14	6-30
Pacientes por semana	NC	32,5	10-80
Trabajan en un hospital público	85 (66,4)	NC	NC
Fuman	25 (19,5)	NC	NC
Diariamente	15 (11,7)	NC	NC
Ocasionalmente	10 (7,8)	NC	NC
Consideran insuficiente su entrenamiento en cesación de tabaco	114 (89,1)	NC	NC

*NC: No corresponde según la escala de la variable reportada

Fuente: Elaboración propia.

(17,2%) fijaban un día preciso para la cesación, 30 (23,4%) utilizaban la técnica del consejo breve, 45 (35,2%) recurrían a la prescripción de algún fármaco, 11 (8,6%) aplicaban el consejo breve más fármacos, 10 (7,8%) sugerían consultar determinadas páginas web, 6 (4,7%) proponían el uso de líneas telefónicas y los 128 (100%) recomendaban tratamientos cognitivo-conductuales. No se observaron diferencias significativas en función del ámbito de atención (Tabla 2).

El 99,2% de los profesionales consideraron al infectólogo como el médico de cabecera de las personas con VIH, y el 77,4% señaló que el tratamiento de la adicción al tabaco debería ser una prioridad en la atención integral de estos pacientes. Los profesionales de los hospitales públicos y del hospital universitario priorizaron el tratamiento del tabaquismo con menor frecuencia que los que se desempeñaban en el ámbito privado (64,7% versus 90,7%, $p<0,001$). Sólo 51 (39,8%) consideraban que el infectólogo debía encargarse del tratamiento del tabaquismo, aunque 89 (69,5%) suponían que sus pacientes estarían interesados en dejar de fumar.

Las principales barreras identificadas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar fueron la falta de tiempo y la inadecuada capacitación en cesación (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La mayoría de los infectólogos que tratan a pacientes con VIH en CABA registran el consumo de tabaco en la historia clínica y les aconsejan dejar de fumar. Sin embargo, las estrategias efectivas de ayuda en la cesación²⁹ (farmacoterapia con bupropión, reemplazo nicotínico, líneas telefónicas de asistencia, sitios web, manuales de autoayuda, etc.) son implementadas con una frecuencia inferior a la recomendada.

La totalidad de los profesionales instan a sus pacientes a realizar tratamientos cognitivo-conductuales, lo que indica la mayor presencia de esta estrategia y, a la vez, sugiere la necesidad de mejorar los programas de control de tabaco en los centros de atención para facilitar el acceso a otras variantes efectivas. Las principales barreras para ayudar a los pacientes en este área son la falta de tiempo y el inadecuado entrenamiento en cesación.

TABLA 2. Recursos utilizados para la cesación de tabaco.

Recursos	Todos los hospitales n (%)	Hospitales públicos/universitario n (%)	Hospitales privados n (%)	p
Registro en la historia clínica	113 (88,3)	78 (91,7)	35 (81,4)	0,085
Aconsejan dejar de fumar	115 (89,8)	74 (87,1)	41 (95,3)	0,197
Acuerdan fecha de abandono	22 (17,2)	14 (16,5)	8 (18,6)	0,762
Consejo breve	30 (23,4)	17 (20,0)	13 (30,2)	0,197
Consejo breve y fármacos	11 (8,6)	7 (8,2)	4 (9,3)	0,839
Fármacos	45 (35,2)	29 (34,1)	16 (37,2)	0,729
Páginas web	10 (7,8)	8 (9,4)	2 (4,6)	0,343
Líneas telefónicas	6 (4,7)	2 (2,3)	4 (9,3)	0,079
Tratamiento cognitivo-conductual	128 (100)	85 (100)	43 (100)	e
Totales				

e: error

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Barreras a la ayuda para dejar de fumar.

Barreras	Todos los hospitales n (%)	Hospitales públicos/universitario n (%)	Hospitales privados n (%)	p
Escaso tiempo	108 (84,4)	74 (87,1)	34 (79,1)	0,240
Inadecuada capacitación en cesación	94 (73,4)	63 (64,1)	31 (72,1)	0,806
Elevado costo del tratamiento	93 (72,7)	65 (76,5)	28 (65,1)	0,173
Consideran inefectivo el consejo médico	19 (14,8)	15 (17,6)	4 (9,3)	0,210
Totales	128 (100)	85 (100)	43 (100)	

Fuente: Elaboración propia.

Aunque no se observaron diferencias significativas en las estrategias recomendadas según el lugar de trabajo, los médicos pertenecientes al ámbito público/universitario mostraron una divergencia respecto a los del sector privado y consignaron con mayor frecuencia que la cesación no era una prioridad en sus pacientes. Estos hallazgos sugieren que es necesario destacar la importancia de tratar el tabaquismo, particularmente entre los trabajadores de las instituciones públicas, que son responsables de atender aproximadamente al 80% de las personas con VIH.

Los infectólogos ocupan una posición privilegiada para mejorar la salud de los pacientes con VIH a través de la ayuda para dejar de fumar, pero esa posibilidad no se aprovecha adecuadamente en CABA, tal como ocurre en otros lugares.⁷ En Argentina, los profesionales en cuestión se desempeñan como médicos de atención primaria de las personas con VIH y deben involucrarse en la cesación de tabaco y otras prácticas de prevención primaria y secundaria, ya que sus pacientes podrían recibir este tipo de recomendaciones con menor frecuencia.

Cabe señalar algunas limitaciones del estudio. Si bien se intentó representar a los tres subsectores y se encuestó a la mayoría de los infectólogos que atienden a adultos con VIH/Sida en CABA, la muestra no es representativa ya que no todos los infectólogos de la CABA tuvieron la misma probabilidad de ser encuestados sino que se seleccionó la muestra de manera conveniente. Por otro lado, las respuestas fueron proporcionadas por los profesionales, quienes pudieron haber introducido un sesgo de corte-sía, exagerando la utilización de distintas estrategias para dejar de fumar. No se pudieron obtener datos de quienes no respondieron la encuesta, pero es posible que haya existido un sesgo de selección si estas personas tenían características diferentes a los que sí contestaron.

Estos hallazgos sugieren que es necesario mejorar la capacidad de los infectólogos para tratar el tabaquismo en la población con VIH. Dada la complejidad de la atención de estos pacientes, sería interesante adoptar estrategias efectivas que insuman poco tiempo. Un ejemplo podría ser el consejo breve basado en el Modelo ABC de las *New Zealand Smoking Cessation Guidelines*, destinadas a los

profesionales de la salud y compuestas por tres etapas resumidas en el acrónimo ABC: A (*Ask*; preguntar), B (*Brief advice to stop smoking*; consejo breve para dejar de fumar), C (*Cessation support*; ayuda en la cesación).

En conclusión, es necesario que el infectólogo que atiende a pacientes con VIH se involucre en el tratamiento de la adicción al tabaco, mejorando su capacitación en el tema y adoptando estrategias efectivas. El reconocimiento de la deletérea combinación de consumo de tabaco y VIH/Sida ayudará a los expertos a promover el establecimiento de redes de trabajo y desarrollar estrategias comunes que generen una asistencia médica integral.

**RELEVANCIA PARA POLÍTICAS
E INTERVENCIONES SANITARIAS**

El presente estudio sugiere la necesidad de fortalecer la atención primaria para que esta población vulnerable pueda acceder a estrategias de cesación tabáquica con mayor facilidad.

**RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Los resultados de este estudio explicitan la inadecuada capacitación en cesación tabáquica de los infectólogos que tratan personas con VIH, por lo que fortalecer estas habilidades sería crítico, al menos hasta adecuar la oferta de atención primaria de la salud a la población VIH positiva.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La presente investigación aborda las prácticas relacionadas con la cesación de tabaco por parte del profesional, pero sería importante complementar esta información con la experiencia de los pacientes y lo que ellos reciben finalmente en el momento de la consulta.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Alicia Fernández, por su colaboración en la revisión final del manuscrito.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 - Plan de medidas MPOWER. Organización Mundial de la Salud. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/index.html>]. [Último acceso: 14 de agosto de 2012].
- ² Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Buenos Aires 2011. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales/segunda_encuesta_nacional_de_factores_de_riesgo_2011.pdf]. [Último acceso: 16 de agosto de 2012].
- ³ Rossi S, Leguiza J, Irurzun A. Carga global de enfermedad por tabaquismo en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación; 2002.
- ⁴ López AD, Mathers CD. Measuring the Global Burden of Disease and Epidemiological Transitions: 2002-2030. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100(5-6):481-99.
- ⁵ Global Report. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida, 2010. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida. [Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.html]. [Último acceso: 14 de agosto de 2012].
- ⁶ Situación epidemiológica del VIH-Sida en la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación Sida. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2009.
- ⁷ Tesoriero JM, Gieryic SM, Carrascal A, Lavigne HE. Smoking among HIV Positive New Yorkers: Prevalence, Frequency, and Opportunities for Cessation. *AIDS Behav*. 2008;14:824-35.
- ⁸ Cohen MH, French AL, Benning L, Kovacs A, Anastos K, Young M, et al. Causes of Death among Women with Human Immunodeficiency Virus Infection in the Era of Combination Antiretroviral Therapy. *Am J Med*. 2002;2:91-8.
- ⁹ Crothers K, Griffith TA, McGinnis KA, Rodríguez-Barradas MC, Leaf DA, Weissman S, et al. The Impact of Cigarette Smoking on Mortality, Quality of Life, and Comorbid Illness among HIV-Positive Veterans. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;12:1142-5.
- ¹⁰ Murdoch DM, Napravnik S, Eron JJ Jr, et al. Smoking and Predictors of Pneumonia among HIV-Infected Patients Receiving Care in the HAART Era. *Open Respir Med J*. 2008;2:22-8.
- ¹¹ Kumar SR, Swaminathan S, Flanagan T, Mayer KH, Niaura R. HIV & Smoking in India. *Indian J Med Res*. 2009;1:15-22.
- ¹² Míguez-Burbano MJ, Ashkin D, Rodríguez A, Duncan R, Pitchenik A, Quintero N, et al. Increased Risk of Pneumocystis Carinii and Community-Acquired Pneumonia with Tobacco Use in HIV Disease. *Int J Infect Dis*. 2005;4:208-17.
- ¹³ Barbaro G. HIV Infection, Highly Active Antiretroviral Therapy and the Cardiovascular System. *Cardiovasc Res*. 2003;1:87-95.
- ¹⁴ Grinspoon SK. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *Am J Med*. 2005;Suppl. 2:23S-8S.
- ¹⁵ Barbaro G, Di Lorenzo G, Cirelli A, Grisorio B, Lucchini A, Hazra C, et al. An Open-Label, Prospective, Observational Study of the Incidence of Coronary Artery Disease in Patients with HIV Infection Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Ther*. 2005;9:2405-18.
- ¹⁶ Vittecoq D, Escaut L, Chironi G, Teicher E, Monsuez JJ, Andrejak M, et al. Coronary Heart Disease in HIV-Infected Patients in the Highly Active Antiretroviral Treatment Era. *AIDS*; 2003.
- ¹⁷ Kirk GD, Merlo C, O' Driscoll P, Mehta SH, Galai N, Vlahov D, et al. HIV Infection is Associated with an Increased Risk for Lung Cancer, Independent of Smoking. *Clin Infect Dis*. 2007;1:103-10.
- ¹⁸ Feldman DN, Feldman JG, Greenblatt R, Anastos K, Pearce L, Cohen M, et al. CYP1A1 Genotype Modifies the Impact of Smoking on Effectiveness of HAART among Women. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:81-93.
- ¹⁹ Webb MS, Venable PA, Carey MP, Blair DC. Cigarette Smoking among HIV+ Men and Women: Examining Health, Substance Use, and Psychosocial Correlates across the Smoking Spectrum. *J Behav Med*. 2007;5:371-83.
- ²⁰ Zhao L, Li F, Zhang Y, Elbourkadi N, Wang Z, Yu C, et al. Mechanisms and Genes Involved in Enhancement of HIV Infectivity by Tobacco Smoke. *Toxicology*. 2010;278:242-8.
- ²¹ Patel N, Talwar A, Reichert VC, Brady T, Jain M, Kaplan MH. Tobacco and HIV. *Clin Occup Environ Med*. 2006;1:193-207.
- ²² Lewden C, Salmon D, Morlat P, et al. Causes of Death among Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Infected Adults in the Era of Potent Antiretroviral Therapy: Emerging Role of Hepatitis and Cancers, Persistent Role of AIDS. *Int J Epidemiol*. 2005;34:121-30.
- ²³ Burkhalter J, Springer C, Chhabra R. Tobacco Use and Readiness to Quit Smoking in Low Income HIV Infected Persons. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005;7:511-22.
- ²⁴ Fuster M, Estrada V, Fernández-Pinilla M, Fuentes-Ferrer M, Téllez M, Vergas J, et al. Smoking Cessation in HIV Patients: Rate of Success and Associated Factors. *HIV Med*. 2009 Nov;10:614-9.
- ²⁵ Duval X, Baron G, Garelik D, et al. Living with HIV, Antiretroviral Treatment Experience and Tobacco Smoking: Results from a Multisite Cross-Sectional Study. *Antivir Ther*. 2008;3:389-97.
- ²⁶ Reynolds N. Cigarette Smoking and HIV: More Evidence for Action. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:106-21.
- ²⁷ Benard A, Bonnet F, Tessier JF, Fossoux H, Dupon M, Mercie P, et al. Groupe d'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA). Tobacco Addiction and HIV Infection: Toward the Implementation of Cessation Programs. *ANRS CO3 Aquitaine Cohort. AIDS Patient Care STDS*. 2007;7:458-68.
- ²⁸ Biscione F, Cecchini D, Ambrosioni J, Bianchi M, Corti M, Benetucci J. Non-cardiovascular in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;7:419-23.
- ²⁹ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. Clinical Practice Guidelines. 2008 Update. Treating Tobacco Use and Dependence. In: Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- ³⁰ Humfleet GL, Delucchi K, Kelley K, Hall SM, Dille J, Harrison G. Characteristics of HIV-Positive Cigarette Smokers: A Sample of Smokers Facing Multiple Challenges. *AIDS Educ Prev*. 2009;Suppl. 3:54-64.
- ³¹ Mamary EM, Bahrs D, Martínez S. Cigarette Smoking and the Desire to Quit among Individuals Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2002;1:39-42.
- ³² Crothers K, Goulet J, Rodríguez-Barradas MC, Gibert CL, Butt A, Braithwaite RS, et al. Decreased Awareness of Current Smoking among Health Care Providers of HIV-Positive Compared to HIV-Negative Veterans. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;6:749-54.
- ³³ Shapiro AE, Tshabangu N, Golub JE, Martinson NA. Intention to Quit Smoking among Human Immunodeficiency Virus Infected Adults in Johannesburg, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;15(1):140-142.
- ³⁴ Collins R, Kanouse DE, Gifford D, Seterfitt A, Senterfitt J, Schuster M, et al. Changes in Health-Promoting Behavior Following Diagnosis with HIV: Prevalence and Correlates in a National Probability Sample. *Health Psychology*. 2001;5:351-60.
- ³⁵ Lloyd-Richardson E, Stanton C, Papandonatos G, Shadel W, Stein M, Tashima K, et al. Motivation and Patch Treatment for HIV+ Smokers: A Randomized Controlled Trial. *Addiction*. 2009.
- ³⁶ León FR, Lundgren R, Huapaya A, Sinai I, Jennings V. Challenging the Courtesy Bias Interpretation of Favorable Clients' Perceptions of Family Planning Delivery. *Eval Rev*. 2007;31:24-42.
- ³⁷ McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. *NZMJ*. 2008;121:57-70.

