

Revista Argentina de Salud Pública

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



ARTÍCULO ESPECIAL

Cobertura Universal de Salud

Jorge Daniel Lemus

ARTÍCULOS ORIGINALES

Sobreuso de mamografía para rastreo en un hospital académico de Buenos Aires

María Victoria Salgado, Karin Kopitowski, Mariela Barani, Valeria Vietto, Sergio Terrasa

Uso y gasto en medicamentos antihipertensivos en el subsector público de salud de la Provincia del Neuquén en 2012-2014

Laura Lamfre, Ernesto Ruiz, Santiago Hasdeu

Estadio clínico del cáncer de mama y nivel socioeconómico en el Partido de General Pueyrredón, Argentina, 2013

Andrea Palazzo, Andrea Perinetti, Marta Vacchino

Demoras en el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama en dos hospitales públicos de la provincia de Santa Fe

Luciano Mignini, Silvina Ramos, Veronica Pesce, Gonzalo Tabares, Cecilia Straw, Ivana Romero, Victoria Moretto, Cecilia Almada, Marcela Schneider, Nadia Robles, Luis Fein, María Viniegra

Encuesta sobre exposición de embarazadas y recién nacidos a contaminantes ambientales de riesgo en el Gran Buenos Aires

María Inés Lutz, Marta María Méndez, Antonio Mónaco, Graciela Beroiz

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 7 - N° 29 - Diciembre 2016

Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual - En trámite

Fecha de publicación en línea: 30 de marzo de 2017

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.salud.gob.ar
Ministro: Dr. Jorge Daniel Lemus

CORRESPONDENCIA A:

Dirección de Investigación para la Salud
Av. Rivadavia 877 piso 3 (C1002AAG)
Buenos Aires. Argentina.
Tel.: 011 4331 4645 / 48
rasp@msal.gov.ar

COMITÉ EDITORIAL

Directora General: Dra. Kumiko Eiguchi
Director Científico: Dr. Valentín Aragües y Oroz
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
Editores Científicos: Dra. Grisel Adissi, Dr. Oscar Ianovsky, Dr. Manuel Lago
Coordinador Editorial: Lic. Marcelo Barbieri
Coordinadora Ejecutiva: Lic. Natacha Traverso Vior

EQUIPO EDITORIAL

Bibliotecaria: Bib. Karina Mara Rodríguez
Corrector de estilo: Mariano Grynszpan
Diseño gráfico: Glicela Díaz

CONSEJO ASESOR

Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Rubén Nieto, Dr. Carlos Chiale, Académico Dr. Roberto N. Pradier, Dr. Jorge San Juan, Dr. Raúl Forlenza, Dra. María del Carmen Bacqué

Acad. Dr. Fortunato Benaim. **Fundación Benaim.** Dr. Daniel Stambouljan. **Fundación Centros de Estudios Infectológicos.** Dr. Reinaldo Chacón. **Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer.** Lic. Silvina Ramos. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Dr. Pedro Cahn. **Fundación Huésped.** Dra. María Carmen Lucioni. **Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.** 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 (CREP).** Mónica Abramzon. **Universidad de Buenos Aires (UBA).** Graciela Abriata. **Ministerio de Salud de la Nación (MSN).** Margarita Acosta. **MSN.** Patricia Aguirre. **Instituto de Altos Estudios Sociales-Universidad Nacional de San Martín.** Adriana Alberti. **UBA.** José Alfie. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Ricardo Allegri. **Instituto de Investigaciones Neurológicas (FLENI).** Fernando Althabe. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Juan Altuna. **MSN.** Marcelo Amable. **Universidad Nacional de Avellaneda.** Analía Amarilla. **MSN.** Paola Amiotti. **Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.** María Marta Andreatta. **Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC).** Marta Angueira. **MSN.** Sergio Arias. **ANLIS.** María Eugenia Barbieri. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Victoria Barreda. **UBA.** Waldo Belloso. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Daniel Beltramino. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Ricardo Bernztein. **MSN.** Mabel Bianco. **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.** Claudio Bloch. **Subsecretaría de Salud, Mun. de San Martín.** 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.** Daniela Bruno. **Universidad Nacional de La Plata.** Marita Cadile. **MSN.** Guillermo Carroli. **CREP.** Natalia Casas. **MSN.** María Gracia Caletti. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Haroldo Capurro. **CREP.** Pedro Casserly. **UBA.** Yamila Comes. **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.** Mónica Confalone. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Ezequiel Consiglio. **Universidad Nacional de Hurlingham.** Lilian Corra. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Graciela Cortegoso. **Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.** Ernesto De Titto. **MSN.** Mario Deluca. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Pablo Durán. **Organización Panamericana de la Salud.** María Eugenia Esandi. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Silvia Faraone. **Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.** Diana Fariña. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Ana María Fernández. **UBA.** Daniel Ferrante. **Mtro. de Salud, GCBA.** Silvana Ferreira Bento. **Universidade Estadual de Campinas.** Liliana Findling. **Instituto de Investigaciones Gino Germani.** Juan José Gagliardino. **Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada.** Marcelo García Diéguez. **Universidad Nacional del Sur.** Ezequiel García Elorrio. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Bárbara García Godoy. **UBA.** Mónica Gogna. **UBA - CONICET.** Ángela Gentile. **SENASA.** Ángela Spagnuolo de Gentile. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Sandra Gerlero. **Universidad Nacional de Rosario.** Dante Graña. **Fundación "Avedis Donabedian".** Mabel Grimberg. **CONICET.** Carlos Guevel. **MSN.** Nathalia Katz. **MSN.** Jonatan Konfino. **CEDES.** Karin Kopitowski. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Ana Lía Kornblit. **CONICET.** Pedro Kremer. **Universidad de California (EEUU).** Isabel Kurlat. **MSN.** Graciela Laplacette. **UBA.** Sebastián Laspiur. **OPS.** Roberto Lede. **ANMAT.** Rosa Liascovich. **Centro Nacional de Genética Médica.** Horacio Lopardo. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Elsa López. **UBA.** Luis Loyola. **Universidad Nacional de Cuyo.** Leandro Luciani Conde. **Universidad Nacional de Lanús.** Nora Luedicke. **MSN.** Florencia Luna. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Daniel Maceira. **CEDES.** Susana Margulies.

UBA. Cristina Massa. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Carmen Mazza. Hospital de Pediatría "Dr. J.P. Garrahan". Raúl Mejía. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Irene Meler. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Raúl Mercer. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Mauricio Monsalvo. UBA. Verónica Monti. Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente. Mabel Mora. Hospital Materno Infantil de San Isidro. Susana Murillo. UBA. Sonia Naumann. UBA. Pablo Orellano. CONICET. Otto Orsingher. ANMAT. Alejandra Pantelides. CONICET. Mario Pecheny. CONICET. Virgilio Petrunaro. ANMAT. Iván Redini. MSN. Carlos Ripoll. Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy. Marta Rivas. INEI-ANLIS. Josefa Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Susana Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Mariana Romero. CEDES. María Teresa Rosanova. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Ana Rosato. UBA-UNER. Adolfo Rubinstein. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Andrés Ruiz. MSN. Fernanda Sabio. Universidad Nacional de Quilmes. Patricia Saidón. Hospital "Ramos Mejía". Daniel Salomón. Instituto Nacional de Medicina Tropical. Elsa Segura. CONICET. Alejandro Sonis. Instituto de investigaciones Epidemiológicas (IIE). Sergio Sosa Estani. MSN. Alicia Stolkner. UBA. Ana Tambussi. Hospital "Ramos Mejía". Graciela Touze. Intercambios Asociación Civil. Rodolfo Touzet. Comisión Nacional de Energía Atómica. Marta Vacchino. Universidad Nacional de Mar del Plata. Néstor Vain. Fundación para la Salud Materno Infantil. Carlos Vasallo. Universidad de San Andrés. María Viniegra. Mtro. de Salud de Pcia. de Buenos Aires. Mario Virgolini. MSN. Carla Vizzotti. Fundación Estambouliau. Silvana Weller. Mtro. de Salud, GCBA. Nina Zamberlin. Federación Internacional de Planificación.

Indizada en:



SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 7 - Nº 29 - Diciembre 2016 - Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual - En trámite

Fecha de publicación en línea: 30 de marzo de 2017

EDITORIAL	6	REVISIONES	31
PROGRAMA NACIONAL DE CIUDADES, MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES		EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA: ANOVULATORIOS ORALES COMBINADOS CON GESTODENO COMPARADOS CON LOS COMBINADOS CON LEVONORGESTREL	
<i>National Program of Healthy Cities, Municipalities and Communities</i>		<i>Health Technology Assessment: Combined Oral Contraceptives Containing Gestodene Compared with those Containing Levonorgestrel</i>	
Rubén A. Nieto		Gabriela Luchetti, Santiago Hasdeu	
ARTÍCULOS ORIGINALES	7	INTERVENCIONES SANITARIAS	35
VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN DE NECESIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR O CATETERISMO TERAPÉUTICO NEONATAL EN FETOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS		NEUROLOGÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO	
<i>Validation of a Prediction Model for Need of Neonatal Cardiac Surgery or Catheter-Based Therapy in Fetuses with Congenital Heart Defects</i>		<i>Neurology at Primary Health Care Level in the Province of Río Negro</i>	
Sofía Grinenco, María A. Segovia, Gabriela Peña, Fernando Olmedo, César Meller, Pablo Marantz, Gustavo Izbizky		Silvina Vouilloz, Marcelo Ríos, Pablo Duna, Marcela Fernández, Silvia Bellizio, Sebastián Villate	
ARTÍCULOS ORIGINALES	14	SALA DE SITUACIÓN	38
CRIBADO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA CIUDAD DE CIPOLLETTI		CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE DE DENGUE EN LA PROVINCIA DEL CHACO ENTRE ENERO Y JULIO DE 2016	
<i>Screening for Cervix Cancer and Breast Cancer in the Female Population of the City of Cipolletti</i>		<i>Characterization of a Dengue Outbreak in the Province of Chaco from January to July 2016</i>	
Pablo A. Olavegogeoascoechea, José A. Allevato, Alan E. Traballoni, Alejandro Schroeder, Laura Lamfre, Andrés Guercovich, Luciano Piazzoni, Silvia Hansing, Zenón Beguelin		Lucrecia Obregón, Eliana Buyatti, Karina Peralta, Mariana Sejas, Liliana Zorzo, Sebastián Genero	
ARTÍCULOS ORIGINALES	19	HITOS Y PROTAGONISTAS	41
FORMACIÓN ELEGIDA POR MÉDICOS QUE APROBARON EL EXAMEN ÚNICO DE RESIDENCIAS Y NO ACCEDIERON AL CARGO		LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA: INICIO Y CULMINACIÓN	
<i>Training Chosen by Physicians Who Passed the Single Examination for Medical Residency and Did Not Occupy the Position</i>		<i>Sociedad de Beneficencia: Origin and End</i>	
Gabriel Acevedo, María Alejandra Farías, Carolina Dursi, María del Carmen Cadile, Octavio Ciaravino, Isabel Duré		Federico Pégola	
ARTÍCULOS ORIGINALES	26	SALUD INVESTIGA	43
OBSTÁCULOS Y FACILITADORES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INTEGRAL TRANS EN EL GRAN BUENOS AIRES Y LA PLATA		LOS PREMIOS SALUD INVESTIGA 2016 DISTINGUEN TRES ESTUDIOS QUE MEJORARON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
<i>Obstacles and Facilitators to Guarantee the Right to Integral Transgender Health in Gran Buenos Aires and La Plata</i>		<i>Salud Investiga 2016 Awards Distinguish three Studies that Improve the Quality of Attention of Health Services</i>	
Anahí Farji Neer		Carolina O'Donnell, Marcelo Barbieri, Carolina Deguer	
		SALUD INVESTIGA	46
		RESÚMENES DE INFORMES FINALES DE BECAS "CARRILLO-ONATIVIA"	
		INSTRUCCIONES PARA AUTORES	49

Cómo citar esta revista: Rev Argent Salud Pública. 2016; Dic; 7(29).

EDITORIAL

PROGRAMA NACIONAL DE CIUDADES, MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

National Program of Healthy Cities, Municipalities and Communities

PALABRAS CLAVE: Salud Pública – Municipios Saludables – Determinantes Sociales de la Salud – Análisis de Situación de Salud

KEY WORDS: Public Health – Healthy Municipalities – Social Determinants of Health – Diagnosis of Health Situation

La Dirección Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) desarrolla un Programa Nacional de acción gubernamental cuyo propósito es la gestión integral de políticas públicas para la mejora de la salud de la población. La estrategia de Municipios Saludables tuvo origen en 2001, a través de los gobiernos locales que constituyeron la Red Interinstitucional de Municipios, la cual tras demostrar un fuerte compromiso con el desarrollo de políticas públicas saludables, pasó a integrar institucionalmente la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables del MSN¹. Hacia 2007 se evidenció un gran crecimiento de la Red, que se tradujo en un importante incremento del número de municipios dedicados a fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción de la salud y la mejora de la articulación con el nivel provincial. Finalmente, para dotarla de una mayor sustentabilidad institucional en 2008 se convirtió a la Red en un programa nacional dentro de la estructura ministerial².

Entre 2008 y 2016, el Programa se abocó a incorporar municipios, construir articulaciones interinstitucionales y avanzar en la conformación y el fortalecimiento de las mesas de trabajo intersectorial para la elaboración de análisis de situación de salud locales que sirvieran como línea de base para la implementación de acciones sanitarias. Además, se enfocó hacia el desarrollo de entornos favorables a la promoción de la salud mediante la profundización de compromisos entre los niveles de gobierno local, provincial y nacional.

En 2016, la Coordinación Nacional adquirió rango de

Dirección³, a cuya denominación se agregó el término “ciudades”, en tanto efectoras de las políticas sanitarias del MSN⁴. Esta dirección pasó a depender de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales perteneciente a la Secretaría de Relaciones Nacionales e Internacionales.

Tributaria de los principios de Salud para Todos y de Atención Primaria de Salud contenidos en la Declaración de Alma Ata y en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Dirección asume estratégicamente las siguientes directrices: el abordaje de los determinantes y condicionantes de la salud; la promoción del trabajo conjunto entre Nación, provincias y municipios; la promoción de la participación social y comunitaria en el nivel local; el desarrollo de capacidades institucionales en y con los municipios y las provincias; la acreditación como herramienta de estímulo al desarrollo de políticas locales promotoras de condiciones y modos de vida saludables.

A fin de sustanciar estas directrices, la Dirección tiene entre sus objetivos:

a. Modificar los factores que determinan y condicionan negativamente la situación de salud y desarrollar aquellos que inciden en ella positivamente, para reducir las brechas de inequidad existentes.

b. Promover y fortalecer en los municipios el desarrollo de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aborden de manera integral los determinantes y condicionantes de la salud.

c. Fortalecer las capacidades institucionales de las jurisdicciones para gestionar políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de manera conjunta con los municipios.

Dr. Rubén A. Nieto

Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación

Cómo citar este artículo: Nieto RA. Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables [editorial]. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Resolución 246/03. Ministerio de Salud, Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Creación en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigaciones de Salud [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=2834&word=>

[Último acceso: 21/03/2017]

² Resolución 1592/2008. Ministerio de Salud de la Nación.

³ Decreto 114/2016. Poder Ejecutivo Nacional [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26452&word=>] [Último acceso: 21/03/2017]

⁴ Resolución 129/2016. Ministerio de Salud de la Nación.

ARTÍCULOS ORIGINALES

VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN DE NECESIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR O CATETERISMO TERAPÉUTICO NEONATAL EN FETOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

*Validation of a Prediction Model for Need of Neonatal Cardiac Surgery or Catheter-Based Therapy in Fetuses with Congenital Heart Defects*Sofía Grinenco,¹ María A. Segovia,² Gabriela Peña,³ Fernando Olmedo,⁴ César Meller,¹ Pablo Marantz,⁵ Gustavo Izbizky¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas, con nacimiento en centros especializados, permite disminuir la morbilidad y mortalidad. Se ha desarrollado un modelo predictivo de necesidad de tratamiento cardíaco intervencionista neonatal (TCIN) (cirugía cardiovascular y/o cateterismo cardíaco terapéutico) a partir de hallazgos en vistas ecográficas de pesquisa del corazón fetal. Con este modelo sería posible seleccionar a quienes requieren derivación prenatal. OBJETIVOS: Validar dicho modelo predictivo. MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio de cohorte de validación, prospectivo y multicéntrico. Se realizó análisis de regresión logística univariado y multivariado, valoración de calibración del modelo mediante test de Hosmer-Lemeshow, y de discriminación mediante valoración de área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic). RESULTADOS: En 58 (51,8%) de 112 pacientes incluidos se requirió TCIN. La adecuación del ajuste del modelo no resultó estadísticamente significativa (p 0,232), y la discriminación fue buena (área bajo la curva ROC 0,833; IC95%: 0,757-0,909). Para un punto de corte de 0,3 (a partir del cual el riesgo de necesidad de TCIN resultó significativo en el modelo original), hubo sensibilidad de 96,6%, especificidad de 55,6%, valor predictivo positivo de 70% y negativo de 93,8%. CONCLUSIONES: La aplicación del modelo estudiado en fetos con cardiopatías congénitas es factible, presenta una capacidad diagnóstica satisfactoria y constituye una herramienta útil para el manejo perinatal.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Prenatal diagnosis of congenital heart diseases allows timely in-utero referral to specialized centers and reduces the risk of morbidity and mortality. A model was developed to predict the need of neonatal cardiac surgery or catheter-based therapy in fetuses with congenital heart defects. With this model, based on fetal cardiac ultrasonographic findings, it would be possible to select patients in need of prenatal referral. OBJECTIVES: To validate such predictive model. METHODS: A prospective multicenter cohort validation study was conducted. Univariate and multivariate logistic regression analysis was performed, evaluating calibration by Hosmer-Lemeshow test and discrimination by area under the curve (AUC) of the receiver operating characteristic (ROC). RESULTS: In 58 (51.8%) of the 112 patients, neonatal cardiac surgery or catheter-based therapy was needed. There was no significant difference between observed and predicted event rates (p 0.232), and discrimination was satisfactory (AUC of the ROC 0.833; CI95%: 0.757-0.909). For a cut-off probability of 0.3 (that showed significant risk of need for neonatal cardiac invasive therapy in the original model), sensitivity was 96.6%, specificity 55.6%, positive predictive value 70% and negative predictive value 93.8%. CONCLUSIONS: The application of this predictive model in fetuses with congenital heart defects is feasible, shows a good diagnostic ability and can be a useful tool for perinatal management.

PALABRAS CLAVE: Corazón Fetal - Ultrasonografía Prenatal - Ecocardiografía - Cardiopatías Congénitas

KEY WORDS: Fetal Heart - Prenatal Ultrasonography - Echocardiography - Congenital Heart Defects

¹ Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

² Hospital del Niño Jesús, San Miguel de Tucumán, Tucumán.

³ Hospital Luis Fleitas, Fontana, Chaco.

⁴ Hospital Materno Infantil San Roque, Paraná, Entre Ríos.

⁵ Fundación Hospitalaria, CABA.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Onativia", categoría de estudios multicéntricos, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 19 de junio de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 3 de noviembre de 2016

CORRESPONDENCIA A: Sofía Grinenco
Correo electrónico: sofia.grinenco@hospitalitaliano.org.ar
Registro RENIS N°: IS001103

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas (CC) constituyen las malformaciones con mayor prevalencia al nacimiento y con mayor impacto en términos de morbilidad y mortalidad perinatal. La detección prenatal de las CC ha demostrado globalmente mejorar el pronóstico de los pacientes en términos de supervivencia y calidad de vida¹⁻⁴. Durante la etapa fetal la mayoría de los pacientes con CC se encuentran en un estado de compensación, debido a la fisiología circulatoria. El corazón trabaja con presiones y cargas bajas, y cuenta con un sistema de circulación en paralelo determinado por la permeabilidad del ductus arterioso y del foramen oval. Al nacimiento, los pulmones asumen su función de

oxigenadores de la sangre y se van modificando los mencionados mecanismos, que resultaban compensadores para los pacientes con malformaciones cardíacas severas. Según el tipo de CC, el cierre natural del ductus arterioso y/o del foramen oval puede dificultar o impedir que haya un flujo sistémico o pulmonar adecuado, o una suficiente mezcla intracardíaca, lo que supone en todos los casos un inadecuado aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos periféricos. Se impone entonces la necesidad de estabilizar al paciente y de realizar, a veces de urgencia, procedimientos terapéuticos de alta complejidad, quirúrgicos y/o por cateterismo cardíaco, con el fin de evitar la muerte o el deterioro con secuelas y discapacidad⁴.

El nacimiento en el centro donde el recién nacido ha de ser tratado permite acortar los tiempos terapéuticos y evitar la morbilidad y mortalidad asociadas al traslado de pacientes críticos¹⁻⁴. A su vez, conlleva indudables beneficios psicosociales para las familias afectadas e implica una clara disminución de los costos para el sistema de salud⁵. Por el contrario, en aquellos pacientes con CC que no requieren tratamiento intervencionista cardíaco neonatal, la derivación innecesaria para el nacimiento a un centro de alta complejidad puede acarrear costos personales y económicos evitables.

Durante el embarazo, resulta fundamental establecer qué pacientes se beneficiarían con la derivación prenatal a centros de tercer nivel de complejidad y quiénes no, a fin de optimizar la distribución de los recursos.

Las tasas de detección prenatal de CC reportadas en la población general oscilan a nivel mundial entre el 15 y el 45%, a excepción de Noruega, que cuenta con un programa nacional de pesquisa y registra un 59,7%⁶⁻⁸. En Argentina no hay cifras oficiales, aunque en el Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan", principal centro de referencia nacional en cardiología y cirugía cardiovascular, apenas un 7% (19/299) de los pacientes con CC atendidos entre 2007 y 2011 presentaron diagnóstico prenatal, con mayores chances entre quienes contaban con un seguro de salud⁹. Se estiman cifras superiores en hospitales de referencia privados en las tres ciudades de mayor densidad demográfica (Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) y porcentajes significativamente menores en centros alejados y con menor accesibilidad al sistema de salud. Por lo tanto, en primer lugar se debe mejorar la tasa de detección prenatal de CC, y en segundo término se requieren herramientas aptas para mejorar la selección de los pacientes que deben ser derivados a centros especializados de alta complejidad. Con dicha finalidad, se diseñó un modelo predictivo que —a partir de hallazgos detectados en tres cortes ultrasonográficos, que se utilizan habitualmente en ecografía obstétrica para valorar el corazón fetal— permiten obtener un puntaje para evaluar prenatalmente la probabilidad de necesidad de cirugía o tratamiento por cateterismo en el primer mes de vida en pacientes con sospecha de CC. Marantz¹⁰ describe la metodología de dicho modelo, que fue desarrollado a partir de

una muestra de pacientes con CC atendidos en dos centros terciarios especializados. La observación de asimetría de grandes vasos, asimetría ventricular, una sola gran arteria y una sola válvula atrio-ventricular resultaron variables de predicción significativa. Las variables de ventrículo único y flujo reverso en una gran arteria presentaron predicción perfecta. Con un punto de corte de probabilidad predicha de 0,3 (puntaje ≥ 3) se constató un 98,2% de sensibilidad y un 72,4% de especificidad.

El objetivo de este estudio fue aplicar y validar el modelo predictivo de requerimiento de tratamiento cardíaco intervencionista neonatal (TCIN) a partir de hallazgos de la ecografía obstétrica en fetos con diagnóstico prenatal de CC en una cohorte prospectiva, determinando su aplicabilidad en la población de diferentes regiones de Argentina.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico para validar el modelo mencionado previamente.

La población objetivo estuvo compuesta por todas las mujeres embarazadas con sospecha de CC fetal a partir de la detección de alteraciones ecográficas del corazón fetal, y la población accesible por las mujeres embarazadas con sospecha prenatal de CC y seguimiento posnatal de sus hijos durante al menos el primer mes de vida, que fueron evaluadas en los centros participantes: Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Fundación Hospitalaria (CABA), Hospital Luis Fleitas (Fontana, Chaco), Hospital del Niño Jesús (San Miguel de Tucumán, Tucumán) y Hospital Materno Infantil San Roque (Paraná, Entre Ríos). Los primeros dos hospitales mencionados son centros terciarios de referencia privados; los otros tres, centros públicos de nivel 3.

El reclutamiento se efectuó entre abril de 2013 y abril de 2014. Se incluyó a mujeres embarazadas con sospecha prenatal de CC a partir de la detección de alteraciones en las vistas ecográficas de cuatro cámaras, de los tres vasos y/o de los tres vasos-tráquea, con comprensión y consentimiento a participar en el estudio y con seguimiento posnatal de sus hijos durante al menos el primer mes de vida. Se excluyó a los pacientes cuyos datos no pudieron completarse, así como los casos con pérdida de seguimiento o con muerte intrauterina o muerte durante los primeros días de vida (causada por trisomías 13 y 18, prematuridad o sepsis), en quienes consecuentemente no pudo evaluarse la variable resultado (pacientes con CC evolutivas). No se excluyó a los pacientes con enfermedades genéticas tratadas habitualmente en la práctica (trisomía 21, monosomía del X) ni a aquellos en los que el tipo de CC con confirmación ecocardiográfica posnatal permitía determinar claramente la necesidad de TCIN (hipoplasia de cavidades izquierdas). Se excluyó a los pacientes con arritmia fetal pero sin cardiopatía estructural, y con miocardiopatía fetal sin malformación estructural.

En el estudio original que generó esta propuesta, los criterios de elegibilidad fueron similares, a excepción de la

inclusión de pacientes con arritmias y miocardiopatía fetal. En la presente investigación se excluyó a estos pacientes debido a su bajísima prevalencia (patología que requiere atención especializada tras el nacimiento).

En el modelo predictivo original se incluyó a 291 pacientes con diagnóstico prenatal de CC atendidos en dos centros terciarios en un período de 15 años. Se evaluaron 12 predictores, y en el análisis univariado y multivariado las siguientes 4 variables dicotómicas se asociaron significativamente con la necesidad de TCIN: falta de visualización de una gran arteria, asimetría de las grandes arterias, visualización de una válvula AV y asimetría ventricular¹⁰.

El muestreo fue consecutivo. A partir de la presunción de que el poder de los predictores resultaba similar en la muestra del modelo original y en la muestra de la cohorte de validación, se estimó que los coeficientes de regresión obtenidos en el modelo original resultarían apropiados en la cohorte de validación. En el estudio de validación se exploraron las mencionadas cuatro variables dicotómicas, con la variable resultado también dicotómica: necesidad de TCIN. Se calculó el tamaño muestral a partir de la regla del número de eventos necesario por variable incluida en el modelo, por lo que se estimó que se debía contar con al menos 40 neonatos con requerimiento de TCIN¹¹.

