

Revista Argentina de Salud Pública

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



ARTÍCULOS ORIGINALES

Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina

Lorena Peña, Liliana Bergesio, Vilda Discacciati,
María Pía Majdalani, Natalia Elorriaga, Raúl Mejía

Chagas pediátrico en áreas rurales de la provincia de Santa Fe

Diego Mendicino, Mariana Stafuza, Carlina Colussi,
Graciela Achkar, Nidia Garnero, Silvia Manattini, Sandra
Montemaggiore, Marcelo Nepote

Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base: límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires

Romina Ramírez

Ambiente laboral saludable hospitalario: intervenciones con participación social para la adopción de hábitos saludables

Karina Zulich, Silvana Figar, Viviana Visus, Natalia Pace,
Leila Garipe, Gimena Giardini, Verónica Martínez
Infantino, Adriana Dawidowski

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 6 - N° 25 - Diciembre 2015

Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual N° 5252424

Fecha de publicación en línea: 2 de mayo de 2016

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

EDITOR - PROPIETARIO

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

CORRESPONDENCIA A:

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

COMITÉ EDITORIAL

Director General: Dr. Eduardo F. Munin
Subdirectora: Dra. Kumiko Eiguchi
Director Científico: Dr. Valentín Aragües y Oroz
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
Editores Científicos: 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
Diseño de tapa: Agustina de la Puente y María Eugenia de León

CONSEJO ASESOR: Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Rubén Nieto, Dr. Néstor Pérez Baliño, Dr. Raúl Dr. Carlos Chiale, Académico Dr. Roberto N. Pradier, Dr. Jorge San Juan, Dr. Raúl Forlenza, Dra. María del Carmen Bacqué. Académico 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. 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). Sergio Arias. ANLIS. María Eugenia Barbieri. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Victoria Barreda. UBA. Waldo Bellosio. 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. 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. Mario Deluca. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Pablo Durán. Organización Panamericana de la Salud. María Eugenia Esandí. 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. Mtrio. 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. Nathalia Katz. MSN. Jonatan Konfino. CEDES. Ana Lía Kornblit. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Pedro Kremer. Isabel Kurlat. MSN. Graciela Laplacette. UBA. Sebastián Laspiur. MSN. Roberto Lede. ANMAT. Rosa Liasovich. 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. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Susana Margulies. UBA. 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. MSN. 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. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Mario Pecheny. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Virgilio Petrunaro. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. 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. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. 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. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Alfredo César Seijo. Hospital de Infecciosas "F. Muñiz". Sergio Sosa Estani. MSN. Alicia Stolkiner. UBA. Ana Tambussi. Hospital "Ramos Mejía". Graciela Touze. Intercambios Asociación Civil. Marta Vacchino. Universidad Nacional de Mar del Plata. Néstor Vain. Fundación para la Salud Materno Infantil. Carlos Vasallo. Universidad de San Andrés. Mario Virgolini. MSN. Carla Vizzotti. MSN. Silvana Weller. Mtrio. de Salud, GCBA. Nina Zamberlin. Federación Internacional de Planificación. Jorge Zarzur. MSN.

Indizada en:



SUMARIO

Revista Argentina
de Salud Pública

Vol. 6 - Nº 25 - Diciembre 2015 - Publicación trimestral
ISSN 1852-8724 - impreso
ISSN 1853-810X - en línea
Reg. Prop. Intelectual Nº 5251754
Fecha de publicación en línea: 2 de mayo de 2016

EDITORIAL 6

Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus

ARTÍCULOS ORIGINALES 7

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ACERCA DEL CONSUMO DE SODIO Y GRASAS TRANS EN ARGENTINA

Attitudes and Behaviors about Sodium and Trans Fat
Consumption in Argentina
Lorena Peña, Liliana Bergesio, Vilda Discacciati,
María Pía Majdalani, Natalia Elorriaga, Raúl Mejía

ARTÍCULOS ORIGINALES 14

CHAGAS PEDIÁTRICO EN ÁREAS RURALES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Pediatric Chagas Disease in Rural Areas of Santa Fe Province
Diego Mendicino, Mariana Stafuza, Carlina Colussi,
Graciela Achkar, Nidia Garnero, Silvia Manattini, Sandra
Montemaggiore, Marcelo Nepote

ARTÍCULOS ORIGINALES 19

RESPUESTAS SOCIO-SANITARIAS FRENTE AL CONSUMO DE PASTA BASE: LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DE LA ZONA SUR DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Socio-Sanitary Answers to the Consumption of Cocaine Paste:
Limits and Potentials of Rehabilitation Centers
Romina Ramírez