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACCESIBILIDAD Y DERECHOS HUMANOS: ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ALTERNATIVOS AL MODELO ASILAR EN SANTA FE Y TIERRA DEL FUEGO

Accessibility and Human Rights. Analysis of the Care Processes Alternative to the Asylum-centered Model in Santa Fe and Tierra del Fuego

Silvia Faraone,¹ Ana Valero,¹ Flavia Torricelli,¹ Ernestina Rosendo,¹ María Mendez,² Yael Geller³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El tema desarrollado en este escrito se basa en la indagación en la accesibilidad y derechos humanos en Salud Mental. La profundización en el conocimiento sobre la trayectoria de acceso a la atención de los padecimientos mentales desde diversos efectores generales puede contribuir a generar aportes innovadores que pueden ser orientadores en el diseño de políticas públicas. OBJETIVO: Analizar la trayectoria de accesibilidad en salud mental en los efectores generales de salud del subsector público, estudiando los casos de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego (Argentina) en el marco de los dispositivos alternativos y/o sustitutivos del modelo asilar. MÉTODOS: Diseño cualitativo, de tipo descriptivo-analítico y de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional. RESULTADOS: Con diferencias, las dos provincias analizadas se encuentran consolidando espacios alternativos y sustitutivos al manicomio. La presencia física del hospital monovalente (así esté situado dentro de la jurisdicción o fuera de su territorio) genera trayectorias que aún lo ubican como un efector más en el engranaje de la asistencia. El hospital general sigue generando resistencias para adecuar su dinámica institucional al abordaje de problemáticas vinculadas al padecimiento mental y a situaciones de vida complejas. CONCLUSIÓN: La atención primaria de la salud es un espacio privilegiado para fortalecer trayectorias de acceso con base en los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The main focus in this paper is related to the exploration of accessibility and human rights in mental health. Deepen the knowledge about access trajectory related to assist mental suffering of the different general services may contribute to generate innovative inputs to design public policies. OBJECTIVE: To analyze the accessibility in general health services of the public sector, considering the cases of the provinces of Santa Fe and Tierra del Fuego (Argentina), within the context of schemes which are alternative and/or substitutive to asylum-centered model. METHODS: Qualitative descriptive, analytical and cross-sectional design, combined with an intentional and non-probabilistic sample. RESULTS: Although with differences, both provinces are consolidating alternative and substitutive services to the insane asylum. The physical presence of monovalent psychiatric hospital (whether located within the jurisdiction or outside its territory) generates trajectories that still place it as a valid service in the health care scheme. The general hospital still generates resistance to adapt its institutional dynamics to dealing with issues related to mental suffering and complex life situations. CONCLUSIONS: Primary health care is a privileged space to strengthen access trajectories based on the rights of mental health services users.

PALABRAS CLAVE: Salud mental - Equidad en el acceso - Derechos humanos - Desinstitucionalización

KEY WORDS: Mental health - Equity in access - Human rights - Deinstitutionalization

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

² Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego.

³ Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30 de noviembre de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 31 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Silvia Faraone
Correo electrónico: sfaraone@sociales.uba.ar

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(12):28-34

INTRODUCCIÓN

Las reformas actuales en salud mental apuntan a superar los procesos de segregación, estigmatización y discriminación que sufren los usuarios de los servicios de salud. La equidad, accesibilidad y calidad en la atención de la salud mental se instauran ahora como derechos de todas las personas. Las reformas reflejan una transformación en la asistencia de la salud mental, que plantea un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y las estrategias de atención primaria.

La temática de acceso a los servicios de salud mental es especialmente importante. Constituye una de las áreas prioritarias en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, a partir del incentivo de modalidades basadas en prácticas extramurales y la profundización del horizonte de posibilidades de transformación del modelo hospitalocéntrico.

co. En este sentido, las provincias en las cuales se realizó la presente investigación muestran procesos marcadamente diferenciados.

En la provincia de Santa Fe, la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772, sancionada en 1991 y reglamentada recién en 2007, es un importante antecedente en torno a procesos desinstitucionalizadores y establece los principales pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental. Aunque la ley no explicita un proceso de cierre definitivo de las instituciones neuropsiquiátricas, plantea una serie de reformas tendientes a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento respecto a la familia, el medio social y la comunidad de pertenencia. Lo que se busca es sortear las internaciones de los pacientes aptos para ser atendidos en el marco de dispositivos alternativos y de tipo ambulatorio, apelando a esa instancia sólo de modo excepcional y cuando las circunstancias no permiten otra opción terapéutica.

Desde sus inicios en 2004, la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe asumió un proyecto de gestión denominado Sustitución de Lógicas Manicomiales. Con este enfoque, organizó la asistencia en salud mental a partir de diversos programas estratégicos, constituyendo ejes clínico-políticos orientados a la construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial de la salud.¹

En Tierra del Fuego hay dos situaciones a destacar. Por un lado, la provincia no cuenta con una ley específica de salud mental. Por el otro, dispone de un conjunto de normativas jurídicas particulares (en materia de alcoholismo, ludopatía, atención a víctimas de violencia familiar, equiparación de oportunidades hacia los discapacitados, protección de los derechos del niño, etc.) que, aunque guardan relación con el campo de la salud mental, en la práctica tienden a fragmentar su complejidad en problemáticas puntuales.

En relación a la accesibilidad existen diversas investigaciones realizadas desde el campo de las ciencias sociales.²⁻³ Las discusiones teóricas marcan la necesidad de ahondar en los aspectos vinculares entre sujetos y servicios, resulta conveniente abordar el concepto de acceso desde el momento inicial del estudio.

Otros aportes analizan el vínculo entre las condiciones y discursos de los servicios⁴⁻⁵ y las representaciones de los sujetos, lo que permite reubicar el problema del acceso en un espacio de interrelación compleja. Este aspecto fue fortalecido por la investigación de Rossi y col.,⁶ que incorpora la noción de accesibilidad ampliada para comprender la compleja trama existente entre la llegada al sistema de salud y la permanencia en éste. En esta perspectiva se incluyen las dimensiones del acceso a la atención y al tratamiento como un proceso único y se introduce, además, el deseo por la atención como determinante de la accesibilidad.

Estas nociones se complementan con la perspectiva socio-antropológica,⁷ que define la accesibilidad como un proceso histórico y social, cuya atención fundamental recae en el análisis de la relación entre los trabajadores de la salud y los usuarios de los servicios. Desde esta óptica, el equipo también incluyó la dimensión de las autoridades políticas,

que resulta central en los procesos transformadores de la atención en salud mental, ya que posibilita u obstaculiza los cambios propuestos.⁸

Por otro lado, la aproximación al concepto de 'trayectoria' —como idea dirigida a visualizar los recorridos, los itinerarios,⁹ los caminos en el acceso a los servicios de salud o salud mental-¹⁰ va más allá de lo coyuntural y permite observar el entramado práctico y discursivo que organiza los servicios de salud mental.

El concepto de trayectoria —en materia de salud— alude a los actores que conjuntamente con los efectores construyen las tramas en las que intervienen, las políticas públicas, las historias colectivas, los recorridos personales y las distintas estrategias de reproducción de un patrimonio cultural, social o simbólico inicial de cada sujeto.

La problemática mencionada revela un desafío epistemológico: es necesario elaborar nuevas conceptualizaciones de demanda y oferta, entendidas como partes mutuamente imbricadas en los procesos de producción y reproducción de saberes y prácticas incluyentes (referidas no sólo a la asistencia, sino también a las funciones de promoción, prevención y rehabilitación). Se trata de un proceso complejo, denominado trayectoria de accesibilidad.

El objetivo del estudio fue analizar, desde la perspectiva de las autoridades políticas-sanitarias y de los trabajadores del sector salud, la trayectoria de accesibilidad de los efectores generales del subsector estatal en Santa Fe y Tierra del Fuego, en el marco de los dispositivos alternativos y/o sustitutivos de los modelos asilares.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo-analítico de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional.¹¹ El estudio se llevó a cabo desde diciembre de 2010 hasta noviembre de 2011, en las provincias de Santa Fe (ciudades de Rosario y Santa Fe) y Tierra del Fuego (ciudades de Ushuaia y Río Grande). Tierra del Fuego fue seleccionada por ser una jurisdicción que ha construido el acceso a la atención sin la existencia de una institución monovalente en su territorio. La provincia de Santa Fe, por su parte, fue incluida en el estudio no sólo porque posee dos grandes hospitales monovalentes y un hospital general con dos salas monovalentes, sino porque además lleva adelante desde 2004 una política de sustitución de la lógica manicomial, que reorienta la atención hacia los efectores generales.

Se realizaron 32 entrevistas entre marzo y agosto de 2011: 30 individuales (15 por provincia) y 2 grupales (1 por provincia). La selección de los informantes clave respondió al siguiente criterio: en el momento de efectuarse el trabajo de campo, la persona en cuestión debía estar ejerciendo un cargo de ministro, secretario, director de área o director de hospital (para las autoridades políticas de salud y salud mental) o debía ser un profesional o no profesional dedicado a la coordinación o ejecución de los programas relevados (para los trabajadores de salud mental). En este último caso, para la identificación y eventual inclusión en el estudio, se recurrió

a la técnica de bola de nieve. Se consideró como efectores generales de salud mental a aquellos que integran tanto el primer nivel como el segundo nivel de atención (hospitales generales).

El grupo de informantes clave quedó constituido de la siguiente manera: 6 pertenecientes a autoridades políticas de salud y salud mental, y 26 a trabajadores de salud mental.

Las líneas de exploración han sido el análisis de la accesibilidad al sistema de salud, el lugar que ocupa el hospital psiquiátrico o monovalente, el hospital general y la atención primaria de la salud.

La información recabada fue sometida a dos momentos analíticos: el primero, destinado al ordenamiento y sistematización de la información; el segundo, dirigido a establecer puntos de contraste y semejanza en las principales ideas y argumentos transmitidos por los distintos conjuntos de actores entrevistados. En este segundo momento se realizó un análisis matricial y longitudinal, desglosado en tres fases: a) procesamiento y análisis de los datos vertidos por cada una de las unidades informantes; b) agrupación según la unidad de estudio de pertenencia; c) construcción de las matrices comparativas de datos correspondientes a ambas unidades de estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y contó con las autorizaciones de las direcciones de Salud pertenecientes a los respectivos ministerios provinciales de Santa Fe y Tierra del Fuego.

RESULTADOS

• La definición de acceso

De manera generalizada, las autoridades políticas del sector de ambas provincias conciben el acceso a la salud y la salud mental desde una perspectiva amplia y compleja, que va mucho más allá de la mera idea de llegada al efector y la lógica estricta de oferta-demanda:

"Últimamente es una construcción distinta en relación con la ciudadanía, con el pueblo en general, con cómo se puede estar reconfigurando la clásica relación entre médico y paciente o equipo de salud y población, es una construcción conjunta de otro tipo de circulación de saberes, poderes, prácticas y tecnologías, que construyen otra cosa (...) Me parece que la diferencia pasa por ahí, y la remoción de barreras de acceso ya pasa a ser también una cuestión instituyente de políticas". (Santa Fe, autoridad política)

En el análisis de las entrevistas realizadas a las autoridades políticas, la idea de acceso apareció vinculada a la construcción de movimientos instituyentes y contrahegemónicos de elaboración de ciudadanía y de derechos, lo que implica una reconfiguración de las relaciones de poder, la clásica relación médico-paciente y las formas de circulación de saberes, poderes, prácticas y tecnologías. Del mismo modo, hubo homogeneidad en ambas provincias a la hora de definir las problemáticas de salud mental como cuestiones complejas asociadas a diferentes situaciones de un sujeto, cuyos condi-

cionantes y abordajes deben enmarcarse en sus respectivos contextos sociocomunitarios. Así, las autoridades políticas entrevistadas hicieron referencia a la intervención de diversos factores (emocionales, socioeconómicos, educativos y geográficos) que trascienden el ámbito sanitario.

Desde una mirada afín a la mencionada conceptualización de la trayectoria de accesibilidad, el discurso de las autoridades políticas incorporó la idea de acceso a la vivienda, la educación, los bienes culturales, la diversión y la recreación, a la integración dentro de una comunidad y al establecimiento de redes de relación, como así también en el análisis de las entrevistas a las autoridades políticas surge la necesidad —y dificultad— de que el sector salud se apropie de esta perspectiva. Según lo referido por los entrevistados aún hay obstáculos para la puesta en marcha de una red de interacción mancomunada de los sectores, en tanto los mismos continúan desarrollando sus prácticas de manera compartimentalizada.

• Hospital monovalente

La caracterización de los componentes políticos y legales vinculados a las prestaciones de salud mental en las jurisdicciones estudiadas mostró los entramados sociopolíticos que permiten construir trayectorias de accesibilidad por fuera de los modelos hospitalocéntricos. Aunque las dos provincias seleccionadas presentan trayectorias muy diversas, los procesos de desinstitucionalización resultan centrales en los lineamientos político-sanitarios, tanto en Santa Fe como en Tierra del Fuego.

Los documentos explorados reflejan que la implementación de políticas alternativas y sustitutivas del hospital monovalente viene consolidándose en Santa Fe desde principios de la década de 2000.¹² Sin embargo, los entrevistados coinciden en señalar que las grandes estructuras manicomiales existentes en la provincia (la Colonia de Oliveros, el Centro Regional de Salud Mental "Agudo Ávila" y las dos salas monovalentes del Hospital General "Mira y López") son obstáculos remanentes difíciles de desmontar y/o transformar. Aún perduran como puntos clave en el sistema de derivaciones para internaciones, ya que están constituidos en instituciones de destino final para grupos poblacionales vulnerables.

"Desde hace muchos años, la idea es que sea un hospital de agudos que funcione para crisis subjetivas graves, pero la realidad indica que hay un 70% de la población que es antigua; cuando digo antigua, quiero decir de muchísimos años, no únicamente respecto a lo que se considera crónico en la provincia, que es a partir de un año, sino de 25 años de internación". (Santa Fe, autoridad política)

En diversos espacios del ámbito de la salud, de la justicia y en documentos que circulaban ya desde 2007, se proponía abordar la pertinencia de una ley provincial de salud mental.¹³ En Tierra del Fuego, la ausencia territorial del hospital monovalente no propició necesariamente una trayectoria de acceso por fuera de los muros manicomiales. En el caso particular de esta jurisdicción, las derivaciones a clínicas privadas de la ciudad de Buenos Aires constituyeron un modo efectivo y frecuente de asistencia dentro de los dispositivos monovalentes que se intenta superar.

"Probablemente porque, en realidad, acá el rol del manicomio lo ha tenido la derivación. El mal rol del manicomio de segregar al enfermo se ha hecho históricamente a través de la derivación, que también lo segregaba. De hecho, esas derivaciones persisten". (Tierra del Fuego, autoridad política)

En las entrevistas a las autoridades políticas fueguinas quedó de manifiesto la convivencia histórica entre los diferentes subsectores, principalmente el estatal y el de la seguridad social provincial, que instituye un factor determinante en la trayectoria de los usuarios de salud mental que no encuentran espacio asistencial en la jurisdicción. Las autoridades señalaron la necesidad de establecer mecanismos de asistencia en el marco provincial y evitar las derivaciones:

- Hospital general

Para los trabajadores de un hospital general, la internación de los usuarios de servicios de salud con padecimientos psíquicos constituye un proceso complejo, que en ambas provincias aún se encuentra en formación.

En Santa Fe, las experiencias transformadoras emprendidas aún enfrentan dificultades para consolidarse. Los trabajadores entrevistados plantearon dos desafíos centrales respecto a la internación en el hospital general. Por una parte, hay que decidir en qué servicio internar. Los hospitales generales no necesariamente disponen de una sala o servicio específico para problemáticas de salud mental; de hecho, parte de la discusión está relacionada con la pertinencia de crear (o no) un servicio específico, diferenciado de los destinados a la internación por causas clínico-orgánicas. En las instituciones estudiadas, la persona con padecimiento psíquico ingresa por la guardia y, en función de la problemática y características de dicha persona, se decide en qué sector o servicio es más pertinente su internación (por ejemplo, puede permanecer en guardia o ser derivada a Clínica, Pediatría, etc.).