En todos los casos el corazón fetal fue evaluado por medio de las vistas de cuatro cámaras, tres vasos y tres vasos-tráquea, incluidos como cortes de pesquisa cardíaca fetal en las guías de práctica clínica publicadas por la Sociedad Internacional de Ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología (ISUOG)^{12,13}. Los hallazgos estudiados en el corte de cuatro cámaras fueron: visualización de un único ventrículo (una sola cavidad ventricular, acompañada o no de una cámara rudimentaria); asimetría de los ventrículos, definida por una relación entre los anchos ventriculares medidos en telediástole de borde interno a borde interno endocárdicos mayor o igual a 1,4 o menor o igual a 0,75; y visualización de una sola válvula atrio-ventricular. Los hallazgos valorados en el corte de tres vasos fueron: asimetría de las grandes arterias, definida por una relación entre los diámetros del tronco de la arteria pulmonar y de la arteria aorta ascendente medidos en telesístole de borde interno a borde interno endotelial mayor o igual a 1,5 o menor o igual a 0,8; y en el corte de los tres vasos-tráquea: falta de visualización de una gran arteria y flujo reverso a nivel de una gran arteria^{10,14}.

La variable resultado TCIN estuvo dada por la necesidad de tratamiento por cateterismo cardíaco y/o por cirugía cardiovascular dentro del primer mes tras el nacimiento. Sobre la base del modelo predictivo original, el puntaje para derivación prenatal (PDP) se calculó para todos los pacientes incluidos con la siguiente fórmula¹⁰:

$$\text{PDP} = 10 \times \text{vu} + 10 \times \text{fra} + 5 \times \text{nga} + 2,5 \times \text{av} + 2,5 \times \text{aga} + 1,5 \times \text{uvav}$$

(Donde vu = ventrículo único; fra = flujo reverso en una gran arteria; nga = no se visualiza una gran arteria; aga =

asimetría de grandes arterias; av = asimetría de ventrículos; uvav = visualización de una sola válvula atrio-ventricular).

Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado para determinar si las variables identificadas en el modelo original resultaban predictores significativos de TCIN en esta muestra. Por haber presentado predicción perfecta en dicho modelo, se excluyó en el análisis el hallazgo de "ventrículo único" y "flujo reverso en una gran arteria". Se analizaron las variables "no se visualiza una gran arteria", "asimetría de grandes arterias", "asimetría de ventrículos" y "visualización de una sola válvula atrio-ventricular".

Para evaluar la calibración, se compararon los resultados esperados con los observados mediante prueba de chi cuadrado y prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow. Para evaluar la discriminación o capacidad del modelo de distinguir entre pacientes con y sin el evento en función de las variables que lo componen, se consideró: área bajo la curva (AUC) característica operativa del receptor (ROC), sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo^{15,16}. Se utilizó el paquete estadístico STATA 11.2 (Stata Corp LP, Texas, Estados Unidos).

La información fue codificada y anonimizada, asignando a cada centro participante y paciente un número particular. Solamente el centro coordinador pudo acceder a la base de datos completa, sin identificadores personales (nombre y apellido, número de documento). Los demás centros sólo tuvieron acceso a los datos propios. Se utilizó un consentimiento informado escrito, y el estudio fue aprobado previamente por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESULTADOS

Se estudió a 138 pacientes con diagnóstico prenatal de CC, de los cuales se excluyó a 26 por las siguientes razones: muerte intrauterina (n=4), trisomías 13 y 18 (n=4) y prematuridad (n=1) que determinaron la muerte pocos días después del nacimiento, pérdida en el seguimiento (n=6) y no haber nacido aún al momento del análisis de datos (n=11). Se incluyó entonces para el análisis a 112 pacientes con diagnóstico prenatal de CC.

La media de edad materna fue de 31 años ($\pm 6,5$), y la media de edad gestacional al momento de la valoración cardiológica fetal fue de 30,4 semanas ($\pm 5,1$). En la muestra hubo 4 embarazos gemelares (3,6%), 8 casos de retardo de crecimiento (7,1%), 10 alteraciones en el líquido amniótico (8,9%) y 25 malformaciones en otros órganos y/o enfermedades genéticas (22,3%). En la Tabla 1 se presentan los diagnósticos cardiológicos finales de los pacientes; y en la Tabla 2, los tipos de intervenciones terapéuticas indicadas (en dos pacientes con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico la cirugía estaba indicada, pero no se realizó por muerte precoz de los pacientes; y en otros dos casos con la misma patología, los padres optaron por los cuidados paliativos).

En 58/112 (51,8%) se requirió TCIN. El puntaje de derivación prenatal fue menor a 3 en 41/112 (36,6%) y, a excepción de un solo paciente con tetralogía de Fallot, ningún otro requirió TCIN. En 71 (63,39%) el PDP fue mayor o igual a 3, y 57 de esos 71 (80,3%) requirieron TCIN. Los 14 pacientes en quienes el puntaje determinaba una significativa probabilidad de necesidad de TCIN y no lo requirieron presentaron sospecha de coartación de aorta (n=5), ventrículo único con estenosis pulmonar moderada (n=3), tetralogía de Fallot (n=2), atresia tricuspídea (n=1), doble salida del ventrículo derecho tipo Fallot (n=1), ventrículo único con atresia pulmonar y colaterales (n=1) y sospecha de hipoplasia ventricular izquierda por gran asimetría de cavidades cardíacas fetales (n=1).

La comparación mediante chi cuadrado de la curva ROC

TABLA 1. Tipos de cardiopatía congénita.

	n
Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico	19
Ventrículo único (tipo canal atrio-ventricular completo, comunicación interventricular grande, doble entrada ventricular, atresia tricuspídea)	18
Tetralogía de Fallot	14
Comunicación interventricular	12
Transposición de grandes vasos	5
Atresia pulmonar con comunicación interventricular	4
Atresia pulmonar con septum intacto	4
Estenosis pulmonar crítica	3
Anomalía de Ebstein	3
Tronco arterioso persistente	3
Arco aórtico derecho	3
Comunicación interauricular tipo ostium primum	3
Canal atrio-ventricular completo	2
Ductus arterioso restrictivo	2
Arteria subclavia derecha aberrante	2
Estenosis pulmonar moderada	2
Doble salida del ventrículo derecho tipo Fallot	1
Coartación de aorta	1
Estenosis aórtica crítica	1
Aneurisma de la pared del ventrículo derecho	1
Anomalía total del retorno venoso pulmonar	1
Rabdomiomas múltiples	1
Sin cardiopatía (Sospecha de coartación de aorta, insuficiencia pulmonar moderada)	7

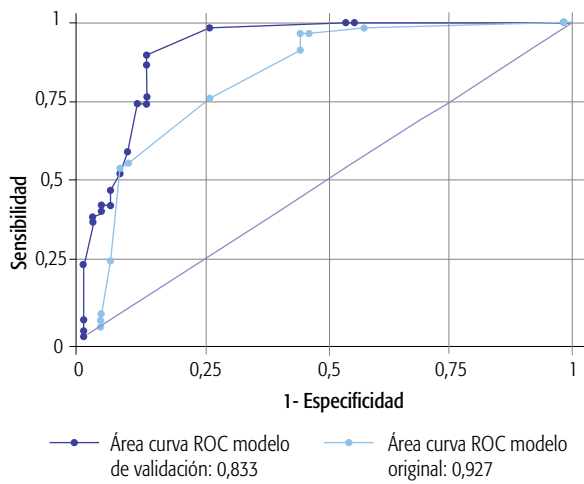
Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. Tipos de intervenciones cardíacas neonatales indicadas.

	n
Cirugía de Norwood-Sano o Cirugía de Stansel	23
Cirugía de anastomosis subclavio-pulmonar	17
Cirugía de Switch arterial	4
Cirugía de cerclaje pulmonar	4
Cirugía de tronco arterioso	3
Cirugía de coartación de aorta	1
Procedimiento de Rashkin	6
Valvuloplastia pulmonar	3
Valvuloplastia aórtica	1

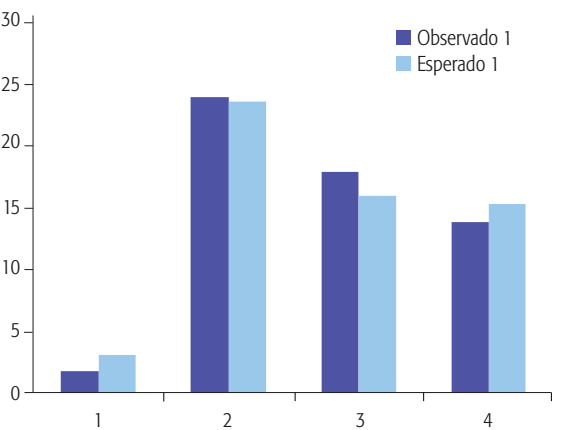
Fuente: Elaboración propia

FIGURA 1. Comparación del AUC ROC de los modelos; original y de validación.



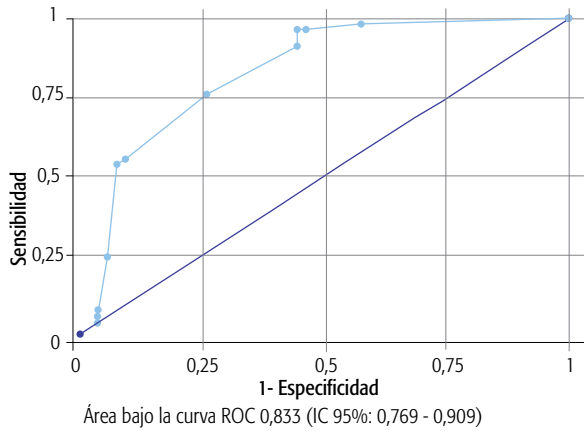
*Test de chi cuadrado, valor de p=0,100
Fuente: Elaboración propia

FIGURA 2. Comparación entre resultados esperados y observados mediante test de Hosmer-Lemeshow.



Fuente: Elaboración propia

FIGURA 3. Área bajo la curva ROC.



Fuente: Elaboración propia

generada en este estudio con la del modelo original no resultó estadísticamente significativa ($p=0,100$) (Figura 1), al igual que la adecuación del ajuste mediante test de Hosmer-Lemeshow ($p=0,232$) (Figura 2).

Sin embargo, la discriminación fue buena en ambos casos, con un AUC ROC de 0,833 (IC95%: 0,757-0,909) (Figura 3). Para un punto de corte de 0,3 (correspondiente a un PDP ≥ 3), hubo una sensibilidad de 96,6%, una especificidad de 55,6%, un valor predictivo positivo de 70% y uno negativo de 93,8%.

DISCUSIÓN

En pacientes con sospecha o diagnóstico de CC a partir de los hallazgos detectados en la valoración del corazón fetal por medio de cortes utilizados para pesquisa, en una cohorte de validación prospectiva multicéntrica, la aplicación del modelo de predicción de necesidad de TCIN presentó una calibración no significativa y una buena discriminación. Las limitaciones en el ajuste del modelo estuvieron dadas porque las CC comprenden un grupo sumamente heterogéneo y variable de enfermedades, con un amplio espectro en su grado de severidad y repercusión clínica. Por otra parte, aunque el riesgo de necesidad de TCIN en pacientes con CC pueda determinarse a partir de los hallazgos ecográficos del corazón fetal, tras el nacimiento entran en juego factores relacionados con los cambios fisiológicos cardiorrespiratorios y la comorbilidad de los pacientes, lo que puede modificar esos riesgos sustancialmente. Esto no puede preverse prenatalmente y contribuye a la variabilidad en la evolución posnatal.

La discriminación del modelo fue buena. Se priorizó la sensibilidad, dado el elevado riesgo de morbilidad y mortalidad inherente a la no detección y derivación prenatal para estabilización y tratamiento al nacimiento de algunos tipos de CC.

En el caso de tetralogía de Fallot con un puntaje < 3 que requirió TCIN (falso negativo), existieron dudas con relación a la dirección del flujo en el ductus arterioso y se subrayó la importancia de determinar siempre la dirección del flujo en las grandes arterias en el corte de tres vasos-tráquea al visualizar el corazón fetal. Ello puede resultar dificultoso, especialmente en caso de operadores insuficientemente entrenados o mala visualización debido a edades gestacionales avanzadas, obesidad materna, posición fetal y/o alteración del volumen de líquido amniótico, en cuyo caso dicha valoración deberá ser repetida o realizada por un operador más entrenado o especializado. La presencia de flujo reverso en una gran arteria justifica la derivación prenatal a un centro especializado¹⁷.

La presencia de falsos positivos en la sospecha prenatal de CC resulta inevitable en el estado actual de la técnica. La sospecha prenatal de coartación de aorta continúa siendo considerada un talón de Aquiles de la cardiología fetal, con una elevada tasa tanto de falsos positivos como de falsos negativos. Su sospecha prenatal se basa en la presencia de dilatación del ventrículo derecho y la arteria pulmonar,

y una reducción en el tamaño y/o alteración en el flujo a nivel del arco aórtico¹⁸⁻²⁰. La demora en el diagnóstico y tratamiento de la coartación de aorta neonatal implica una elevada morbilidad y mortalidad²¹. Por otra parte, todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de ventrículo único deben nacer en centros de alta complejidad²². La gran mayoría requiere TCIN, y no se ha descubierto hasta la fecha ningún hallazgo que permita identificar prenatalmente aquellos infrecuentes casos en los que se mantiene un adecuado y equilibrado flujo sistémico y pulmonar sin necesidad de tratamiento intervencionista en el período neonatal.

La mayor parte de los pacientes estudiados en el trabajo presentaron CC complejas. Esto podría deberse en parte a que los centros participantes son hospitales de referencia provinciales y nacionales, aunque cabe relacionar el fenómeno principalmente con la bajísima tasa de detección prenatal de los defectos cardíacos menores o simples, dada por la dificultad en su visualización ecográfica prenatal.

Se excluyó a pacientes con arritmia fetal y sin cardiopatía estructural y a pacientes con miocardiopatía sin malformación estructural por tratarse de patologías extremadamente infrecuentes y con significativo riesgo de descompensación tanto prenatal como posnatal (que en todos los casos deben ser derivadas a centros con especialistas en cardiología fetal).

La exclusión de pacientes no aptos para evaluar la variable resultado (necesidad de TCIN) por haber presentado muerte perinatal (trisomías 13 y 18 y prematuridad asociadas a CC evolutivas), por pérdida de seguimiento o por no haber nacido al momento del análisis estadístico no afectó negativamente el tamaño de la muestra, ya que se incluyó un número suficiente de pacientes.

El modelo de predicción prenatal de TCIN en pacientes con CC ha sido propuesto como una herramienta para facilitar la selección de pacientes que requieren derivación prenatal a centros especializados, ya que contribuye a mejorar el manejo y el pronóstico perinatal. En este estudio, la validación de dicho modelo ha demostrado limitaciones esperables en su calibración, buena discriminación y factibilidad en su aplicación.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La aplicación del puntaje de derivación prenatal de CC, obtenido a partir del modelo predictivo validado en el presente estudio, constituye una herramienta de utilidad para seleccionar a aquellos pacientes que se beneficiarán con un parto en centros especializados, lo que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad conexas. El transporte de los pacientes en el útero materno implica un costo insignificante para el sistema de salud pública si se lo compara con el costo de trasladar a pacientes críticos en unidades de alta complejidad para su tratamiento en centros terciarios. A su vez, la utilización de este modelo permitiría disminuir la derivación prenatal de pacientes

que no requieren atención neonatal especializada, con la consecuente reducción de costos. La aplicación del puntaje del modelo predictivo estudiado resulta factible y sencilla para los operadores en los centros involucrados y, por lo tanto, en poblaciones y condiciones diferentes a las del modelo original. Este modelo parece ser el primero capaz de ser aplicado por ecografistas que realizan estudios de pesquisa de malformaciones fetales, sin importar el tipo de malformación cardíaca fetal involucrada y sin necesidad de establecer sospecha del tipo de CC. Ello implica una enorme ventaja en países como Argentina, que cuentan con una vasta extensión territorial y una distribución asimétrica y centralizada de los recursos sanitarios de alta complejidad y especialización. Si se realiza una derivación prenatal oportuna y se evitan derivaciones innecesarias a centros de alta complejidad, habrá una mejor atención en salud, con optimización de los recursos disponibles y disminución de los costos personales y económicos para el sistema.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La validación de este modelo de predicción de necesidad de TCIN resulta de interés fundamentalmente para quienes realizan ecografía obstétrica (tanto para ecografistas obstétricos y radiólogos como para los obstetras, que deben

decidir qué pacientes con CC fetal serán derivados para el parto a centros terciarios especializados). La utilización del puntaje es una herramienta útil para mejorar la selección de los pacientes que requieren derivación prenatal a centros de mayor complejidad, especialmente en el interior del país, donde la accesibilidad a esos niveles de atención se ve limitada por factores geográficos o socioculturales.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La realización de un estudio de cohorte prospectivo y multicéntrico en establecimientos de distintas provincias de Argentina resulta relevante para la investigación en salud. Gracias a los recursos tecnológicos, el acceso a la comunicación y al intercambio de información, los estudios multicéntricos hoy son más factibles e implican un enorme potencial para abordar una población con una distribución territorial, características sociales y étnicas de gran heterogeneidad. Los estudios multicéntricos permiten reclutar rápidamente a un gran número de pacientes y extender las conclusiones a una población mayor y más representativa que la que se obtendría en un solo centro. Por otra parte, la realización de nuevos estudios de validación del modelo predictivo presentado podría contribuir a la investigación en cardiopatías congénitas y a la toma de decisiones en la práctica clínica.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Grinenco S, Segovia M, Peña G, Olmedo F, Meller C, Marantz P, Izbizky G. Validación de un modelo de predicción de necesidad de cirugía cardiovascular o cateterismo terapéutico neonatales en fetos con cardiopatías congénitas. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):7-13.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bonnet D, Coltri A, Butera G, Fermont L, Le Bidois J, Kachaner J, et al. Detection of Transposition of the Great Arteries in Fetuses Reduces Neonatal Morbidity and Mortality. *Circulation*. 1999;99:916-918.
- ² Kumar RK, Newburger JW, Gauvreau K, Kamenir S, Hornberger LK. Comparison of Outcome When Hypoplastic Left Heart Syndrome and Transposition of the Great Arteries Are Diagnosed Prenatally Versus When Diagnosis of these Two Conditions is Made only Postnatally. *Am J Cardiol*. 1999;83:1649-1653.
- ³ Verheijen PM, Lisowski LA, Stoutenbeek P, Hitchcock JF, Bennink GBWE, Meijboom EJ. Lactacidosis in the Neonate is Minimized by Prenatal Detection of Congenital Heart Disease. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;19:552-555.
- ⁴ Friedman AH, Fahey JT. The Transition from Fetal to Neonatal Circulation: Normal Responses and Implications for Infants with Heart Disease. *Semin Perinatol*. 1993;17(2):106-121.
- ⁵ Guerchicoff M, Marantz P, Infante J, Villa A, Gutiérrez A, Motero G, et al. Evaluación del impacto del diagnóstico precoz de las cardiopatías congénitas. *Arch Argent Pediatr*. 2004;102(6):445-450.
- ⁶ Stoll C, Garne E, Clementi M. EUROSCAN Study Group. Evaluation of Prenatal Diagnosis of Associated Congenital Heart Disease by Fetal Ultrasonographic Examination in Europe. *Prenat Diag*. 2001;21(4):243-252.
- ⁷ Quartermain MD, Pasquali SK, Hill KD, Goldberg DJ, Huhta JC, Jacobs JP, et al. Variation in Prenatal Diagnosis of Congenital Heart Disease in Infants. *Pediatrics*. 2015;136(2):e378-e385.
- ⁸ Van Velzen CL, Clur SA, Rijlaarsdam ME, Bax CJ, Pajkrt E, Heymans MW, et al. Prenatal Detection of Congenital Heart Disease Results of a National Screening Programme. *BJOG*. 2016;123(3):400-407.
- ⁹ Krynski M, Montonati M, Althabe M. Impact of the Time of Diagnosis on the Postoperative Outcome of Newborn Infants with Congenital Heart Disease in a Public Hospital in Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(5):433-442.
- ¹⁰ Marantz P, Grinenco S, Pestchanker F, Meller CH, Izbizky G. Prenatal Diagnosis of CHDs: A Simple Ultrasound Prediction Model to Estimate the Probability of Need for Neonatal Cardiac Invasive Therapy. *Cardiol Young*. 2015;27:1-7.
- ¹¹ Pavlou M, Ambler G, Seaman S, Guttmann O, Elliott P, King M, et al. How to Develop a More Accurate Risk Prediction Model When There Are Few Events. *BMJ*. 2015;351:h3868.
- ¹² Yagel S, Silverman NH, Gembruch U. Fetal Cardiology: Embryology, Genetics, Physiology, Echocardiographic Evaluation, Diagnosis and Perinatal Management of Cardiac Diseases. Segunda edición, Informa Healthcare, USA, 2003.
- ¹³ International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Carvalho JS, Allan LD, Chaoui R, Copel JA, De Vore GR, Hecher K, et al. ISUOG Practice Guidelines (Updated): Sonographic Screening Examination of the Fetal Heart. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(3):348-359.
- ¹⁴ Grinenco S, Gallardo H, Marantz P, Izbizky G. Determinación de valores de referencia en dimensiones cardíacas fetales en el tercer trimestre de gestación. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2014;5(19):6-10.
- ¹⁵ Hanley JA, McNeil BJ. The Meaning and Use of the Area Under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Radiology*. 1982;143:29-36.
- ¹⁶ Altman DG, Vergouwe Y, Royston P, Moons KG. Prognosis and Prognostic Research: Validating a Prognostic Model. *BMJ*. 2009;29(338):1432-1435.
- ¹⁷ Berning RA, Silverman NH, Villegas M, Sahn DJ, Martin GR, Rice MJ. Reversed Shunting across the Ductus Arteriosus or Atrial Septum in Utero Heralds Severe Congenital Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 1996;27(2):481-486.
- ¹⁸ Gómez-Montes E, Herraiz I, Mendoza A, Escribano D, Galindo A. Prediction of Coarctation of the Aorta in the Second Half of Pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(3):298-305.
- ¹⁹ Jowett V, Aparicio P, Santhakumaran S, Seale A, Jicinska H, Gardiner HM. Sonographic Predictors of Surgery in Fetal Coarctation of the Aorta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;40(1):47-54.
- ²⁰ Matsui H, Mellander M, Roughton M, Jicinska H, Gardiner HM. Morphological and Physiological Predictors of Fetal Aortic Coarctation. *Circulation*. 2008;118(18):1793-1801.
- ²¹ Franklin O, Burch M, Manning N, Sleeman K, Gould S, Archer N. Prenatal Diagnosis of Coarctation of the Aorta Improves Survival and Reduces Morbidity. *Heart*. 2002;87:67-69.
- ²² Beroukhim RS, Gauvreau K, Benavidez OJ, Baird CW, La Franchi T, Tworetzky W. Perinatal Outcome after Prenatal Diagnosis of Single-Ventricle Cardiac Defects. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;45(6):657-663.

ARTÍCULOS ORIGINALES

CRIBADO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA CIUDAD DE CIPOLLETTI

Screening for Cervix Cancer and Breast Cancer in the Female Population of the City of Cipolletti

Pablo A. Olavegogeochea¹, José A. Allevato¹, Alan E. Traballoni¹, Alejandro Schroeder², Laura Lamfre³, Andrés Guercovich², Luciano Piazzoni², Silvia Hansing², Zenón Beguelin²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La detección precoz del cáncer de mama y cuello de útero en la mujer ha permitido aumentar la sobrevivencia y aun la curación en estas dos afecciones. Tanto la mamografía como la realización del Papanicolaou (PAP) tienen una adecuada sensibilidad y especificidad para la detección de tumores incipientes. OBJETIVOS: conocer las prevalencias de utilización de mamografía y PAP en la población femenina de la ciudad de Cipolletti. MÉTODOS: Se realizó un estudio de prevalencia. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, no institucionalizadas y con más de 10 años de residencia. Los principales indicadores fueron: realización de PAP y mamografía en los últimos dos años. RESULTADOS: Participaron del estudio 642 mujeres encuestadas efectivamente con edad promedio 50,24 +/- 16,73 años y un rango entre 18 y 91 años. El 76,7% (IC95%: 67,1-84,1%) de entre 50 y 70 años había utilizado la mamografía, y el 74,9% (IC95%: 66,7-81,6%) de entre 25 y 65 se había realizado el Pap en los últimos 2 años. Ambos indicadores resultaron mejores que en la Provincia de Río Negro. CONCLUSIONES: Si bien no todas las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, se observa una tendencia a mayor prevalencia de realización de mamografía en Cipolletti que en el resto de la provincia, la región y el país.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Early detection of breast cancer and cervix cancer in women has led to increased survival and even cure these diseases. Both mammography and Papanicolaou (Pap) smear have adequate sensitivity and specificity for detection at early stage these tumors. OBJECTIVES: To know the prevalence of use of mammography and Pap smear in screening for breast cancer and cervix cancer in female population of the city of Cipolletti. METHODS: A cross sectional study was carried out. The population included residents of city of Cipolletti, older than 18 years, not institutionalized and more than 10 years of residence. The main indicators were performed Pap smear and mammogram in the past two years. RESULTS: The study surveyed 642 women with an average age of 50.24 +/- 16.73 years, with a range of age between 18 and 91 years. Mammogram was used in group included in current recommendations in Argentina between 50 and 70 years in 76.7% (95% CI 67.1%-84.1%) and Pap smear was used in 74.9% (CI95 % 66.7%-81.6%) of participants between 25 and 65 years, in the past 2 years. Both indicators were better than they were in the Province of Río Negro. CONCLUSIONS: Although not all detected differences are statistically significant, there is a higher use of mammography in Cipolletti than in the province, the region and also the country.

PALABRAS CLAVE: Mamografía - Papanicolaou - Cáncer de Mama - Cáncer de Cuello Uterino

KEY WORDS: Mammogram - Pap Smear - Breast Cancer - Cervix Cancer

¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue.

² Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

³ Facultad de Economía, Universidad Nacional del Comahue.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Municipalidad de la Ciudad de Cipolletti y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

FECHA DE RECEPCIÓN: 3 de agosto de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de enero de 2017

CORRESPONDENCIA A: Pablo Olavegogeochea

Correo electrónico: polavego@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud mundial. Mientras otras causas de mortalidad son controladas y la población envejece, las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Se estima que mundialmente se producen alrededor de 1 200 000 casos nuevos por año, que implican más de 500 000 muertes¹.

En 2011 murieron 58 000 personas por cáncer en Ar-

gentina. La región Centro registró más del 70% de esas defunciones. El cáncer de pulmón ocupó el primer lugar de importancia en todas las regiones, seguido por el colorrectal y el de mama, excepto en Noroeste Argentino (NOA) y Sur, donde se observó en tercer término al cáncer de próstata y estómago, respectivamente. El cáncer de cérvix, situado en décimo lugar a nivel país, se ubicó entre las primeras cinco causas de muerte por cáncer de la región Noreste Argentino (NEA), mientras que en Centro y Sur no figuró en el ranking definido. Argentina tiene la segunda tasa de mortalidad en el continente (21,8 por 100 000), lo que se traduce en alrededor de 5 400 decesos por año.