ARTÍCULOS ORIGINALES 25

AMBIENTE LABORAL SALUDABLE HOSPITALARIO: INTERVENCIONES CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Healthy Working Environment in Hospital: Interventions with
Social Participation for the Incorporation of Healthy Habits
Karina Zulich, Silvana Figar, Viviana Visus, Natalia Pace, Leila Garipe,
Gimena Giardini, Verónica Martínez Infantino, Adriana Dawidowski

REVISIONES 32

EFICACIA DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN EL TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

Efficacy of Shock Wave Therapy for Treating Plantar Fasciitis: a
Systematic Review of Systematic Reviews
Roberto Ledes, Pablo Copertari, Norberto Barabini, Virgilio
Petrungaro

SALA DE SITUACIÓN 37

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO EN UN CENTRO DE SALUD

Information Management at Primary Care Level: Flow
Implementation in a Health Center
Agustina Marconi, Edgardo Knopoff, Cristina Caldumbide,
Alejandra Irurzun, Julieta Chiarelli

HITOS Y PROTAGONISTAS 41

JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

José María Ramos Mejía
Federico Pégola

SALUD INVESTIGA 43

AVANCES DEL REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD EN LA DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Progress of the National Registry on Health Research in
disseminating health research
Marina Delfino, Sebastián Etchevers, Carolina O' Donnell,
Jaime Lazovski

SALUD INVESTIGA 47

RESÚMENES - BECAS "CARRILLO - OÑATIVIA"

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 49

EDITORIAL



Nuestro próximo objetivo editorial es que la *Revista Argentina de Salud Pública* sea un instrumento más de la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, determinada a sus funciones esenciales; *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, Vigilancia de la Salud de la población, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, Promoción de la Salud, la Participación activa de los ciudadanos en la salud, Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública, Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, Investigación en Salud Pública, Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.*

Asimismo, abordaremos trabajos de investigación que contribuyan a las políticas sustantivas, las estrategias y los instrumentos operativos del Plan Nacional de Salud 2015-2019, que está constituido por áreas esenciales; *los determinantes en salud, el derecho y máximo grado posible de salud, la equidad, cobertura, calidad, accesibilidad, sostenibilidad, solidaridad, oportunidad y continuidad de la atención de la salud. Esto nos hace aplicarnos a los cambios en el modelo de atención; atención primaria de salud, redes integradas de servicios, regionalización sanitaria y recursos humanos en salud; en el modelo de financiamiento: cobertura universal de salud, el sistema mixto integrado con competencia regulada y la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud; y en el modelo de gestión: Agencia Nacional de Calidad, Gestión Clínica y por Procesos, la alta resolución, las tecnologías de la información y comunicación y la gestión productiva de los servicios de salud.*

Serán nuestros instrumentos las políticas de aproximaciones sucesivas, el diálogo, el consenso, las alianzas estratégicas y la más amplia participación de la comunidad y del sector salud.

Para lograr todo ello, el aporte de la investigación en salud pública es un sustrato imprescindible para la medicina basada en la evidencia y para la toma de decisiones sustentada en la mejor experticia y transparencia.

De aquí en adelante convocamos a los investigadores en las diversas ciencias de la salud pública, a que nos acompañen en esta tarea, que sólo tiene el fin de servir a nuestra comunidad.

Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus
Academia Nacional de Medicina
Ministro de Salud de la Nación

Cómo citar este artículo: Editorial [editorial]. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):6.