"En realidad, tiene que entrar por la guardia y después, se averigua si... en realidad, en este momento lo que hacemos es lo siguiente, evaluamos. Entra por la guardia hasta por una cuestión formal, ¿no?, muchas veces entra por la guardia para que pueda evaluarse cuál es el mejor lugar para ese paciente: si la guardia o Clínica, o maternidad suponen, porque tuvimos... en el último tiempo, hubo tres pacientes embarazadas, con cuadros delirantes y también, se evaluó cuál era el mejor lugar para estos pacientes. Si Clínica o la guardia. Y bueno, algunos pacientes fueron a la guardia porque tenían un registro. [Pero con otra paciente] no podíamos ponerla en ningún lado y no podíamos pasarla a Clínica. Queríamos que sea un lugar más contenido y más acompañado por el médico... Por eso, hoy en día se evalúa: dónde, como en otro momento..." (Santa Fe, hospital general, trabajador de salud mental)

El segundo dilema que plantea la organización del hospital general tiene que ver con la estructuración de equipos fijos en servicios. Esta particularidad conlleva dos nuevas limitaciones: la resistencia de los equipos a movilizarse por fuera de su área específica y las dificultades que supone el trabajo conjunto entre diversos profesionales o equipos pertenecientes a distintos servicios.

"(...) lo complicado para nosotros era Clínica, una clínica de lo más hegemónica. Por eso planteábamos la cuestión orgánica para poder entrar... Hicimos un lazo con el clínico, con el jefe de sala, estar ahí con todos los médicos, lo más hegemónicos (...) con el guardapolvo blanco... bueno, la historia clínica a la mitad del pasillo. Estos fueron los movimientos que nosotros tuvimos que dar para hacer un lazo, donde nos escuchen, poder introducir algo con respecto a ese paciente, al familiar del paciente" (Santa Fe, hospital general, trabajador de salud mental)

Tal como se señaló, debido a la persistencia de los hospitales monovalentes en Santa Fe, algunas problemáticas abordables en el marco del hospital general eran tramitadas mediante derivaciones innecesarias a los dispositivos tradicionales monovalentes.

Mientras tanto, en Tierra del Fuego, algunas patologías específicas (por ejemplo, las ligadas al consumo problemático) sufrían un movimiento expulsivo similar al descrito para las derivaciones innecesarias de la provincia de Santa Fe.

"En la sociedad, a mi parecer, primero se vincula a las adicciones muy fuertemente con el tema de la delincuencia, la vagancia, como una cuestión moral. Uno es adicto porque no elige otra cosa y además después el tratamiento que se pide para el adicto se vincula mucho a una cuestión más policial. Se pide el encierro, se pide la exclusión hasta de la isla". (Tierra del Fuego, trabajador de salud mental)

En Tierra del Fuego, el hospital general es el efector central en la asistencia a las problemáticas de salud mental. Aunque existe un importante subsector privado, concentrado en pocas manos, las autoridades políticas consideraron que el conjunto de la población (con o sin cobertura social) valora positivamente al hospital general, que representa el espacio sanitario más reconocido.

Por otro lado, los enunciados formulados por los entrevistados reflejaron que la organización de cada uno de los servicios de salud mental disponibles en Tierra del Fuego genera una impronta asistencial divergente. Mientras el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Río Grande organiza un proceso de asistencia de tipo tradicional (apegado al modelo hospitalocéntrico), el servicio homólogo del Hospital Regional Ushuaia ha conformado una modalidad más heterogénea y abierta; entre sus dispositivos, incorporó un hospital de día, a partir del cual se registraron menos reinternaciones en salud mental.

La distribución de los recursos profesionales y técnicos también es dispar entre las principales ciudades de la provincia: favorece a Ushuaia en desmedro de Río Grande, a pesar de que esta última posee más población y mayor tamaño. A partir del análisis del documento elaborado por el Foro de Salud, llevado a cabo en la ciudad de Tolhuin en 2007,¹⁴ surge la existencia de una desigual distribución de los recursos humanos por ciudad.

De este modo, las tradiciones sobre modelos asistenciales en salud mental —descriptas por los entrevistados— expresan divergencias al interior de cada jurisdicción, instituyendo y construyendo condiciones diferenciales para las trayectorias de accesibilidad a los servicios.

- Atención Primaria de la Salud

En las entrevistas realizadas en la provincia de Santa Fe, los trabajadores dedicados a la atención primaria de la salud (APS) afirmaron, en general, que las problemáticas actuales en salud mental son de tipo psicosocial y que se agudizaron en la última década. Cuando hubo que señalar los problemas centrales a los que deben dar respuesta los equipos de salud, mencionaron el alcoholismo (en particular en hombres), el abuso de sustancias en los jóvenes, la violencia familiar y el abuso sexual infantil.

Las referencias de los trabajadores en APS, tal como lo explicitan en las entrevistas, revelaron un déficit de integración para alcanzar acuerdos operativos en los diversos organismos del Estado, lo que impide coordinar acciones intersectoriales que garanticen trayectorias satisfactorias de acceso. En el nivel de APS, se manifestó una sensación de naturalización, apatía e inmovilización respecto de las problemáticas a enfrentar, con el consecuente costo a la hora de formar los equipos.

"No se conmueven [los trabajadores de los centros de salud]. No sé, tiene que haber alguna estrategia para que la gente se conmueva y diga, ¡pucha! Yo estoy trabajando en un centro de salud y, si miro para afuera, veo que en la esquina hay cuatro o cinco pibes inhalando con una bolsita. Eso me tendría que llamar la atención, para que yo me acerque y les diga, ¡chicos! A ver... ¿qué estamos haciendo? A esta hora tienen que estar en la escuela".

"¿Por qué lo terminamos naturalizando? Ese es el problema. Es gravísimo". (Santa Fe, Centro de Salud, trabajadores de salud mental)

En Santa Fe, las experiencias desarrolladas por los equipos de Fortalecimiento en Salud Mental de APS constituyeron un contexto en el cual se delinearon estrategias de abordaje destinadas a conjuntos poblacionales específicos. Las propuestas partieron de la necesidad de explorar formas creativas y alternativas a la consulta convencional, basadas en el trabajo interdisciplinario y colectivo. Así surgieron novedosas experiencias: microartesanías, vivero, "toca discos", centros de día, radios comunitarias, espacios productivos, dispositivos de microemprendimiento y equipos interdisciplinarios para niños y adolescentes, que no sólo posibilitaron el intercambio fluido de conocimientos, el aprendizaje y la construcción de redes para pacientes y para los propios equipos de salud, sino que además construyeron nuevas trayectorias de acceso al sistema para los conjuntos sociales que habitualmente no recurrían al centro sanitario (jóvenes, hombres adultos, mujeres adultas mayores), favoreciendo la inclusión de las personas no usuarias de los servicios de salud mental.

En Tierra del Fuego, tanto las autoridades políticas, como los trabajadores del primer nivel de atención, destacaron que la demanda asistencial vinculada a la APS es más compleja y que se ha acentuado en los últimos años. El crecimiento de dicha demanda fue atribuido a un proceso de pauperización y desafiliación social.

"Todas estas casitas que ves construidas sobre la montaña son un barrio que se llamaba 'Escondido' y que de escondido

ya no tiene nada. Es un asentamiento de gente que venía a trabajar con grandes promesas, venían de Bolivia, aunque no todos, muchos eran del norte argentino. Y las promesas se caían. Les daban trabajo, eran contratados. Pero vivían así, en el invierno sin gas, sin luz, sin agua... El jardín no tenía ni lugar para un comedor. La realidad es que los chicos venían y sabíamos que no comían. (...) Y eran familias con una desconfianza, hablaban en quechua... Se pescaron todas las enfermedades que se te ocurran. Claro, no tenían vacunación. Ahora, eh... (...) Y entonces hicimos un trabajo en la escuela desde los equipos, fue gratificante". (Tierra del Fuego, Ministerio de Educación, trabajadora en salud mental)

Como experiencias ligadas a la APS en Tierra del Fuego, pueden señalarse las siguientes: Casas de Encuentro (actividad territorial vinculada a poblaciones de áreas vulnerables), Unidades de Atención en Crisis (dispositivo fundamental en la conformación de procesos destinados a la asistencia y la detección de problemáticas complejas) y talleres abiertos a la comunidad coordinados por el Centro de Prevención y Asistencia a las Adicciones y por el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional de Ushuaia.

Una de las figuras clave dentro de las temáticas asociadas a la salud son los gabinetes escolares. Estos equipos interdisciplinarios representan una modalidad muy extendida y ofrecen cobertura en salud mental a la infancia y los primeros años de la adolescencia desde el sector educación de Tierra del Fuego.

Los entrevistados de ambas provincias –tanto los trabajadores del hospital general como los del primer nivel de atención– coincidieron en señalar la ausencia de dispositivos específicos para la derivación y el tratamiento de problemas relacionados con maltrato, violencia familiar y abuso infantil. También se destacó la falta de mecanismos destinados al alojamiento de las víctimas de maltrato familiar o abuso sexual. En Tierra del Fuego se observó, además, la inexistencia de redes familiares amplias como consecuencia de las características poblacionales de la isla, compuesta en su mayoría por una franja poblacional joven, económicamente activa y con pocos años de residencia en el territorio.

DISCUSIÓN

La noción de trayectoria de accesibilidad permitió conceptualizar el acceso como un proceso dinámico e histórico, que va más allá de la sola llegada o permanencia en un servicio. La investigación de esta dimensión del acceso en dos provincias argentinas con realidades sociales muy disímiles y con contextos sociosanitarios diferentes, permitió observar no sólo las distancias expuestas en la organización de los sistemas y servicios de salud, sino también las coincidencias reveladas por los dispositivos de abordaje des/institucionalizadores en el campo de la salud mental.

En ambas jurisdicciones, las autoridades políticas mostraron una concepción amplia del acceso, que disminuye la restricción a los derechos humanos de los usuarios. A pesar de ello, la organización del sistema de salud aún obstaculiza la consolidación de espacios alternativos al hospitalocéntrico,

como se desprende de las derivaciones al interior de la misma provincia (caso de Santa Fe) o hacia otras provincias (caso de Tierra del Fuego).

El desafío planteado para la asistencia y el cuidado en salud mental también se ve limitado por las prácticas desarrolladas en el hospital general, particularmente en dos direcciones. Por un lado, cuando se requiere una internación, existen dificultades tanto en materia de implementación de estrategias como de espacios concretos. Por otro lado, resulta difícil profundizar la intersectorialidad en salud mental, ya que en ese proceso se manifiestan las limitaciones de la propia práctica y del propio esquema teórico en el marco hospitalario.

En las estrategias de APS se observó, en cambio, un espacio donde se instituyen importantes avances orientados a prácticas que organizan la trayectoria de acceso según las necesidades de los usuarios y con dispositivos innovadores. Si bien ambas provincias alcanzaron grandes logros, se destaca particularmente Santa Fe, que ha implantado una serie de mecanismos alternativos y sustitutos de las lógicas manicomiales y que consolidó una red de asistencia, cuya presencia enlaza trayectorias de acceso en diversos procesos territoriales, sociales e institucionales.

A pesar de esto, ambas provincias deben prestar particular atención a la ausencia de acciones y dispositivos dirigidos a la asistencia y el cuidado de poblaciones vulnerables. En tal sentido, las adicciones en la población juvenil, el consumo crónico de alcohol en adultos mayores, la violencia familiar y el abuso infantil son temas pendientes.

El abordaje del acceso en salud mental desde la concepción de trayectoria obliga a cuestionar la propia estructura sanitaria hospitalocéntrica y la lógica que conlleva. Para ello se requiere indagar acerca de las prácticas y las políticas que se despliegan y fijar objetivos a corto, mediano y largo plazo para establecer formas de organización, gestión e intervención acordes a las necesidades de atención-cuidado de los usuarios (individuales y colectivos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2007.
- ² Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista Salud Pública*, 1985; 25(5):438-53.
- ³ Saldívia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatr Serv*, 2004; 55:71-76.
- ⁴ Comes Y, Stolkner A. Si pudiera pagarla: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires, 2005; 137-143.
- ⁵ Stolkner A, Comes Y, Parenti M, Solitario R, Unamuno P. Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires, 2003.
- ⁶ Rossi D, Pawlowicz M, Singh D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. Intercambios, Naciones Unidas. Buenos Aires, 2007.
- ⁷ Menéndez E. Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médicos Sociales N° 33, CESS. Rosario, 1985.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El sostenimiento de los dispositivos alternativos y su ampliación hacia nuevas problemáticas psicosociales que se han planteado en los últimos años son imprescindibles para afianzar los actuales procesos de cambio y construir trayectorias de accesibilidad a la salud mental por fuera de los muros manicomiales. Las políticas sanitarias correspondientes deben afrontar un gran desafío, que consiste en generar espacios de internaciones breves y externas a los hospitales monovalentes. Es necesario construir trayectorias de acceso que involucren redes intersectoriales para otorgar a la problemática de salud mental la dimensión compleja expuesta en este estudio.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La capacitación permanente en servicio con eje en la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y la territorialidad, es decir, con base en la concepción del derecho a la salud, es fundamental para garantizar procesos de transformación adecuados y trayectorias de accesibilidad acordes a las necesidades de cada sujeto individual y colectivo. De acuerdo con este estudio, dicha trayectoria debe ser desarrollada y sostenida como eje de los procesos de transformación, tanto en las prácticas como en las políticas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este trabajo amplía el conocimiento acerca de las trayectorias de acceso a la salud mental, en el marco de los procesos de transformación institucional con énfasis en los derechos humanos y sociales de los usuarios de los servicios de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

⁸ Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Lugar Editorial, 1995.

⁹ Silveira R, Lofego J, Messias A, Catalán X, Barbosa L. Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental na Acre. Em Pinheiro R. Martins, P. usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. CPESC IMS/UERJ Editora universitária UFPE Abrasco. Brasil, 2011.

¹⁰ Amarante P. Locos por la vida. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2006.

¹¹ Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España, 1996.

¹² Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2007.

¹³ Primer Foro de Salud Mental de Tierra del Fuego. Hacia las políticas de salud mental y adicciones en Tierra del Fuego para el período 2008/2011. Documento de trabajo, observaciones no publicadas. Tolhuin, 2007. [Disponible en: <http://forotolhuin.blogspot.com/2007/12/conclusiones-del-primer-forde-salud.html>]. [Último acceso: 30/07/2012].

¹⁴ Primer Foro de Salud Mental de Tierra del Fuego. Hacia las políticas de salud mental y adicciones en Tierra del Fuego para el período 2008/2011. Documento de trabajo, observaciones no publicadas. Tolhuin, 2007. [Disponible en: <http://forotolhuin.blogspot.com/2007/12/conclusiones-del-primer-forde-salud.html>]. [Último acceso: 30/07/2012].

ARTÍCULOS ORIGINALES

PROBLEMATIZACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA ATENCIÓN DE VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DEL PERSONAL DE SALUD DE 13 HOSPITALES PÚBLICOS

Problematization and Perspectives about Health Care of Homosexual and Bisexual Males of Health Staff in 13 Public Hospitals

Matías Stival,¹ María Julia Name¹ Susana Margulies¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Se presentan resultados de un estudio organizado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud cuyo propósito fue indagar en las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH e ITS y el acceso a los recursos y la atención de la salud de las poblaciones homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina. **OBJETIVO:** Caracterizar las respuestas asistenciales a las demandas de varones homosexuales y bisexuales en un conjunto de hospitales públicos de Argentina, y analizar las prácticas, saberes y experiencias de profesionales y trabajadores en relación con la atención de las minorías sexuales a partir de las condiciones de ejercicio asistencial. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo. Se procesó y analizó un corpus de 180 entrevistas semiestructuradas efectuadas al personal de salud de 13 hospitales públicos. **RESULTADOS:** Las respuestas de los entrevistados incluyeron expresiones diversas de reconocimiento de la diversidad sexual que combinaron tópicos, convenciones y estereotipos variables e incluso contradictorios sobre lo normal y aceptable en las prácticas sexuales y sociales. **CONCLUSIONES:** A partir del análisis de la variabilidad de las valoraciones y asociaciones y de la tensión entre universalismo y particularismo en la caracterización de las prácticas asistenciales se reconocieron límites en la producción del discurso sobre derechos de los varones homosexuales y bisexuales. A su vez se identificaron procesos de reflexión crítica de ciertos actores profesionales que plantearon la necesidad de desplegar recursos terapéuticos nuevos y cambiantes frente a estos pacientes.