La mortalidad por cáncer de mama disminuyó aproximadamente un 20% en la última década, a un ritmo anual estadísticamente significativo. Por su parte, las tendencias observadas en la mortalidad por cáncer de cérvix fueron decrecientes en todas las regiones, sin que se registrara una significación estadística a nivel país. Contrariamente a lo ocurrido con la mortalidad por cáncer cervicouterino, el patrón del cáncer de mama mostró las tasas más bajas en las provincias del NOA. San Luis registró el nivel más elevado del período, con tasas estandarizadas de mortalidad (TEM) de 26,7 por 100 000 mujeres. Aunque la mortalidad por cáncer de cuello uterino sigue siendo elevada en las provincias del norte argentino (16 defunciones por 100 000 mujeres en Formosa, 13 en Misiones, 12 en Corrientes y Chaco), las brechas regionales han ido disminuyendo. En 2001, la diferencia en las TEM entre NEA y Cuyo era de 14 puntos, mientras que en 2011 se había reducido a 10. NEA registró las tasas provinciales más altas de 2011. Ese mismo año se observó un aumento de la mortalidad por cáncer cervicouterino en las jurisdicciones –término que incluye las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires– con mayor porcentaje de mujeres con cobertura de salud exclusiva en el sector público y mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI), acompañado de una disminución en las jurisdicciones con mayor cobertura del estudio de Papanicolaou (Pap) y menor porcentaje de NBI.

En relación con el cáncer de mama en mujeres, la realización de mamografía en los últimos dos años en adultas mayores de 40 años se incrementó de 42,5% en 2005 a 54,2% en 2009. La realización de Pap aumentó de forma similar, pasando de 51,6% a 60,5%. La utilización de mamografía fue mayor entre los 50 y 64 años, en la región Pampeana-Gran Buenos Aires (GBA), a mayor ingreso, mayor nivel educativo y presencia de cobertura de obras sociales y prepagas. Por su parte, la realización de Pap fue mayor entre los 35 y 50 años, en la región Pampeana-GBA, a mayor ingreso, mayor nivel educativo y presencia de cobertura de obras sociales y prepagas². De manera sistemática se han señalado siete factores en la aparición del cáncer mamario: la edad, el estado socioeconómico, los antecedentes personales, las mutaciones genéticas, los padecimientos benignos de la mama y los antecedentes personales o familiares de cáncer en otros

órganos. Además de estos factores existen otros más específicos, como paridad, infertilidad, lactancia, anticonceptivos, medicamentos de restitución hormonal, raza, obesidad, consumo diario de bebidas alcohólicas, etc³. La detección precoz del cáncer de mama y cuello de útero permitió aumentar la sobrevivencia e incluso lograr la curación de estas dos afecciones. La mamografía, por ejemplo, se recomienda para las mujeres de 50 a 69 años de edad. Practicada a intervalos de 12 a 24 meses, puede reducir en 25 a 35% la mortalidad⁴. Tanto la mamografía como la realización del Pap tienen una adecuada sensibilidad y especificidad para la detección de tumores incipientes (mamografía: sensibilidad de 68-90% y especificidad de 90-95%⁵; Pap: sensibilidad de 55-90% y especificidad en torno al 90%⁶).

El objetivo del estudio fue conocer las prevalencias de utilización de mamografía y Pap para detectar cáncer de mama y cuello uterino, respectivamente, en la población femenina de la ciudad de Cipolletti.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de prevalencia. El instrumento fue una encuesta utilizada y validada previamente en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2005⁷; las áreas temáticas fueron las mismas referidas en la investigación mencionada. El trabajo de campo (encuesta) se efectuó entre septiembre de 2013 y marzo de 2014, con carga y análisis de datos durante abril y mayo de 2014.

La población estuvo compuesta por residentes de la ciudad de Cipolletti mayores de 18 años, no institucionalizados y con más de 10 años de residencia. Se adoptó este punto de corte en forma intuitiva, asumiendo que en ese tiempo los hábitos culturales se deberían haber modificado completamente (frente a la hipótesis de que las costumbres de inmigrantes se conservan e influyen en las prevalencias a relevar). Cabe destacar que Cipolletti recibió históricamente una corriente migratoria principalmente de Chile, donde el consumo de tabaco (2011) y la obesidad (2008) casi duplican los valores de Argentina⁸.

En una población de 87 492 habitantes, calculando una prevalencia de 37,5% de los factores de riesgo (FR) más representativos, como hipertensión arterial (HTA), dislipemia y tabaquismo, el *n* obtenido fue de 1235 encuestas, con un error aceptado de 7,20% y una *z* de 1,96 (error alfa de 0,05). El diseño muestral propuesto correspondió a una muestra polietápica probabilística, estratificada por conglomerados en el área urbana. La selección de las unidades de muestreo en la primera etapa fue equiprobabilística; se escogieron al azar 12 conglomerados de un universo de 38.

En la segunda etapa se seleccionó una muestra de viviendas en forma sistemática (entre 90 y 100 por conglomerado). Dentro de cada una de ellas se relevó al primer adulto mayor de 18 años que tomaba contacto visual con el encuestador para responder al cuestionario específico de FR. Esa era la tercera y última etapa de muestreo.

El cuestionario fue el utilizado para la ENFR de 2005. Toda la información fue autorreferencial; no se realizaron exámenes físicos ni mediciones bioquímicas, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud como primer paso en Epidemiología. Los encuestadores recibieron entrenamiento previo en diseño de estudio y metodología. Para la definición de FR se utilizaron las opciones ya publicadas⁹ y propuestas por la Organización Panamericana de la Salud; para las características socio-demográficas se utilizaron las definiciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)¹⁰.

Los datos utilizados para este estudio surgieron de la muestra mencionada, perteneciente al estudio Prevalencia de Factores de Riesgo para Enfermedad Vascular en Cipolletti, Río Negro: FARICI¹¹.

Los principales indicadores para este subestudio fueron medidas preventivas: realización de Pap y mamografía en el último año, en los últimos dos años y en más de dos años a la fecha del estudio.

El análisis estadístico de los resultados tuvo en cuenta el diseño multietápico de la muestra. Se calibraron los pesos o factores de expansión iniciales (las inversas de las probabilidades de selección) con ayuda de información auxiliar conocida o preestablecida a partir de registros o fuentes externas. Asimismo, se corrigieron los factores de expansión por no respuesta, definida como el cociente resultante de la suma del número de viviendas que respondieron y el número de las que no respondieron, teniendo al menos un hogar, dividido por el número de viviendas que efectivamente respondieron. La no respuesta se corrigió dentro de cada unidad primaria de selección (conglomerado). Para evaluar los errores de muestreo de las principales estimaciones estatales y nacionales, se usó el método de conglomerados últimos, según el cual la mayor contribución de la varianza de un estimador, en un diseño como este, es la que se presenta entre las unidades primarias de muestreo (UPM). El concepto de conglomerados últimos se utilizó para denotar el total de las unidades en la muestra de una UPM. Para obtener las precisiones de los estimadores de razón, conjuntamente con el método de conglomerados últimos, se aplicó el método de series de Taylor.

Las proporciones se indicaron en forma de porcentaje con IC95%. Los datos numéricos se presentaron como media y desvío estándar.

La investigación fue aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue y se enmarcó dentro de las estrategias de vigilancia epidemiológica y de la Ley 17.622 de Secreto Estadístico. La confidencialidad de los datos estuvo enmarcada en la Ley de Habeas Data.

RESULTADOS

Se seleccionaron 1249 hogares, y hubo 181 encuestas no cumplimentadas (179 rechazadas, 1 donde el individuo no cumplía los criterios de inclusión y 1 que resultó in-

completa). Se efectivizaron 1068 encuestas, con una tasa de respuesta final de 85,66% sobre el total seleccionado (Figura 1).

Participaron del estudio 642 mujeres encuestadas efectivamente, con una edad promedio de $50,24 \pm 16,73$ y un rango de 18-91 años. Del total, había 311 (48%) de entre 50 y 70 años y 528 (82%) de entre 25 y 65.

Utilización de la mamografía

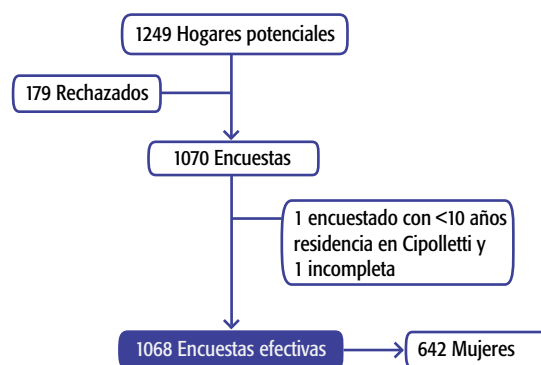
Del total de la población, el 72,4% (IC95%: 69,1-75,5%) reconoció haberse realizado un estudio de mamografía alguna vez. Tomando el grupo etario incluido dentro de las recomendaciones actuales en Argentina¹², de entre 50 y 70 años, el 76,7% (IC95%: 67,1-84,1%) lo había hecho dentro de los últimos 2 años, el 54,4% (IC95%: 46,2-67,9%) en el último año, el 19,2% (IC95%: 13,8-26,2%) entre 1 y 2 años atrás y el 23,3% (IC95%: 15,9-32,9%) más de 2 años antes de la fecha del estudio (Tabla 1). En el grupo etario por fuera del recomendado para la realización de mamografía (menos de 50 o más de 70 años), un 73% (IC95%: 60%-83%) se había realizado una mamografía en los últimos 2 años: el 66,4% de las mujeres menores de 40 años (IC95%: 45,3-82,4%), el 93,6% de las de entre 40 y 49 años (IC95%: 86,8-97,0%) y el 47,5% de las mayores de 70 (IC95%: 24,6-71,5%) (Tabla 2).

Utilización de Papanicolaou

Tomando el grupo etario de entre 25 y 65 años, considerado dentro de las recomendaciones actuales en Argentina¹³, el 74,9% (IC95%: 66,7-81,6%) de las participantes se habían realizado el estudio en los últimos 2 años, el 56,1% (IC95%: 46-65,8%) durante el último año, el 18,7% (IC95%: 13,6-25,3%) entre 1 y 2 años atrás y el 24,3% (IC95%: 17,6-32,5%) más de 2 años antes de la fecha del estudio (Tabla 3).

En el grupo etario por fuera del recomendado para la realización del Papanicolaou (menos de 25 o más de 65 años), un 54,1% (IC95%: 36,7-75,6%) se había realizado el estudio en los últimos 2 años: el 92,7% de las mujeres de entre 18 y 24 años (IC95%: 73,2-98,4%) y el 45,6%

FIGURA 1. Flujoograma de participantes.



Fuente: Elaboración propia

TABLA 1. Utilización de mamografía.

Indicadores	Población, grupo etario recomendado (rango de edad 50-70 años; n=311)*
	% (IC95%)0,975
Realizado en los últimos 2 años	76,7 (67,1-84,1)
Realizado hace menos de 1 año	54,4 (46,2-67,9)
Realizado entre 1 y 2 años atrás	19,2 (13,8-26,2)
Realizado hace más de 2 años	23,3(15,9-32,9)

* Recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
Fuente: Estudio FARICI.

TABLA 2. Utilización de mamografía según grupos etarios.

Indicadores	Grupos etarios			
	<40 años	40-49 años	50-70 años	>70 años
Realizado en los últimos	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
2 años	66,4 (45,3-82,4)	93,6(86,8-97,0)	76,7 (67,1-84,1)	47,5 (24,6-71,5)

Fuente: Estudio FARICI.

TABLA 3. Utilización del estudio de Papanicolaou.

Indicadores	Población, grupo etario recomendado (rango de edad 25-65 años; n=528)*
	% (IC95%)
Realizado en los últimos 2 años	74,9 (66,7-81,6)
Realizado hace menos de 1 año	56,1 (46-65,8)
Realizado entre 1 y 2 años atrás	18,7 (13,6-25,3)
Realizado hace más de 2 años	24,3(17,6-32,5)

* Recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
Fuente: Estudio FARICI.

de las de más de 65 años (IC95%: 31,6-60,2%).

Se analizó la proporción de mujeres que se habían realizado ambos estudios dentro del grupo etario coincidente (entre 50 y 65 años) dentro de los últimos 2 años. Los hallazgos mostraron una mayor utilización de la mamografía sobre el estudio de Papanicolaou: 77,9% (IC95%: 67,2-85,9%) frente a 65% (IC95%: 53,8-74,8%), respectivamente.

DISCUSIÓN

En relación con la utilización de la mamografía, si se comparan los hallazgos del presente estudio con las distintas regiones de la ENFR 2013¹⁴, se observa que fue de 65,6% (IC95%: 63-68%) para la población nacional, de 64% (IC95%: 59,7-68%) para la región Patagónica y de 56,2% (IC95%: 48,1-63,9%) para la provincia de Río Negro, lo que revela una diferencia significativa y una mejor prevalencia del indicador en Cipolletti. Por otro lado, se observó una importante prevalencia del uso del método de detección en mujeres con grupos etarios menores o mayores a los recomendados por el Ministerio de Salud. Probablemente esto se deba a las diferencias respecto a las sugerencias formuladas por las sociedades científicas de Argentina¹⁵. Respecto a la utilización del Pap en Cipolletti (74,9% IC95%: 66,7-81,6%) y la ENFR 2013, 71,6% (IC95%: 70-73,2%) en la población nacional, 72,9% (IC95%: 70,5-75,2%) en la región Patagónica y 65,9% (IC95%:

61,2-70,2%) en la provincia de Río Negro, la diferencia no fue significativa. Algo similar ocurrió con la utilización del Pap como método de detección, lo cual puede atribuirse a la misma hipótesis planteada para la utilización de la mamografía, es decir, las discordancias entre las sugerencias de sociedades científicas y el Ministerio¹⁶. En el análisis del grupo etario coincidente para ambos métodos (entre 50 y 65 años), el estudio aporta otro dato relevante: la utilización de la mamografía es superior al Pap. Si bien esta diferencia no es significativa, podría denotar que en Cipolletti es más sencillo realizarse una mamografía que un Pap. En la práctica médica cotidiana, a veces existen convenios que permiten a las pacientes acceder relativamente rápido a una mamografía y, en cambio, para realizar un Pap, deben hacerlo a través de una consulta especializada (Ginecología). En algunos casos, como en la atención pública, los médicos de atención primaria realizan la práctica y esto mejora la accesibilidad a las pacientes. Se trata solamente de una observación que sirve para generar una hipótesis; el estudio no estaba diseñado para contestar esta pregunta. En realidad, se observa que la prevalencia del uso de Pap en Cipolletti en la edad recomendada es comparable a la de la región y el país, e incluso muestra una tendencia favorable respecto a la provincia.

Aunque no representa una tendencia, el dato más saliente es que parece haber una más alta realización de mamografías en Cipolletti que en el resto de la provincia, la región y el país. Cabe también inferir que existen, al menos en Río Negro, otras regiones con un acceso más limitado a la mamografía. De tal modo, el promedio de la provincia se sitúa por debajo de la media del país, pese a contar con una muestra como la de Cipolletti (con más prevalencia), que podría compensar ese déficit.

El presente estudio evaluó por primera vez la prevalencia de la utilización del cribado oncológico en la ciudad de Cipolletti. Se trata de una medición directa a través de una encuesta validada y realizada localmente. La utilización de la mamografía mostró una proporción de uso razonable, mostrando una mayor tendencia de uso en la ciudad de Cipolletti y, la utilización del Pap fue comparable al resto de la provincia y región Patagónica, donde se observó subutilización del método. La observación de la discordante utilización de ambos métodos en diferentes grupos etarios (según sean recomendaciones del Ministerio de Salud o de una sociedad científica), así como la subutilización del Pap, debería ser motivo de análisis futuro. Si se logra consenso al respecto, aumentaría la adherencia —principalmente de los profesionales médicos— a solicitar los métodos de detección mencionados.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los resultados del presente estudio amplían información sobre los comportamientos de la población no solo dentro del ámbito médico sino también sobre los de la población general en relación a las recomendaciones para la detec-

ción precoz de enfermedades prevalentes como el cáncer de mama y de cuello uterino. Asimismo, el valor de esta información radica en el alcance regional de los datos y, teniendo en cuenta que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue está ubicada en la región del Alto Valle de Río Negro y Neuquén, nos brinda interesantes herramientas de contraste al abordar los temas en cuestión no solo durante la carrera de Medicina sino también en los centros formadores de residentes

acreditados por la Facultad. Las posibilidades de contrastar datos de nuestra realidad permiten el debate e incentivan la investigación en los ámbitos mencionados.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El presente estudio puede servir como marco de referencia para evaluar en los próximos años la eficacia de las políticas de salud pública destinadas a la prevención del cáncer en la ciudad de Cipolletti.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Olavegogeoascoechea PA, Allevato JA, Traballoni AE, Schroeder A, Lamfre L, Guercovich A, Piazzoni L, Hansing S, Beguelin Z. Cribado para cáncer cervicouterino y de mama en la población femenina en la ciudad de Cipolletti. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):14-18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010 Dec 15;127(12):2893-917. doi: 10.1002/ijc.25516.
- ² Abriata MG. Cáncer en Argentina 2001-2011. *Rev Argent Salud Pública*. 2013;4(16):39-46.
- ³ Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(3):178-185. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en] [Último acceso: 31/01/2017]
- ⁴ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. [Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Default.aspx] [Último acceso: 31/01/2017]
- ⁵ Fletcher S, Elmore J. Mammographic Screening for Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2003;348(17):1672-80
- ⁶ Screening for Cervical Cancer. En: U.S. Preventive Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore: *Williams and Wilkins*; 1989.
- ⁷ Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Argent Cardiol*. 2007; 75:20-29
- ⁸ Enfermedades no transmisibles: perfiles de países. *Organización Mundial de la Salud*; 2014. [Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/chl_es.pdf?ua=1] [Último acceso: 29/01/2017]
- ⁹ Herramienta para Vigilancia de ENTs: Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Fuente: *Organización Panamericana de la Salud*, 2015. [Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncd-surv-tools.htm] [Último acceso: 29/01/2017]
- ¹⁰ Encuesta Permanente de Hogares 2003. [Disponible en: http://www.indec.gob.ar/dbindec/EPHdisenoregBaseprelimT403.pdf] [Último acceso: 31/01/2017]
- ¹¹ Olavegogeoascoechea P, Allevato JA, Bavio E, Federico A, Lamfre L. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad vascular en Cipolletti, Río Negro. Estudio FARICI. *Rev Argent Salud Pública*. 2015;6(22):7-13.
- ¹² Prevención de cáncer de mama. *Ministerio de Salud de la Nación*, 2016 [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/199-2-prevencion-de-cancer-de-mama] [Último acceso: 29/01/2017]
- ¹³ Cáncer de cuello de útero. *Ministerio de Salud de la Nación*, 2016 [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/131-cancer-de-cuello-de-utero] [Último acceso: 29/01/2017]
- ¹⁴ Informe ENFR 2013. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2015. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf] [Último acceso: 29/01/2017]
- ¹⁵ Cáncer de Seno. *Asociación Argentina de Oncología Clínica*, 2016 [Disponible en: http://aaoc.org.ar/pagina/-cancer-de-seno] [Último acceso: 29/01/2017]
- ¹⁶ Cáncer de Cuello Uterino. *Asociación Argentina de Oncología Clínica*, 2016 [Disponible en: http://aaoc.org.ar/pagina/-cancer-de-cuello-uterino] [Último acceso: 29/01/2017]

ARTÍCULOS ORIGINALES

FORMACIÓN ELEGIDA POR MÉDICOS QUE APROBARON EL EXAMEN ÚNICO DE RESIDENCIAS Y NO ACCEDIERON AL CARGO

*Training Chosen by Physicians Who Passed the Single Examination for Medical Residency and Did Not Occupy the Position*Gabriel Acevedo¹, María Alejandra Farías¹, Carolina Dursi², María del Carmen Cadile³, Octavio Ciaravino², Isabel Duré²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Se observa una tendencia creciente a no cubrir los cargos de residencias médicas ofrecidas en el Examen Único (EU) del Ministerio de Salud de la Nación para ciertas especialidades y regiones del país. Se desconocen las opciones formativas que adoptan quienes deciden no acceder al cargo. OBJETIVOS: Indagar y describir las alternativas de formación elegidas por médicos que, tras haber aprobado el EU en 2013, no asumen un cargo y determinar sus motivaciones, expectativas y representaciones en torno a la formación en residencias. MÉTODOS: Se diseñó un estudio cuanti-cualitativo. Inicialmente se efectuó un estudio de corte transversal, aplicando un cuestionario cerrado a una muestra intencional integrada por postulantes de las provincias de Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Luego se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, que abordaron los motivos de la decisión. RESULTADOS: Las razones que llevaron a rechazar el cargo fueron una opción formativa diferente a la obtenida en el EU (58%), así como otras expectativas respecto del estilo de vida (28%) y sobre la calidad de la formación y la salida laboral (14%). Al elegir el lugar para formarse, priorizaron el prestigio de la institución y la cercanía con sus vínculos afectivos. CONCLUSIONES: La residencia es la opción preferida para la especialización médica. Dada la oferta suficiente de cargos, el desafío radica en hacer confluir las expectativas personales con las necesidades sanitarias.

ABSTRACT. INTRODUCTION: There is an increasing trend not to accept the medical residency positions offered by the Single Examination of the Argentine Ministry of Health for certain specialties and regions of the country. It is unknown which training options are chosen by those who do not accept such positions. OBJECTIVES: To recognize the alternatives of training chosen by physicians who, after having passed the Single Examination in 2013, decided not to accept the position, determining their motivations, expectations and representations regarding residency training. METHODS: A qualitative-quantitative design was used. Initially, a cross-sectional study was performed, applying a closed questionnaire to an intentional sample composed by applicants from the provinces of Santa Fe, Neuquén, Salta and San Juan. That was followed by a qualitative study through semi-structured interviews, which looked at the reasons of the decision. RESULTS: The positions were rejected due to: training option different from the one obtained by the Single Examination (58%) as well as other expectations regarding lifestyle (28%) and quality of training and job prospects (14%). The training place was chosen considering, above all, the institutional reputation and being close to beloved people. CONCLUSIONS: The medical residency is the preferred option for medical specialization. Given that enough jobs are offered, the challenge is how to bring together personal expectations and sanitary needs.

PALABRAS CLAVE: Residencia Médica - Educación Médica - Especialización Médica

KEY WORDS: Medical Residency - Medical Education - Medical Specialization

¹ Centro de Investigación y Formación en Gestión de Servicios de Salud y Trabajo, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
² Dirección Nacional de Capital Humano, Ministerio de Salud de la Nación.
³ Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, Ministerio de Salud de la Nación.

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 6 de junio de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 13 de enero de 2017

CORRESPONDENCIA A: Gabriel Acevedo

Correo electrónico: geacevedo_esp@fcm.unc.edu.ar

Registro RENIS N°: IS001119

INTRODUCCIÓN

Para los médicos, el modo más frecuente de formarse como especialista en Argentina es la residencia. Cada año hay aproximadamente 5 000 nuevos profesionales que se enfrentan a la decisión de continuar o no sus estudios de posgrado y, dado el caso, en qué modalidad y especialidad. El sistema de residencias —en sus distintas modalidades nacionales, provinciales, municipales y privadas— ofrece en conjunto unas 4 800 vacantes anuales¹, lo que en principio alcanzaría a cubrir prácticamente las necesidades de formación de todos los médicos que egresan de las universidades². Sin embargo, mientras en algunas especialidades y regiones del país se observa en los últimos años una tendencia a no cubrir los cargos ofrecidos, en ciertas provincias el número de aspirantes supera al de vacantes, como es el caso de Santa Fe.

En este marco, el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU) surge en 2011 como una propuesta orientada a facilitar la cobertura de las vacantes disponibles. Permite asegurar el ingreso en alguna de las residencias ofertadas en las diferentes jurisdicciones [N.del E.: el término incluye a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires] que participan del EU. Son los postulantes quienes pueden elegir, en caso de haber aprobado más de un concurso³.

Para analizar a los jóvenes médicos que se postulan en el EU y comprender cómo construyen sus decisiones respecto a la formación como especialistas, es necesario poner en juego un conjunto de variables individuales, relacionales y contextuales^{4,5}. Se debe considerar no sólo la oferta de formación, que en este caso está centrada en la organización del sistema de residencias (y particularmente el EU), sino también la demanda de los sujetos, lo que requiere mirar sus motivaciones, expectativas y representaciones socialmente estructuradas y, a la vez, estructurantes de los vínculos que mantienen con las instituciones⁶.

Pese a la posibilidad proporcionada por el EU, en provincias como Neuquén, Salta y San Juan siguen quedando cargos sin cubrir. Cabe preguntarse entonces qué formación eligen los profesionales que quedan afuera de la sede y/o de la especialidad elegida y no optan por tomar un cargo en otra jurisdicción incluida en el EU.

En este contexto, pueden presentarse tres situaciones hipotéticas: a) que tras aprobar el EU no haya vacante en la especialidad y sede elegidas, y el postulante no esté dispuesto a modificar su elección para presentarse al proceso de readjudicación; b) que prefiera aceptar una vacante en otro concurso donde haya participado (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza); c) que prefiera salir del sistema de residencia y realizar otra modalidad de formación en la especialidad (concurrancia, posgrado universitario).

Surgen entonces las preguntas que orientaron este estudio: ¿qué elección alternativa realizan aquellos profesionales que, tras aprobar el EU, no acceden al cargo adjudicado?; ¿qué características tienen los subgrupos que eligen alguna alternativa diferente en cada una de las jurisdicciones bajo estudio?; ¿qué razones respaldan la decisión tomada?

Así, el objetivo de esta investigación fue indagar y describir las alternativas de formación que eligieron aquellos médicos concursantes del EU que, tras haber aprobado el examen en 2013, no ocuparon el cargo de residencia ofrecido en las provincias de Salta, San Juan, Santa Fe y Neuquén, abordando sus razones, motivaciones, expectativas y representaciones en torno a la formación en residencias.

MÉTODOS

Se utilizó un diseño cuali-cuantitativo en dos etapas: en la primera, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, aplicando un cuestionario semiestructurado; en la segunda, se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad a una muestra de los médicos

encuestados en la primera instancia.

La población objetivo fueron los médicos que, tras haber aprobado el EU en 2013 en las provincias de Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan, no ocuparon ese cargo u otro ofrecido en el marco del EU.