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ACERCA DEL CONSUMO DE SODIO Y GRASAS TRANS EN ARGENTINA

*Attitudes and Behaviors about Sodium and Trans Fat Consumption in Argentina*Lorena Peña,¹ Liliana Bergesio,² Vilda Discacciati,³ María Pía Majdalani,⁴ Natalia Elorriaga,⁵ Raúl Mejía¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La ingesta de altos niveles de sal y grasas trans está fuertemente relacionada con la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares. OBJETIVOS: Describir los conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales de diferentes grupos de población, con relación al consumo de sal y grasas trans en Argentina. MÉTODOS: Se efectuó un estudio cualitativo con diseño exploratorio-descriptivo. Participaron varones y mujeres mayores de 18 años. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales en tres zonas geográficas diferentes del país. RESULTADOS: Los participantes desconocen que el sodio es un componente de la sal. Se observó una tendencia a considerar que el consumo en exceso de sal es perjudicial para la salud principalmente en adultos mayores, mujeres embarazadas y en personas con enfermedades cardiovasculares. A su vez, se evidenció un total desconocimiento acerca de las grasas trans, en qué alimentos se encuentran y su impacto sobre la salud. CONCLUSIONES: Las percepciones acerca del consumo personal de sal hacen referencia a un consumo moderado. La reducción del consumo de sal ocurre predominantemente ante eventos de salud de familiares, no como conducta preventiva personal. Existe un escaso conocimiento acerca de las grasas trans.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The consumption of high levels of salt and trans fats is strongly associated with cardiovascular diseases. OBJECTIVES: To describe knowledge, behaviors and socio-cultural practices of different population groups in relation to consumption of salt and trans fats in Argentina. METHODS: A qualitative study was conducted, with an exploratory-descriptive design and the participation of men and women older than 18. In-depth interviews and focus groups were carried out in three different regions of the country. RESULTS: Participants do not know that sodium is a component of salt. There was a tendency to consider that the consumption of too much salt is unhealthy mainly in older adults, pregnant women and people with cardiovascular diseases. There was also complete ignorance regarding trans fats, their impact on health and which foods are rich in them. CONCLUSIONS: Participants consider that they have a moderate consumption of salt. The reduction of salt intake mainly occurs after family health events, not as personal preventive behavior. There is very little knowledge about trans fats.

PALABRAS CLAVE: Sodio - Grasas trans - Salud

KEY WORDS: Sodium - Trans fats - Health

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad.² Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy.³ Hospital Italiano de Buenos Aires.⁴ Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.⁵ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: International Development Research Center (IDRC), Canadá.

FECHA DE RECEPCIÓN: 23 de febrero de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1 de diciembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Lorena Peña
Correo electrónico: lo@ipaddress.com.ar

ReNIS N°: IS000671

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que durante 2008 fallecieron por esta razón 17,3 millones de personas, lo que representa un 30% de los decesos registrados.¹ Más del 80% de las muertes por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios,¹ y en Argentina se registraron 89 916 muertes por enfermedades del sistema circulatorio en 2009.²

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para las principales ECV. Se estima que, a nivel mundial, aproximadamente 9,5 millones (16,5%) de las muertes anuales son atribuibles a la hipertensión.³ Se ha demostrado una relación directa entre el consumo de sal y la presión arterial, y existe evidencia acerca de que la sal agregada en los alimentos contribuye significativamente al desarrollo de hipertensión: el consumo excesivo de sal es responsable así de hasta el 30% de los casos de hipertensión.⁴⁻⁷

Argentina ha establecido acuerdos voluntarios a partir del Plan Argentina Saludable del Ministerio de Salud de la Nación y de Menos Sal Más Vida, desde 2011, para reducir el uso de sal en la industria alimenticia y en las panaderías artesanales. Luego se promulgó la Ley 26.905 de Regulación del Consumo de Sodio en noviembre de 2013. Esta ley plantea la reducción progresiva del contenido de sal en los alimentos procesados hasta alcanzar los valores máximos establecidos por el Ministerio para cada grupo alimentario. Además, regula la inclusión de advertencias en los envases sobre los riesgos del consumo excesivo de sal, promueve la eliminación de los saleros en las mesas de los locales gastronómicos, establece que el contenido de sal de cada sobre individual no debe exceder los 500 miligramos e implementa sanciones a los infractores de esta normativa.

La ingesta de diferentes tipos de grasas, como grasas trans, también está fuertemente relacionada con la ocurrencia de eventos cardiovasculares.²

Las grasas trans se encuentran de forma natural en pequeñas cantidades en lácteos y carnes, pero se generan principalmente a partir de procesos industriales, que combinan aceites vegetales en presencia de hidrógeno y níquel a altas temperaturas, obteniendo como resultado grasas semisólidas, más conocidas como aceites vegetales parcialmente hidrogenados.⁸ Este producto ha sido utilizado comúnmente en las margarinas, en la cocción comercial y en los procesos de manufactura. El consumo de grasas trans está asociado a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, como las ECV. Entre sus efectos adversos más documentados se encuentran: aumento del nivel de colesterol LDL, disminución del nivel de colesterol HDL, aumento de la razón colesterol total/colecsterol HDL, aumento de los indicadores de inflamación y disfunción endotelial.⁸⁻¹⁰