ABSTRACT. INTRODUCTION: This article presents results of a study organized by the AIDS and STD Direction of the Ministry of Health that sought to investigate the vulnerability to HIV/AIDS and STIs and the problems of access to health care of gay, bisexual and trans people in Argentina. **OBJECTIVE:** To describe the health care responses to the demands of homosexual and bisexual men in different public hospitals of Argentina, analyzing practices, knowledge and experiences of professionals and health staff in relation to the care of sexual minorities and under current care conditions. **METHODS:** A qualitative study was conducted, with 180 semi-structured interviews to health personnel belonging to 13 public hospitals. **RESULTS:** The answers of the respondents included diverse forms of recognition of sexual diversity that combined varying and even conflicting topics, conventions and stereotypes about what is normal and acceptable in sexual and social practices. **CONCLUSIONS:** The analysis of the variability of evaluations and associations, and of the tension between universalism and particularism in the characterization of health care practices, led to the recognition of limits in the production of a rights discourse of homosexual and bisexual men. The study also highlighted processes of critical reflection by some professional actors who acknowledged that caring for these patients demanded from them new and changing therapeutic resources.

PALABRAS CLAVE: Homosexualidad - Bisexualidad - Diversidad sexual - Discriminación

KEY WORDS: Homosexuality - Bisexuality - Sexual diversity - Discrimination

¹ Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: ONUSIDA, PNUD, UNFPA -a través de la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina- y UBACyT (programación 2008-2010) de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

FECHA DE RECEPCIÓN: 13 de abril de 2012

FECHA DE ACEPTACIÓN: 4 de septiembre de 2012

CORRESPONDENCIA A: Matías Stival
Correo electrónico: matiasstival@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El presente artículo analiza los sentidos y significados expresados por profesionales y personal de salud sobre la atención de varones homosexuales y bisexuales en hospitales públicos de 13 localidades argentinas. Su contenido se basa en un estudio del material producido por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación para la investigación "Condiciones de vulnerabilidad al VIH/sida e infecciones de transmisión sexual y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina", llevada a cabo entre agosto de 2009 y julio de 2010.

Con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de

Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la DSyETS se propuso producir información estratégica para desarrollar políticas y acciones en materia de diversidad sexual en distintas localidades argentinas. Según estimaciones epidemiológicas efectuadas entre 2001 y 2009, la prevalencia de infección por VIH era de 0,4% en la población general, 6% entre trabajadores sexuales, 7% entre usuarios de drogas, 12% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y 34% en travestis y transexuales, con las relaciones sexuales no protegidas como principal vía de transmisión en Argentina.¹ Cabe señalar que la categoría HSH ha sido cuestionada por no contemplar la diversidad de sexualidades e identidades que sí comprende la sigla GLTTB (gays, lesbianas, travestis, trans y bisexuales).²

Para realizar la investigación, la DSyETS elaboró un proyecto de carácter cualitativo con tres componentes: I) personas homosexuales/gays, bisexuales y trans; II) equipos de salud; III) circuitos de socialización.

El objetivo del estudio fue caracterizar las respuestas asistenciales a las demandas de varones homosexuales y bisexuales en un conjunto de hospitales públicos de Argentina, y analizar las prácticas, saberes y experiencias de profesionales y trabajadores en relación con la atención de las minorías sexuales a partir de las condiciones de ejercicio laboral.

MÉTODOS

Para desarrollar la investigación en el componente II, la DSyETS –a través de los programas jurisdiccionales de VIH/sida y de organizaciones locales de la diversidad sexual– seleccionó 13 hospitales públicos no especializados ubicados en diferentes localidades argentinas: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba (Provincia de Córdoba), Florencio Varela (Provincia de Buenos Aires), Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires), Mendoza (Provincia de Mendoza), Neuquén (Provincia de Neuquén), Olavarría (Provincia de Buenos Aires), Rosario (Provincia de Santa Fe), Salta (Provincia de Salta), San Carlos de Bariloche (Provincia de Río Negro), San Justo (Provincia de Buenos Aires), San Miguel de Tucumán (Provincia de Tucumán), San Salvador de Jujuy (Provincia de Jujuy). El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto y octubre de 2009 y consistió en entrevistas semiestructuradas, realizadas por investigadores locales a parte del personal de los establecimientos.

El corpus final quedó constituido por 233 entrevistas, que habían sido grabadas y luego transcritas y editadas para su análisis. El universo del estudio incluyó a médicos de diversas especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo, farmacéuticos, bioquímicos, técnicos y consejeros/voluntarios (ver Tabla 1). Se otorgó prioridad a quienes tenían contacto directo con los pacientes. Entre las especialidades se seleccionaron clínicos, generalistas, profesionales dedicados a la Medicina Familiar, infectólogos, dermatólogos, urólogos, proctólogos y, en menor medida, gastroenterólogos, hematólogos y cirujanos (ver Tabla 2). En todas las entrevistas se aplicó consentimiento informado y se aseguró el anonimato de los participantes. El protocolo

TABLA 1. Entrevistados según profesión u ocupación.

Profesión/ocupación	n
Médicos	88
Enfermeros	62
Administrativos	28
Psicólogos	13
Trabajadores sociales	13
Farmacéuticos	11
Técnicos	10
Bioquímicos	5
Voluntarios/consejeros	3
Total	233

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2. Médicos entrevistados según especialidades.

Especialidad	n
Clínicos, generalistas y especialistas en Medicina Familiar	37
Infectólogos	16
Dermatólogos	14
Urólogos	8
Proctólogos	7
Gastroenterólogos	3
Hematólogos/Especialistas en Hemoterapia	2
Cirujanos	1
Total	88

Fuente: Elaboración propia.

de trabajo contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Infecciosas F. Muñoz, de la ciudad de Buenos Aires.

Los entrevistados pertenecían a distintos servicios o áreas de desempeño y fueron contactados en función de las posibilidades de acceso de los investigadores locales. Se entrevistó a personal de consultorios externos, guardia, farmacia, laboratorio y servicios especializados: infectología, urología, dermatología, salud mental, servicio social, consultorios de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS). No hubo un criterio homogéneo a la hora de seleccionar la función y/o cargo de los entrevistados; se consultó a personal de diferentes jerarquías y con distintos tipos de relación laboral y dedicación horaria. Tampoco se establecieron criterios de distribución de los entrevistados según género y edad.

El equipo de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas (Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires) intervino a posteriori en el procesamiento y análisis del material relevado. De este modo se siguió una pauta diferente a la habitual, en la que la recolección de datos y su posterior análisis se encuentran a cargo de la misma persona o grupo de trabajo y conforman un único proceso de investigación. El trabajo se inició en una instancia posterior al comienzo del estudio, sin que haya existido participación en la selección del universo de entrevistados, la elaboración de

las guías de pautas, el entrenamiento de los investigadores locales ni la coordinación de las encuestas. Este mecanismo implicó una etapa de lectura y control de la información, necesaria para alcanzar precisión en términos de confiabilidad y contrastabilidad en la construcción de los datos.

El material de las entrevistas del componente II fue organizado y procesado mediante el programa NVivo 2.0 sobre la base de los siguientes ejes: 1) atención de VIH e ITS en los hospitales; 2) asistencia a personas homosexuales, bisexuales y trans; 3) sexualidad como componente en la atención; 4) problemas de salud de las personas homosexuales, bisexuales y trans; 5) reconocimiento y valoración de la discriminación.

A pesar de la posibilidad de cuantificar una parte de la información, la metodología dominante fue cualitativa, sin atender a la significación estadística de los datos obtenidos.

El informe final incluyó, por un lado, la descripción e integración de la información provista por los entrevistados sobre las prácticas de atención y los problemas relevados y, por el otro, un análisis de la categorización, significación y valoración expresadas en torno a la atención de las personas homosexuales, bisexuales y trans. Así, en lugar de priorizar las opiniones o puntos de vista generales, se puso el énfasis en las reflexiones y evaluaciones desarrolladas a nivel discursivo a partir del papel técnico-profesional desempeñado en la institución. En otras palabras, se apuntó a captar los sentidos y los principales núcleos de significación vinculados con las condiciones de las prácticas en los contextos seleccionados.

Para realizar este artículo, se trabajó sólo con una parte del material procesado, proveniente de 180 entrevistas. Se integraron los ejes dos, cuatro y cinco, referidos específicamente a varones homosexuales y bisexuales.

Para el análisis que se presenta aquí incluimos las respuestas a las siguientes preguntas realizadas al personal de salud que dijo contar con experiencia en la atención de varones homosexuales y bisexuales:

- ¿Nota alguna particularidad en la relación profesional con las personas homosexuales y bisexuales? ¿Cuál y por qué?
- ¿Hay cuestiones a tener en cuenta en la atención de personas homosexuales y bisexuales?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La respuesta espontánea predominante (independientemente de la ocupación o profesión del entrevistado) fue negativa y se sostuvo con argumentos universalistas, tales como “uno es profesional, no hace diferencias”, “para nosotros todos los pacientes son iguales”, “es un ser humano, se lo debe atender por igual”, “no tendría por qué hacer diferencia”, “es un paciente más”, etc. La idea subyacente radicó en que la presencia de alguna diferencia o cuestión particular implicaría proceder de un modo no profesional. No obstante, un análisis más amplio y enfocado a la reflexión sobre las prácticas mostró que los argumentos universalistas se combinaban con otros de tipo particularista. Por ejemplo, varios entrevistados reconocieron ciertos rasgos peculiares al referirse a la atención de varones homosexuales y bisexuales: “son más desvalidos”, “son emocionalmente frágiles”, “les

gusta que los traten con más suavidad, con más cariño”, “es como la atención de la madre al hijo”, “trato de que se sientan cómodos, a gusto, contenidos”, etc.

Aunque estas valoraciones se presentaron en todos los perfiles de entrevistas, fueron expresadas con mayor frecuencia por los enfermeros y el personal que participa en la atención de pacientes con VIH e ITS.

Asimismo, en algunas entrevistas se planteó que la atención de estos pacientes implicaba “estar muy atentos y alertas” con las expresiones o los gestos propios, y que obligaba a utilizar “palabras neutras”. Esto significa que se debía evitar todo aquello que pudiera ser interpretado como discriminatorio por el paciente, a partir de una visión ampliamente compartida entre los entrevistados, que consideraban que “los pacientes homosexuales y bisexuales están a la defensiva” porque suponen de antemano que se los va a discriminar.

La cuestión de la universalidad-particularidad pudo apreciarse también en las aseveraciones efectuadas a la hora de explicitar las medidas de precaución necesarias para realizar las prácticas a pacientes homosexuales y bisexuales:

“Acá se utiliza un axioma que es un poco nefasto, diría yo, pero que es una realidad, que es que los pacientes homosexuales, entre comillas, siempre es una generalidad, deben tomarse como VIH hasta que se demuestre lo contrario. Porque están asociados a conductas promiscuas. Es un axioma del cirujano. Entonces, cuando operamos a un homosexual y no conocemos su origen, no tiene una pareja estable, etc., usamos doble par de guantes, gafas y ciertas maniobras de protección (...) Entonces en las prácticas se toman precauciones que a veces, por decirte, con los heterosexuales no se toman”. (Médico urólogo, Mendoza)

En este caso, la universalidad de las medidas de bioseguridad se combinó con la selectividad o graduación al adoptar las precauciones en el trabajo. En particular fueron los enfermeros quienes, a pesar de reconocer la necesidad de tomar recaudos con todas las personas, reconocieron al mismo tiempo que con los pacientes homosexuales y bisexuales “uno presta un poquito más de atención”, “la gente toma más precauciones” y “hay que extremar los cuidados”.

Esta mayor atención y estos cuidados extremos transforman a las personas en cuestión en pacientes de bioseguridad. Se trata de una denominación adoptada, en particular, en el marco de los requerimientos de la Ley Nacional de Sida, que impide al personal de salud divulgar la condición de infectado del paciente. Con ella, la enfermedad no se nombra, pero es señalada y designada de otra manera a fin de proporcionar una distinción respecto a los demás pacientes. Esto representa una contradicción con la pretendida universalidad de las precauciones, que se afirma y se niega en los mismos relatos. Cabe plantear, sin embargo, que la mencionada incongruencia discursiva constituye una convención altamente naturalizada y aceptada entre el personal de salud.

Las respuestas observadas evidencian, por un lado, la diversa significación asignada a las normas de bioseguridad por los actores institucionales y, de forma complementaria,

el temor a la infección. Como se mencionó anteriormente, parece intervenir aquí una asociación entre homo/bisexualidad, conducta de riesgo, promiscuidad y VIH/sida, que aún estructura e impregna las relaciones con los varones homosexuales y bisexuales en los servicios de salud.

Otro núcleo problemático que emergió en el análisis fue la variabilidad y la fluidez de las valoraciones vertidas en torno a los comportamientos de estos pacientes. Independientemente de la ocupación o profesión de los entrevistados, aparecieron con frecuencia calificativos tales como "cuidadosos", "educados", "respetuosos" e "instruidos".

"Son mejores pacientes (...) Hacen los tratamientos, concurren a la consulta, vienen a los controles (...) Son pacientes mucho más preocupados por su salud que el resto de la población". (Médico clínico, San Miguel de Tucumán)

"Tienen su casa, su vida, y son mucho más respetuosos que cualquier otra persona". (Trabajadora social, Mar del Plata)

También se plantearon valoraciones opuestas, referidas a pacientes "demandantes", "controversiales", "irrespetuosos", "agresivos" y "promiscuos":

"Son pacientes especiales, pacientes muy demandantes, pacientes que requieren una atención casi permanente"

(Trabajadora social, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

"Te agraden verbalmente, te tratan torpemente... Y no deja de ser riesgosa tu tarea con esas personas, a veces genera tensión". (Técnica de laboratorio, Córdoba)

Estas diversas valoraciones permiten identificar un conjunto de atributos provenientes de distintas fuentes. Por un lado, la histórica concepción heteronormativa y patriarcal se expresa en el establecimiento de patrones de normalidad y de regulación de los erotismos a través de los cuales se objetiva y diferencia lo saludable de lo no saludable en la vida y las relaciones sexuales. Por el otro, en la epidemiología inicial del VIH-sida se configura a los homosexuales como grupo de riesgo y amenaza, y se establece una relación significativa entre homosexualidad, sida, promiscuidad y peligrosidad. Cabe añadir la caracterización médica del homosexual como paciente "bueno y cuidadoso", opuesto al paciente "malo y adicto", surgida a partir de la instalación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia a mediados de la década de 1990 y en el contexto de los debates en torno al problema de la adherencia a las terapias aplicadas.^{3,4}

En numerosos tramos de las entrevistas, también se hizo referencia a situaciones discriminatorias. En algunas ocasiones, el rechazo explícito o las expresiones de burla del personal de salud repercutieron directamente en la realización de procedimientos y en las prácticas de atención:

"Lo ves en las actitudes de los colegas: se ponen más lejos cuando tienen una entrevista, tal vez no lo revisan o no lo tocan (...) No lo dicen abiertamente, pero se nota un rechazo". (Médico gastroenterólogo, Salta)

"Los atienden como a la ligera (...) No desatienden la patología, pero (...) les resulta molesto, lo que quieren es que se vaya rápido". (Médica clínica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

El tipo de argumentación aludió siempre a terceros inte-

grantes de la misma institución: ese "ellos" (constituido por colegas, médicos y compañeros) puso de relieve lo que los entrevistados consideraban como prácticas discriminatorias inaceptables. Se expresó así una pauta de censura contra estas manifestaciones y acciones, marcando un umbral de lo que puede ser dicho⁵ o actuado en el marco del respeto a la diversidad sexual.