Para la primera parte se diseñó una estrategia de muestreo en dos etapas: intencional, para las unidades geográficas seleccionadas por un criterio de significatividad desde el punto de vista organizacional; y sistemática, por cuotas en la selección de los concursantes. El marco muestral se conformó con las bases de datos del EU 2013 de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, incluidas en el Sistema Integrado de Información Sanitaria de dicho ministerio. La secuencia de la estrategia de muestreo se presenta en la Tabla 1.

Sobre un total de 2 446 inscriptos al EU en 2013 para todas las provincias, se seleccionó a los que habían rendido para cubrir vacantes en las cuatro provincias estudiadas; sobre ellos, se seleccionó a quienes habían aprobado el examen con más de 40 puntos y estaban en condiciones de acceder al cargo, pero no constaba que lo hubieran tomado. A partir de un total de 927 casos, se filtraron los que no tenían datos de contacto y se obtuvo una primera base operativa de 768 casos en condiciones de ingresar en la muestra. Entre ellos, se logró una respuesta efectiva de 98 casos con el método de cuotas por provincia y sexo para dos encuestadores. Se aplicó un cuestionario telefónico semiestructurado conformado por 32 preguntas, que abarcaban cinco dimensiones de análisis delimitadas en base a investigaciones preliminares sobre la misma población. El cuestionario incluyó preguntas cerradas de dos o más respuestas, algunas con respuesta múltiple, en formato de escala Likert. Además contuvo preguntas abiertas necesarias para ajustarse al carácter exploratorio de este primer contacto sistemático con el grupo bajo estudio. Las cinco dimensiones estaban referidas a aspectos sociodemográficos, valoraciones sobre la profesión y el lugar de desarrollo de la residencia, la formación previa y el proceso de decisión que se inicia una vez concluido el EU.

La encuesta telefónica se llevó a cabo entre abril y julio de 2014 (ver Tabla 2).

El relevamiento realizado en la etapa cuantitativa de la investigación fue una primera aproximación al modo en que los recientes egresados de la carrera de medicina planifican su formación de posgrado y los sentidos que adquiere la formación como especialistas en sus proyectos de vida.

La etapa cualitativa profundizó en aspectos tales como expectativas pasadas y actuales, estilo de vida, perspectivas laborales y económicas que hubieran condicionado la elección de una alternativa al cargo en el sistema de EU7, y en las motivaciones, expectativas y representaciones sobre la formación como especialistas.

Se confeccionó un modelo de entrevista en profundidad, que fue aplicado a una muestra intencional conformada por aquellos que luego de la encuesta aceptaron participar voluntariamente. La muestra cualitativa quedó compuesta

entonces por 12 entrevistas en profundidad: 4 de médicos de Salta, 4 de Neuquén y 4 de Santa Fe. No se incluyó a concursantes de San Juan, ya que ninguno accedió a realizar la entrevista. Al seleccionar los participantes en esta etapa, se buscó que hubiera representación de varones, mujeres y de distintas especialidades. Se realizó un contacto telefónico para coordinar las entrevistas, que fueron presenciales en Santa Fe y Neuquén, y mediante videoconferencia en Salta. Las entrevistas se efectuaron entre agosto y noviembre de 2014.

A partir de la sistematización de los resultados de las entrevistas cualitativas, se intentó responder algunas preguntas, que orientaron la indagación en esta etapa. Los principales interrogantes fueron: ¿cómo toman las decisiones los jóvenes médicos en relación con su formación?; ¿cómo eligen su lugar de formación?; ¿qué variables se ponen en juego al optar entre las alternativas disponibles?; ¿qué lugar ocupa la formación como residentes en sus proyectos de vida y qué lugar tienen otras formaciones en salud?; ¿qué lugar tienen otros proyectos vitales?

Los datos provenientes de la encuesta cuantitativa fueron exportados a un *software* de procesamiento estadístico de información (SPSS 21 para Windows). En una primera instancia, se realizó la distribución de frecuencias de las variables seleccionadas. Por su parte, los datos provenientes del relevamiento cualitativo se analizaron con el *software* Atlas ti como herramienta. Las entrevistas fueron grabadas y procesadas a través de un análisis textual y contextual de cada una de ellas. Los entrevistados expresaron su aceptación a participar del estudio dando su consentimiento, cuyo modelo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

RESULTADOS

En lo que respecta a la caracterización sociodemográfica, la muestra cuantitativa quedó compuesta por 98 casos: 36 correspondientes a la provincia de Santa Fe, 22 a San Juan, 19 a Salta y 21 a Neuquén. De los 98 profesionales encuestados, 59 eran varones (60,2%) y 39, mujeres

TABLA 1. Estrategia de muestreo del estudio cuantitativo.

	Total n	Varón %	Mujer %
Inscriptos al EU 2013	2446	41	59
Inscriptos en provincias seleccionadas en condiciones de acceder al cargo, pero que no acceden*	927	40,7	59,3
Inscriptos en provincias seleccionadas en condiciones de ingresar a la muestra con datos de contacto	768	32	68
Ingresaron a la muestra†	98	60	40

* Se aprueba con un puntaje mayor a 40.

† Los que efectivamente fueron contactados y aceptaron responder la encuesta telefónica.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del EU 2013, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación.

(39,8%). El 41,8% de ellos se había postulado para especialidades clínicas, 35,7% para quirúrgicas y 22,5% para anestesiología. El 42% del total se había formado en las universidades nacionales de Rosario y Córdoba. Casi el 60% había superado el máximo nivel educativo alcanzado por sus padres. Más del 70% de los entrevistados consignó que desarrollaba una actividad rentada, que era su principal fuente de ingresos, mientras que para el 12% la principal fuente era la familia y para un 5% las becas. En cuanto a la vivienda, se observó un alto nivel de independencia económica, ya que el 43% alquilaba, el 8% era propietario y sólo el 30% vivía en casa de sus familiares ascendentes. En relación con el ascendente familiar en la medicina, el 63% respondió que no tenía ningún familiar médico, al tiempo que sólo el 40% de los padres y madres de los entrevistados había alcanzado algún título universitario.

De los 98 entrevistados, 34 no tomaron el cargo ofrecido por el EU debido a que en la plaza y especialidad concursadas no había más vacantes; de las 64 respuestas válidas, el 58% prefirió una opción formativa, especialmente residencias, diferente a la obtenida en el EU. En el 28% de los casos la no aceptación del cargo estuvo vinculada a las expectativas respecto del estilo de vida, principalmente

TABLA 2. Estrategia de muestreo del estudio cuantitativo.

Dimensiones	Variables
1. Familia	1.1. Familiares convivientes y padres 1.2. Familiares médicos
2. Formación	2.1. Decisión de estudiar medicina 2.2. Universidad de carrera de grado 2.3. Mudanza por estudios universitarios 2.4. Trabajo durante la formación 2.5. Apoyo económico durante la formación 2.6. Valoración de la institución formadora 2.7. Formación de posgrado universitaria actual 2.8. Motivación para posgrado actual 2.9. Valoración sobre posgrado actual
3. Decisión / Examen Único	3.1. Cargo para el que rindió exámenes 3.2. Motivos para rendir ese cargo 3.3. Expectativas al momento de rendir el examen 3.4. Conocimiento sobre la residencia para la que rendía 3.5. Valoración sobre la residencia que rendía 3.6. Conocimiento de los colegas que estaban en la residencia 3.7. Valoración de la especialidad para la que concursó 3.8. Cambios de provincia o especialidad en readjudicación 3.9. Motivos para rechazar el cargo del Examen Único 3.10. Otros exámenes de residencia en 2013 3.11. Exámenes de residencia de otros años
4. Situación laboral actual	4.1. Situación de actividad 4.2. Lugar de trabajo 4.3. Principal fuente de ingresos 4.4. Satisfacción con el trabajo actual 4.5. Otros trabajos anteriores ligados a la medicina
5. Estilo de vida	5.1. Actividades que realiza en el tiempo libre 5.2. Valoración de la ciudad en que vive 5.3. Opinión sobre un lugar para vivir 5.4. Opinión sobre un lugar para ejercer la medicina

Fuente: Elaboración propia

asociadas a la lejanía entre el lugar de la formación y su domicilio. Por último, el 14% basó su elección en las expectativas respecto a formación y salida laboral (ver Tabla 3).

La preferencia por la residencia como alternativa formativa se corresponde con las respuestas obtenidas en la pregunta por la ocupación vigente (al momento de la encuesta). De los 98 médicos, 72 manifestaron que estaban haciendo una residencia (pública o privada), que se reveló como la principal alternativa frente al cargo del EU (ver Tabla 4).

Menos de la mitad de los encuestados había rendido sólo para el EU. El resto (59%) se había presentado en más de una prueba, mientras que había 40 aspirantes con un único examen rendido y 28 con dos. En lo que respecta a la cantidad de provincias consideradas por cada aspirante,

TABLA 3. Razones declaradas por las que el médico no adjudicó el cargo*.

	n	(%)
Razones basadas en que se priorizó otra opción	37	(58)
Adjudicó otro cargo de residencia pública		
Adjudicó un cargo de residencia privada		
Adjudicó un cargo de residencia universitaria		
Prefería adjudicar otro cargo porque le interesaba otra especialidad		
Consiguió un trabajo en el ámbito privado		
Consiguió un trabajo en el ámbito público		
Adjudicó una concurrencia		
Razones basadas en las expectativas respecto del estilo de vida	18	(28)
El hospital estaba alejado de donde vive		
La remuneración era menor a sus expectativas		
La carga horaria era incompatible con sus responsabilidades familiares		
La carga horaria resultaba incompatible con otras actividades de formación		
Razones basadas en las expectativas respecto a la formación y la salida laboral	9	(14)
Los posibles destinos laborales posteriores a la residencia no cumplían sus expectativas		
El hospital sede de la residencia no cumplía sus expectativas		
El equipo de trabajo no cumplía sus expectativas		
No estaba dispuesto a realizar la devolución a la provincia		
Decidió esperar al año próximo para otros concursos	0	
Total	64	(100)

* Respuestas múltiples.

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas.

TABLA 4. Ocupación del médico al momento de la encuesta.

	Mujer		Varón		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hace una residencia en el sistema público	15	(38,5)	24	(40,7)	39	(39,8)
Hace una residencia en el sistema privado	12	(30,8)	21	(35,6)	33	(33,7)
Trabaja en un consultorio privado	7	(17,9)	3	(5,1)	10	(10,2)
Trabaja en servicio de emergencias	3	(7,7)	5	(8,5)	8	(8,2)
Trabaja en centro asistencial estatal	-	-	5	(8,5)	5	(5,1)
Trabaja en centro asistencial privado	-	-	1	(1,7)	1	(1)
Actividad médica no asistencial	1	(2,6)	-	-	1	(1)
No contesta	1	(2,6)	-	-	1	(1)
	39	100	59	100	98	100

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas.

el 50% optó por una sola, mientras que el 15% lo hizo por tres distintas. En cuanto a las especialidades, el 82% de los consultados dijo que sólo había optado por una (ver Tabla 5).

Con el fin de abordar las representaciones de los jóvenes médicos acerca de las alternativas de trabajo y formación disponibles, se indagaron una serie de atributos presentes en ellas (ver Tabla 6).

Se solicitó a los encuestados que evaluaran los atributos presentados en la Tabla 6. La residencia en el hospital público obtuvo la mejor valoración en 4 de 7 atributos (Mejor remuneración, Mejor desarrollo profesional, Mejor salida laboral y Mayor prestigio profesional) y el menor puntaje en los referidos a presión y trato en el lugar de trabajo.

En la etapa cualitativa de la investigación, los entrevistados fueron 4 mujeres y 8 varones. De ellos, 5 vivían solos, 4 en pareja y 3 con sus familias de origen. Ninguno tenía hijos. Todos menos uno habían migrado de su lugar de origen (o de donde estaba radicada su familia) para cursar los estudios de grado. Posteriormente, al encarar la formación como especialistas y el inicio de su carrera profesional, 4 de ellos volvieron a su ciudad, 7 se quedaron en donde habían cursado la carrera de medicina y 1 migró a un tercer lugar. En relación con las especialidades para las cuales concursaron en el marco del EU, 9 habían rendido para especialidades clínicas, 2 para quirúrgicas y 1 para anestesiología. Del total, 7 estaban formándose en las especialidades para las cuales habían rendido el EU en 2013, mientras que 5 habían cambiado de especialidad. En cuanto a sus lugares de formación como especialistas médicos, 7 se encontraban en un hospital público, 4 en un centro privado y apenas 1 persona cursaba un posgrado universitario mientras trabajaba en el sector privado.

Los entrevistados ofrecieron impresiones acerca de sus vivencias en la etapa de formación de grado y posgrado, lo que permitió indagar sobre el universo de representaciones, expectativas y valoraciones en relación con su formación como profesionales, su futuro laboral y otros proyectos de vida. Esto ayudó a reconstruir las motivaciones de sus elecciones. Surgieron así tres grupos: los que priorizaban la mejor formación; los que priorizaban los vínculos afectivos o el arraigo a un lugar; y, finalmente, los exploradores, es decir, los que contemplaban diversas opciones e incluso habían iniciado una o más formaciones, pero que aún no encontraban un trayecto formativo adecuado a sus expectativas.

DISCUSIÓN

Las decisiones respecto a la formación de posgrado de un especialista médico se construyen a partir de la interacción entre el contexto que determina los márgenes de posibilidades del sujeto, el sistema de relaciones institucionales en el que está inserto y su esquema de valores, percepciones, motivaciones y expectativas. En el proceso intervienen las ideas sobre la modalidad de formación, el ejercicio en determinada especialidad, el ámbito público o privado de práctica y el entorno urbano o rural; y median los aspectos emocionales ligados a la cercanía con los

vínculos familiares, la perspectiva de conformar una familia propia en un futuro próximo, la necesidad de tiempo para otras actividades y también las expectativas de satisfacción económica y el estatus profesional.

En algunos países, como Canadá o México, la planificación de la formación de posgrado está centralizada de acuerdo con las políticas sanitarias, las características de su sistema de salud y el acceso a las residencias, y se realiza mediante un proceso único de convocatoria estatal. Esta organización reduce el margen de elección de los profesionales y busca orientarlos según las necesidades de la población².

En Argentina, el acceso a la certificación de especialista tiene varias opciones. Este factor —sumado a la descentralización del sistema— permite realizar elecciones más acordes con las expectativas personales, pero resulta perjudicial para el sistema y torna impredecible la cobertura de las vacantes.

Un estudio reciente sobre los factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica⁸ mostró que no existe un único factor condicionante de la elección, sino un sistema pluridimensional, cuya relación y/o primacía de alguna de esas dimensiones depende del contexto socio-espacial.

Otro estudio, que abordó atributos tales como sexo, edad, estado civil, origen geográfico, origen socioeconómico, etc., reveló que ninguno de esos factores por sí solo demuestra una efectiva y contundente asociación a la hora de elegir⁹.

Uno de los hallazgos de este estudio es que la residencia configura la opción formativa más valorada por la mayoría de los postulantes al EU que no tomaron el cargo de concurso. Del relevamiento se desprende que el 73,5% de ellos estaban realizando una residencia al momento de la encuesta (entre públicas y privadas). Es relevante el peso

que tiene el haber adjudicado otra residencia concursada, en lugar de las posibilidades que ofrece el EU.

La residencia en el sector público es valorada positivamente debido al desarrollo y prestigio profesional, y por las posibilidades laborales que ofrece. La opción privada aparece como válida cuando se trata de instituciones específicas o cuando pesan factores externos, como el lugar donde se quiere vivir.

En aquellos postulantes que priorizan la calidad de la formación, independientemente de la cercanía con sus afectos, el proceso de decisión de las distintas opciones de residencia responde a una forma iterativa entre la especialidad elegida como primer elemento, seguida por el prestigio y la posibilidad de desarrollo profesional en el futuro y otros factores intervinientes, como la distancia a los centros urbanos. Esto se relacionaría con lo revelado en una investigación sobre los motivos de la elección de especialidad, donde están presentes tres componentes: factores asociados con características de los estudiantes, tipo de escuela y percepciones de los estudiantes de las características de la especialidad médica¹⁰.

El presente estudio revela otro factor que resulta de interés: a la hora de elegir, muchos médicos priorizan la cercanía con sus afectos o la vuelta a sus lugares de origen, resignando incluso la especialidad preferida. Esto demuestra que hay factores ligados a la emocionalidad, que no se explican en función de la formación buscada pero son razonables en el esquema de valores y decisiones de los individuos, en consonancia con los resultados revelados en una investigación que aborda el impacto de los estilos de vida en las elecciones de los médicos recién graduados¹¹.

Este hallazgo es coherente con la evidencia previa, que indicaba la propensión de los postulantes a tomar un cargo en el lugar donde nacieron, viven o se formaron. De acuerdo con los datos del EU 2013, esto sucedió en la región

TABLA 5. Distribución de respuestas de encuestados según cantidad de exámenes rendidos en simultáneo, variedad de jurisdicciones y especialidades.

Exámenes rendidos	Encuestados		Variedad de jurisdicciones	Encuestados		Variedad de especialidades	Encuestados	
	n	%		n	%		n	%
1	40	41	1	49	50	1	80	82
2	28	29	2	33	34	2	17	17
3	19	19	3	15	15	3	1	1
4 o más	11	11	4 o más	1	1	4 o más	0	
Total:	98	100	Total:	98	100	Total:	98	100

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas.

TABLA 6. Distribución de respuestas por encuestado para cada atributo percibido en las alternativas de trabajo y formación.

Atributo percibido	Residencia universitaria		Residencia pública		Clínica privada		Concurrencia		Servicio de emergencia		No sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor remuneración	9	(9)	54	(56)	18	(19)	-	-	14	(15)	1	(1)	96	(100)
Mejor desarrollo profesional	10	(10)	55	(57)	20	(21)	6	(6)	3	(3)	2	(2)	96	(100)
Disfrute del tiempo libre	5	(5)	24	(25)	31	(33)	13	(14)	15	(16)	7	(7)	95	(100)
Mejor salida laboral	4	(4)	61	(62)	24	(24)	3	(3)	2	(2)	4	(4)	98	(100)
Mayor prestigio profesional	13	(13)	69	(70)	10	(10)	4	(4)	1	(1)	1	(1)	98	(100)
Menor presión	8	(8)	6	(6)	33	(34)	28	(29)	21	(21)	2	(2)	98	(100)
Mejor trato en el lugar de trabajo	3	(3)	19	(19)	30	(31)	13	(13)	28	(29)	5	(5)	98	(100)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas.

Centro, que nuclea el mayor número de postulantes y de instituciones de formación, seguida por Noreste, Noroeste y luego Cuyo. La Patagonia es la excepción: muchos de sus postulantes nacieron, residen y se formaron en la región Centro.

Otro emergente del estudio es el lugar secundario que ocupan las razones netamente económicas en las decisiones. Por ejemplo, quedan relegadas las alternativas que ofrecen mejores remuneraciones o las especialidades consideradas de mayor prestigio y mejor pagas, como señalan otras investigaciones^{12,13}. Sin embargo, no se descarta que haya un sesgo que opera entre lo que los concursantes se atreven a declarar en una encuesta y lo que realmente los motiva. En relación con las distintas clasificaciones de las especialidades^{14,15}, basadas en el grado de control que permiten sobre el tiempo libre y el tiempo de trabajo, no resultó un factor determinante que incidiera en los esquemas de decisión. De todos modos, un estudio acerca de las expectativas de los estudiantes de Medicina mostró que los resultados obtenidos no permitían conocer las principales motivaciones o influencias para optar por una especialidad, habida cuenta de que entre las más elegidas se encontraban especialidades con sobredimensión de profesionales, remuneraciones bajas y estilos de vida menos controlables¹⁶.

En resumen, en este complejo mapa de múltiples dimensiones, los jóvenes médicos encuentran sus motivaciones y construyen sus decisiones. Para avanzar en una lectura sobre estas elecciones se requiere un estudio profundo, en el que puedan emerger las representaciones de los sujetos acerca de sus carreras profesionales, las instituciones de las que participan y sus expectativas personales. En tal sentido, el presente trabajo se limitó a brindar un panorama acerca de los factores que prevalecen al momento de considerar las opciones de formación de posgrado en los jóvenes concursantes del EU.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

A partir del presente estudio, se plantea la necesidad de: incorporar al EU a todas las residencias de financiamiento público, como un primer paso hacia un concurso unificado para el acceso, con adjudicación de cargos centralizada y en condiciones de equidad; planificar federalmente la oferta de cargos en función de las necesidades formativas de especialistas ligadas al desarrollo del sistema de salud y en consonancia con los procesos de transición epidemiológica y tecnológica; mejorar la calidad de la formación en las sedes de residencias; y potenciar la formación de acuerdo con las fortalezas de las sedes, regionalizando la oferta y asignando cargos protegidos según las necesidades por provincia.

Asimismo, es importante tener en cuenta que los jóvenes buscan permanecer cerca de sus afectos y considerar las representaciones que se consolidan en la etapa de estudio.

Esto implica operar sobre la formación de grado, ampliando la oferta de plazas de medicina en los lugares con mayores dificultades para la cobertura de las residencias y jerarquizando aquellas especialidades que configuran una prioridad para el sistema de salud, pero que muestran una escasa valoración en términos de prestigio.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La residencia, en particular la del sector público, es la opción preferida por los recién graduados. Por otra parte, se ha demostrado que hay oferta suficiente de residencias para que todos los médicos realicen su formación de posgrado. Por lo tanto, el desafío radica en hacer confluir estos dos hechos en función de las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta las tendencias que muestra este estudio: los jóvenes privilegian el prestigio de las sedes de formación y la cercanía con sus vínculos afectivos.

La fragmentación del sistema de residencias permite a los médicos itinerar por las diferentes opciones y otras formaciones en servicio no rentadas, haciendo que prevalezcan sus intereses por sobre el interés público. La confluencia en el EU es aún insuficiente para visualizar y orientar la oferta de residencias, al no estar integrados los distritos con mayor volumen de cargos. Además, la coexistencia de varios concursos genera inequidades en el acceso por la diversidad de requisitos que sólo pueden ser cumplimentados localmente (antecedentes, adscripciones a servicios, entrevistas).

Aunque no ha sido el objeto de esta investigación, no pueden soslayarse los comentarios vertidos por los jóvenes residentes sobre las condiciones de trabajo y su naturalización como una suerte de rito iniciático a la práctica médica. Estas condiciones deberán ser tenidas en cuenta en los procesos de mejora de calidad de las residencias, sobre todo si se espera alcanzar políticas para la universalización del sistema en un contexto de humanización de las prácticas. Por ello, es importante mejorar las condiciones de remuneración y de vivienda, promover facilidades para mantener el contacto frecuente con los vínculos afectivos, favorecer la migración, mitigar el desarraigo y mejorar las condiciones generales de trabajo y las posibilidades de disfrute del tiempo libre.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La presente investigación significa una aproximación a la complejidad de los factores que influyen en los médicos al elegir el camino para su especialización de posgrado. Habida cuenta de los resultados obtenidos, se visualiza la necesidad de complementar esta investigación con otra centrada en la influencia que ejerce la organización del sistema de formación de especialistas sobre la decisión de los jóvenes médicos, sobre todo a través de residencias médicas y de las instancias evaluadoras para acceder a ellas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Acevedo G, Farías MA, Dursi C, Cadile MC, Ciaravino O, Duré I. Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):19-25.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Oferta de cargos de residencias 2013. Total país y por jurisdicciones. *Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación*; 2013. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/lasResidencias/2014-2-7-oferta%20de%20residencias%202013.pdf>] [Último acceso: 02/02/2017]
- ² Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. *Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación*; 2014.
- ³ Duré I, Dursi C, Raffoul Sinchicay M, Caffarena W. Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Análisis estadístico del Examen Único 2013. *Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación*; 2014.
- ⁴ Heikkilä TJ, et al. How Do Doctors Choose where they Want to Work? – Motives for Choice of Current Workplace among Physicians Registered in Finland 1977-2006. *Health Policy*. 2014;114:109-117.
- ⁵ Lee J, et al. Choosing Family Medicine Residency Programs. What Factors Influence Residents' Decisions? *Canada: Le Médecin de famille canadien*; 2011;57:113-21.
- ⁶ Hayes B, Shakya R. Career Choices and what Influences Nepali Medical Students and Young Doctors: A Cross-Sectional Study. *Human Resources for Health*. 2013;11:5. [Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/5>] [Último acceso: 02/02/2017]
- ⁷ Sautu R. Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación, 1a edición. Buenos Aires: *Lumiere*; 2005.
- ⁸ Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina

general y familiar como especialidad médica. *Rev Argent Salud Pública*. 2014;5(21):30-37.

⁹ Escobar Rabadán F, López-Torres HJ. ¿Qué determina la elección de una especialidad en Medicina? *Rev Clin Med Fam*. 2008;2(5):216-225. [Disponible en: http://scielo.escii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300005&lng=es] [Último acceso: 04/02/2017]

¹⁰ Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of Primary Care Specialty Choice: A Non-Statistical Meta-Analysis of the Literature. *Acad Med*. 1995;70:620-41.

¹¹ Buddeberg-Fischer B, et al. The Impact of Gender and Parenthood on Physicians' Careers - Professional and Personal Situation Seven Years after Graduation. *BMC Health Services Research*. 2010;10:40. [Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/40>] [Último acceso: 04/02/2017]

¹² Wang T, et al. Factors Affecting Residency Rank-Listing: A Maxdiff Survey of Graduating Canadian Medical Students. Canada: *BMC Medical Education*. 2011;11:61-7. [Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/61>] [Último acceso: 04/02/2017]

¹³ Tajji E, Hideki H. Does Salary Affect the Choice of Residency in Non-University Teaching Hospitals? A Panel Analysis of Japan Residency Matching Programme Data. *Human Resources for Health*. 2013;11:12. [Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/>] [Último acceso: 04/02/2017]

¹⁴ Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. *JAMA*. 2003;290:1173-8.

¹⁵ Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The Variable Influence of Lifestyle and Income on Medical Students' Career Specialty Choices: Data from Two U.S. Medical Schools, 1998-2004. *Acad Med*. 2005;80:809-14.

¹⁶ Borracci RA, Pittaluga RD, Manente D, Giorgi MA, Rubio M. Expectativas de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre su práctica profesional. *Medicina (B Aires)*. 2009;69:607-11.