En el marco de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un plan de trabajo denominado *Las Américas Libres de Grasas Trans* (Declaración de Río de Janeiro; OPS/OMS, 2008), con el fin de eliminar las grasas trans de los alimentos procesados destinados al consumo diario. En 2010 el Ministerio de Salud de la Nación implementó la campaña Argentina 2014 libre de grasas trans, con modificaciones en el Código Alimentario Argentino (Ley Nº 18.284, Capítulo III, artículo 155 tris.; Código Alimentario Argentino) que incluían la limitación al 2% del total de grasas trans en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y al 5% del total de grasas trans en el resto de los alimentos. La fecha límite para el cumplimiento de la restricción de aceites y margarinas fue en 2012, y en diciembre de 2014 alcanzó a los demás alimentos.⁸

La presente investigación se realizó con el propósito de recabar información para apoyar las campañas implementadas por el Ministerio de Salud de la Nación según las leyes antes mencionadas. Su objetivo consistió en describir los conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales de diferentes grupos de población respecto al consumo de sal y grasas trans en tres regiones de Argentina.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con un diseño exploratorio-descriptivo. Esta metodología permitió explorar y comprender las estructuras de significados del contexto sociocultural de los sujetos y analizar los discursos que circulan en ese espacio.

La población de estudio estuvo constituida por varones y mujeres, de 18 años de edad o más, de cuatro provincias argentinas. Se excluyó a profesionales de la salud y/o aquellas personas que tuvieran prescrita una dieta baja en sodio durante el período de trabajo de campo. Se utilizó un muestreo por conveniencia y se recurrió al método bola de nieve para conformar la muestra; además, se aplicó el criterio de saturación o muestreo teórico para definir el marco muestral, dentro de la teoría fundamentada.¹¹ En este caso, el criterio que determina el total de la muestra es la saturación teórica de cierta categoría, es decir que nuevos entrevistados no aportan información adicional para ampliar esa categoría.¹¹

Para recoger la información, se utilizaron dos técnicas cualitativas: entrevista en profundidad y grupo focal. La articulación de ambas técnicas ha sido útil para acceder a los significados compartidos de ciertos grupos poblacionales y también para captar diferencias y desacuerdos. En las entrevistas en profundidad se exploraron los siguientes ejes temáticos: conocimientos sobre el consumo de sal/sodio y grasas trans, comportamientos en el consumo de sal/sodio y grasas trans, prácticas socioculturales en el consumo de sal/sodio y grasas trans, relación con la salud, etiquetado nutricional de los alimentos y dieta sana/saludable. En los grupos focales se abordaron las siguientes dimensiones: conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales en el consumo de sal/sodio y grasas trans.

La guía para la entrevista en profundidad y el grupo focal se elaboró sobre la base de un estudio financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS),¹² y además se incluyeron dimensiones sobre grasas trans. En primer lugar se confeccionó una versión con la cual se realizó un estudio piloto; luego de un proceso iterativo entre los investigadores, se concluyó en una versión final. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos, y los grupos focales se extendieron por 90 minutos aproximadamente. Cada localidad contó con un referente del estudio, que estuvo a cargo del reclutamiento de participantes. La invitación se efectuó por teléfono y correo electrónico. A todos los participantes contactados se les pidió autorización para grabar sus discursos, y se garantizó la confidencialidad de sus opiniones.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2012 y febrero de 2013 en tres regiones geográficas con diversidad poblacional. Para obtener una mayor heterogeneidad se seleccionaron localidades con distinto nivel de urbanización, que incluyeron ciudades capitales y otras con menor densidad de población. Para la región Noroeste se seleccionó la provincia de Jujuy y, dentro de ella, las subregiones Valles, Quebrada y Ramal, por su diversidad étnica;¹³ la región central del país estuvo representada por

la provincia de La Pampa con su ciudad capital Santa Rosa y la localidad de Alpachiri, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el conurbano bonaerense (partidos de La Matanza, San Martín y Lomas de Zamora); por último, la región Patagónica incluyó a la provincia de Río Negro con la ciudad de San Carlos de Bariloche y su área circundante, denominada Alto de Bariloche.

El protocolo de investigación contó con la aprobación del comité de ética del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). El estudio contempló la aplicación de un consentimiento informado individual. Al finalizar el estudio, como compensación por el tiempo invertido, los participantes recibieron órdenes de compra en supermercados por un valor simbólico; en los lugares donde esas órdenes no estaban disponibles, se les concedieron presentes por un valor similar. Una vez terminadas las actividades, se les entregó material con información acerca del consumo de sal y grasas trans.