Las expresiones de respeto a la diversidad también aparecieron en la reflexión de los entrevistados sobre sus propias experiencias. Sin embargo, en la combinación de tópicos, convenciones y estereotipos sobre lo normal y aceptable en las prácticas sexuales y sociales, surgieron argumentaciones contradictorias:

"El tema de la homosexualidad en relación con mi profesión lo vivo como el tema de la delincuencia. Yo no soy juez, soy enfermero. Entonces, si la persona es homosexual o tiene una orientación sexual diferente, no tengo por qué juzgarla; tengo que atenderla igual que a un delincuente. El que robó, el que mató y qué sé yo, para mí es una persona: necesita atención más allá de toda miseria y de toda cosa... No creo que sea un delito". (Enfermero, San Justo)

"Uno no puede juzgar (...) Es algo que yo les digo muchas veces a los pacientes. Cuando ellos vienen con un 'no sé qué pensará usted', no me importa, yo sé de qué trabajo. Y trabajo de médico, no de juez. Yo no juzgo ninguna conducta humana que tenga que ver con estas cosas (...) Ni hábitos, ni conductas sexuales. O inclusive otras más complicadas, porque también atendés gente que está condenada por delitos graves". (Médico clínico, Neuquén)

"Cuando formo a los chicos, yo siempre digo que el homosexual tiene una sensibilidad para todo y especialmente para saber quién lo discrimina (...) Si ve que el médico que está enfrente pestañea cuando le dice que es homosexual -algo tan fino como eso-, no viene más (...) Él se da cuenta con quién puede hablar libremente (...) Todos somos prejuiciosos, porque el prejuicio es inherente al ser humano. Uno debe tratar de luchar contra su prejuicio, contra todos sus prejuicios, es lo primero que tiene que hacer un médico. De hecho, atendemos gente que está detenida por homicidios alevosos; y la atendemos como al mejor ser humano. Nosotros tenemos que estar preparados, no somos quién para juzgar a nadie. Pero el tema no es solamente decirlo porque queda lindo, el tema es hacerlo, que no es tan fácil". (Médico Clínico, Rosario)

Aunque aquí el entrevistado volvió a combinar los mismos tópicos (por un lado, la posición respecto al hecho de juzgar o no a sus pacientes; por el otro, la analogía con el delincuente), apuntó a la necesidad de desnaturalizar esas categorías: no situó su lógica en alguna esencia o condición específica de las personas aludidas, sino en las propias nociones y prejuicios que las construyen y reconstruyen siempre en el lugar de la transgresión o la anormalidad.

Estos paralelismos permitieron destacar el poder variable de interpelación del discurso sobre los derechos, en tanto norma de corrección y como pauta en el ejercicio profesional.

La argumentación marcó lo que se puede decir y lo que no, pero en su expresión tendió a combinar tópicos, convenciones y estereotipos sobre lo normal en las prácticas sexuales y sociales provenientes del repertorio cognitivo y valorativo antes señalado. De este modo, se encontraron argumentaciones contradictorias que no llegaron a percibirse como tales y que por momentos manifestaron un fenómeno cercano al efecto collage,⁶ configurando posiciones de enunciación ficcionadas.

CONCLUSIÓN

El análisis de las entrevistas efectuadas al personal de salud mostró expresiones variables en torno a la diversidad sexual. Además, permitió reconocer los límites en la producción del discurso sobre los derechos de los varones homosexuales y bisexuales en lo que respecta a su atención en los servicios de salud. Dichos límites derivaron de la tensión entre el universalismo y el particularismo, que coexisten en la orientación de las prácticas asistenciales y en la variabilidad de las valoraciones y asociaciones. Al mismo tiempo, se identificaron procesos de reflexión crítica por parte de ciertos actores profesionales en relación con la responsabilidad de atender y asistir adecuadamente a un universo de pacientes ante quienes, muchas veces, deben desplegar nuevos y cambiantes recursos terapéuticos.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Esta investigación, cuyo propósito fue indagar en las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH e ITS y el acceso a la atención de la salud de las poblaciones homosexuales,

bisexuales y trans, ha colaborado al desarrollo de diferentes herramientas y recursos de prevención y promoción para el desarrollo de servicios amigables con la diversidad y actividades de capacitación sobre género y sexualidades de los equipos de salud.⁷

Dada la responsabilidad asumida por el Estado argentino de velar por el cumplimiento y la prestación de servicios de salud que garanticen los derechos sexuales y de género de todas las personas en el territorio, la DSyETS ha propuesto como una de sus metas "la eliminación de discriminación relacionada con la orientación sexual y la identidad o expresión de género como un factor clave para brindar una respuesta efectiva y sistemática a la epidemia de VIH/Sida".⁷ En este marco, la discusión generada puede contribuir al debate en torno de las dificultades de acceso a una atención oportuna y las situaciones de rechazo y discriminación señaladas por varones homosexuales y bisexuales en las entrevistas recogidas en el Informe Final del Componente I de la investigación.⁸ Al mismo tiempo, los materiales producidos^{9,10} pueden aportar a la reflexión en torno del ejercicio cotidiano de los equipos sanitarios. De este modo pueden servir para profundizar y potenciar las actividades de información y formación entre los distintos actores institucionales frente a los desafíos y los cambios en curso vinculados con el reconocimiento y la afirmación de identidades sexuales y de género en el campo de la salud pública.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Año 12, Nº 26, Nov. 2009. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/boletines-inves-publi/boletin-12-09.pdf>]. [Último acceso: 23 de agosto de 2012].
- ² Savori F. GLTTB y otros HSH. Ciencia y política de la identidad sexual en la prevención del sida. En: Pecheny M, Figari C, Jones D (comp.). Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2008.
- ³ Recoder ML. El problema médico de la adherencia, la relación médico-paciente y el "contrato terapéutico" en la atención a personas que viven con VIH-Sida. Cuadernos de Antropología Social. 2001;13:157-182.
- ⁴ Margulies S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina. Intersecciones. 2010;11(1):215-225.
- ⁵ Belvedere C, Caggiano S, Casaravilla D, Courtis C, Halpern G, Lenton D, et al. Racismo y discurso: una semblanza de la situación argentina. En: Van Dijk T (coord.). Racismo y discurso en América Latina. Buenos Aires: Gedisa; 2007.
- ⁶ Fairclough N. Discourse and Social Change. Cambridge: Polity Press; 1992.
- ⁷ Documento "Dirección de Sida y ETS, Una política de inclusión". Sitio web de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación [Disponible

en: <http://www.msal.gov.ar/sida/marcha-orgullo-lgbtqi.html>] [Último acceso: 9 de septiembre de 2012].

⁸ Margulies S, Recoder ML, García MG, Gagliolo G. Condiciones de Vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gay, bisexuales y trans en la Argentina. Informe Final, Componente I: Personas homosexuales, bisexuales y trans. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones/GB.SEXUALIDADYVULNERABILIDAD.pdf>]. [Último acceso: 23 de agosto de 2012].

⁹ Cuadernillo "La atención hospitalaria. De las prácticas del equipo de salud a la experiencia de personas homosexuales y bisexuales". Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones/GB.ATENCION.HOSPITALARIA.PDF>]. [Último acceso: 9 de septiembre de 2012].

¹⁰ Cuadernillo "La reducción de la discriminación y la homofobia como estrategia preventiva para el VIH". Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones/GB.DISCRIMINACION.PDF>] [Último acceso: 9 de septiembre de 2012].

REVISIONES

REVISIÓN DE LOS CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS Y CONTEXTUALES PROTECTORES DE LA SALUD DE LOS NIÑOS

Review of Psychological and Contextual Protective Constructs of Children's Health

Ana Carolina Interlandi,¹ Martín de Lellis,² Giselle Balaciano,³ Alejandra Carreras⁴

¹ Doctoranda de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). ² Docente e Investigador de la Facultad de Psicología de la UBA.

³ Maestranda en Efectividad Clínica de la Facultad de Medicina de la UBA. ⁴ Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

INTRODUCCIÓN

La salud infantil se define como el grado en que los niños son capaces de desplegar todo su potencial, satisfacer sus necesidades y desarrollar las capacidades que les permiten interactuar con éxito en sus entornos.¹

La epidemiología se centró históricamente en describir los factores de riesgo y prestó menor atención a los aspectos salutogénicos. Los factores protectores son aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos que representan un beneficio para la salud del niño.² El objetivo general de esta revisión fue identificar las dimensiones psicológicas y contextuales protectoras del desarrollo saludable de los niños de 6 a 12 años de edad, como fundamento para las políticas e intervenciones orientadas a fortalecer los aspectos positivos en los procesos de salud y bienestar. Se buscó sintetizar toda la evidencia disponible sobre los constructos considerados en la literatura científica como factores o procesos protectores, dentro de una etapa del desarrollo que ha sido poco estudiada en esta materia.

METODOLOGÍA

Se indagó acerca de qué constructos psicológicos y del contexto (familiar y comunitario) son considerados por las investigaciones científicas como factores o procesos protectores para la salud y/o el desarrollo positivo en niños de 6 a 12 años.

• **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:** Las búsquedas se realizaron en bases de datos bibliográficas, bibliotecas de Psicología y metabuscadores, utilizando los descriptores de cada base y el lenguaje natural. Se eligieron revisiones sistemáticas y estudios observacionales accesibles a texto completo, publicados en inglés o español entre 2000 y 2010. La tarea se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2010.

Como criterio de calidad para su elección, las investigaciones debían ser realizadas en muestras representativas de una población definida, escolarizada o no, ya sea de ciudades, países o regiones (Tabla 1).

• **PROCESO DE SELECCIÓN:** Se seleccionaron estudios que cumplieran los siguientes criterios de elegibilidad: a) realización en grupos de niños de 6 a 12 años sin patologías mentales y/o físicas de base; b) descripción o análisis de factores protectores para el desarrollo, la salud o el bienestar de los infantes.

Se encontraron 3.807 estudios, de los cuales 22 cumplieran los criterios de inclusión iniciales y 17 resultaron excluidos porque no se ajustaban a las pautas poblacionales y de calidad. Finalmente, cinco trabajos quedaron dentro de la revisión. La lectura crítica se realizó mediante dos listas de cotejo: SIGN³ para las revisiones sistemáticas y STROBE⁴ para los estudios observacionales.

Posteriormente, para establecer la calidad de la evidencia, se tomó la categorización propuesta por el *North of England Evidence Based Guideline Development Project*⁵ (Tabla 2).

RESULTADOS

De acuerdo con la evidencia disponible identificada en los trabajos seleccionados, deben reconocerse los efectos positivos de los factores y procesos protectores durante el período de la niñez. Sin embargo, cabe establecer las siguientes precisiones respecto de la información sistematizada:

• La existencia de factores protectores aislados puede no tener un efecto visible per se, sino que se manifiesta en la interacción con factores atribuidos a instancias personales, familiares y comunitarias. La intervención simultánea de tales elementos reforzaría los procesos salutogénicos, dado que la presencia de recursos individuales, familiares y sociales adecuados coincide con una menor ocurrencia de los problemas, como muestra el caso específico de un estudio vinculado con indicadores de salud mental.⁷

- Los factores protectores tienen un efecto sinérgico en la salud mental de los niños. El desarrollo intelectual infantil, la calidad de la relación padre-hijo y las estrategias parentales estarían vinculados con niveles altos de habilidades sociales y, consecuentemente, con una adaptación

TABLA 1. Descripción de las búsquedas

Sitio de búsqueda	Palabras clave	Trabajos encontrados	Trabajos incluidos
Scielo	salud, infancia, factores protectores	5	0
	salud positiva, niños	39	0
	desarrollo psicológico positivo, niños	16	0
	bienestar, niños, factores protectores	2	0
	protección, salud, niños	53	0
Medline (LIMITS: English, Spanish, all children, Publication Date from 2000/01/01 to 2010/12/31)	"protective factors" AND "children"	248	0
	positive health, children, protective factors	118	1
	children, health promotion, protection	73	0
	"protective factors" and "positive health"	2	1
Redalyc	factores protectores, niños, salud	420	0
	desarrollo psicológico, niños	21	0
	salud positiva, infancia	1.033	0
	"factores protectores"	0	0
	protective factors, children	44	0
Biblioteca Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires	"salud, infancia"	0	0
	infancia	534	0
	"salutogenésis"	0	0
	"resiliencia"	69	0
Academic Search Premier	psychological factors, health, children	15	0
Psychology and Behavioral Sciences Collection (ebshost)	protective factors, children	872	3
Jstor	protective factors, children	64	0
Trip database	protective factors	166	0
Lilacs	factores protectores, niños	13	0
Cochrane BVS	factores protectores, niños, salud	0	0

Fuente: Elaboración propia.

más satisfactoria.⁸

• La relación con los maestros, los referentes escolares, los pares y los hábitos saludables de alimentación también puede ser considerada como un factor protector para el bienestar subjetivo.⁹

• Cuando el apoyo social global se suma a una mayor percepción de los eventos vitales como positivos, surgen procesos protectores de la salud que, a su vez, muestran un incremento en las conductas adaptativas.¹⁰

Los resultados obtenidos obligan a revisar los principales aportes que ofrece el análisis de estos estudios para la investigación y orientación de las políticas públicas destinadas a la salud mental infantil.

• Resulta necesario adoptar una perspectiva ecológica, capaz de identificar y fortalecer las relaciones entre los múltiples niveles ecosistémicos que componen el sistema social¹¹ y las dimensiones biográficas de los niños (que, en definitiva, se construyen a partir de la interacción con estos ambientes).

• Los estudios revisados refuerzan la idea de que el normal desarrollo del niño debe ser tenido en cuenta al

considerar las manifestaciones del proceso salud-enfermedad. Los investigadores coinciden en la necesidad de lograr abordajes que permitan la indagación epidemiológica en salud infantil, en el marco de una realidad social cambiante y compleja.

• La identificación de factores protectores invita a redireccionar la mirada tradicional en torno a la orientación de las políticas públicas destinadas a la infancia: no se trata de trabajar solamente en la concepción preventiva del daño, sino de identificar principalmente aquellas condiciones y procesos directamente asociados con el desarrollo infantil saludable.

• La escasez de estudios de carácter epidemiológico sobre la salud mental y el desarrollo infantil saludable agudiza la indefinición en torno a las medidas necesarias. El objetivo debería enfocar no sólo las situaciones y/o factores de riesgo a los que están expuestos los niños, sino principalmente los aspectos de protección.

Los constructos infantiles que más tienden a actuar como protectores son aquellos relacionados con el establecimiento de vínculos positivos con la familia, los maestros

TABLA 2. Investigaciones incluidas en la revisión sistemática: niveles de evidencia.