ARTÍCULOS ORIGINALES

OBSTÁCULOS Y FACILITADORES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INTEGRAL TRANS EN EL GRAN BUENOS AIRES Y LA PLATA

Obstacles and Facilitators to Guarantee the Right to Integral Transgender Health in Gran Buenos Aires and La Plata

Anahí Farji Neer¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La Ley 26743/12 de Identidad de Género incorpora al Plan Médico Obligatorio las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género. OBJETIVOS: Indagar en los obstáculos y facilitadores para el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género identificados por profesionales de la salud especializados en tratamientos de reafirmación de género del ámbito del Gran Buenos Aires y la ciudad de La Plata en 2012-2015. MÉTODOS: Se desarrolló una investigación cualitativa basada en entrevistas en profundidad. Se realizaron 12 entrevistas a profesionales de la salud en las especialidades de Cirugía, Endocrinología, Ginecología y Salud Mental (Psicología y Psiquiatría) de los tres subsistemas de salud (público, privado y obra social). RESULTADOS: Según lo observado, los profesionales del sistema de salud desarrollaron estrategias locales para garantizar el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género y se toparon con obstáculos burocráticos y de disponibilidad de recursos humanos y hospitalarios. Al mismo tiempo, identificaron tensiones con usuarios y usuarias trans del sistema de salud. CONCLUSIONES: Es necesario implementar un programa centralizado, que contemple la formación, asignación y gestión de recursos humanos y hospitalarios que permita afianzar el vínculo entre el sistema de salud y sus profesionales especializados, y que abra canales de diálogo con las organizaciones de usuarios y usuarias.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Argentina's Gender Identity Law (26743/12) provides coverage within the Mandatory Medical Plan for surgical procedures and hormonal treatments whose aim is to align body to gender identity. OBJECTIVES: To address obstacles and facilitators to guarantee and apply the Gender Identity Law, developed by health professionals specialized in gender reaffirmation treatments in Gran Buenos Aires and the city of La Plata during 2012-2015. METHODS: A qualitative research based on in-depth interviews was conducted. It included 12 interviews to health professionals from the fields of Surgery, Endocrinology, Gynecology and Mental Health, belonging to the three health subsystems (public, private and social security). RESULTS: Health professionals developed local strategies to comply with the Gender Identity Law and had to deal with bureaucratic obstacles and the lack of human and hospital resources. At the same time, they identified tensions with transgender users of the health system. CONCLUSIONS: It is necessary to implement a centralized program for training, planning and management of human and hospital resources, which strengthens the link between health system and its specialized professionals and also opens channels for dialog with user organizations.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud - Servicios de Salud para las Personas Transgénero - Accesibilidad a los Servicios de Salud

KEY WORDS: Right to Health - Health Services for Transgender People - Accessibility to Health Services

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

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 13 de enero de 2017

FECHA DE ACEPTACIÓN: 10 de marzo de 2017

CORRESPONDENCIA A: Anahí Farji Neer
Correo electrónico: anahifarji@hotmail.com

Registro RENIS N°: IS000970

INTRODUCCIÓN

A partir de la década de 1990, distintos trabajos elaborados desde los estudios de género y la antropología médica abordaron el complejo vínculo entre el sistema médico y las identidades trans. Estos estudios utilizaron las categorías travesti, transexual, transgénero y/o trans para referir a aquellas personas cuya identidad de género se diferencia de la que les fue asignada al nacer. Por feminidades trans se entiende a aquellas personas que habiendo sido asignadas al nacer al género masculino se identifican como femeninas y por masculinidades trans aquellas que fueron asignadas al género femenino y se identifican como masculinas. Unas y otras intervienen sus

cuerpos a fin de construir una imagen corporal acorde a su identidad de género. Realizan intervenciones temporales o permanentes, de forma autoagenciada o valiéndose del conocimiento y las herramientas del campo médico. Las investigaciones antedichas analizaron las lógicas y regulaciones patologizantes de las categorías del campo médico y se interrogaron sobre la capacidad de agencia y las condiciones para el ejercicio de la autonomía de las personas trans en su tránsito por los dispositivos clínicos de reafirmación de género¹⁻⁸. Señalaron que el desafío para las instituciones de salud consiste en promover y respetar la autonomía de decisión de las personas, sin dejar de ejercer las tareas requeridas de cuidado médico⁹⁻¹⁰.

La Ley 26743 fue aprobada el 9 de mayo de 2012. Su artículo 11° postula que *"todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa (...) En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona (...) Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce"*. El mentado artículo fue reglamentado mediante el Decreto 903/2015.

Previo a la aprobación de esta ley, las solicitudes de cambio de nombre y sexo registral y/o acceso a tratamientos médicos de reafirmación de género requerían de una autorización judicial. En virtud de la Ley 18248, del Nombre, y de la Ley 17 132, de Ejercicio de la Medicina, los jueces establecían la obligatoriedad de certificar el diagnóstico psiquiátrico de "Trastorno de la Identidad de Género" conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) - IV de la *American Psychiatric Association* y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) - 10 de la Organización Mundial de la Salud.

Las organizaciones argentinas de travestis, transexuales y transgéneros conformadas a mediados de la década de 1990 denunciaron estos procedimientos judiciales como patologizantes y violatorios del derecho a la intimidad y los derechos sexuales. Por ello, desde 2007 elaboraron y presentaron distintos proyectos de Ley dirigidos a modificar dichos requisitos y procedimientos. Se valieron del concepto de Derecho humano a la identidad de género y se fundamentaron en normativas de derechos humanos sobre orientación sexual e identidad de género de rango internacional y en los derechos de los pacientes en relación con los profesionales de la salud. También recogieron los postulados de campañas internacionales por la despatologización de las personas trans. Por patologización de las personas trans se entiende en este caso al proceso histórico mediante el cual el campo médico tomó a su

cargo el control social de las formas de vida que desafían el binarismo genérico, cifrándolas e instaurándolas socialmente como patologías mentales^{5,11-13}.

Diferentes informes sobre la situación de travestis, transexuales y transgéneros en Argentina revelan que esta población evitaba acudir a las consultas debido a las burlas y maltratos sufridos en los ámbitos sanitarios por parte de profesionales y personal administrativo¹⁴⁻¹⁵. Ello desincentivaba el control periódico de la salud por parte de esta población y promovía el ingreso a un circuito precario y clandestino de prácticas de modificación corporal, que vulneraba su derecho a la salud. Hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género, las únicas políticas sanitarias focalizadas expresamente en esta población tenían como objetivo la prevención, testeo y tratamiento del VIH/sida mediante la implementación de "consultorios amigables" para la población trans¹⁶⁻¹⁷.

En 2014, un informe sobre el acceso al cuidado de la salud de las personas trans elaborado por la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA)¹⁸ reveló que tras la sanción de la Ley de Identidad de Género se incrementó el número de solicitantes de tratamientos hormonales y cirugías para adecuar sus cuerpos a la identidad de género.

El pasaje de un paradigma de acceso y atención basado en los criterios judiciales centrados en la certificación del "Trastorno de la Identidad de Género" a otro basado en los derechos humanos imprime nuevos desafíos para los tres subsistemas de salud: el público, el de las obras sociales y el privado. El objetivo de la investigación fue describir y analizar las estrategias llevadas adelante por profesionales de la salud de los tres subsistemas para garantizar el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género entre 2012 y 2015 en el Gran Buenos Aires y La Plata.

MÉTODOS

La investigación tuvo un carácter exploratorio y descriptivo. Se desarrolló una estrategia metodológica cualitativa centrada en el análisis de fuentes primarias de datos. Los datos fueron producidos a través de la técnica de la entrevista en profundidad. La población de estudio estuvo conformada por profesionales de la salud pertenecientes a los campos de Cirugía (urológica y plástica), Endocrinología, Ginecología y Salud Mental (Psicología y Psiquiatría), especializados en tratamientos de reafirmación de género que se desempeñaban en el ámbito de los tres subsistemas de salud en el Gran Buenos Aires y La Plata entre 2012 y 2015. Se entrevistó tanto a profesionales que integraban equipos interdisciplinarios como a aquellos cuyos equipos aún se encuentran en proceso de consolidación. Para las entrevistas se utilizó una guía de pautas previamente elaborada que indagó en las siguientes variables: trayectoria profesional, estrategias y dificultades para la aplicación de la Ley de Identidad de Género, percepciones y prácticas en torno a los criterios despatologizantes de la Ley y percepciones sobre el modo más adecuado de garantizar el cumplimiento del artículo

11°. Se realizó un total de 12 entrevistas. Cada una tuvo una duración aproximada de 45 minutos y fueron grabadas tras la firma del formulario de consentimiento informado supervisado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires. Las entrevistas fueron desgrabadas, cargadas en un *software* para el análisis de datos cualitativos y codificadas en base a las dimensiones indicadas. Para el análisis se utilizó la técnica del análisis de contenido cualitativo¹⁹ y los lineamientos de la teoría fundamentada²⁰. En el presente artículo se mantiene el anonimato de las identidades de los entrevistados.

RESULTADOS

De los profesionales entrevistados, dos se desempeñaban simultáneamente en el subsector privado y el de las obras sociales. Los diez restantes lo hacían en el subsector público, siendo éste el que presentaba mayor desarrollo en la atención de la población trans en términos de cantidad de profesionales y especialidades médicas involucradas. De estos últimos, seis también ejercían en el subsector privado. Según los profesionales entrevistados, la sanción de la Ley de Identidad de Género desató una demanda de atención contenida. Hubo un aumento significativo de las consultas de masculinidades trans, así como de menores de 18 años y mayores de 50. Las consultas referían en su mayoría a tratamientos hormonales, vaginoplastias y mastectomías. Identificaron una proporción de 3 a 1 en la atención de las feminidades y masculinidades trans, con excepción de los servicios de Ginecología y algunos servicios de Endocrinología, que presentaban una proporción de 1 a 1. La atención de estas consultas se desarrollaba en mayor medida en los servicios públicos de salud, dado que en dicho subsector se desempeñan los profesionales con mayor trayectoria. Otro factor que explica esta relación es el elevado costo de los tratamientos, especialmente los quirúrgicos.

Existen dos modelos de atención: los grupos interdisciplinarios coordinados de modo centralizado y los profesionales sensibilizados que ejercen de manera aislada. Se identificaron cuatro equipos interdisciplinarios de atención, tres de ellos en el subsector público en el marco de hospitales generales de agudos y uno de ellos en el subsector de las obras sociales. En el subsector privado no se identificó la existencia de ningún equipo interdisciplinario. Al no existir un protocolo o modelo unificado, cada equipo o profesional definía sus propios criterios de atención.

Con la aprobación de la Ley de Identidad de Género se incorporaron nuevas especialidades a los equipos interdisciplinarios, que originalmente estaban integrados por Cirugía Urológica, Endocrinología y Psiquiatría. En 2015 estos equipos ya incluían las especialidades de Cirugía Plástica, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología y/o Fonoaudiología. En la primera consulta se les solicitaba a usuarios y usuarias trans un examen de salud global. En caso de ser necesaria una derivación, estos equipos oficiaban de nexos. Acompañaban a usuarios y usuarias

trans a fin de favorecer la atención de la salud en aspectos que excedían los tratamientos de reafirmación de género.

La mayoría de los profesionales entrevistados tenía formación en medicina sexual y por propio interés se especializaron en salud transgénero. En algunos casos lograron implementar espacios exclusivos para la atención de personas trans: internación en los casos de intervención quirúrgica, o días y horarios especiales para la realización de exámenes ginecológicos por parte de usuarios trans:

"Porque, sino, al paciente que yo le pedía Pap y Colpo, se lo hacía un colega dentro del mismo contexto en donde había mujeres (...) y acá los boxes son separados por cortinas. Entonces los jueves, en un espacio completamente separado, tienen su atención pacientes masculinos". (Roxana, médica ginecóloga)

Una de las principales dificultades referidas para garantizar el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género fue la falta de recursos hospitalarios y humanos asignados para cubrir dichas demandas, especialmente en el sistema público:

"Hay un recurso para el servicio de Urología, que trabaja y opera, y hay recurso de Ginecología, que tiene turnos, pero son del recurso general, o Cirugía Plástica, que opera poco porque no le dan muchos turnos y son las médicas que hacen la mastectomía (...) pero no hay un recurso con una partida especial". (Jorge, psiquiatra).

Según los profesionales entrevistados, otro de los obstáculos para el cumplimiento de la ley era que en la currícula de las carreras de Medicina no estuvieran incluidos contenidos obligatorios sobre género y sexualidad ni una oferta formativa específica en tratamientos de reafirmación de género. Asimismo, reconocieron la vigencia de dinámicas expulsivas para las personas trans en el sistema de salud. Estas situaciones tendían a darse en el sector centralizado de turnos, donde no se les reconocía la identidad autopercebida en las fichas sanitarias a aquellas personas que no habían realizado el cambio de nombre y sexo en el DNI:

"Nosotros sí lo atendemos con el nombre de elección, pero si no tiene el documento cambiado, el hospital tiene su registro con el nombre que aparece en el DNI. En algunos casos estamos logrando que le pongan solamente el apellido, pero depende de personas". (Roxana, médica ginecóloga).

Aunque gran parte de la demanda era atendida en los servicios públicos, las prepagas y obras sociales lentamente incorporaron estas prestaciones. Este proceso se vio favorecido por la reglamentación del artículo 11° de la ley. Cada subsector tenía sus propios mecanismos y procesos burocráticos para garantizar la cobertura de procedimientos, medicación o prótesis. En algunos casos, el

requisito era la asignación del diagnóstico de "Disforia de Género" (nomenclatura acorde al DSM 5) en las recetas o formularios. Según los profesionales entrevistados, se trataba de un protocolo similar a cualquier trámite para solicitar la cobertura del 100% de la medicación.

En cuanto a sus percepciones y prácticas en torno a los criterios despatologizantes de la Ley, los profesionales identificaron tensiones entre la definición de algunos criterios de atención y las necesidades de usuarios y usuarias trans del sistema de salud, especialmente en lo que refiere a la interconsulta con el Servicio de Salud Mental requerida por algunos de los equipos relevados. La Ley de Identidad de Género no establece como requisito para el ingreso a los tratamientos de reafirmación de género un diagnóstico psiquiátrico ni la evaluación psiquiátrica o psicológica, aunque muchos profesionales indican la interconsulta con profesionales o servicios de Salud Mental (psiquiatras y/o psicólogos). En algunos de los equipos relevados la interconsulta era obligatoria en caso de que usuarios o usuarias trans solicitaran intervención quirúrgica; para quienes requerían tratamientos hormonales, era opcional o se indicaba según el criterio de los profesionales intervinientes. Dicho criterio podía obedecer al interés y la responsabilidad por promover un cuidado integral de la salud de las personas trans, en especial frente a intervenciones quirúrgicas irreversibles:

"Hay algo que yo no cambio. Lo fundamental es con la Psicología, la Psiquiatría, porque a veces me dicen 'yo no necesito por la Ley', yo les digo: '¿Cómo hacemos para volver para atrás de una cirugía de estas? Imposible', así que tenemos que estar seguros que vos estás bien para hacerte la cirugía. Si te amputamos, te hacemos mujer, ¿cómo volvemos para atrás? Imposible". (Enrique, cirujano).

La indicación de la interconsulta respondía a los criterios profesionales y no a la demanda expresa de las personas trans, que en algunos casos eran reticentes o incluso se oponían a la misma. Para los profesionales entrevistados, la formalidad de la firma del consentimiento informado no suplía el criterio médico de evaluación clínica para el ingreso a los tratamientos.

DISCUSIÓN

Se identifican tres dimensiones donde se despliegan los obstáculos y estrategias de los profesionales de la salud para la implementación del artículo 11° de la Ley de Identidad de Género: a) la formación profesional; b) la gestión y planificación de recursos para la atención médica; c) la adecuación del sistema de salud a las normativas vigentes en materia de género y sexualidad.

a) Los profesionales entrevistados desarrollan una formación continua y autodidacta en la temática a partir de la actualización bibliográfica, la asistencia a congresos internacionales, la organización de jornadas profesionales locales y el estudio de la casuística. No obstante, la

inexistencia de formación en la currícula obligatoria de las carreras de Medicina a lo largo del país impide que los profesionales de las distintas especialidades cuenten con la formación adecuada para llevar adelante los tratamientos de reafirmación de género.

b) Un obstáculo para la implementación de la Ley de Identidad de Género es la ausencia de nombramientos de profesionales especializados en tratamientos de reafirmación de género, así como la falta de asignación de los recursos hospitalarios necesarios para realizar las intervenciones quirúrgicas: quirófanos, espacios de internación específicos, personal médico/administrativo e insumos sanitarios. También inciden los complejos requisitos burocráticos interpuestos por parte de las obras sociales y los planes de medicina prepaga para que usuarios y usuarias trans accedan a la cobertura de su medicación, prótesis y otros servicios médicos existentes.

c) En muchas instituciones y servicios aún no se ha implementado un registro de pacientes que permita reconocer la identidad autopercebida de las personas trans. A su vez, el personal administrativo no se encuentra adecuadamente formado en buenas prácticas para un trato no discriminatorio de las personas trans. En algunas obras sociales el requisito para la cobertura de tratamientos, medicación e intervenciones es el diagnóstico de "Disforia de Género" en las recetas y formularios. Ello atenta contra el espíritu de la Ley de Identidad de Género, que establece que tanto el cambio de nombre y sexo en el DNI como el acceso a los tratamientos médicos de reafirmación de género constituyen un derecho humano básico y que dichos pedidos no responden a trastornos o patologías psiquiátricas. A su vez, se contradice con la Ley de Salud Mental 26.657, cuyo Artículo 3° Inciso c determina que no pueden realizarse diagnósticos en el campo de la salud mental sobre la base de la elección o identidad sexual.

Aunque la obligatoriedad de la interconsulta con el Servicio de Salud Mental establecida por algunos de los equipos relevados responde a un criterio basado en el cuidado integral de la salud, genera tensiones y discrepancias con las personas trans. Dado que se trata de una población cuyo acceso a la salud es crítico, es necesario abrir canales institucionales de diálogo a fin de promover su acceso y permanencia en el sistema de salud. En conclusión, un trato respetuoso de la identidad autopercebida, consistente con las normativas vigentes y las problemáticas sociales que las atraviesan, es condición indispensable para garantizar el derecho a la salud integral de las personas trans.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La investigación plantea la necesidad de desarrollar jornadas institucionales de capacitación sobre el contenido de la Ley 26.743 y el Decreto 903/2015 en los tres subsistemas de salud. También es importante confeccionar y actualizar periódicamente un registro de profesionales y equipos especializados en tratamientos de reafirmación de género.

ro para derivar a las personas trans que los demanden. Otra intervención necesaria es la implementación de un espacio institucional de encuentro entre representantes de organizaciones trans y profesionales y equipos especializados en los tratamientos de reafirmación de género de los tres subsistemas, que apunte a elaborar conjunta y consensuadamente los criterios y requisitos de acceso a los tratamientos y la evaluación periódica del cumplimiento de la Ley 26 743 y el Decreto 903/2015.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los resultados de esta investigación plantean la necesidad de incorporar contenidos obligatorios sobre educación sexual integral en las distintas carreras de Medicina, conforme a lo dispuesto en la Ley 26 150. Asimismo, es necesario

desarrollar una oferta formativa del nivel de posgrado o especialización abocada a los tratamientos médicos de reafirmación de género, que contemple la normativa local y los protocolos sanitarios vigentes a nivel internacional.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los resultados evidencian la importancia de realizar investigaciones que aborden las percepciones de usuarios y usuarias trans del sistema de salud con relación a la calidad de atención que reciben en las instituciones, a fin de identificar posibles obstáculos para su accesibilidad. También resulta necesario profundizar las investigaciones orientadas a conocer las percepciones de equipos y profesionales especializados en salud transgénero en las distintas provincias del país y realizar su mapeo a nivel nacional para identificar necesidades y potencialidades.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Farji Neer A. Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata, Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):26-30.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Hausman B. Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender. Durham: Duke University Press; 1995.

² Meyerowitz JJ. How Sex Changed: A History of Transsexual. Cambridge: Harvard University Press; 2002.

³ Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

⁴ Nieto JA. Transgénero/transsexualidad: de la crisis a la afirmación del deseo. En: Nieto (comp.) Transsexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género. Madrid: Talasa; 2008.

⁵ Coll-Planas G. La policía del género. En: Missé M., Coll-Planas G (eds.) El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales; 2010.

⁶ Suess A. Despatologización trans y práctica arteterapéutica. Arte y políticas de identidad. 2011;4:107-126.

⁷ Teixeira do Bonussuco F. Dispositivos de dor. Saberes – poderes que conforman as transexualidades. San Pablo: Annablume; 2013.

⁸ Dellacasa MA. Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires; 2014.

⁹ Butler J. Desdiagnosticar el género. En: Deshacer el género. Barcelona: Paidós; 2006.

¹⁰ García Becerra A, Missé M, Diálogo trans-cultural. En: Missé M, Coll-Planas G (eds.) El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales; 2010.

¹¹ Cabral M. Ciudadanía (trans) sexual. Artículo sobre Tesis Premiada, Proyecto "Sexualidades salud y derechos humanos en América Latina". IESSDEH - Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2003. [Disponible en: [http://reconstruyendoel-](http://reconstruyendoel)

pensamiento.blogspot.com.ar/2008/04/ciudadana-trans-sexual-por-mauro-cabral.html] [Último acceso: 17/02/2017]

¹² Cabral M. Post scriptum. En: Berkins L. Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros. Buenos Aires: ALITT; 2007.

¹³ Farji Neer A. Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015). Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires; 2016.

¹⁴ Berkins L. Op. cit.

¹⁵ Berkins L, Fernández J. La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo; 2005.

¹⁶ Barreda V, Isnardi V. Travestismo y prevención del VIH/sida: un escenario de categorías en crisis. Trabajo presentado en las V Jornadas de Investigación en Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 2008.

¹⁷ Casal MI, Pugliese CA. Servicios Amigables para población Trans: ¿una estrategia de accesibilidad? Trabajo presentado en las V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2009.

¹⁸ Frieder K, Romero M. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped/ATTIA; 2014.

¹⁹ Andréu Abela J. Las técnicas del análisis de contenido: una revisión actualizada. En: Documentos de trabajo S2001/03. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces; 1998.

²⁰ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

REVISIONES

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA: ANOVULATORIOS ORALES COMBINADOS CON GESTODENO COMPARADOS CON LOS COMBINADOS CON LEVONORGESTREL

Health Technology Assessment: Combined Oral Contraceptives Containing Gestodene Compared with those Containing Levonorgestrel

Esta evaluación de tecnología sanitaria compara un nuevo anovulatorio oral combinado con etinil estradiol 20µ más gestodeno 75µ, con el que contiene etinil estradiol 30µ más levonorgestrel 150µ, utilizado hasta ahora en el subsistema de salud pública de la provincia de Neuquén. De acuerdo a las evidencias halladas, en cuanto a equivalencia de eficacia y riesgos de seguridad –principalmente relativas al aumento significativo en el riesgo de presentar trombosis venosa y embolia pulmonar– se recomienda fuertemente no incorporarlo al vademécum provincial.

PALABRAS CLAVE: Anticonceptivos Orales Combinados- Trombosis de la Vena - Embolia Pulmonar - Levonorgestrel - Congéneres de la Progesterona

KEY WORDS: Combined Oral Contraceptives - Venous Thrombosis - Pulmonary Embolism - Levonorgestrel - Progesterone Congeners

Gabriela Luchetti^{1,2}, Santiago Hasdeu^{1,2}

¹ Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén.

² Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue.

INTRODUCCIÓN

Entre las intervenciones médicas, la anticoncepción es única por sus beneficios potenciales en la salud de las mujeres y juega un papel central en los derechos sexuales y reproductivos. La planificación del número de embarazos con métodos eficaces y seguros reduce la mortalidad materna, da libertad, aumenta la calidad de vida y mejora la salud y sobrevivencia de los niños.

Los métodos hormonales –entre ellos, los anticonceptivos orales combinados (AOC)– son los más usados y conocidos en Argentina^{1,2}. Según la proyección del censo 2010 en Argentina hay 10 894 899 mujeres de entre 15 y 49 años, de las cuales la mitad estarían usando algún método hormonal¹; proyectado a la provincia de Neuquén, 28 187 mujeres con cobertura exclusiva de salud pública estarían tomando AOC³.

Los AOC presentan efectos adversos. El más importante es el aumento del riesgo de tromboembolismo (TE), que puede

resultar fatal⁴. La relación con la dosis de etinil estradiol (EE) ha hecho que muchos preparados la disminuyeran de 50µ a 30µ, y recientemente a 20µ. Existe un aumento del riesgo de TE asociado al progestágeno usado en la combinación, independientemente de la dosis de estrógeno⁵.

El AOC disponible en el formulario terapéutico de la provincia de Neuquén es el levonorgestrel (LNG) asociado a EE (30µ). En el mundo aumentó la promoción y utilización de otros progestágenos como el gestodeno, el desogestrel y la drospirenona^{6,7}.

En 2014 el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación incorporó la formulación que contiene 20µ de EE y 75µ de gestodeno.

Basado en alertas de seguridad que reportan un aumento de TE con esta asociación⁸, el Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén realizó un informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) dirigido a determinar, por un lado, si los AOC que contienen gestodeno son tan efectivos

y seguros como los que contienen LNG y, por el otro, si los AOC que contienen 20µ de EE más progestágeno son tan efectivos y seguros como los que contienen 30µ de EE más progestágeno.

Este estudio fue financiado con fondos públicos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia de Neuquén.

MÉTODOS

Dos investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica de manera independiente. Se revisaron bases de datos y buscadores: MEDLINE, LILACS, Cochrane, Universidad de York, HTAi, OMS, Tripdatabase, Google académico, agencias de ETS, agencias reguladoras de alimentos y medicamentos, repositorios de guías de práctica clínica y productores de guías como *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, Faculty of Sexual and Reproductive Health Care, American College of Obstetricians and Gynecologist y Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada*. Se buscaron boletines independientes de medicamentos para reportes de seguridad y efectividad. Los precios fueron tomados de *Kairos* (www.kairos.com) el 31 de marzo de 2015.

Se relevaron las coberturas de los sistemas inglés, canadiense, francés y español.

Se incluyeron textos en inglés, francés, español, catalán o portugués con acceso a texto completo, sin restricción de fecha de publicación. Se excluyeron textos en otro idioma y sin acceso a texto completo. Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios controlados randomizados (ECR), estudios observacionales sobre seguridad, ETS, guías de práctica clínica e informes de seguridad. La calidad de los estudios fue evaluada con las herramientas PRISMA, CASPE, GRADE y AGREE según el tipo de diseño. La búsqueda se realizó hasta marzo de 2015.

Se utilizaron en forma aislada o combinada: “Contraceptives”, “Hormonal contraceptives”, “Combined Hormonal

Contraceptives” “Oral Hormonal Contraceptives”, “Adverse Effects”, “Toxicity”, “Safety”, “Venous thromboembolism”, “Thrombosis”, “Gestodene”, “Levonorgestrel”, “Ethinyl estradiol drug combination”, “Estrogens”, “Progestogens”.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los resultados de cada estrategia y sitio de búsqueda.

Tres revisiones sistemáticas⁹⁻¹¹ de estudios observacionales de alta calidad metodológica mostraron que el riesgo relativo (RR) de Trombosis venosa profunda (TVP) en usuarias de AOC era de 3,5 (IC95%: 2,9-4,3). El RR de TVP con contraceptivos orales combinados con 30/35 mcg de EE más gestodeno, desogestrel, drospirenona o ciproterona eran similares y tenían un riesgo 50-80% mayor respecto a AOC con LNG y la misma cantidad de EE¹⁰.