Para el análisis de los datos, se realizó la transcripción de todas las entrevistas y grupos focales. El proceso se desarrolló en dos etapas: en primer lugar, se obtuvo una lectura general; luego se codificaron las entrevistas individuales y grupales de manera axial y abierta. El árbol de códigos se organizó según dimensiones acordadas por el equipo de investigación. Para facilitar la organización de datos, se utilizaron diagramas a modo de mapas conceptuales, que permitieron esquematizar la información recogida y codificada. Para la codificación se elaboró una planilla en Excel, con la cual se conformó la matriz de datos. La codificación y los mapas conceptuales fueron triangulados entre los investigadores del equipo. Finalmente, siguiendo el análisis iterativo, se fueron recuperando las dimensiones que emergían como relevantes en el proceso de lectura y relectura de las transcripciones y, a partir de ello, se elaboraron los resultados.

RESULTADOS

La muestra total del estudio quedó conformada por 118 varones y mujeres, entre entrevistas y grupos focales. Las características demográficas están descriptas en la Tabla 1. Se realizaron 58 entrevistas en profundidad a 34 mujeres y 24 varones. El rango de edad de los participantes estuvo entre los 18 y 72 años, con un promedio de 42,4; la mayoría había completado los estudios secundarios.

Además, se realizaron dos grupos focales por provincia (uno por localidad). En ellos participaron 60 personas (46 mujeres y 14 varones), con una edad promedio de 39,5 años y un rango de 20 a 67 años (ver Tabla 2).

- Consumo de sal/sodio

Conocimientos

Se observó que existe un escaso conocimiento acerca del tema. Los participantes se refirieron a la sal como a un componente para los alimentos; se la identificó como un “resaltador de sabores”. En las áreas menos urbanizadas, también se la reconoció como un conservante de alimentos. En el Noroeste argentino fue habitual la confusión con el yodo o iodo.

TABLA 1. Características sociodemográficas de participantes, entrevistas por región.

Variable	Buenos Aires	Jujuy	La Pampa	Río Negro	
	Frecuencia				Total
Sexo					
Mujer	15	8	4	10	34
Varón	11	8	4	1	24
Edad (años)					
18-35	10	4	6	7	25
36-60	14	7	2	4	26
61 o más	2	5	0	0	7
Nivel educativo					
Hasta primario completo	6	2	0	2	10
Secundario incompleto	2	4	3	1	10
Secundario completo	7	8	2	6	23
Terciario completo	3	2	1	2	8
Universitario completo	6	0	1	0	7
Total					58

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. Características sociodemográficas de participantes, grupos focales por región.

Variable	Buenos Aires	Jujuy	La Pampa	Río Negro	
	Frecuencia				Total
Sexo					
Mujer	11	12	10	13	46
Varón	2	6	3	3	14
Edad (años)					
18-35	6	10	7	6	29
36-60	7	7	4	7	25
61 o más	0	1	2	3	6
Nivel educativo					
Hasta primario completo	6	1	1	5	13
Secundario incompleto	0	2	7	1	10
Secundario completo	6	3	3	5	17
Terciario completo	1	5	1	2	9
Universitario completo	0	7	1	3	11
Total					60

Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados expresaron cierta confusión y desconocimiento con el término sodio. Al definirlo, pusieron el acento en un elemento químico, sin asociación alguna con la sal. No obstante, se registraron algunas menciones que describían al sodio como un componente de la sal de mesa.

Varones y mujeres manifestaron que el consumo de sal era dañino para la salud, aunque con reflexiones imprecisas al respecto y con desconocimiento acerca del consumo recomendado. Se hizo referencia a una “justa medida”, con lo que el problema se ubicó en el exceso.

Supongo que todas las comidas... la sal, el azúcar, las grasas, todo en alguna medida debe ser bueno. O sea, todo en exceso es malo también. (Mujer, CABA)

A pesar de reconocerse a la sal como dañina en general, las percepciones de mayor riesgo estuvieron relacionadas con grupos específicos: mujeres embarazadas, bebés, niños y adultos mayores de edad.

Voy a comer sin sal; cuando llegue a vieja, ya me van a prohibir la sal. ¿Viste que es la frase típica? Entonces ahí me voy a cuidar. (Mujer, Alpachiri)

Los problemas asociados al consumo de sal estuvieron vinculados a ECV, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad renal, retención de líquidos e hipertensión arterial.