Catalano et al. ⁶
<p>Nivel de evidencia: I</p> <p>Objetivo: Resumir evidencia sobre programas que promuevan el desarrollo positivo de los niños y la prevención de problemas de comportamiento.</p> <p>Tipo de estudio: Revisión sistemática. Se incluyeron 25 programas, que contaban con evaluación y metodología experimental o cuasi-experimental con grupos de comparación.</p> <p>Los programas incluidos debían contar con su descripción metodológica incluyendo: población diana, intervenciones, resultados y conclusiones.</p> <p>Muestra: los programas que forman parte de esta revisión han trabajado con muestras de niños de diferentes grupos socioeconómicos y étnicos.</p> <p>Resultados/conclusiones: En 19 de los programas se produjeron cambios positivos en los comportamientos de los niños o en la prevención o reducción de problemas de comportamiento.</p> <p>Factores y procesos protectores: Construcción de vínculos con familia, adultos y pares, competencia (social, emocional y cognitiva), autocontrol, asertividad, afrontamiento adaptativo, habilidades para el aprendizaje, toma de decisiones, empatía, aceptación de normas sociales.</p> <p>Base de datos: Jstor</p>
Wille et al. ⁷
<p>Nivel de evidencia: III</p> <p>Objetivo: Informar la frecuencia y distribución de factores potenciales de riesgo y protección, y analizar su efecto en la salud mental de los niños.</p> <p>Tipo de estudio: Descriptivo transversal.</p> <p>Muestra: 2.863 familias con niños en Alemania.</p> <p>Resultados/conclusiones: A medida que aumenta la ocurrencia simultánea de factores de riesgo, se incrementa la prevalencia de problemas de salud mental. Los factores protectores tienen un efecto acumulativo en la salud de los niños.</p> <p>Factores y procesos protectores: Recursos personales (autoeficacia, autoconcepto, optimismo), recursos familiares (clima familiar, apoyo parental), recursos sociales (apoyo social, relación con los pares).</p> <p>Base de datos: Medline</p>
Vanderbilt-Adriance et al. ⁸
<p>Nivel de evidencia: III</p> <p>Objetivo: Examinar las relaciones entre los factores protectores del niño y la familia, los vecindarios de riesgo y el ajuste asocial en niños varones.</p> <p>Tipo de estudio: Prospectivo longitudinal.</p> <p>Muestra: 226 niños varones, urbanos, de nivel económico social bajo, observados desde la infancia hasta la adolescencia temprana.</p> <p>Resultados/conclusiones: Las desventajas en cuanto al vecindario están asociadas negativamente con el ajuste social positivo ($r=-0,22$, $p<0,01$). El coeficiente intelectual infantil, la buena calidad de la relación padre-hijo y las estrategias parentales están asociadas con niveles altos de habilidades sociales a los 11 y 12 años.</p> <p>Factores y procesos protectores: Recursos personales (coeficiente intelectual, regulación emocional), recursos familiares (estrategias parentales, calidad de la relación padre-hijo).</p> <p>Base de datos: Jstor</p>
Lindberg et al. ⁹
<p>Nivel de evidencia: III</p> <p>Objetivo: Examinar si las relaciones interpersonales, el estrés mental y los comportamientos asociados con la salud pueden ser factores protectores o de riesgo para el bienestar de los niños escolarizados de 12 años de edad.</p> <p>Tipo de estudio: Descriptivo transversal.</p> <p>Muestra: 807 niños de sexto grado de 18 escuelas aleatorizadas de áreas rurales y urbanas del área norte de Estocolmo, Suecia.</p> <p>Resultados/conclusiones: Las relaciones sociales y los hábitos saludables de alimentación pueden ser considerados como factores protectores para el bienestar subjetivo.</p> <p>Factores y procesos protectores: Género, situación familiar, tipo de vivienda, relación con los padres, relación con los maestros, la escuela y los pares, hábitos alimentarios, hábitos de seguridad.</p> <p>Base de datos: Medline</p>
Jackson et al. ¹⁰
<p>Nivel de evidencia: III</p> <p>Objetivo: Examinar la relación entre apoyo social y eventos vitales percibidos como positivos o negativos en la predicción de conductas internalizantes, externalizantes y adaptativas.</p> <p>Tipo de estudio: Descriptivo transversal.</p> <p>Muestra: Un total de 265 niños, alumnos de ambos sexos de siete escuelas pertenecientes a un área semirural de los Estados Unidos.</p> <p>Resultados/conclusiones: La relación entre el apoyo social y la evaluación de eventos vitales predice mejor las conductas en las niñas que en los niños. Los niños con altos niveles de apoyo social tienen mayores niveles de conducta adaptativa a medida que aumenta la percepción de eventos vitales como positivos. En los niños con bajo apoyo social, la percepción de eventos vitales como positivos compensa el déficit.</p> <p>Factores y procesos protectores: Apoyo social y percepción de eventos vitales como positivos.</p> <p>Base de datos: Jstor</p>

Fuente: Elaboración propia.

y los pares, la competencia social, emocional y cognitiva, el autocontrol, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, las habilidades y la aceptación de normas culturales.

Las medidas de promoción de la salud deben centrarse principalmente en los factores salutogénicos. Las intervenciones públicas deben orientarse no sólo a prevenir el riesgo o daño, sino también a fortalecer los procesos que protegen la salud, permitiendo que los niños desplieguen su potencial, satisfagan sus necesidades y desarrollen los recursos adecuados para interactuar de manera efectiva con el entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ National Research Council and Institute of Medicine. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. Washington DC: National Academies Press; 2004.
- ² Rutter M. A Conceptual Model of Intervention Based on an Understanding of Risk and Protective Factors. En OMS/OPS: Supporting Youth in a Time of Social Change. Ginebra: OMS; 1992.
- ³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A Guidelines Developers' Handbook. Edimburgo: Scottish; 2004.
- ⁴ Elm V, Altman E, Heggner M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. STROBE Initiative: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *BMJ*. 2007;335:806.
- ⁵ Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, et al. Developing Valid Guidelines: Methodological and Procedural Issues from the North of England Evidence Based Guideline Development Project. *Qual Health Care*. 1996;5(1):44-50.
- ⁶ Catalano R, Berglund ML, Ryan JM, Lonczak J. Positive Youth Development

Frente a esta situación, es esencial adoptar una perspectiva ecológica, que permita estudiar las relaciones entre los procesos protectores generados en las distintas esferas ecosistémicas de las comunidades y las dimensiones individuales de los niños.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2004;591:98-124.

⁷ Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberger U. BELLA Study Group. Risk and Protective Factors for Children's and Adolescents' Mental Health: Results of the BELLA Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):133-147.

⁸ Vanderbilt-Adrianne E, Shaw DS. Protective Factors and the Development of Resilience in the Context of Neighborhood Disadvantage. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(6):887-901.

⁹ Lindberg L, Swanberg I. Well-Being of 12-Year-Old Children Related to Interpersonal Relations, Health Habits and Mental Distress. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(3):274-281.

¹⁰ Jackson J, Warren JS. Appraisal, Social Support, and Life Events: Predicting Outcome Behavior in School-Age Children. *Child Development*. 2000;71(5):1441-57.

¹¹ Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL

LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN ITALIA: UN CASO DE INERCIA INSTITUCIONAL Y DE DINAMISMO PRIVADO

Long Term Care Policies in Italy: a Case of Institutional Inertia and Private Dynamism

El artículo ilustra los factores que han convertido a la dependencia física y psíquica en edad avanzada en un verdadero riesgo social. En Italia, un país de rápido envejecimiento demográfico, las respuestas implementadas se caracterizan mucho más por el dinamismo de las familias y las trabajadoras inmigrantes que por la acción del Estado.

Giuliana Costa. Investigadora en Sociología General. Politécnico de Milán, Italia

INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas, la mayoría de los países occidentales han adoptado políticas innovadoras en materia de cuidados a largo plazo (CLP), que se enfrentan a dos desafíos: por un lado, responder a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población; por el otro, reducir los respectivos costos operativos mediante operaciones vinculadas a una recalibración del estado de bienestar.¹ Las demandas de CLP han sido reconocidas como un problema específico, que afecta a un número de personas cada vez mayor en un contexto de escasez de recursos. Dentro de este marco, surgió en los últimos años una interesante área de experimentación de políticas, cuya aplicación generó reformas de carácter institucional en la mayoría de los países desarrollados.² Los resultados obtenidos fueron bastante diversos en lo que respecta a tipo de soluciones elaboradas y prioridades específicas. Se combinaron los servicios en especie con las prestaciones de carácter económico y se apuntó a mejorar el nivel de integración con las políticas de salud, la capacidad de cobertura de la demanda (o, mejor dicho, de las demandas, que se pluralizaron debido al aumento exponencial de los casos y las formas de demencia), los recursos económicos dedicados a CLP y los mecanismos de financiamiento (esquemas fiscales, sistemas de seguro público o privado, etc.).

El presente artículo se concentra en el caso de Italia. Allí, a diferencia de los demás países europeos, la oferta de servicios no ha acompañado ni siquiera mínimamente la demanda generada ante el evidente proceso de envejecimiento de la población, y los problemas de CLP se incorporaron muy lentamente a la agenda pública.^{3,4} La inercia en este área se vio compensada por el desarrollo de un mercado privado de cuidados, en el que las familias encontraron al menos una respuesta parcial a sus demandas. El artículo sintetiza inicialmente por qué la dependencia física o psíquica constituye un verdadero riesgo social y, a continuación, ilustra las características del sistema italiano de CLP, así como

los elementos innovadores impulsados por la mencionada inercia de las políticas públicas.

LAS DEMANDAS DE CLP COMO FACTOR DE RIESGO SOCIAL

A la hora de explicar por qué las demandas de cuidados en edad avanzada representan riesgos sociales, se deben tener en cuenta los siguientes factores: el envejecimiento de la población, la menor capacidad de asistencia de las familias, el escaso desarrollo de los servicios públicos y el incremento de los costos de la dependencia en edad avanzada. La población italiana no sólo es una de las más ancianas de Europa, sino que además presenta una de las tasas de envejecimiento más altas del continente. La proporción de personas de más de 65 años ascendía en 2009 al 20,1% del total, lo que implica un crecimiento del 37% en 20 años y prácticamente la duplicación del valor en menos de medio siglo.⁵ Los ancianos eran 8,7 millones a comienzos de la década de 1990 y hoy ya alcanzan los 11,9 millones, con un incremento neto de 3,2 millones de individuos. A pesar de que Italia también redujo la morbilidad en este sector de la población,^{6,7} en su territorio sigue aumentando la cantidad de personas físicamente dependientes y empeoran las condiciones cualitativas de la dependencia. Habida cuenta de que la expectativa de vida se ha prolongado, tanto para los hombres como para las mujeres, y de que las probabilidades de ocurrencia de problemas de CLP crecen exponencialmente a medida que aumenta la edad, hoy existe una mayor cantidad de individuos que necesitan sostén y asistencia para sus actividades cotidianas. Se trata de un fenómeno de envejecimiento demográfico generalizado, con tasas de crecimiento aceleradas en la franja etaria más expuesta a los problemas de cuidados. En Italia hay actualmente 2,9 millones de octogenarios, pero se estima que dentro de 20 años serán 7,7 millones.⁵ Aun cuando los avances de la Medicina y las prácticas de prevención permitan reducir la incidencia de la dependencia física, la demanda de cuidados seguirá incrementándose considerablemente.

El segundo factor que convierte la necesidad de CLP en un verdadero riesgo social es el debilitamiento de la capacidad de asistencia de las familias, provocado a su vez por causas demográficas y por procesos socioeconómicos de amplio alcance. En toda Europa, los cuidados representan una cuestión familiar,⁸⁻¹¹ ya que la mayor parte de ellos son suministrados por el entorno de parientes. La diferencia puntual, puesta en evidencia por los estudios comparativos de bienestar de los últimos 10 años, es que en Italia y otros países mediterráneos la presencia de una red familiar se hace indispensable para la organización, la prestación y el financiamiento de las actividades de cuidados. Sus regímenes de asistencia han sido definidos como *famillsticos* [En italiano, “familismo” alude al vínculo de solidaridad que existe entre los miembros de una familia y tiene una connotación de responsabilidad social. (N. del E.)]¹²⁻¹⁴ o, con mayor precisión, como implícitamente *famillsticos*.¹⁵ En tal contexto, las políticas públicas continúan dando por sentado que las personas dependientes cuentan con una familia y que, además, ese entorno siempre está disponible para prestar ayuda de todo tipo e intensidad. Sin embargo, las tendencias demográficas actuales desmienten la hipótesis. Hoy existen múltiples demandas de cuidados, tanto en favor de las generaciones más jóvenes como de las más ancianas. La situación afecta sobre todo a las mujeres, que cada vez están más presentes en el mercado laboral y permanecen allí por más tiempo debido al endurecimiento de los criterios para alcanzar beneficios de pensiones y a la edad tardía con la cual acceden a puestos de trabajo remunerado. En la actualidad, el 51,9% de las mujeres de entre 40 y 59 años (la denominada generación sándwich)¹⁶ están insertadas en el mercado laboral, mientras que en 1993 la cifra era de sólo el 39,5%.⁴ En un marco que no presentó cambios significativos respecto a la distribución del trabajo familiar entre hombres y mujeres,⁵ la actividad intensa y/o frecuente de asistencia a los ancianos ya no puede darse por descontada. A pesar de que las familias italianas (y, sobre todo, las mujeres) siguen participando ampliamente, el tiempo dedicado a esas tareas se ha reducido. Según los datos más recientes,⁵ entre 1998 y 2009 la cantidad de horas dedicadas al cuidado de ancianos y adultos dependientes disminuyó de 759.000 a 730.000 al año. Los cuidados se han tornado más problemáticos,

incluso en términos cualitativos: aunque se siguen realizando, los sacrificios y mediaciones son cada vez más complejos y menos sostenibles.¹⁷

También se debe tener en cuenta el mayor impacto socioeconómico relacionado con los cuidados necesarios para las personas de edad avanzada, ya que la respuesta a estas demandas afecta el presupuesto familiar. Los problemas de CLP han sido identificados como la segunda causa de empobrecimiento de los hogares italianos, después de la pérdida de la fuente de trabajo.¹⁸ Esto se debe no sólo al incremento de los gastos directos, destinados a adquirir bienes y servicios públicos y privados, y a compensar la dependencia física, sino también a la reorganización que deben afrontar las personas encargadas de los cuidados y que pueden suponer el abandono total o parcial de ocupaciones remuneradas.¹⁷ Además, los costos sociales de los cuidados aumentan porque los problemas se descargan desde el sistema sanitario al más estrictamente asistencial. Esto se refleja en múltiples mecanismos que se han instalado en las políticas públicas y que, por ejemplo, instan a dar de alta lo más rápidamente posible a los individuos hospitalizados.

APOYO MONETARIO Y ESCASEZ DE SERVICIOS EN ESPECIE

El sistema asistencial italiano se caracteriza por ofrecer pocos servicios en especie y por ser relativamente más generoso en el apoyo monetario. Sin embargo, los problemas de CLP no pueden apelar actualmente a derechos garantizados.¹⁷ La asistencia por dependencia es todavía un derecho incompleto,^{19,20} que no puede ser invocado legalmente. Los CLP representan un área escasamente institucionalizada.²¹ La única intervención pública exigible —cuando el individuo se encuentra en una situación de grave dependencia física, confirmada tras el correspondiente proceso de evaluación— es la indemnización de acompañamiento (IA). Esta prestación en efectivo equivale aproximadamente a 420 euros mensuales, una suma fija que no guarda relación con las necesidades asistenciales de los beneficiarios y que es financiada por el gobierno central. El otorgamiento no prevé ningún mecanismo capaz de establecer si el dinero se está utilizando de manera adecuada (o de forma congruente con las reales necesidades de atención médica, acompañamiento o cuidado).

La Tabla 1 sintetiza los datos de cobertura relacionados

TABLA 1. Nivel de cobertura de las distintas prestaciones en favor de la población de más de 65 años en situación de vulnerabilidad/dependencia (porcentaje).

Prestación (año)	Italia	Centro-Norte	Centro-Sur
Indemnización de acompañamiento (2011)	11,6	10,4	14,7
Asistencia domiciliar social (2008)*	1,6	1,5	1,8
Asistencia domiciliar integrada (2009)*	3,7	4,3	2,2
Asistencia residencial y diurna (2009)	2,5	3,0	1,2

* Las tasas referidas a la asistencia domiciliar social y a la integrada (con servicios prestados por personal sanitario como enfermeros, kinesiólogos, etc.) no se pueden sumar porque hay datos que se superponen en los dos grupos de usuarios.

Fuente: Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, Istituto Nazionale di Statistica, Ministerio de Salud de Italia.

con las principales modalidades de intervención pública en favor de los ancianos dependientes en Italia. La IA asegura una respuesta parcial a casi el 12% de la población de más de 65 años y constituye la prestación más extendida. Cabe considerar, además, que las respuestas a las demandas sociales son confiadas a las regiones y que el gobierno central italiano no garantiza servicios mínimos. Al igual que en otras áreas, el país aparece hoy como un mosaico de modelos regionales,¹¹ que presentan situaciones muy distintas en materia de cobertura de necesidades, niveles de integración entre servicios (sociales y sanitarios, pero también entre las mismas prestaciones sociales), criterios de acceso, fórmulas de copago, normas de utilización de los servicios, instrumentos de evaluación de las demandas y valoración de los cuidados privados. También existe una evidente fragmentación subregional, como demuestran las investigaciones efectuadas a nivel municipal.²² Esta separación de la oferta no se ve compensada, por ejemplo, por una cultura geriátrica capaz de identificar las modalidades más adecuadas para una cura de la cronicidad,²³ cuya presencia facilitaría la fijación de objetivos comunes.