Estudios observacionales de alta calidad metodológica confirmaron los resultados con una asociación similar¹². Se repetía un aumento del riesgo con progestágenos como gestodeno, desogestrel y drospirenona, comparados con LNG. Un estudio de 2015 de casos y controles anidados basados en dos bases de datos de mujeres atendidas entre 2001 y 2013 en el Reino Unido¹² mostró en los AOC con gestodeno un exceso de eventos TE si se comparaban con LNG. El odds ratio (OR) de sufrir TVP con gestodeno era 1,5 veces mayor que con LNG (IC95%: 1,24-1,87)¹². Por cada 10 000 mujeres tratadas por año se produjeron 7 casos extra de TE con LNG, pero 13 con gestodeno. Esos 6 casos extra podrían ser evitados si se continuara usando LNG. El número necesario para dañar es de 1 evento cada 1739 mujeres con LNG durante un año y 1/905 con gestodeno.

En relación con la dosis de EE del AOC, se busca pensar el aumento de TE que generan los nuevos progestágenos, disminuyendo la dosis de EE a 20 mcg. Una revisión sistemática de ECR¹³ comparó dosis de 20 mcg de EE con

TABLA 1. Resultado de la búsqueda bibliográfica.

Sitio de búsqueda	Palabras clave	Trabajos encontrados	Trabajos incluidos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión
Tripdatabase/Excelencia Clínica	“Combined Oral Contraception”	123	3
	“Estrogens”		
	“Progestogens”		
	AND “Venous tromboembolism”		
	“Gestoden”		
Cochrane Database	“Levonorgestrel”	17	3
	“Combined Oral Contraception”		
LILACS	“Venous tromboembolism”	3	0
	“Anticonceptivos orales AND trombosis”		
	“Progestágenos AND trombosis”		
	“Gestodeno”		
PubMed	“Levonorgestrel”	427	6
	“Combined Oral Contraception” AND “progestogens”		
	“Combined Oral contraception” AND “venous Thromboembolism”		
	“Combined Oral contraception” AND “thromboembolism”		
	“Gestoden AND Levonorgestrel”		

Fuente: Elaboración propia.

otras mayores. No se detectaron diferencias en el efecto anticonceptivo. La menor dosis de EE se asoció a sangrado intermenstrual y discontinuación de la anticoncepción. Según los autores, se necesita más tiempo de seguimiento para interpretar estos resultados.

Otra revisión¹⁴ evaluó el riesgo de sufrir TVP con gestodeno de acuerdo con la dosis de EE. No se observaron diferencias significativas entre quienes tomaban 20 mcg de EE más gestodeno o 30 mcg de EE más gestodeno.

Los resultados de ETS y boletines independientes de farmacología, de documentos de organismos que establecen políticas y de guías de práctica clínica¹⁵⁻²⁰ concluyen que los AOC con progestágenos como gestodeno no son más efectivos que LNG y presentan mayor riesgo de TE arteriales y venosas, con un peor balance riesgo/beneficio^{6-8,15}. El riesgo absoluto de TE es bajo, pero representa más del doble con gestodeno, independientemente de si la dosis de EE es de 30 µg o menos.

Francia le reclamó a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) por juicios contra el Estado originados en TE por AOC de tercera generación. La EMA emitió un documento que considera que los beneficios de estos AOC aún superan los riesgos¹⁶, en el mismo documento hacen hincapié en que el riesgo individual de TVP aumenta con el tiempo y debe reevaluarse cada dos años y en que es importante incrementar el conocimiento acerca de síntomas precoces de TVP y el nivel de alarma de los proveedores, también resaltan que los AOC con LNG se asocian a 5-7 eventos tromboticos cada 10 000 mujeres/año, mientras que los que poseen gestodeno, drospirinona o desogestrel se asocian a 9-12 eventos tromboticos cada 10 000 mujeres/año¹⁶.

Las guías de práctica clínica consultadas no emiten opinión sobre los preparados farmacológicos o el tipo de progestágeno. Usan los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y describen los riesgos en relación con las TE^{16,17}.

DISCUSIÓN

Sobre la base de las proyecciones censales y la encuesta de salud sexual y reproductiva, cada año habría en Neuquén 28187 mujeres que recibirían AOC provistos por el subsistema de salud pública. Cabría esperar 20 eventos TE anuales utilizando EE con LNG y 34 con gestodeno: esto implica que 14 mujeres jóvenes y sanas presentarían un evento TE evitable, que un porcentaje de ellas moriría y otras quedarían con secuelas graves (como hipertensión pulmonar y síndrome posttrombótico), con alto impacto social y costos sanitarios¹⁷.

El incremento de riesgo de TE en mujeres que toman AOC es pequeño, pero clínica y estadísticamente significativo. Dado que son los medicamentos más vendidos y utilizados en el mundo, esto adquiere gran importancia para la salud pública. Los AOC con progestágenos de tercera generación son tan efectivos como el LNG, con un incremento en el riesgo de TE cercano al 70%, y muestran un gradiente dosis-respuesta para TE, lo que refuerza la relación causal.

Los anticonceptivos con 20 µg de EE no mostraron diferencias en riesgo TE, comparados con los de 30 µg. Las dosis de 20 µg de EE se asociaron a un mayor riesgo de sangrado, lo que podría estar relacionado con discontinuación de uso y embarazos no planeados.

Las guías de anticoncepción subrayan que la elección de un método anticonceptivo debe ser libre e informada (con información que incluya el riesgo de TE de cada preparado y el riesgo individual de cada mujer) e invocan el principio de autonomía. Sin embargo, la responsabilidad del Estado en el caso de elecciones anticonceptivas obliga a restringir las opciones conforme a los principios de no maleficencia (porque los estudios muestran claramente un aumento en los eventos TE, sin un beneficio clínico superior al comparador) y de precaución y proporcionalidad (porque aun cuando nuevos estudios modifiquen la certeza sobre el riesgo con estos nuevos AOC, son inadmisibles las muertes de mujeres jóvenes y sanas por una práctica preventiva y con alternativas más seguras y con eficacia equivalente demostrada). La ampliación de la canasta de contraceptivos con la incorporación de este nuevo AOC no equivale a una ampliación de derechos. La OMS incluye como medicamentos esenciales a los AOC con EE más LNG, pero no a las combinaciones con otros progestágenos¹⁵.

Tampoco se observa un beneficio económico con la nueva combinación de AOC en Argentina, ya que el tratamiento anual con 20 µg de EE y gestodeno es 4,5 veces más costoso que con 30 µg de EE y LNG.

En relación a las evidencias encontradas podemos decir que los estudios observacionales aportan valiosa información sobre la seguridad de medicamentos; gracias a ellos se realizaron recomendaciones y políticas sanitarias que salvaron muchas vidas¹⁸. La metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) da relevancia a los estudios observacionales cuando cumplen criterios como magnitud del efecto, relación dosis-respuesta y factores confusores que minimicen la magnitud del efecto¹⁹. La Colaboración Cochrane evaluó el riesgo de efectos adversos surgido de meta-análisis de estudios observacionales, que no difiere del encontrado en meta-análisis de ECR²⁰. Los ECR presentan menos riesgo de sesgos, pero —en materia de daños de un tratamiento— consignan información menor y fragmentada^{21,22} y están diseñados para evaluar eficacia, mientras que los observacionales en gran escala pueden determinar con más precisión los efectos adversos específicos, con tiempos de exposición más prolongados²³. Suele ser costoso, poco práctico o éticamente dificultoso investigar efectos adversos poco frecuentes y/o a largo plazo con ECR^{24,25}, y se ha demostrado que la publicación de efectos adversos puede estar influida por las expectativas de los investigadores y de los pacientes^{26,27}.

Cuando un medicamento obtiene autorización para ser comercializado sobre la base de ECR, sólo pueden detectarse los efectos adversos más frecuentes²⁸. En esta ETS se encontraron estudios observacionales que reúnen los criterios para ser considerados como alta calidad de evidencia según

la metodología GRADE.

La prevención de embarazos no planeados es una prioridad de Salud Pública. Sin embargo, dado que se trata de una medida preventiva y de uso masivo, deben seleccionarse las prácticas con el mejor balance riesgo/beneficio.

Todos los AOC se asocian con mayor riesgo de eventos TE. La magnitud del efecto depende del progestágeno usado y de la dosis de EE; si esta es inferior a 50µ, hay menor riesgo de eventos trombóticos, pero no hay diferencias cuando contiene 30 o 20µ. Las preparaciones con 20µ de EE presentan mayor frecuencia de sangrados intermenstruales, atribuibles a la baja dosis y al tipo de progestágeno, y los sangrados podrían resultar en discon-

tinuación de la toma y embarazos no planeados.

Las diferencias confirmadas entre los progestágenos usados en los AOC muestran un menor riesgo de TE para LNG. En comparación, el gestodeno presenta un aumento del riesgo de 50 a 80%¹⁰. El incremento en el riesgo absoluto es bajo, pero significativo. Por tratarse de eventos adversos graves con riesgo de vida en mujeres jóvenes sanas y de un método preventivo de planificación familiar, deben aplicarse los principios de no maleficencia, precaución y proporcionalidad. Con una alta calidad de la evidencia, no se recomienda incorporar el AOC con 20µ de EE más 75µ de gestodeno al Formulario Terapéutico Provincial de Neuquén.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Luchetti G, Hasdeu S. Evaluación de tecnología sanitaria: anovulatorios orales combinados con gestodeno comparados con los combinados con Levonorgestrel. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):31-34.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Presentación de resultados. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2014.
- Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM. Types of Progestogens in Combined Oral Contraception: Effectiveness and Side-Effects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;5. DOI: 10.1002/14651858.CD004861.pub2.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015. Secretaría de Política Económica. *Ministerio de Economía y Producción*. Análisis Demográficos, Serie 31. Buenos Aires, 2005
- Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DF. Third Generation Oral Contraceptives and Risk of Venous Thrombosis: Meta-Analysis. *BMJ*. 2001;323:1-9.
- Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldstad FE, Løkkegaard E. Risk of Venous Thromboembolism from Use of Oral Contraceptives Containing Different Progestogens and Oestrogen Doses: Danish Cohort Study. *BMJ*. 2001;9:343.
- Actualizació sobre el risc de malaltia tromboembòlica venosa amb els nous contraceptius orals. Generalitat de Catalunya. *Bulletí de Informació Terapèutica*. 2014;25(1):1-7.
- Oral Contraceptives: Opt for Tried and Tested Combinations rather than Latest Generation Pill. *Prescrire in English*. May 2010. Spotlight. Archives. [Disponible en: <http://english.prescrire.org/en/81/168/46212/0/2010/ArchiveNewsDetails.aspx?page=3>] [Último acceso: 13/03/2017]
- Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios 2010; marzo: 5. *AEMPS*. [Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/boletines-AEMPS/boletinMensual/2010/marzo/informe-marzo.htm>] [Último acceso: 13/03/2017]
- Stegeman BH, De Bastos M, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Different Combined Oral Contraceptives and the Risk of Venous Thrombosis: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *BMJ*. 2013;347:f298.
- De Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined Oral Contraceptives: Venous Thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;3:CD010813. DOI: 10.1002/14651858.CD010813.pub2.
- Hennessy S, Berlin JA, Kinmann JL, Margolis DJ, Marcus SM, Strom BL. Risk of Venous Thromboembolism from Oral Contraceptive Containing Gestodene and Desogestrel Versus Levonorgestrel: A Metaanalysis and Formal Sensitivity Analysis. *Contraception*. 2001;64(2):125-133.
- Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of Combined Oral Contraceptives and Risk of Venous Thromboembolism: Nested Case-Control Studies Using the QResearch and CPRD Databases. *BMJ*. 2015;350:h2135.
- Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. 20 µg Versus >20 µg Estrogen Combined Oral Contraceptives for Contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;8:CD003989. DOI: 10.1002/14651858.CD003989.pub5.
- Hugon-Rodin J, Gompel A, Plu-Bureau G. Mechanisms in Endocrinology: Epidemiology of Hormonal Contraceptives-Related Venous Thromboembolism. *European Journal of Endocrinology*. 2014;171(6):R221-R230.
- Anticonceptivos orales con drospirina y etinilestradiol y riesgo de tromboembolismo venoso. Información Farmacoterapéutica de La Comarca, España. Seguridad de Medicamentos: Sitio de alertas y señales recientes. *Infac*. 2011;19:4.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Faculty of Sexual and Reproductive Health Statement. Venous Thromboembolism (VTE) and Hormonal Contraception, November 2014. [Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhstatementveandhormonalcontraception-november/>] [Último acceso: 13/03/2017]
- Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galis N, et al. 2014 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism. *European Heart Journal*. 2014;35:3033-3080.
- Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant Sleeping Position and the Sudden Infant Death Syndrome: Systematic Review of Observational Studies and Historical Review of Recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol*. 2005;34:874-887.
- Guyatt Gordon H, et al. GRADE Guidelines: 9. Rating Up the Quality of Evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64:1311-1316.
- Golder S, Loke YK, Bland M. Meta-Analyses of Adverse Effects Data Derived from Randomised Controlled Trials as Compared to Observational Studies: Methodological Overview. *PLoS Medicine*. 2011;8(5):e1001026.
- Price D, Jefferson T, Demicheli V. Methodological Issues Arising from Systematic Reviews of the Evidence of Safety of Vaccines. *Vaccine*. 2004;22:2080-2084.
- Gartlehner G, Thieda P, Hansen RA, Morgan LC, Shumate JA, et al. Inadequate Reporting of Trials Compromises the Applicability of Systematic Reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25:323-330.
- Vandenbroucke JP. What Is the Best Evidence for Determining Harms of Medical Treatment? *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174:645-6.
- Papanikolaou PN, Christidi GD, Ioannidis JPA. Comparison of Evidence on Harms of Medical Interventions in Randomized and Nonrandomized Studies. *CMAJ*. 2006;174:635-641.
- Rothwell PM. External Validity of Randomised Controlled Trials: "To Whom Do the Results of this Trial Apply?". *Lancet*. 2005;365:82-93.
- Rief W, Nestoriuc Y, Von Lilienfeld-Toal A, Dogan I, Schreiber F, et al. Differences in Adverse Effect Reporting in Placebo Groups in SSRI and Tricyclic Antidepressant Trials: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Saf*. 2009;32:1041-1056.
- Henry D, Hill S. Meta-Analysis: Its Role in Assessing Drug Safety. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1999;8:167-168.
- Peiró S, Meneu R. Autorización y monitorización de medicamentos: reconciliar la protección a la innovación y a los pacientes. *Gestión clínica y sanitaria*. 2005;7(1):3-6. [Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion23.pdf>] [Último acceso: 11/03/2017]

INTERVENCIONES SANITARIAS

NEUROLOGÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO

Neurology at Primary Health Care Level in the Province of Río Negro

Los equipos de salud de atención primaria se enfrentan a una tarea compleja: realizar el abordaje de pacientes que viven en zonas rurales, acceder a los exámenes complementarios, hipotetizar un diagnóstico, emprender un tratamiento de acuerdo con los recursos disponibles y sostenerlo en el tiempo. Este artículo presenta una experiencia sobre la atención programada neurológica en pueblos rurales de la provincia de Río Negro.

PALABRAS CLAVE: Neurología - Atención Primaria de la Salud - Línea Sur - Río Negro

KEY WORDS: Neurology - Primary Health Care - South Line - Río Negro

Sebastián Villate², Silvia Bellizio², Silvina Vouilloz¹, Marcelo Ríos¹, Pablo Duna¹, Marcela Fernández²

¹ Hospital Dr. Feintuch, Sierra Colorada, Pcia. de Río Negro.

² Hospital de Área Programa El Bolsón, Pcia. de Río Negro.

INTRODUCCIÓN

La Línea Sur de la provincia de Río Negro constituye una serie de comunidades rurales dispuestas entre los departamentos 25 de Mayo, 9 de Julio y Valcheta. Según la estadística del sistema de salud pública, asiste a 23 686 habitantes. La complejidad de los nosocomios se encuentra entre los niveles II y IV, y la Atención Primaria de la Salud es la estrategia operativa que se lleva a cabo. Según informes nacionales, se estima que entre el 17 y 25% de los pacientes admitidos en un hospital general tiene trastornos neurológicos¹, y que el número de neurólogos en hospitales de la provincia suma tan sólo 4 de los 7 matriculados¹.

La calidad de la atención en salud no debería estar limitada por el número de habitantes que atiende un hospital o la zona geográfica donde se sitúa.

Cuando se requiere la interconsulta de una subespecialidad de otro nivel de atención, la derivación del usuario a un centro urbano de mayor complejidad conlleva obstáculos. Es por esto que las estrategias de organización en salud pública apuntan a articular en el primer nivel de atención otras disciplinas post-básicas de la Medicina, como la Neurología.

El objetivo de este trabajo fue exponer los resultados y observaciones de la primera ronda de atención programada por el neurólogo del Hospital de Área Programa El Bolsón en la Línea Sur. Esta actividad se enmarca en el proyecto interhospitalario "Asistencia neurológica como complemento del primer nivel de atención en la Línea Sur de la Provincia de Río Negro", avalado por el Ministerio de Salud de la provincia, cuya finalidad es facilitar el acceso a la asistencia neurológica

por parte de la comunidad, generar contrarreferencia y capacitación con los médicos generalistas de la región.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la ciudad de Sierra Colorada, provincia de Río Negro, durante los tres primeros días de octubre de 2015. Mediante un convenio celebrado entre el Hospital de Área El Bolsón de la ciudad homónima y el hospital Dr. Feintuch de Sierra Colorada, se formalizó la atención programada por un neurólogo del primer nosocomio para asistir a pacientes con enfermedades neurológicas. La actividad se planeó para que otros hospitales pertenecientes a la Línea Sur, sumados al organizador, derivasen a posibles beneficiarios de dicho especialista. Participaron los hospitales de Los Menucos, Ingeniero Jacobacci, Ramos Mexía, El Cuy y Sierra Colorada.

A través de una comunicación escrita y recordatorios telefónicos, el hospital Dr. Feintuch informó a los nosocomios de las localidades cercanas acerca de la visita del neurólogo a la región. Se aceptó a pacientes que tuviesen enfermedades neurológicas en tratamiento y a aquellos con diagnósticos inciertos hasta el momento, que pudiesen esclarecerse con la consulta neurológica.

Mediante un consultorio programado durante los días establecidos, se evaluó a los pacientes con enfermedades o presuntas patologías neurológicas. Los pacientes llegaron a la consulta tras ser derivados por sus médicos de cabecera, ante la invitación y comunicación de la actividad por parte del Hospital Dr. Feintuch.

Se recogieron los datos cualitativos de los motivos de consulta y las características poblacionales de los usuarios evaluados.

RESULTADOS

La primera visita incluyó la atención de 22 consultas de las distintas localidades participantes (ver Tabla 1). Se evaluó a pacientes de El Cuy, pese a no formar parte de la Línea Sur. El 60% de los consultantes fueron hombres, con una edad promedio de 27 años (rango: 1-50). La edad promedio de las mujeres evaluadas fue de 32 años (rango 5-75). Las patologías y su frecuencia se muestran en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

El abordaje del paciente con sintomatología neurológica supone generalmente un desafío y una complicación para la mayoría de los médicos. Esto representa una problemática en salud debido al elevado número de enfermedades del cerebro. Aunque no hay trabajos que reporten el número de consultas neurológicas en los sistemas públicos ni privados de salud de Argentina, la Academia Americana de Neurología estimó que constituyen entre el 2,6 y el 14% de las consultas realizadas en

servicios de urgencias y entre el 2 y el 17% en atención primaria².

La llegada de un especialista de segundo nivel de atención a ciudades pequeñas es casi inviable, ya que su trabajo requiere una determinada infraestructura. Pese a esto las áreas programas cubren su asistencia mediante el traslado del solicitante hasta el hospital que posee dicha especialidad. Esto genera gastos en el sistema de salud pública y un bajo nivel de adherencia en la relación médico-paciente, primordial en la atención de patologías crónicas.

Al analizar las patologías evaluadas en la primera visita a la Línea Sur (Tabla 3) se destaca la frecuencia de la epilepsia, que ocupa el primer lugar en orden de consultas (50% del total). Las crisis convulsivas pueden ser secundarias a una lesión cerebral (crisis sintomáticas agudas) o no provocadas. Hay estudios europeos que calculan una incidencia para el primer tipo de crisis de 29 a 39 casos por cada 100 000 personas por año, pero lo más alarmante es la mortalidad de dichos episodios, que puede alcanzar el 20% dentro de los primeros 30 días de ocurrido el evento. Un informe de Argentina estableció una mortalidad del 37% en el primer mes^{3,4}. Un dato importante a destacar de este estudio es que 2 casos de la población de epilépticos presentaron crisis luego de la resección de quistes hidatídicos cerebrales, una enfermedad prevalente en la provincia de Río Negro⁵⁻⁷.

Los trastornos del desarrollo fueron los segundos en frecuencia, seguidos por las cefaleas. El 90% de la población adulta dijo haber padecido cefalalgia alguna vez en su vida; de ellos, el 50-60% sufre de cefaleas con una periodicidad variable, dato aportado por la Organización Mundial de la Salud⁸. La epidemiología local coloca a las enfermedades neurodegenerativas, junto con las cefalalgias, como los principales motivos de consulta ambulatoria

del servicio de neurología del Hospital Nacional de Clínica de Córdoba⁹.

Entre las problemáticas halladas durante la experiencia, se destaca el desconocimiento acerca del vademécum que cada hospital dispone y de los antecedentes relevantes enviados por los médicos de cabecera. Concurrieron erróneamente a la consulta pacientes con retraso mental o adictos crónicos, no incluidos dentro de la población a ser evaluada neurológicamente.

Gracias al aporte del Ministerio de Salud de la provincia, en la próxima visita habrá un equipo portátil de electroencefalografía, que permitirá realizar el estudio en el momento y decidir la conducta terapéutica de ciertos casos. Como puntos positivos se destaca la comunicación directa o telefónica con los médicos derivadores que quisieron establecer contacto y la llegada a la población asistida, que manifestó que el hecho de no trasladarse y poder recibir atención en su ciudad era un beneficio, más aún en los casos de niños con discapacidad severa o secueles. La mayor parte de los pacientes ya habían sido estudiados por sus centros derivadores y concurrían para controles.

Cabe concluir que tras la primera ronda de atención programada se evaluaron situaciones factibles de ser modificadas en consultas posteriores. El estudio fue también de utilidad para identificar las patologías por las cuales se solicitó la interconsulta. La neurología implementada como práctica en el primer nivel de atención hace posible la estrategia de atención primaria en el sistema de salud pública de Río Negro. Asimismo, acorta la brecha de desigualdades para que la población de zonas rurales pueda acceder a las posibilidades de atención de los centros urbanos y a hospitales de mayor complejidad. Esto también ayuda a facilitar la comunicación directa entre los profesionales de salud locales y a instalar la capacitación en servicio con los médicos del hospital sede.

TABLA 1. Distribución por sexo y edad.

Sexo	% (n)	Edad promedio en años (rango)
Mujeres	40 (9)	27,55 (1-50)
Hombres	60 (13)	32 (5-57)

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2. Ciudades y número de pacientes evaluados.

Ciudad	Número de pacientes evaluados
Sierra Colorada	5
Ingeniero Jacobacci	4
Ramos Mexía	5
Los Menucos	6
El Cuy	2

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Frecuencia de patologías.

Patología	% (n)
Epilepsia	50 (11)
Trastornos del desarrollo	18 (4)
Cefaleas	13 (3)
Cuadros vertiginosos	9 (2)
Traumatismo craneoencefálico	4,5 (1)
Tic	4,5 (1)

Fuente: Elaboración propia.

Cómo citar este artículo: Vouilloz S, Ríos M, Duna P, Fernández M, Bellizio S, Villate S. Neurología en el primer nivel de atención de salud de la provincia de Río Negro. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):35-37.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Somoza M, Melcon M. Número de neurólogos y carga de enfermedades neurológicas en Argentina. *Neurolarg*. 2015;7(2):89-94.
- ² Buonanotte C, Riveros M, Villate S, Beltrami C, Buonanotte CF. Neurofobia o analfabetismo neurológico. *Neuarg*. 2014.
- ³ Annegers JF, Hauser WA, Lee JRJ, Rocca W. Incidence of Acute Symptomatic Seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia*. 1995;36:327-33.
- ⁴ Sousa L, Romano L, Alemán A, Sánchez Abraham M, Zorrilla J, Latini F, et al. Crisis epilépticas sintomáticas agudas: estudio basado en una población de adultos mayores. *Neurolarg*. 2011;3(3):162-166.
- ⁵ Enfermedades infecciosas. Hidatidosis. Guía para el equipo de salud Nro. 11. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina; 2012.

- ⁶ Larrieu E, Zanini F. Critical Analysis of Cystic Echinococcosis Control Programs and Praziquantel Use in South America, 1974-2010. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(1):81-7.
- ⁷ Larrieu E, Seleiman M, Herrero E, Mujica E, Labanchi JL, Araya D, et al. Vigilancia de la equinocosis quística en perros y niños en la provincia de Río Negro, Argentina. *Rev Argent Microbiol*. 2014;46(2):91-97.
- ⁸ WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Atlas of Headache Disorders and Resources in the World 2011. Italy. *Organización Mundial de la Salud*. ISBN 978 92 4 156421 2.
- ⁹ Frías I, Buonanotte F. Análisis descriptivo de la demanda asistencial neurológica ambulatoria en el Hospital Nacional de Clínicas. *Revista de Salud Pública*. 2014;18(3):47-54.

SALA DE SITUACIÓN

CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE DE DENGUE EN LA PROVINCIA DEL CHACO ENTRE ENERO Y JULIO DE 2016

Characterization of a Dengue Outbreak in the Province of Chaco from January to July 2016

En 2016 se produjo en el Chaco un brote de dengue, que fue monitoreado desde la Sala de Situación por la residencia de Epidemiología de la provincia. Se notificaron casos en 22 de los 25 departamentos de la provincia, y fueron afectados 54 municipios. El 60% de los casos se concentraron en las localidades de Presidencia Roque Sáenz Peña y Resistencia

PALABRAS CLAVE: Brote - Dengue - Chaco

KEY WORDS: Outbreak - Dengue - Chaco

Lucrecia Obregón¹, Eliana Buyatti¹, Karina Peralta¹, Mariana Sejas¹, Liliana Zorzo¹, Sebastián Genero¹

¹ Residencia de Epidemiología, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Provincia del Chaco.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el dengue es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos quintas partes de la población del planeta viven en riesgo de ser infectadas, y más de 100 países han sido afectados por epidemias de dengue. La OMS estima que anualmente ocurren más de 50 millones de casos, 500 000 personas requieren ser hospitalizadas y 20 000 fallecen por esta causa¹.

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos, que se caracteriza por producir fiebre con dolor en las articulaciones y músculos, entre otros síntomas, aunque presenta un espectro clínico amplio. Se observan desde casos asintomáticos hasta muerte por shock. Existen cuatro serotipos de dengue². El reservorio en el ambiente urbano es el hombre, y la transmisión del virus es netamente vectorial³.

La especie *Aedes aegypti* es un mosquito de la familia *Culicidae*. Se distribuye de forma permanente entre los 35° de latitud Norte y 35° de latitud Sur, en una altitud promedio situada por debajo de los 1200 m. Se trata de un mosquito con hábitos típicamente domiciliarios³.

Antes de la década de 1960 los brotes se presentaban cada 10 o 20 años; luego estos períodos se acortaron. En la década del 80 el problema se extendió geográficamente por América del Sur, afectando Bolivia (1987), Paraguay (1988) y Perú (1990). Hoy, casi todos los países de la región de las Américas tienen la enfermedad o están en peligro inminente de que aparezca⁴.

Según datos provistos por el Ministerio de Salud de la

Nación, la reemergencia de dengue en Argentina se produjo en 1998 (serotipo 2). Entre ese año y 2008 se notificaron 3 541 casos autóctonos en las provincias de Corrientes, Formosa, Jujuy, Misiones y Salta. Se identificó circulación de serotipos 1, 2 y 3 en el Noroeste del país, y 1 y 3 en el Noreste⁴.

En 2001 se registraron dos brotes en el Noreste, más precisamente en las provincias de Misiones (158 casos) y Formosa (181), con dengue serotipo 1. Durante 2009 se produjo un brote por serotipo 1 con 25 989 casos notificados en 14 jurisdicciones (provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Corrientes y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), 11 de las cuales nunca habían presentado casos autóctonos de la enfermedad. También se registraron por primera vez tres casos de dengue hemorrágico y cinco muertes por esta enfermedad³. En febrero de 2009 la Dirección de Epidemiología de la Provincia del Chaco recibió la notificación de dos casos probables de dengue en la localidad de Campo Largo. Investigaciones en terreno identificaron otros casos en diferentes localidades, lo que marcó la primera epidemia de dengue en la provincia⁴. En 2010-2015 hubo otros brotes en el Chaco, que no alcanzaron ni la cantidad de casos ni la extensión geográfica del ocurrido en 2009.

El 6 de enero de 2016, semana epidemiológica 1 (SE 1), la Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología provincial recibió la primera notificación de un caso de síndrome febril con antecedente de viaje y con sospecha

clínica de dengue, que posteriormente fue confirmado por pruebas de laboratorio. Este trabajo tuvo como objetivo describir el brote de dengue ocurrido en la provincia del Chaco en 2016.

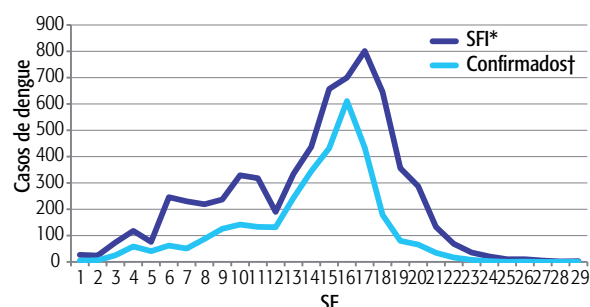
MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre la base de las notificaciones de síndrome febril inespecífico (SFI) reportadas entre enero y septiembre de 2016 a la Sala de Situación de salud de la provincia del Chaco. Se consideró caso sospechoso a todo paciente con fiebre de hasta 7 días de evolución sin foco respiratorio alto ni otra etiología definida, acompañada de dos o más de los siguientes signos: cefalea y/o dolor retroocular, malestar general, mioartralgias, diarrea, vómitos, anorexia, náuseas o erupciones cutáneas. En un comienzo la confirmación de los casos se realizó por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RCP-TR); luego, al avanzar el brote, los pacientes que cumplían con la definición de caso sospechoso y presentaban al menos una prueba serológica positiva fueron considerados confirmados (antígeno NS1 antes de los 5 días de inicio de los síntomas o IgM para virus del dengue por enzoinmunoensayo –ELISA– después de los 5 días). Se consideraron casos importados o autóctonos, según hubieran viajado o no a ciudades, provincias o países con circulación viral durante los 15 días previos al comienzo de los síntomas.

La sospecha de los casos de dengue fue captada mediante la denuncia de los médicos actuantes, a través de las fichas de notificación de SFI, por medio del Sistema Nacional de Vigilancia por Laboratorio (SIVILA) y también ante el aviso telefónico de nosocomios y laboratorios privados.

Los datos fueron analizados mediante la aplicación de estadística descriptiva. Se evaluaron las tasas de casos de dengue a nivel provincial y departamental. El procesamiento de la información se realizó con el programa Excel Starter 2010, y para la distribución geográfica y la relación temporal y espacial de la ocurrencia de casos se utilizaron los programas Google Earth y ArcGIS.

FIGURA 1. Distribución de notificaciones de síndrome febril inespecífico (n=6614) y de casos confirmados (n=3342) por semana epidemiológica (SE). Provincia del Chaco, SE1-29, 2016.



*Síndrome febril inespecífico en base a la semana epidemiológica de toma de muestra.

† Casos confirmados según SE de aparición de los primeros síntomas.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología de la Provincia del Chaco.

RESULTADOS

Los casos índices de la provincia fueron notificados en la SE 1. Eran oriundos de las ciudades de Presidencia Roque Sáenz Peña y Resistencia, y se confirmó que el agente involucrado era el virus del dengue serotipo 1. Las personas afectadas manifestaron que durante los días previos al inicio de los síntomas habían viajado a provincias con circulación viral. Las dos localidades mencionadas luego concentraron el 67,9% de las notificaciones de la provincia.

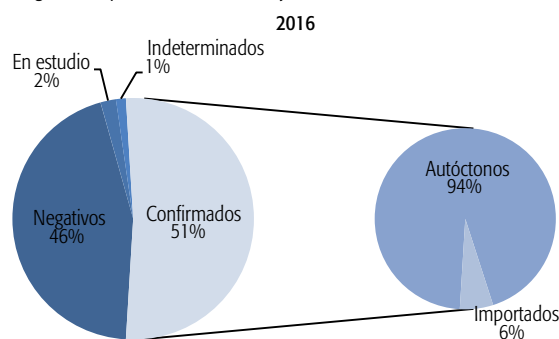
Entre enero y septiembre de 2016 se notificaron 6632 casos por SFI. El relevamiento según SE de toma de muestra permitió identificar el máximo de notificaciones en la SE 17 (Figura 1). Se dio por finalizado el brote en la SE 26 con el último caso de dengue.

Del total de las notificaciones, el 51% (3324) cumplió la definición de caso confirmado por dengue, el 46% resultó descartado, el 2% quedó clasificado como "en estudio" por diferentes motivos y el 1% restante estuvo compuesto por muestras no aptas o con resultados indeterminados. El 9,84% de los casos confirmados fueron tipificados y correspondieron al serotipo DEN 1. Se evidenció un caso presentado en el departamento de Presidencia de la Plaza con serotipo DEN 4 con antecedente de viaje a la provincia de Salta. Respecto al lugar de transmisión, 211 (6,3%) eran importados y 3131 (93,7%), autóctonos (Figura 2).

De las personas con diagnóstico confirmado, el 53,9% eran de sexo femenino y el 46,1%, masculino. La edad promedio fue de $34,1 \pm 18,4$ años. El 2% requirió internación en algún servicio de salud. La tasa de casos confirmados de dengue en el Chaco fue de 29,2 por 10 000 habitantes. Se notificaron casos en 22 de los 25 departamentos de la provincia, con un total de 54 municipios afectados. El 60% de los casos se concentraron en las localidades de Presidencia Roque Sáenz Peña y Resistencia. La tasa de notificación varió ampliamente entre los municipios, con un mínimo de 1,1/10 000 habitantes en La Leonesa y un máximo de 445,5/10 000 habitantes en El Sauzalito (ver Tabla 1).

Los departamentos con tasas más elevadas fueron Comandante Fernández con 109/10 000 habitantes, seguidos

FIGURA 2. Proporción de las notificaciones de dengue según diagnóstico y antecedente de viaje. Provincia del Chaco, SE 1-29, 2016



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología de la Provincia del Chaco.

por General Güemes e Independencia con 84,6 y 46,1 respectivamente (ver Mapa 1).

DISCUSIÓN

Los primeros casos de dengue se conocieron a fines de 2015, en las provincias de Formosa y Misiones. En esa oportunidad, la región Noreste fue la que presentó el mayor número de notificaciones a nivel nacional, a diferencia de lo ocurrido en 2009, que afectó mayormente al Noroeste^{5, 6}. Ambos brotes se iniciaron a partir de casos importados de países limítrofes, como Bolivia, Paraguay y Brasil.

El DEN-1 correspondió al serotipo identificado en ambos años. Sin embargo, en el brote de 2016 en Buenos Aires, Santa Fe, Salta y Chaco se observó la co-circulación de DEN-1 y DEN-4, mientras que durante 2009 no se identificaron otros serotipos circulantes^{5, 6}.

Si bien en 2016 las notificaciones por SFI excedieron a

las cuantificadas durante el brote anterior a nivel nacional, en la provincia del Chaco hubo aproximadamente un 50% menos.

Las tasas de casos confirmados fueron de 103,94/10 000 habitantes (2009)⁶ y 29,2/10 000 habitantes (2016). Cabe señalar que durante el brote de 2016 la definición de caso por nexo epidemiológico no fue utilizada en la provincia como en 2009, lo que puede explicar, en parte, la diferencia entre dichos valores.

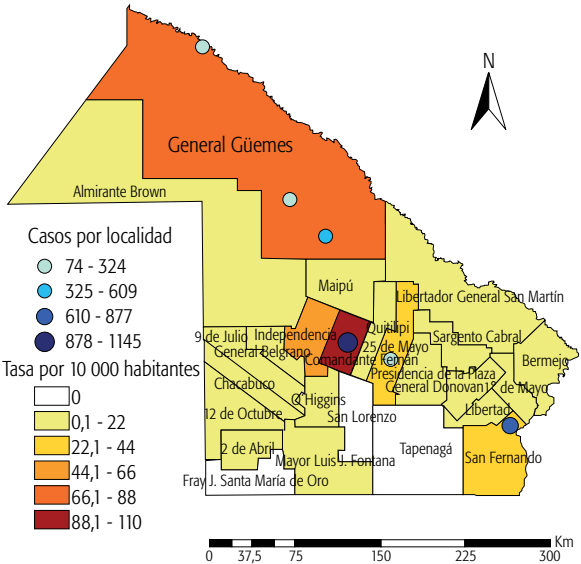
Los departamentos del noroeste y centro (Chacabuco, Independencia, Maipú, 9 de Julio, Almirante Brown, Comandante Fernández, San Martín y 12 de Octubre) fueron los más afectados en 2009, mientras que en 2016 eso ocurrió en las zonas del Norte y centro de la provincia (Comandante Fernández, General Güemes e Independencia)⁶. En ambos brotes la localidad de Sáenz Peña fue la que concentró el mayor número de casos.

TABLA 1. Frecuencia de casos y tasas de notificación de Dengue, según localidades.

Localidad	Frecuencia de casos	Tasa/10 000 habitantes
El Sauzalito	150	445,5
Miraflores	119	408,4
Basail	23	120,3
Presidencia Roque Sáenz Peña	1143	117,6
Avia Terai	74	115,3
Juan José Castelli	325	112,9
Concepción del Bermejo	35	61,8
Machagai	133	55,4
Fontana	157	44,9
La Tigra	13	42,7
Campo Largo	35	36,7
Resistencia	864	28,8

Fuente: Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología de la Provincia del Chaco.

MAPA 1. Tasa/10 000 habitantes de casos confirmados de dengue, por departamento. Provincia del Chaco. SE1-29, 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología, Provincia del Chaco.

Cómo citar este artículo: Obregón L, Buyatti E, Peralta K, Sejas M, Zorzo L, Genero S. Caracterización de un brote de dengue en la provincia del Chaco entre enero y julio de 2016. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):38-40.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Rodríguez Cruz R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Rev Cubana Med Trop*. 2002;54(3):189-201. [Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol54_3_02/mtr04302.pdf] [Último acceso: 13/03/2017]

² Guía para el equipo de salud, 3ra. edición. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2013. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-dengue.pdf>] [Último acceso: 13/03/2017]

³ Directrices para la Prevención y Control de *Aedes Aegypti*. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2016. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000235cnt-01-directrices-dengue-2016.pdf>] [Último acceso: 13/03/2017]

⁴ Euliarte C, Macarrein MK, Chiarelli GM, Corallo TA, Cayre A, Rodríguez M. Recomendaciones de la Sociedad de Pediatría. Consenso sobre Enfermedades Infecciosas Regionales en la Argentina. *Comité Nacional de Infectología*; 2016. [Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dengue_sap2016.pdf] [Último acceso: 13/03/2017]

⁵ Boletín Integrado de Vigilancia. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2016. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N327-SE37.pdf>] [Último acceso: 14/03/2017]

⁶ Situación de Dengue en Argentina, primer semestre del 2009. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2010. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/boletines_epidemiologia/pdfs/boletin-epidemiologico_dengue.pdf] [Último acceso: 14/03/2017]

HITOS Y PROTAGONISTAS

LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA: INICIO Y CULMINACIÓN

Sociedad de Beneficencia: Origin and End

PALABRAS CLAVE: Historia de la Medicina - Salud Pública - Argentina

KEY WORDS: History of Medicine - Public Health - Argentina

Federico Pégola

Academia Nacional de Medicina

Es probable que la característica división de las etapas de la sanidad social en Argentina no sea tal o, por lo menos, que los procesos se imbriquen permanentemente. En efecto, se halla una primera fase de beneficencia, una intermedia del Estado benefactor y una tercera y última de la medicina gerenciada. El Estado de beneficencia convivió en buena parte con el mutualismo ingresado al país, sobre todo por los inmigrantes italianos, que aportó —como una adenda— la atención de la salud, en un aspecto casi gerenciado por su afiliación; el Estado benefactor no dejó de lado una medicina particular de las clases pudientes; y en la actualidad la medicina gerenciada tiene la compañía necesaria del Estado benefactor en virtud del encarecimiento de las prácticas, especialmente con los métodos de diagnóstico de laboratorio y la imagenología¹.

La etapa de la beneficencia se inició en un país en proceso de formación, despoblado y deteriorado por la guerra de la Independencia, que poco tiempo antes —en época de la dominación hispánica— había visto nacer la Casa de Expósitos. Se trataba de una creación más que necesaria, casi dramática, si se tiene en cuenta el desamparo y el poco valor emocional de los niños de la primera infancia. Un ejemplo: Se levantaron voces de alerta en el *Semario de Agricultura, Industria y Comercio*, segundo periódico del Río de la Plata. En éste, una carta de autor desconocido² condena el uso de fajas en los lactantes (“cruels y bárbaros

envoltorios, que estrechando los límites que el Divino Hacedor ha puesto en cada una de las partes de estas infelices criaturas...”). Pero ese no era el caso; ocurría que los niños “embutidos” se utilizaban para un juego inventado por los hombres: se los tiraban unos a otros, lógicamente tratando de asirlos, lo que no siempre resultaba posible.

Aún más patética es la descripción de un albergue para niños abandonados. “Mandaba en esta capital por los años de 1779 el Exmo. Don Juan José Vértiz y Salcedo, caballero comendador de puerto Llano de la orden de Calatrava, teniente general de los reales ejércitos de estas provincias y Virrey de estas provincias del Río de la Plata, a quien se dirigió el Prior Síndico General, manifestándole la urgencia de precaver los lamentables accidentes que se experimentaban en las criaturas abandonadas por sus madres, las que perecían si la caridad privada no les daba auxilio. En aquella sentida exposición se demostraba el deber de la autoridad de salvar a aquellos desgraciados, que morían de frío, de hambre y a veces devorados por los perros, y otras se encontraban solo los cadáveres: el Síndico apelaba a la razón del magistrado y al corazón del hombre. El Virrey acogió favorablemente la indicación. A fin de dictar maduramente las medidas convenientes, mandó levantar una información circunstanciada sobre la necesidad de la fundación de una casa de niños expósitos”³.

Fue Bernardino Rivadavia, amado

por unos y vituperado por otros, quien tuvo la idea de crear la Sociedad de Beneficencia. En realidad el gobernador era Martín Rodríguez, pero Rivadavia fue el brazo ejecutor de la institución nacida en 1823. Las funciones que debía desempeñar eran bien específicas: controlar —con conducción e inspección— la referida Casa de Expósitos, la Escuela de Niños, el Colegio de Niñas Huérfanas, el Hospital de Pobres Enfermas.... En fin, todos los establecimientos públicos dedicados al bien común que venían de los tiempos hispánicos⁴.

Dice Sánchez⁵ con respecto a Rivadavia, que le dió “...a la mujer una tarea docente y de custodia muy importante y acometió al mismo tiempo la reforma eclesiástica (supresión de fueros, diezmos y bienes) en una clara política de preeminencia del Estado sobre la Iglesia, posible en Buenos Aires por la existencia de un grupo dirigente innovador que brindaba su concurso para que se encaren iniciativas progresistas en el ámbito provincial. Sin embargo, parte de estas y otras planificadas quedaron en suspenso por el advenimiento de los sucesos que desencadenaron la Guerra contra el Brasil y los posteriores devaneos políticos. Una vez más, se puso sobre el tapete la ‘medicina de guerra’ y la atención de los heridos requirió el esfuerzo general de la población”.

En pocas palabras, el nacimiento de esta institución no fue por azar, sino que surgió de una necesidad (retorciendo y parafraseando a Jacques Monod) que ya habían vislumbrado el

virrey Vértiz y sus asesores. No obstante, la Sociedad de Beneficencia no tuvo una continuidad lineal. Durante un siglo y cuarto de existencia padeció altibajos.

Una primera etapa de oscuridad ocurrió durante las luchas intestinas por consolidar la Nación, que culminaron cuando, luego de Caseros, Buenos Aires se separó de la Confederación y la Sociedad quedó tironeada entre dos fracciones. El resurgimiento se produjo con la Organización Nacional propuesta por Bartolomé Mitre a partir de 1862.

Luego, Sarmiento, con su habitual sinceridad, llamó a la institución Sociedad de Solteras Beatas, aunque de ninguna manera entorpeció su labor.

La situación se opacó nuevamente durante la década infame, cuando un duro conservadurismo dejó la institución en manos de una elite de matronas que la alejaron de las necesidades populares. La vida de la Sociedad culminó ante la negativa de designar Presidenta de Honor a la primera dama argentina, a la sazón María Eva Duarte de Perón: cuando se impidió el nombramiento aduciendo su juventud, el Poder Ejecutivo a cargo de su esposo resolvió disolver la institución.

En 1930, período de expansión y auge, aunque como dijimos su época "fuerte" fue antes de su desaparición y donde se originaron variados conflictos con los médicos, las instituciones bajo tutela de la Sociedad eran⁵:

- Hospital Rivadavia (ex Hospital General de Mujeres)
- Hospital Nacional de Alienadas
- Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora
- Hospital de Niños
- Sanatorio Marítimo

- Solarium de Mar del Plata
- Hospital Oftalmológico
- Casa de Expósitos
- Instituto de Asistencia Infantil Mercedes de Lasala y Riglos
- Hospital Sanatorio de Llanura Vicente López y Planes
- Asilo Estela Matilde Otamendi
- Casa de Huérfanas
- Asilo Saturnino E. Unzué
- Asilo General Martín Rodríguez
- Asilo de Huérfanos
- Colonia Crescencia Boado de Garrigós
- Asilo de Ancianos Isabel Balestra Espíndola
- Instituto de Odontología

Cabe destacar aquí a la primera de las instituciones mencionadas: el Hospital Rivadavia. Como bien señala Raíces⁶ acerca del lugar donde desempeñara su labor como médico: "La existencia de nuestro Hospital data del tiempo de la Colonia. Buenos Aires no era todavía virreinato sino gobernación, bajo la égida directa de Don Juan José Vértiz y Salcedo. Tuvo comienzo como una pequeña enfermería, en un colegio de mujeres. La Sociedad de Beneficencia habría de variar más tarde su emplazamiento, pero el espíritu de sus fundadores permanecerá idéntico a través de los tiempos".

Hasta poco tiempo después de la Independencia, según Juan María Gutiérrez, el profesorado y la dirección escolar eran del resorte exclusivo del clero, a quien correspondía como función especial de su ministerio. Idéntica situación tendría, entonces, en un hospital que comenzó como enfermería de un colegio. Las tres salas con que contaba a fin del siglo

XVII así lo atestiguan: la Señora de los Remedios con 24 enfermos, la Santo Tomás con 21 y la San José con 6. El capellán Jerónimo de Aréchaga, que oficiaba de practicante de Medicina sin sueldo, renunció en 1800, y se cree que fue reconocido como médico recién en 1810⁷.

En 1822 Martín Rodríguez decretó la suspensión de la hermandad, y al año siguiente se creó la Sociedad de Beneficencia. A este organismo se subordinó la administración de los establecimientos destinados a la asistencia de mujeres y niñas. El número de camas del Hospital de Mujeres aumentó lentamente: 88 en 1826 y 102 recién en 1834.

En 1838 Juan Manuel de Rosas — invocando la crisis económica que producía el bloqueo francés— suprimió la subvención a la Sociedad de Beneficencia y declaró la imposibilidad de proveer gallinas, corderos y ganado vacuno para la alimentación de las internadas. Así comenzó el abandono del Hospital.

El 1 de junio de 1852, luego de Caseros, se entregó nuevamente el Hospital de Mujeres a la Sociedad de Beneficencia, y poco después se creó un pabellón de maternidad. En 1859 el Hospital pasó a ser administrado por las Hermanas del Huerto, congregación que lo mejoró en sus aspectos higiénicos y paisajísticos, y elevó el número de camas a 200.

Más tarde, el aumento de la población urbana obligó a crear un nuevo edificio para la atención de las mujeres y, en abril de 1887, se inauguró el Hospital Rivadavia en un terreno adquirido una década antes por la Sociedad de Beneficencia. Pero esa es otra historia.

Cómo citar este artículo: Pέργola F. Sociedad de beneficencia: inicio y culminación. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):41-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Pέργola F. Historia de la salud social en la Argentina. Buenos Aires: *Editores Argentinos Asociados*; 2004.
- ² *Semanario de Agricultura, Industria y Comercio*, Buenos Aires, N° 11, 1802.
- ³ Fundación de la Casa de Expósitos. *La Revista de Buenos Aires*. 1863;1(3).
- ⁴ Historia americana. Breve instrucción de la Fundación de la Santa Caridad, Colegio de Niñas Huérfanas, Hospital de Pobres Enfermas de esta ciudad de

Buenos Aires. *La Revista de Buenos Aires*. 1870;8(90).

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

- ⁶ Raíces R. Remotos orígenes del Hospital Rivadavia. *Revista Médico-Quirúrgica de la Asociación Médica del Hospital Rivadavia*. Buenos Aires, 1985, pág. 41-46.

- ⁷ Pέργola F. El Hospital Rivadavia. Historia de los hospitales argentinos. Capítulo Médico. *Entre Consultas*. 1988;2(12):19.

SALUD INVESTIGA

LOS PREMIOS SALUD INVESTIGA 2016 DISTINGUEN TRES ESTUDIOS QUE MEJORARON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SALUD INVESTIGA 2016 AWARDS DISTINGUISH THREE STUDIES THAT IMPROVE THE QUALITY OF ATTENTION OF HEALTH SERVICES

La premiación de investigaciones es una estrategia de la Dirección de Investigación para la Salud cuyo objetivo es fortalecer el vínculo entre el conocimiento científico generado con financiamiento de Becas Salud Investiga y la toma de decisiones sobre salud informadas. Los estudios premiados evidencian que la comunicación y la aplicación de resultados cumplen un papel relevante en la mejora de la calidad de atención y de los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Salud Pública – Gestión del Conocimiento para la Investigación en Salud – Servicios de Salud

KEY WORDS: *Public Health - Knowledge Management for Health Research – Health Services*

Carolina O'Donnell¹, Marcelo Barbieri¹, Carolina Deguer¹

¹ Dirección de Investigación para la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Una de las funciones esenciales de la Dirección de Investigación para la Salud (DIS) es la de producir evidencia científica, ética y de calidad, que permita a los equipos de salud y a los decisores políticos diseñar las acciones más adecuadas para mejorar la salud de los diferentes grupos poblacionales de Argentina.

Si bien la DIS lleva adelante una serie de actividades para cumplir con este propósito, en el presente artículo se muestra una estrategia particular cuyo objetivo es distinguir con los "Premios Salud Investiga" a los proyectos financiados y priorizados por el Ministerio de Salud de la Nación cuyos resultados hayan constituido un aporte para la toma de decisiones clínicas o sanitarias del nivel local, regional o nacional. El primer concurso se realizó en 2012, año en que cumplía su primera década la Comisión Nacional Salud Investiga (ahora DIS); la segunda edición se lanzó un año después y

luego en 2016 se abrió una nueva convocatoria.

El último concurso permitió la postulación de las investigaciones, tanto individuales como multicéntricas, financiadas con Becas Salud Investiga entre los años 2002 y 2014. El límite relativo a las cohortes en condiciones de presentarse tuvo en cuenta el período de tiempo necesario para la gestión del conocimiento de los resultados científicos y su contribución a la toma de decisiones y formulación de políticas informadas. De modo que se encontraba directamente relacionado con el objetivo ya mencionado.

Para la convocatoria 2016 se presentaron a concurso 23 investigaciones, 10 en la categoría de estudio multicéntrico y 13 en la de estudio individual. Los estudios fueron desarrollados en distintos lugares del país y plantearon problemáticas relativas a la salud materno infantil, salud mental, salud ambiental, salud sexual y

reproductiva, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores, seguridad del paciente, calidad de servicios y formación.

En relación a los criterios de selección de los ganadores, el más importante era el relacionado con el aporte de la investigación a la toma de decisiones clínicas o sanitarias el cual debía ser verificado mediante alguna fuente (normativa nacional, municipal, institucional, guía de prácticas, manual de procedimientos, etc). Asimismo, cabe destacar que entre los ítems que se tuvieron en cuenta para elegir los proyectos ganadores se encontraban:

- La relevancia de la problemática abordada;
- la implementación de sus resultados y su adecuación para que puedan ser apropiados por otros agentes (tales como instituciones u organismos relacionadas con la salud, asociación de pacientes, etc) o

programas de salud;

- la contribución de los resultados a la resolución de problemas definidos como prioritarios en ámbitos locales/nacionales;

- el aporte para la disminución de inequidades y

- la contribución orientada a mejorar la efectividad de las políticas, programas o intervenciones sanitarias.