La situación de las políticas públicas no se ha modificado sustancialmente en la última década.⁴ La única medida que acompañó los procesos demográficos de envejecimiento y respondió a la consiguiente demanda de cuidados fue la IA. Después de su introducción en 1980, la prestación no fue ajustada ni actualizada desde el punto de vista reglamentario, y la población objetivo inicial (adultos discapacitados) varió por completo hasta dejar lugar a un beneficio utilizado predominantemente por ancianos.

La ausencia de reformas institucionales explícitas en este campo está estrictamente relacionada con la existencia de la IA. En los últimos 10 años hubo propuestas de ley dirigidas a modificar el sistema vigente, condicionar el uso de la prestación y convertir el subsidio en un vale para la compra de servicios. Pero la inestabilidad política italiana, los esquemas presupuestarios instituidos y la fuerte resistencia de algunos grupos de apoyo (por ejemplo, asociaciones de personas discapacitadas)^{24,25} frenaron todo intento de cambio en las reglas de la IA, única medida exigible y de carácter universal para CLP, lo que impidió disponer del presupuesto público necesario para financiar reformas de mayor alcance.^{4,10,11} En efecto, el panorama incierto promovió la lógica de no arriesgar los derechos adquiridos. Como consecuencia, se hizo más difícil ampliar y diferenciar las intervenciones públicas en favor de la demanda de CLP.

El gasto público destinado a CLP y su modesto crecimiento (entre 2004 y 2010 pasó de 1,05 a 1,28% del PBI)²⁶ reflejan la escasez de recursos invertidos en esta área. El incremento relativo se debe en un 60% al aumento del monto total desembolsado para el pago de las IA.¹¹ La única fuente de financiación adicional para CLP provino del "Fondo para la dependencia física". Su dotación de 500 millones de euros —elevados luego a 800 millones— para el trienio 2007-2009 apuntó a financiar servicios mínimos para las personas dependientes en toda Italia, aunque esas prestacio-

nes nunca fueron bien definidas. Gracias a un acuerdo con las regiones, el fondo fue renovado en 2010 y financiado con 400 millones de euros, pero a partir de 2011 se anuló, en el marco de un paquete de medidas dirigidas a recortar los gastos sociales en su conjunto.

DINAMISMO DE LAS FAMILIAS Y DEL MERCADO PRIVADO

Dentro de este panorama, el elemento verdaderamente novedoso de la última década ha sido el desarrollo y la consolidación de un mercado privado de cuidados. Se trata del fenómeno que más influyó y más modificaciones produjo en las estrategias adoptadas por las familias italianas frente a los problemas de dependencia, a tal punto que provocó un cambio en la naturaleza del régimen de asistencia y lo convirtió en lo que ha sido definido como "modelo de migrante en la familia".²⁷ En efecto, la brecha creada por el incremento de la demanda de cuidados fue cubierta en buena medida con la adquisición de servicios privados de bajo costo, como los que proporcionan las *badanti*,^{10,11} es decir, las cuidadoras, que generalmente son mujeres inmigrantes de países menos desarrollados. El contrato (no necesariamente formal) de una *badante* no sólo es preferible a otras soluciones de cuidados y asistencia, sino que además asegura prestaciones más completas, continuas y flexibles que las ofrecidas por los servicios formales públicos o privados. Precisamente esa informalidad fomenta la elección. Se estima que al final de la década pasada el 6,6% de los mayores de 65 años eran asistidos a través de esta modalidad. Mientras tanto, ascendió a casi el 32% la proporción de familias que emplean por lo menos a una *badante* cuando tienen en su seno ancianos de edad avanzada y seriamente dependientes.⁵ De acuerdo con estimaciones recientes, las familias italianas gastan 9.500 millones de euros para pagar este servicio.²⁸ En los cuidados privados informales trabajan alrededor de 754.000 personas, el 50% de las cuales se encuentran en condiciones irregulares (ya sea en lo que respecta al permiso de residencia o a la forma de contratación).²⁹

Este mercado privado prácticamente no fue objeto de las políticas públicas durante la última década. El tema en sí ha entrado en el debate muy lentamente, en parte a través de las políticas de inmigración³⁰ y cuando las *badanti* ya estaban presentes de manera masiva en las casas italianas, en un momento histórico en el que la aceleración del envejecimiento y los riesgos sociales conexos adquirieron una importancia pública inédita.¹⁰ De hecho, el éxito de las *badanti* (relativo, pues la modalidad presenta claras falencias según muestran muchas investigaciones empíricas) y el freno a cualquier modificación en la IA han impedido la puesta en marcha de reformas más profundas en las políticas italianas de CLP.¹⁰

CONCLUSIONES

En Italia, la respuesta a los problemas de dependencia ha sido original, con un cambio disímil en el sistema de CLP. Por un lado, las políticas públicas a escala nacional no acompañaron el incremento de demandas generado por

el envejecimiento de la población; por el otro, se instaló un mercado privado informal, que proporciona los cuidados requeridos. Esto fue posible debido a la disponibilidad laboral de mujeres migrantes y a la existencia de un respaldo económico importante, aunque no suficiente, que en la mayoría de los casos permitía cubrir los costos vinculados a la condición de dependencia. Hasta ahora esta solución ha funcionado –las personas dependientes acceden a la IA y pagan a las *badanti* o colaboran en el presupuesto familiar con la suma recibida–, pero no son pocos los elementos conflictivos que aparecen en el horizonte: las cuencas mundiales de reclutamiento de cuidadoras se están agotando,^{4,10,11,31} el trabajo en cuidados ya no es atractivo para la mayoría de los nuevos migrantes y los beneficios relativamente generosos

de pensiones para las futuras cohortes de ancianos corren riesgo, habida cuenta de las recientes reformas del sistema. Cabe entonces preguntar si no existen políticas significativas de inversión en este campo. ¿Serán las familias italianas las que deban hacerse cargo de todos los problemas de CLP? ¿Deberán ellas financiar las necesidades emergentes? El tema comienza a instalarse en la agenda política con dos ejes centrales: el primero busca determinar si las personas dependientes tendrán que recurrir a ahorros en patrimonio inmobiliario para pagar sus cuidados y en qué medida deberán hacerlo; el segundo está relacionado con el objetivo de incentivar la profesionalización en este campo. Se trata de importantes desafíos para Italia, su clase dirigente y sus habitantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ferrera M, Hemerijck A. Recalibrating European Welfare Regimes, en Zeitlin J, Trubeck D (ed.). *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- ² Mahoney J, Thelen K. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Planning*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- ³ Pavolini E, Ranci C. Le riforme per il long-term care in Europa. Ipotesi e strumenti per l'analisi comparata. *Rivista delle Politiche Sociali*, 2011; 4:19-46.
- ⁴ Costa G. Il Long Term Care in Italia: un caso di cambiamento istituzionale graduale senza riforme. *Rivista delle Politiche Sociali*, 2011; 4: 49-80.
- ⁵ Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto Annuale 2010, 2011. [Disponible en: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/Avvio2010.pdf]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- ⁶ Baltes PB, Smith J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 2003; 49:123-135.
- ⁷ LaFortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Paper, No. 26. Paris: OECD Publishing; 2007.
- ⁸ Österle A. Equity Choices and Long-Term Policies in Europe. Aldershot: Ashgate; 2001.
- ⁹ Eurofamcare Consortium. Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage; 2006. [Disponible en: <http://www.ukc.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare>]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- ¹⁰ Costa G. Long Term Care Italian Policies. A Case of Incremental and Inertial Institutional Change. En Ranci C, Pavolini E (ed.), *Reform in Long Term Care Policies in European Countries*. Springer, 2012.
- ¹¹ Costa G. L'Italia del patchwork: le politiche regionali per gli anziani. En Barberis E, Kazepov Y (ed.), *Il welfare frammentato: Le articolazioni regionali delle politiche sociali in Italia*. Roma: Carocci; 2012.
- ¹² Saraceno C. The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State. *Social Politics*, 1994; 1(1):60-82.
- ¹³ Bettio F, Plantenga J. Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 2004; 10(1):85-113.
- ¹⁴ Naldini M, Saraceno C. Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms. *Social Policy & Administration*, 2008; 42(7):733-748.
- ¹⁵ Saraceno C. Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective. *Journal of European Social Policy*, 2010; 20:32.
- ¹⁶ Miller DA. The Sandwich Generation: Adult Children of the Aging. *Social Work*, 1981; 26(2):419-423.
- ¹⁷ Costa G. Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura. Roma: Carocci; 2007.
- ¹⁸ Centre for Economic and International Studies, VI Health Report. Fondazione Economia Tor Vergata, University of Rome Tor Vergata; 2009.
- ¹⁹ Leira A. Concepts of Care: Loving, Thinking and Doing. En Twigg J (ed.), *Informal Care in Europe*. York: The University of York; 1993.
- ²⁰ Knijn T, Kremer M. Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship. *Social Politics*, 1997; 4(3):328-361.
- ²¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care; 2011. [Disponible en: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>]. [Último acceso: 10 de agosto de 2012].
- ²² Costa G. Prove di welfare locale. La costruzione di livelli di assistenza in Provincia di Cremona. Milán: Franco Angeli; 2009.
- ²³ Brizioli E, Trabucchi M. Quali prospettive per la residenzialità? En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Terzo rapporto*, 173-180. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2011.
- ²⁴ Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder (CO): Westview Press; 1993.
- ²⁵ Sabatier PA, Weible CM. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. En Sabatier P (ed.), *Theories of the Policy Process*. Boulder (CO): Westview Press; 2007.
- ²⁶ Chiatti C, Barbabella F, Lamura G, Gori C. La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati. En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Secondo rapporto*, 13-40. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2010.
- ²⁷ Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in Care Regimes and Female Migration: The 'Care Drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 2006; 16:271-285.
- ²⁸ Mesini D, Pasquinelli S, Rusmini G. Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione. Informe de investigación; 2006.
- ²⁹ Pasquinelli S, Rusmini G. La regolarizzazione delle badanti. En: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2010*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli; 2010.
- ³⁰ Van Hooren F. Welfare Provision beyond National Boundaries. The Politics of Migration and Elderly Care in Italy. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2008; 3:87-113.
- ³¹ Costa G. Le badanti nei sistemi familiari di cura e nei sistemi dei servizi per le persone non autosufficienti: tasselli o stampelle? *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2004; 17-18 (Anziani, lavoro di cura e politiche dei servizi).

HITOS Y PROTAGONISTAS

EVITA Y LA SALUD PÚBLICA: LA ESCUELA DE ENFERMERAS Y EL TREN SANITARIO

Federico PÉrgola

Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Al final del siglo XX, voces autorizadas señalaban que la Medicina había avanzado más en los últimos 50 años que en el resto de su historia. Sin embargo, en áreas como la de la salud social, esa mejora había llegado –aunque con manifiesta asimetría– medio siglo antes, cuando el taylorismo permitió que el obrero alcanzara un valor económico incuestionable, aunque este último concepto resulte a todas luces molesto. El proceso no se reflejó solamente en el trabajador manual: la historia argentina muestra que también los niños, como individuos, habían tenido un valor reducido en época de la dominación hispánica y que había sido necesario crear la Casa de Expósitos para evitar que terminaran sus días muertos de hambre, de frío o bajo una jauría de perros vagabundos.

Fueron Otto von Bismarck en Alemania (con la ley socialista de 1884) y William Henry Beveridge en Inglaterra (con su informe previo a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, elaborado a partir de la presión del taylorismo) quienes dieron impulso a la sanidad social.¹ Cabe recordar las sabias y premonitorias palabras de Rudolph Virchow que, ante una epidemia de fiebre tifoidea en la empobrecida Silesia, exclamó: “La medicina es política, política sanitaria”. Al margen de esta cuestión, la misma palabra hospital deriva etimológicamente del término latino *hospes*, cuyo significado (huésped)² revela que el albergue es anterior al concepto de cura y muestra a las claras que la prevención de las enfermedades y la curación forman parte de un todo que incluye el confort, la alimentación, la higiene, etc.

¿A qué viene este introito? A la referencia a la salud pública que aparece en 1948 en el Manual del peronista:³ “El Estado debe afrontar la asistencia médica integral en beneficio de aquellos que ganan menos. Será conveniente semisocializar la medicina, respetando el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo, y fomentar, por otra parte, para las clases pudientes, el desarrollo del régimen asistencial privado. Para el desarrollo del sistema es conveniente contar con el apoyo popular y de los vecindarios, siempre dispuestos a ofrecer su colaboración humanitaria”.

Los ejecutores naturales de esta empresa fueron ni más ni menos que Eva Duarte de Perón y Ramón Carrillo. Una, aportando su dedicación y energía; el otro, su amplia experiencia médica. La costosa financiación de la obra se repartió entre la Fundación Eva Perón y el Estado Nacional, conforme a las prioridades establecidas: “Salud Pública no debe tener límites en sus gastos. El límite lo ha de dar la necesidad de curar a todos los enfermos que el país tiene”.³ Lo trascendente era la salud pública, la salud popular. Y vaya que se cumplió con la consigna.

La expresión de Carrillo fue la más acertada: había que llegar a “la Argentina profunda”. Esa Argentina de provincias y territorios nacionales, con muchos de sus habitantes que sufrían la falta de atención y que –cuando la oportunidad lo permitía– arribaban a Buenos Aires para acceder a una mejor medicina. Un solo ejemplo basta para ilustrar la situación: el primer aparato de rayos X llegó a la provincia de La Rioja a mediados del siglo XX, pero

ya a fines del XIX Alejandro Posadas padecía dermatitis actínica debido al uso de uno de esos equipos en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires.

La Secretaría de Salud Pública, que por entonces estaba a cargo de Carrillo y que posteriormente adquiriría la categoría de ministerio, tomó nota de las inequidades y amplió un servicio ya existente de ayuda médico-asistencial para atender los pedidos que llegaban del interior del país. Así conformó una Dirección integrada por cinco consultorios de Clínica Médica, dos de Odontología con aparatos de rayos X y uno de Oftalmología, además de laboratorio, farmacia, sala de rayos, etc.

Evita intervino a fines de 1947, cuando comprobó que era necesario atender los problemas de salud. Conociendo las actividades de la citada Dirección, nombró más empleados e incluso, personalmente, ascendió de categoría a varios. En junio de 1948 se creó la Fundación Eva Perón (denominada en un principio Fundación de Ayuda Social Doña María Eva Duarte de Perón), que un mes después fue reconocida legalmente. La colaboración entre la Fundación y la Secretaría fue total. Así lo requerían los problemas sanitarios del país.

Esta integración quedó corroborada por la Primera Exposición de Salud Pública, en la cual la Fundación colocó un stand donde se mostraban las estrategias sanitarias y las acciones implementadas en materia social. Se destacaba la entrega de modernas ambulancias, la apertura de consultorios, la donación de prótesis, anteojos, etc., junto al aporte gratuito de medicamentos caros para el pueblo trabajador.

Durante los años siguientes, la asimetría se invirtió. La Secretaría pasó a colaborar con la Fundación, cuyos elevados recursos le otorgaban una mayor autonomía y preeminencia. Tal vez esto no haya sido satisfactorio para Carrillo, que insistía en priorizar aspectos más técnicos y menos solidarios, a pesar de que estos últimos reconfortaban al pueblo. Los hogares para ancianos y las escuelas para niños, por ejemplo, "fueron construidos y mantenidos por la Fundación Eva Perón. Por su estructura arquitectónica están dentro de los sobrios lineamientos de la Teoría del Hospital, amplios, funcionales y llenos de luz, destruyendo la imagen anacrónica de los viejos asilos que subsistían a través de la caridad pública por intermedio de las sociedades de beneficencia".⁴

La mayoría de las escuelas de enfermería de esa época tenían un origen religioso, sobre todo católico, pero ya había habido un punto de inflexión en 1886, cuando Cecilia Grierson –que aún era estudiante de Medicina– fundó un establecimiento de esas características en el Círculo Médico Argentino, por entonces bajo la dirección de Samuel Gache. A partir de allí surgieron otras entidades: el Departamento Nacional de Higiene con la Escuela de Guardas Sanitarios, la Escuela de la Casa Cuna, la de enfermeras católicas, la de los hospitales de colectividades extranjeras, etc.⁵ Por su parte, el Instituto Nacional del Cáncer creó la Escuela de Enfermeras "Elena Larroque de Roffo" en base a una iniciativa de su esposo, el doctor Ángel Roffo.