La resolución del concurso estuvo a cargo de un jurado de expertos en Salud Pública, integrado por José María Paganini, Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina; Raúl Mercer, coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina); y Daniel Ferrante, subsecretario de Planificación Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En la categoría estudio multicéntrico, el jurado decidió por mayoría premiar al proyecto "Programa de reducción de infección asociada a catéter en la unidad de cuidados intensivos. Estudio clínico multicéntrico en 7 unidades de cuidados intensivos pediátricos de la República Argentina" coordinado por Ana Lenz, Elena Andión y Silvina Ruvinsky del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*; y financiado con una Beca Salud Investiga "Carrillo-Oñativia" 2011. El propósito de este estudio fue mejorar la calidad de atención de los pacientes mediante la disminución de las tasas de infecciones intrahospitalarias y se desarrolló en el Hospital Garrahan y el Hospital de Niños Pedro de Elizalde, ambos de la Ciudad de Buenos Aires; en el Centro Provincial de Salud Infantil de Santiago del Estero; en el Hospital de Niños Eva Perón de Catamarca; en el Hospital Juan Pablo II de Corrientes; en el Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de General San Martín y en el Hospital Municipal del Niño de San

Justo de la provincia de Buenos Aires.

Entre los logros del proyecto, se encuentran la estandarización del sistema de vigilancia de las infecciones hospitalarias asociadas al uso de catéteres en los servicios de terapia intensiva como consecuencia del cambio en la cultura institucional; así como la reducción de los episodios de bacteriemia y de la tasa de utilización de catéter venoso central.

En cuanto al "Premio Salud Investiga" en la categoría Estudio Individual, el jurado decidió un empate entre dos investigaciones que también trabajan sobre la problemática de la seguridad del paciente y la importancia del cambio en la cultura organizacional de los servicios de salud. Una de las ganadoras se denomina "Epidemiología de eventos adversos en la población de neonatos internados en un servicio de neonatología público de Bahía Blanca" y fue desarrollada en 2007 por la becaria Laura Barriónuevo, con la dirección de María Eugenia Esandi. En este caso el estudio fue avalado por el Hospital Penna de Bahía Blanca en la provincia de Buenos Aires.

Esta investigación fue pionera en el estudio de la frecuencia de eventos adversos en servicios de Neonatología mediante la aplicación del método de

revisión de historia clínica y de análisis de causa-raíz. Cabe destacar que con posterioridad al estudio esta metodología fue priorizada por UNICEF y las provincias que adhieren a la iniciativa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia de este organismo internacional. La identificación y descripción de la epidemiología de eventos adversos en las unidades neonatales; así como a la concientización de los equipos de salud sobre la importancia de abordar de modo sistemático los problemas de seguridad del paciente permitieron mejorar la calidad de atención del Servicio de Neonatología del Hospital Penna.

El otro estudio individual premiado fue "Vigilancia del error en Medicina: búsqueda de eventos adversos en pacientes hospitalizados en áreas de cuidados críticos y priorización de problemas"; desarrollado en el Hospital Posadas de la provincia de Buenos Aires por la becaria Judith Sagarbía, con la dirección de Graciela Berenstein (†), y financiado con una Beca Salud Investiga "Carrillo Oñativia" 2006. El objetivo de esta investigación fue describir los eventos adversos producidos en las unidades de cuidados intensivos de adultos y de niños. Su realización fortaleció la discusión sobre la importancia de los



* Becarios: Marcela Zuazaga y Martín Pascutto (Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"), María Gabriela López Cruz (Centro Provincial de Salud Infantil de Santiago del Estero), María Julieta Álvarez Parma (Hospital de Niños Eva Perón de Catamarca), Silvia Santos (Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de General San Martín), Clarisa Aguirre (Hospital Juan Pablo II de Corrientes), Matías Penazzi (Hospital Municipal del Niño de San Justo) y Facundo Jorro Barón (Hospital de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires).

cambios de la cultura institucional frente a los eventos adversos y contribuyó a la creación del Comité de Seguridad del Paciente en el Hospital Posadas mediante la Resolución Interna N°1212/2006.¹

Por otro lado, es importante señalar que los tres estudios ganadores fueron premiados en el marco del Tercer Encuentro Nacional de Investigación

realizado por la DIS en noviembre pasado. En este evento se presentaron los resultados de 45 investigaciones financiadas en 2014 y 2015 que abarcaron una amplia gama de temas de Salud Pública y contó con la participación de expertos y tomadores de decisiones sanitarias, entre los que se destacó la presencia de autoridades del Ministerio de Salud de la Nación.

Por último, cabe recordar que en el mundo son cada vez más los estudios que demuestran la relevancia de las investigaciones en salud, ya sea enfocadas a la prevención de enfermedades o para un más adecuado funcionamiento de los sistemas de salud a nivel local y nacional², motivo que obliga a ampliar las políticas públicas de investigación en salud.

Cómo citar este artículo: O'Donnell C, Barbieri M, Deguer C. Los premios Salud Investiga 2016 distinguen tres estudios que mejoraron la calidad de atención de los servicios de salud. Rev. Argent Salud Pública. 2016; Dic;7(29):43-45.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Hospital Nacional Posadas, Comité para la Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein". Disponible en: [http://www.hospitalposadas.gov.ar/equipo/comites/seguridad_paciente/recursos/resolucion/resolucion.php][Último acceso: 13/03/2017]

² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal, 2013 [Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>][Último acceso: 23/02/2017]

SALUD INVESTIGA

RESÚMENES DE INFORMES FINALES DE BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA"

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE NIÑOS EXPUESTOS A TOXOPLASMOSIS DURANTE LA GESTACIÓN

Grobaporto M, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
marce_gp@hotmail.com

Introducción: La toxoplasmosis es una zoonosis parasitaria de alta prevalencia en Argentina. La mayor gravedad de esta patología se manifiesta cuando la infección ocurre durante los primeros meses de la gestación. Son escasos los reportes sobre la prevalencia de esta infección en el país.

Objetivos: Identificar la curva de descenso de anticuerpos existentes por pasaje transplacentario en niños asintomáticos. Analizar una cohorte de niños expuestos a toxoplasmosis durante la gestación. Describir sus características demográficas y clínicas. Evaluar la presencia de factores de riesgo para secuelas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte bidireccional en niños expuestos a toxoplasmosis durante la gestación, asistidos en el servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" entre 1993 y 2014. El criterio diagnóstico fue la serología IgM/A positivo y/o curva de IgG estable en el tiempo más allá de los seis meses de edad. Para la carga de datos y análisis se utilizó Epiinfo 7.1.2.

Resultados: Se revisaron 153 historias con diagnóstico de toxoplasmosis congénita. La mediana de edad fue de siete meses (Iq 25-75 1,8; 26,2). El principal motivo de consulta fue por presentar serología positiva (52%), seguido de derivación por manifestación oftalmológica (42%). El 85% de los niños fueron sintomáticos. El 83% (127/153) presentó compromiso ocular, con coriorretinitis como principal manifestación; de ellos, el 17,6% desarrolló al menos una reactivación. El 45% manifestó compromiso neurológico inicial con calcificaciones cerebrales (56/69), hidrocefalia (36/69) y microcefalia (21/69). El

BARRERAS PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS EXTERNADAS DE PSIQUIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y LAS PROVINCIAS DE CÓRDOBA, MENDOZA Y BUENOS AIRES

Perelman ME, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); Sabin Paz M, CELS; Rodríguez González VM, CELS; Giglia L, CELS; Díaz Jiménez RM; Sosa YP, Observatorio de DDHH de la Universidad Nacional de Córdoba; Amadeo G, Instituto de DDHH Universidad Nacional de Cuyo.
mperelman@cels.org.ar

Introducción: La investigación describe y analiza la situación de personas con discapacidad psicosocial vinculadas con dispositivos de externación de instituciones monovalentes, en relación con su inclusión en el ámbito comunitario y el goce y ejercicio de sus derechos, en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental 26 657. Los derechos que estructuran el análisis son aquellos referidos a la salud, trabajo, vivienda, capacidad jurídica y acceso a la justicia.

Objetivos: Identificar las barreras para la inclusión social plena y el goce y ejercicio de derechos de las personas con padecimiento mental en proceso de externación de instituciones monovalentes de salud mental en las jurisdicciones seleccionadas.

Métodos: El enfoque metodológico combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. Los datos surgidos de las entrevistas a personas en proceso de externación y a los equipos asistenciales a favor de su externación e inclusión social fueron complementados y contrastados con información secundaria, resultante del relevamiento de datos públicos y de pedidos de información a las agencias estatales con competencia en la materia.

Resultados: Los hallazgos evidencian que las condiciones reales de vida de la mayoría de las personas en procesos de externación se contradicen en el ejercicio de estos derechos con los estándares previstos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental 26 657.

Conclusiones: Es función indelegable del Estado sostener las acciones que garanticen los derechos a las personas con padecimiento mental, particularmente a aquellas que aún están internadas o que están intentando salir del encierro. Es menester avanzar en una genuina articulación interministerial para generar las diferentes respuestas necesarias en torno a la vivienda y al trabajo y sus respectivos compromisos presupuestarios. En este sentido, los Estados nacional y provinciales deben adecuar sus normas, reformar instituciones y reformular planes y políticas para garantizar a esta población el derecho a una vida digna.

Palabras clave: Discapacidad Psicosocial - Hospital Psiquiátrico - Externación - Inclusión Social - Derechos Humanos

88% de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo. El 62% de los recién nacidos recibió tratamiento de duración variable con pirimetamina-sulfadiazina-leucovorina.

Conclusiones: Los resultados hallados en esta cohorte muestran un alto impac-

to clínico por toxoplasmosis. Se observa un inadecuado seguimiento de las madres, dado que un pequeño porcentaje fue diagnosticado durante la gestación.

Palabras clave: Toxoplasmosis Congénita - Epidemiología - Salud Pública - Prevención de Enfermedades

EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN PROVINCIAS DE ARGENTINA

Virgolini M, Universidad ISALUD; Lavanda I, Universidad ISALUD; Arroyo Parisi S, Universidad Nacional de Córdoba; Alfaro A, Instituto de Educación Superior N°7 Populorum Progressio; Scarinci G, Universidad Nacional de La Plata; Sordini N, Universidad FAS-TA; Solaso A, Universidad de Buenos Aires.

mvirgolini@yahoo.com.ar

Introducción: La ingesta insuficiente de frutas y verduras es una causa importante de enfermedades no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud estableció como objetivo incrementar su consumo. En Argentina se han implementado diversas iniciativas en el ámbito escolar, como comedores y otras modalidades de distribución de frutas y verduras, kioscos saludables y huertas escolares.

Objetivos: Identificar la asociación entre las experiencias escolares de promoción del consumo de frutas y verduras respecto de los factores personales y ambientales; y las prácticas de consumo en los escolares y sus familias.

Métodos: Se realizaron 84 entrevistas, 16 grupos focales y 2099 cuestionarios estructurados. La muestra quedó conformada por 41 escuelas de cinco jurisdicciones: Córdoba, Jujuy, La Plata, Mar del Plata y Rosario.

Resultados: El 5,2% de los niños se aproximan a las cinco porciones diarias. Las intervenciones escolares relevadas que promocionan el consumo de frutas y verduras fueron en general de baja intensidad. La presencia de dichas intervenciones no ha evidenciado asociación con la frecuencia de consumo de frutas y verduras, y sólo se encontró relación de algunos tipos de intervenciones sobre variedad de consumo y factores inter-

MAPEO DE ZONAS DE RIESGO OFÍDICO PARA LA PROVINCIA DE JUJUY

Guerra IC, Instituto de Biología de Altura - Universidad Nacional de Jujuy
ivana.cge@gmail.com

Introducción: El ofidismo provoca a nivel mundial unas 125 000 muertes anuales, lo que representa un problema de salud pública. En Argentina ocurren 500 casos al año y Jujuy es la cuarta provincia con más accidentes ofídicos en el Noroeste argentino. No se cuenta con información precisa de estos accidentes ya que con frecuencia ocurren en áreas alejadas de los servicios de salud.

Objetivos: Identificar las especies de serpientes peligrosas presentes, asociándolas a variables ambientales y geográficas para generar un mapa de riesgo con ofidios. Capacitar al personal de salud que tenga intervención en accidentes. Realizar la divulgación y concientización de la población jujeña acerca de la importancia de las serpientes. Fomentar en la comunidad prácticas de prevención y de primeros auxilios adecuados.

Métodos: Se analizaron las notificaciones del Ministerio de Salud en el periodo comprendido entre los años 2003 y 2013, identificando las especies de serpientes peligrosas, asociándolas a variables ambientales y geográficas para finalmente generar un mapa de riesgo ofídico.

Resultados: Se consideraron 178 casos, dando un promedio de 33 accidentes por año. En 83 de ellos no se identificó la especie involucrada, pero sí las zonas del cuerpo afectadas. El mapa de riesgo ofídico muestra una concentración de accidentes en el sureste de la provincia, con mayor tasa de ofidismo en los departamentos de San Pedro, Santa Bárbara, Ledesma y El Carmen. En las trampas colocadas, sólo el 28 % de las especies capturadas fueron venenosas.

Conclusiones: El ofidismo puede ser grave, letal, prevenible y tratable. Tiene posibilidades de ocurrir en el domicilio, peridomicilio, zona laboral, urbana, rural, semirural y/o natural. Se identificaron *Bothrops spp.* y *Crotalus sp.* No hubo casos de mortandad en el periodo estudiado. Esto indica que hay que seguir realizando investigaciones sobre los accidentes ofídicos, sobre las especies que intervienen y las actividades antrópicas. Además es necesario unificar la información para identificar otras especies que intervienen y desarrollar redes de atención primaria, capacitaciones y charlas.

Palabras clave: Serpientes - Mordedura de Serpientes - Prevención de Accidentes

medios. En la modalidad kiosco saludable "pleno", la variedad de frutas consumidas por los niños superó a la de las demás intervenciones (media: 4,11 frente a 3,82; $p < 0,03$). Los niños que recibieron distribución de frutas como colación tuvieron más intención de consumo, y probaron y prefirieron mayor variedad de frutas. Cuando la participación familiar en la intervención fue "protagónica", se registró un mejor resultado.

Conclusiones: Se observaron asociaciones significativas de los factores

familiares respecto a frecuencia de consumo de frutas y verduras e intención de consumo de fruta por los niños, pero no de las intervenciones escolares con los factores familiares. Conviene incrementar la intensidad de las intervenciones y mejorar la oferta escolar y la participación de las familias.

Palabras clave: Promoción de la Salud - Promoción de Alimentos - Evaluación de Eficacia- Efectividad de Intervenciones - Hábitos Alimenticios

VALORACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS EN CULTIVOS EXTENSIVOS DE LA ARGENTINA Y SU POTENCIAL IMPACTO SOBRE LA SALUD

Díaz M, Universidad Nacional de Córdoba; Antolini L, Ministerio de Salud de la Nación; Eandi MA, Universidad Nacional de Córdoba; Gieco M, Universidad Nacional de Córdoba; Filippi I, Universidad Nacional de Córdoba; Ortiz P, Universidad Nacional de Córdoba.
pdiaz@fcm.unc.edu.ar

Introducción: A nivel nacional no se encuentran descripciones espaciales o analíticas para el diagnóstico de exposición a plaguicidas.

Objetivos: Describir la distribución espacial de la exposición a plaguicidas en Argentina y su asociación con indicadores de carga de cáncer. Construir índices incorporando prácticas laborales y de vida y validarlos con biomarcadores y salud de sujetos laboralmente expuestos y sus familias.

Métodos: Para describir la distribución espacial de la exposición y su asociación con indicadores de carga de cáncer se construyeron dos índices globales: de exposición a plaguicidas (IEP) y de impacto ambiental total (IIAT). Se estudiaron sus distribuciones espaciales y, mediante un estudio ecológico a nivel nacional, se analizó la asociación con las tasas de mortalidad de cáncer total, mama y próstata. Otros dos índices de exposición contruidos con información individual de agroaplicadores de Córdoba fueron validados a partir del uso de resultados de biomarcadores (actividad de butirilcolinestrassa y genotoxicidad) y de salud de sujetos laboralmente expuestos; y se compararon con sus respectivos controles. Por último, se analizaron las condiciones de salud de niños de esas familias.

Resultados: El área pampeana agrupa los IEP mayores al promedio nacional. Los mayores IIAT fueron para 2,4-D y Clorpirifos en igual zona. Los altos IIAT de Cipermetrina y Clorpirifos se asociaron con más mortalidad de cáncer de mama y los de Glifosato y Clorimuron

PRODUCCIÓN PÚBLICA DE BIOSIMILARES EN ARGENTINA

Torales SB, Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) S.E.; Berardo JA, LIF S.E.; Blanche MD, LIF S.E.; Del Blanco L, Universidad Nacional del Litoral (UNL); García D, Instituto Autárquico Provincial de Obras Sociales de Santa Fe; Paillet C, UNL.
santiago.torales@gmail.com

Introducción: Los biosimilares tendrían igual indicación terapéutica y menores costos de desarrollo que los biofármacos originales. El aumento de su oferta mejoraría la eficiencia y accesibilidad, pero en Argentina este mercado define precios iguales o superiores a las drogas originales. Una alternativa sería incentivar la oferta desde la producción pública, basada en desarrollos científicos institucionales existentes en Santa Fe, con sinergias entre empresas incubadas en la Universidad Nacional del Litoral y el Laboratorio Industrial Farmacéutico para abastecer al Ministerio de Salud y a la obra social provincial.

Objetivos: Evaluar el impacto potencial de un programa de biosimilares de producción pública con alcance provincial o nacional; definiendo viabilidad presupuestaria, sinergia institucional, accesibilidad y regulación de mercado.

Métodos: Se realizó cuantitativamente un análisis de impacto presupuestario basado en consumos y gastos sobre eritropoyetina, interferón y filgrastim, con distintos esquemas de sustitución, considerando ahorros y nuevos costos (inversión, seguimiento) con horizonte a 5 años para escala provincial y nacional, complementado con encuestas/entrevistas cualitativas a representantes de subsectores sanitarios.

Resultados: Eritropoyetina y filgrastim se mostraron rentables a tasas de sustitución activas (>30%) a nivel provincial y nacional. Los sectores público, seguridad social y académico/científico estimaron posible la implementación de estas sinergias con distintos ajustes, con potencial impacto en la accesibilidad y el mercado, mientras que el sector privado desestimó su real alcance.

Conclusiones: Los modelos propuestos evidenciaron márgenes de factibilidad presupuestaria según el alcance (provincial o nacional), el biofármaco considerado y las tasas de sustitución supuestas. Con excepción del sector privado, los demás revelaron cualitativamente un impacto positivo de la propuesta estudiada.

Palabras clave: Biosimilares Farmacéuticos - Salud Pública - Economía de la Salud

con la de cáncer total en varones. Síntomas generales, cardiorrespiratorios, dérmicos y daño genotóxico fueron mayores en aplicadores, pero no se asociaron a los niveles de exposición. Los niños presentaron síntomas irritativos en un 30%; más de la mitad está expuesto a aplicaciones, vive a menos de 500 metros de depósitos y van a escuelas a 500 metros de campos fumigados. Un 20% asistió en tareas de campo, sin

elementos de protección personal o cobertura de obra social.

Conclusiones: Además de las prácticas individuales, debe enfatizarse la mejora integral e integrada de los contextos de vulnerabilidad.

Palabras clave: Exposición Plaguicidas - Índices - Genotoxicidad - Exposición Ocupacional - Cáncer

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a: rasp.revista@gmail.com ó rasp.revista@gmail.com

El texto debe presentarse en Word, sin interlineado, letra Times New Roman, tamaño 12, 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 títulos de todos los artículos deben redactarse en español e inglés y su extensión no debe superar los 120 caracteres con espacios incluidos.

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

Se deben especificar entre 3 y 5 palabras clave que resuman los temas principales del artículo, que se ubicarán debajo del resumen o del copete, según corresponda al tipo de artículo. Se recomienda utilizar términos de la lista de descriptores que ofrece la Biblioteca Virtual de Salud en español, inglés y portugués. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Los autores deberán realizar la declaración de conflictos de intereses en la portada o en la carta al editor (si corresponde), acorde a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE, según su sigla en inglés) publicadas en los *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica* (normas de Vancouver) y disponible en: bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver_2012.pdf.

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.

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

1.1. 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 será el recomendado por el ICMJE.

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.

1.2. TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

Los elementos gráficos, es decir tablas, gráficos, figuras y fotografías deben presentarse en documento separado, numerados consecutivamente, indicando la referencia en el texto. Además, deberán incluir título y epígrafe. En el epígrafe se colocarán: las referencias a símbolos o abreviaturas utilizando signos específicos en el siguiente orden: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, y las fuentes de datos utilizadas. Las letras, números y símbolos deben ser claros y de tamaño suficiente (se recomienda Times New Roman 8-12) para permitir su lectura una vez que han sido reducidas. La presentación de las tablas deberá ser en formato de celdas editables, elaboradas con Word o Excel. El cuerpo de la tabla no debe contener líneas verticales. El título se presentará fuera de la tabla y en la primera fila los títulos de cada columna (breves). Los resultados cuantitativos deben incluir las medidas estadísticas obtenidas.

Los gráficos deben ser autoexplicativos y se presentarán en documento Excel, con sus coordenadas identificadas con el nombre de la variable representada e indicando el "n" si corresponde.

Dimensiones de elementos gráficos

Sección	Ancho	Altura
Artículos Originales	7,5 cm	22 cm (máx)
y Revisiones	ó 16 cm	
	10,5 cm	
Otras secciones	ó 16 cm	22 cm (máx)

Las fotografías deben tener una resolución mínima de 300 dpi. Si son de personas deben respetar los principios de privacidad y contar con autorización escrita para su publicación.

1.3. 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 podrán tener una extensión máxima total de 12.000 caracteres con espacios incluidos y los de Revisiones de 16.000. Además, los artículos de estas tres secciones deberán incluir debajo del título: un copete de hasta 400 caracteres con espacios, palabras clave (ver punto 1) y podrán presentar hasta 4 tablas, gráficos, figuras y/o fotografías.

2.1. En la sección "Intervenciones Sanitarias" se publican informes en los que se reportan el diseño, la implementación, los resultados o la evaluación de una intervención sanitaria.

Una intervención sanitaria es un conjunto de acciones guiado por un objetivo y destinado a promover o proteger la salud o prevenir la enfermedad en comunidades o poblaciones. Estas acciones pueden incluir iniciativas regulatorias, políticas, estrategias de intervención únicas, programas multicomponentes o estrategias de mejora de la calidad del cuidado de la salud.

La secuencia de acontecimientos que conforman una intervención sanitaria son: I) la identificación de una situación determinada que presenta uno o más aspectos no deseados o alejados de un estado ideal, II) la identificación de un conjunto de actividades y dispositivos de los que existe evidencia respecto de su eficacia para producir el efecto deseado (el estado ideal mencionado en I), III) el diseño de la intervención, IV) su implementación y la observación de los resultados, y V) la evaluación de la intervención en sus distintos tipos.

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

- Introducción: se presenta un relato del problema de intervención, la ponderación de su importancia y sus fundamentos teóricos. Se incluye, además, la evidencia conocida del efecto de la intervención propuesta, así como su objetivo y el resultado que se pretende lograr con la implementación de la misma. Asimismo, se deberá explicar el objetivo del artículo.
- Métodos: se describen secuencialmente todos los componentes del plan de intervención: las acciones, procedimientos y dispositivos implementados; y los distintos operadores que intervienen.
- Resultados: podrán ser resultados intermedios o finales observados a partir de la implementación de la intervención.
- Discusión: se ponderan, interpretan y ponen en perspectiva los resultados observados.

2.2 En la sección Sala de Situación se publican informes en los que se comunica una selección de la información recabada y procesada durante un Análisis de Situación en Salud, obtenida a partir de distintas fuentes.

Una sala de situación puede constituirse en un espacio físico o virtual. Existen dos tipos: las de tendencia, que identifican cambios a mediano y largo plazo a partir de una línea de base; y las de contingencia, que describen fenómenos puntuales en un contexto definido.

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

- Introducción: incluirá el relato del problema que generó el reporte de situación y su fundamentación teórica, así como el objetivo del reporte.
- Métodos: se detallarán las actividades e instrumentos que se implementaron para generar el reporte.
- Resultados: reporte de los datos más relevantes
- Discusión: se ponderan, interpretan y ponen en perspectiva los resultados observados.

2.3 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 tecnologías sanitarias.

3. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

En esta sección se publican artículos de investigación inéditos sobre temas de salud pública. El Comité Editorial realizará una revisión inicial del manuscrito recibido, pudiendo rechazarlo de entrada o seleccionarlo para ser sometido a revisión por pares a doble ciego. La decisión del Comité Editorial sobre la aceptación o rechazo de un artículo respecto de su publicación será inapelable.

El manuscrito debe ir acompañado de una carta al editor (modelo disponible en: www.rasp.msal.gov.ar) con los datos del autor responsable y en la cual conste lo siguiente: si ha sido presentado en congresos u otros eventos científicos similares, si ha sido enviado para consideración de otra revista, posibles solapamientos con información previamente publicada, declaración de conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen los criterios de autoría y aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, la Revista Argentina de Salud Pública adopta las recomendaciones del ICMJE. Deberá informar también datos sobre el comité de ética que aprobó el proyecto (en caso de no corresponder dicha aprobación deberá ser justificado) y número de registro de investigación otorgado por el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS), disponible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

El cuerpo del manuscrito deberá respetar el formato IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión -en esta última sección se agregan subsecciones para las áreas de aplicación de los resultados (ver 3.1.7; 3.1.8; 3.1.9). El cuerpo del artículo no debe contener más de 23.000 caracteres con espacios. Las tablas, gráficos, figuras y/o fotografías deberán presentarse en documento separado y no podrán incluirse más de 5 en total. La extensión máxima admitida para las referencias bibliográficas es de 5.000, siempre con espacios incluidos.

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

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

- Título del artículo en español e inglés.
- El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos.
- 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.
- Número de registro de investigación otorgado por el RENIS

3.1.2 Resumen y Palabras clave

En la segunda página, se incluirá el resumen y las palabras clave (abstract y key words) en idiomas castellano e inglés. La estructura del resumen deberá ser la siguiente: Introducción (contexto o antecedentes del estudio y objetivo); Métodos (procedimientos básicos -selección de sujetos, métodos de observación o medición, etc.); Resultados (los considerados relevantes con sus medidas estadísticas -si corresponde- y el tipo de análisis) y 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. La extensión máxima es de 1500 caracteres con espacios para cada idioma.

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 del estudio y explicar 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, inclu-

yendo 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: señalar a) si el estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación en salud, b) si se aplicó consentimiento y/o asentimiento informado y, c) si se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los datos personales. En caso de no corresponder el cumplimiento de alguno de estos puntos deberá ser justificado.

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 secun-

daria 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 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.

3.1.7. 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.