Por sugerencia de Evita, nació la Escuela de Enfermeras de la Funda-

ción Eva Perón, que tenía alcance nacional, otorgaba una digna salida laboral a las jóvenes y cumplía la imperiosa misión de proporcionar formación en un área cuyo déficit estructural aún subsiste. Las obras destinadas al resguardo de la salud se multiplicaron a través de la incansable labor de esta mentora de la ayuda solidaria. Pero Eva Perón no estaba sola en la lucha. Además de Perón y Carrillo, la acompañaban muchas mujeres que comprendían su mensaje. Estela Dos Santos lo confirma:⁶ "En diciembre de 1946, envía paquetes a los obreros de Alpargatas que estaban en huelga y entrega 500 subsidios a personas ancianas. Personalmente reparte juguetes, ropas y víveres en Buenos Aires, en Rosario, en Córdoba. Y a medida que actúa se va rodeando de mujeres que la siguen y la apoyan. Ellas serán sus delegadas en la acción social y en la acción política. Desparrramadas por todo el país, trabajarán en la construcción de la Fundación Eva Perón y del Partido Peronista Femenino. Fueron miles de mujeres en la acción directa y fueron millones en el momento del voto".

Más allá de las adhesiones y de haber superado los embates, la obra de la Fundación recibió constantes críticas de los medios opositores. Demitrópulos cuenta lo siguiente:⁷ "Mientras los detractores no cesaban sus ataques y hasta los arreciaban a medida que la Fundación crecía y dejaba su huella a lo largo de todo el país, expresada en obras, Eva seguía rindiendo cuentas a los argentinos, diciendo que cuidaba esos aportes más que su propia vida, que había

prometido (y lo cumplía) manejar los fondos de la Fundación 'en caja de cristal' para que ni la más leve sombra empañara ese dinero, 'dinero limpio' le decía, 'el único limpio que yo conozco', puesto que venía de las manos honradas de los obreros".

Esta actitud contra la figura de Evita se intensificó con el paso del tiempo, como señala Di Tella:⁸ "Para la elección presidencial de 1951 hubo una fuerte presión, sobre todo sindical, para que Eva Perón fuera candidata a la vicepresidencia. La resistencia de toda la oposición, muy fuerte en las clases altas que no perdonaban el origen humilde de Evita, proveniente del medio artístico de la radio y el cine, y ya muy sensible en ambientes militares, imposibilitó esta salida".

La vocación de servicio que Evita inyectaba a la Fundación no decaía en ningún momento. Así surgió otro importante logro: el Tren Sanitario. Remedando en cierta forma el vehículo que trasladaba a Salvador Mazza desde la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) en Jujuy a otras zonas del país para desarrollar su investigación científica, se trató de acceder a las regiones más alejadas y con mayores carencias. Era el símbolo de lo que pretendía la Fundación: llegar a todos los argentinos. Entre el 1 de agosto y el 14 de noviembre de 1951, el Tren Sanitario Eva Perón recorrió los puntos más necesitados del país llevando a profesionales de la salud, acercándolos a muchos habitantes que jamás habían recibido atención médica. El éxito de esa tarea solidaria fue total y concitó el apoyo íntegro de la comunidad. El hacer superó holgadamente al decir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Pérgola F. Historia de la salud social en la Argentina (tomo I). Buenos Aires: Editores Argentinos Asociados; 2004.

² Moliner M. Diccionario del uso del español (H-Z). Madrid: Gredos; 1987.

³ Manual del peronista, XII - Salud Pública. Buenos Aires: Partido Peronista, Consejo Superior Ejecutivo; 1948.

⁴ Alzugaray RA. Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional/I. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.

⁵ Sánchez NI. La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943). Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina; 2007.

⁶ Dos Santos E. Las mujeres peronistas. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1983.

⁷ Demitrópulos L. Eva Perón. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1984.

⁸ Di Tella T. Historia de la Argentina desde 1850 hasta nuestros días. Buenos Aires: Troquel; 1993.

SALUD INVESTIGA

I JORNADA NACIONAL DE COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Bajo la consigna de garantizar la máxima protección posible a las personas que participan en proyectos de investigación en salud y con la participación de representantes de 170 comités de ética en investigación (CEI) pertenecientes a instituciones de las distintas jurisdicciones del país, se llevó a cabo el pasado mes de septiembre la I Jornada Nacional de CEI en la sede de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, organizada por la Comisión Nacional Salud Investiga y la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación del Ministerio de Salud de Nación.

Marcelo Barbieri - Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación

El objetivo principal de este primer encuentro fue la revisión de las regulaciones aplicables a la investigación en salud tanto a nivel nacional como provincial. Cabe destacar que una de las políticas nacionales de investigación es la coordinación de las acciones que permiten garantizar un marco de ética y responsabilidad en todas las investigaciones en salud que se realicen en el país. En este sentido, el Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional de Salud Investiga, viene impulsando desde hace una década el desarrollo profesional y tecnológico en éste área.

Como parte del cronograma de actividades del encuentro, se presentó el marco general de las políticas nacionales en investigación y el recientemente implementado Registro Nacional de Investigaciones en Salud Humana (ReNIS), el cual es una base de datos que comprende a las investigaciones financiadas por el Ministerio o sus organismos dependientes y a los estudios de farmacología clínica regulados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Además, el ReNIS recopila los datos de los CEI que avalan cada una de las investigaciones realizadas en Argentina.

La Jornada incluyó la exposición del Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica aprobado por disposición 6677/10 de

ANMAT; así como los estándares de regulación y fiscalización en investigación en salud de Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Jujuy. Esta fue una de las secciones que concitó mayor interés entre los asistentes, ya que permitió conocer el cuerpo normativo de cada jurisdicción en cuanto a la protección de los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de los participantes en estudios de salud.

La Jornada también constituyó un espacio para una presentación sobre procedimientos operativos estándares de los CEI, particularmente en lo referido a su composición, funcionamiento y a las actividades de segui-

miento que deben realizar los CEI durante la ejecución de las investigaciones en salud. Finalmente, se presentaron los requisitos generales de acreditación y supervisión de los CEI ante organismos oficiales.

Las temáticas abordadas en esta Jornada permitieron el intercambio de ideas y experiencias entre los participantes de las distintas jurisdicciones del país y la continua formulación de preguntas e inquietudes a los panelistas que colaboraron con este encuentro. Este entusiasmo observado en los asistentes sirvió de estímulo para proyectar las futuras jornadas de CEI impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación.



I Jornada Nacional de Comités de Ética en Investigación.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a:

rasp@msal.gov.ar

El texto debe presentarse sin interlineado, letra estilo Times New Roman, tamaño 12, en hoja A4, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas consecutivamente. No se deben usar negritas, subrayado, viñetas ni margen justificado; letra itálica sólo para palabras en otro idioma. Las viñetas deben indicarse con guión medio.

Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (opcional) y apellido/s.

La responsabilidad por el contenido de los artículos es de los autores.

1.2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias deben presentarse en superíndice, con números arábigos y en forma consecutiva según el orden en que aparecen en el texto. Las citas deberán incluirse al final del manuscrito, observando el orden y la numeración asignada en el texto.

El estilo podrá ser indistintamente el estándar ANSI, adaptado por la National Library of Medicine para sus bases de datos, o el de Vancouver.

Consultar en:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Las citas de artículos aún no publicados deben identificarse con las leyendas "en prensa" u "observaciones no publicadas" y deben contar con la autorización de los autores.

Los títulos de las revistas deben abreviarse siguiendo el Index Medicus. Las revistas indexadas en Medline pueden consultarse en <http://www.nlm.nih.gov>. De no estar indexada se debe citar el nombre completo de la revista. Las referencias a "comunicaciones personales" deben evitarse por la imposibilidad de verificar la autenticidad del dato.

1.3. TABLAS

Las tablas deben presentarse en documento separado, numeradas y en orden consecutivo, indicando el lugar del texto al que corresponden.

El cuerpo de la tabla no debe contener líneas verticales. El título general se presentará fuera de la tabla y en la primera fila los títulos de cada columna (breves).

Las explicaciones deben colocarse al pie de la tabla, con signos específicos en el siguiente orden: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, §§.

Los resultados cuantitativos deben incluir las medidas estadísticas obtenidas. Si la tabla contiene datos obtenidos de otra publicación, se debe indicar la fuente al pie de la misma.

1.4. FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

Las figuras y fotografías deben presentarse en documento aparte, identificadas con un título breve, numeradas y en orden consecutivo, indicando en el texto el lugar al que corresponden.

Las figuras se presentarán en documento Excel, con las tablas de valores correspondientes.

Las letras, números y símbolos deben ser claros y de tamaño suficiente para permitir su lectura una vez que han sido reducidos.

Los gráficos deben ser autoexplicativos y de alta calidad. Si fueran tomados de otra publicación, debe identificarse la fuente al pie de la imagen.

Si se utilizan símbolos en las figuras o gráficos, debe colocarse una explicación al pie del mismo.

Las fotografías no deben tener un tamaño menor a 5 cm de ancho y una resolución mínima de 300 dpi. Las fotografías de personas deben respetar los principios de privacidad o contar con una autorización escrita para su publicación.

1.5. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Para evitar confusiones, se deben utilizar sólo abreviaturas estándares. La primera aparición en el texto debe indicar los términos completos, seguidos de la abreviatura entre paréntesis.

2. INSTRUCCIONES PARA ARTÍCULOS SOBRE INTERVENCIONES SANITARIAS, SALA DE SITUACIÓN Y REVISIONES

Los manuscritos de los dos primeros tipos de artículos deben tener una extensión máxima de 12.400 caracteres, incluido un copete de 400 caracteres después del título, y los de Revisiones de 16.000, en todos los casos contando espacios e incluyendo las referencias bibliográficas; y hasta 4 figuras, fotografías o tablas. Se sugiere seguir un orden narrativo conteniendo: introducción, desarrollo y conclusiones.

En la sección "Intervenciones Sanitarias" se presentan programas o planes sanitarios que: (a) hayan sido diseñados en base a evidencia científica; (b) propongan una estrategia innovadora; y/o (c) el impacto haya sido medido con criterio científico. En la sección "Revisiones" se presentan revisiones y/o actualizaciones acerca de un tema de interés para la salud pública, o informes ejecutivos de evaluaciones de tecnología de salud.

3. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

La sección "Artículos Originales" está destinada a artículos de investigaciones originales sobre temas de salud pública. Todos los manuscritos serán sometidos a revisión por pares a doble ciego. El resultado de la evaluación tendrá carácter vinculante y será remitido a los autores para su revisión. Una vez aceptado el artículo para su publicación, el Editor se reserva el derecho a realizar modificaciones de estilo a fin de mejorar su comprensión pero sin afectar su contenido intelectual.

Los artículos deben ser inéditos y sus autores deberán informar si han sido presentados previamente en congresos u otros eventos científicos similares, o si han sido enviados para consideración de otra revista.

El manuscrito debe ir acompañado de una carta al editor con los datos completos del autor responsable y en la cual conste lo siguiente: posibles solapamientos con información previamente publicada, declaración de consentimiento informado de los participantes del estudio, conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen con los criterios de autoría y que aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, el Editor adopta los requisitos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). La versión en español de estos criterios puede consultarse en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_2010.pdf La estructura general del manuscrito deberá respetar el formato IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión. En esta última, se agregan secciones para las áreas de aplicación de los resultados (3.1.7; 3.1.8 y 3.1.9).

El cuerpo del artículo no debe contener más de 23.000 caracteres, contando espacios, ni incluir más de 5 gráficos, figuras o tablas. La extensión máxima admitida para el resumen es de 1.500 caracteres con espacios incluidos y la de las Referencias Bibliográficas es de 5.000.

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

La portada debe remitirse como documento separado con la siguiente información:

- Título del artículo
- El nombre de los autores en orden de prelación y la afiliación institucional.
- Autor responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.
- Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc.).
- Fecha de envío para publicación.
- Declaración de conflicto de intereses

3.1.2. Resumen y Palabras clave

En la segunda página, se incluirá el Resumen y las Palabras Clave en idiomas castellano e inglés (*Abstract y Key words*). El Resumen deberá contener la siguiente información: contexto o antecedentes del estudio, objetivos, procedimientos básicos (selección de sujetos, métodos de observación o medición, etc.), resultados relevantes con sus medidas estadísticas (si corresponde), el tipo de análisis y las principales conclusiones. Se observará el uso del tiempo pretérito en su redacción, especialmente al referirse a los resultados del trabajo. Al pie del resumen, se deben especificar entre 3 y 5 palabras clave que resuman los puntos principales de la información. Para los trabajos biomédicos, se recomienda utilizar términos de la lista de descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus. Los equivalentes en castellano pueden consultarse en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

3.1.3. Introducción

En esta sección se recomienda presentar los antecedentes del estudio, la naturaleza, razón e importancia del problema o fenómeno bajo estudio.

En los estudios cualitativos, se recomienda incluir con subtítulos el marco teórico o conceptual que guía el estudio y explica cómo los autores posicionan al mismo dentro del conocimiento previo. La Introducción también debe contener los propósitos, objetivos

y las hipótesis o supuestos de trabajo.

3.1.4. Método

Debe contener la siguiente información, expuesta con precisión y claridad:

- Justificación del diseño elegido.
- Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda realizar una breve descripción de la población de donde se seleccionaron las unidades y del ámbito de estudio.
- Detalle de las variables y/o dimensiones bajo estudio y de cómo se operacionalizaron.
- Descripción de la técnica, instrumentos y/o procedimientos de recolección de la información, incluyendo referencias, antecedentes, descripción del uso o aplicación, alcances y limitaciones, ventajas y desventajas; y motivo de su elección, particularmente si se trata de procedimientos o instrumentos innovadores. Se deberán describir los medicamentos, sustancias químicas, dosis y vías de administración que se utilizaron, si corresponde.
- Análisis de los datos: se deben describir las pruebas estadísticas, los indicadores de medidas de error o incertidumbre (intervalos de confianza) y parámetros utilizados para el análisis de los datos. Se requiere también definir los términos estadísticos, abreviaturas y los símbolos utilizados, además de especificar el *software* utilizado.
- Debe redactarse en pretérito, ya que se describen elecciones metodológicas ya realizadas.
- Consideraciones éticas: se debe señalar si el estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación en salud, si se obtuvo un consentimiento informado, si corresponde, y si se cumplieron los principios de la Declaración de Helsinki.
- Debe respetarse la confidencialidad de los sujetos participantes en todas las secciones del manuscrito.

3.1.5. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto. Se trata de resaltar o resumir lo más relevante de las observaciones. Todo lo que se considere información secundaria puede presentarse en un apartado anexo, para no interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

3.1.6. Discusión

En este apartado se describe la interpretación de los datos y las conclusiones que se infieren de ellos, especificando su relación con los objetivos.

Las conclusiones deben estar directamente relacionadas con los datos obtenidos y se deben evitar afirmaciones que no se desprendan directamente de éstos.

Se recomienda presentar los hallazgos más importantes y ofrecer explicaciones posibles para ellos, exponiendo los alcances y las limitaciones de tales explicaciones y comparando estos resultados con los obtenidos en otros estudios similares.

3.1.7. Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Es el conjunto de recomendaciones que surgen de los resultados de la investigación y que podrían mejorar las prácticas, intervenciones y políticas sanitarias. Se deben considerar los límites para la generalización de los resultados, según los distintos contextos socioculturales.

3.1.8. Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

Es una discusión de cómo los conceptos y resultados más importantes del artículo pueden ser enseñados o transmitidos de manera efectiva en los ámbitos pertinentes, por ejemplo, escuelas de salud pública, instituciones académicas o sociedades científicas, servicios de salud, etc.

3.1.9. Relevancia para la investigación en salud

Es una propuesta de investigaciones adicionales que podrían complementar los hallazgos obtenidos. Esto implica que otros investigadores podrían contactar al autor responsable para proponer estudios colaborativos.



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de julio 1925. C1073ABA, Buenos Aires, Argentina
www.msal.gov.ar