A mí me habían dicho también que por ahí te agarra, verdad o mentira [...] que te quedes parapléjico, ¿viste?, y es un tema eso de la sal con que quedes parapléjico, yo creo que si hubiera una concientización y dijeran que a través de eso viene el ACV... Está de moda el ACV. (BA, GF)

No obstante, también se reconoció que la sal es útil y que está indicada por profesionales de la salud para las personas con hipotensión arterial y para la reposición de sales en los deportistas.

Sí, tiene beneficios, el tema es que no hay que abusarse, como en todo. Y ya te digo: por ejemplo, en los casos de los desmayos y demás, que los he tenido. Me daban o Gatorade o sal o alimentos salados, papas fritas, por decirte. (Mujer, CABA)

Comportamientos y prácticas socioculturales

Los entrevistados dijeron que salaban las comidas principalmente durante el proceso de cocción, pero también hicieron referencia al agregado de sal en la mesa, aun sin probar previamente la comida. Quienes tenían familiares diabéticos o hipertensos, señalaron que habían intentado generar un cambio en sus prácticas retirando el salero de la mesa, aunque esto se realizaba como una medida de solidaridad con el familiar y no como una estrategia de prevención colectiva.

La manera más frecuente de salar es "a ojo", es decir, sin cuantificar. Esta modalidad se repite en la preparación y cocción de alimentos y en la mesa; sólo en forma aislada se utiliza una cucharada de té de sal por día, o bien los sobrecitos con cantidad preestablecida.

Los entrevistados señalaron que no aceptarían consumir ciertas comidas tradicionales (como asado o papas fritas) sin sal; algo similar se observó en la preparación de chacinados y fiambres, principalmente en La Pampa, y en la elaboración del charqui en Jujuy (método utilizado en diferentes grupos socioculturales para conservar las carnes con sal y secadas al sol).

Junto al consumo de chacinados y charqui, el de aderezos también se reconoció como una práctica habitual: principalmente mayonesa, mostaza, ketchup, salsa de soja y la llasgua o yasgua en Jujuy (aderezo picante muy utilizado en el norte argentino, que se emplea para acompañar múltiples comidas).

Sí, aquí es clásico, no tiene que faltar la llasgua con la empanada, es sagrado. (GF, Jujuy)

Pese a la utilización de diferentes condimentos, en particular hierbas aromáticas y saborizadores en polvo o cubos, no se identificaron estrategias posibles para reemplazar la sal y, a su vez, se observó un desconocimiento respecto a

cómo podría ser sustituida. En este punto, el uso de caldos concentrados o cubos saborizadores no se asoció a un alto contenido de sodio.

La sal común o sal de mesa, producida en sus diferentes modalidades (fina, entrefina o gruesa), resultó ser la más utilizada. Las llamadas sales modificadas, reducidas en sodio o sales de potasio, fueron referidas en menor medida y, en general, se las reconoció por la presencia de algún integrante de la familia que las consumía por indicación médica.

A pesar del menor uso, las percepciones con relación a las sales bajas en sodio y/o modificadas hicieron hincapié en su sabor ("no sala", "tiene gusto a remedio") y en su necesidad por razones de salud ("sal para enfermos", "sal para cardíacos"). Por otro lado, los participantes mostraron confusión ante la gran variedad de productos disponibles en el mercado (sal dietética, light, baja en sodio, con hierbas, etc.), lo cual representa una dificultad para establecer con claridad los posibles beneficios de los distintos tipos.

Se observó también el uso de sales naturales obtenidas directamente de salinas, sobre todo en Jujuy y La Pampa. En estos sitios, a diferencia del resto de los lugares, se aludió a la sal proveniente de salinas como "sal natural", considerada más saludable y pura. En las áreas más urbanas, en cambio, fundamentalmente en Buenos Aires, se identificó dentro de esta misma línea de pureza y como elemento natural más saludable a la sal marina.

Claro, pero tiene además un montón de otros agregados que la hacen más positiva. Tiene otras sales, además de cloruro de sodio. Cuando como sal en cualquier comida, enseguida lo noto: se me hinchan las piernas, me siento más pesada, y no me pasa cuando consumo sal marina. (GF, BA)

• Consumo de grasas trans

Conocimientos

Los conocimientos sobre grasas trans resultaron limitados e imprecisos. Existe gran confusión con relación a las grasas buenas/malas o saturadas/insaturadas, cuyas características y efectos se entremezclan equivocadamente.

Sí, he escuchado hablar, parece que es como otra grasa, pero no sé cuál es la buena y cuál es la mala. (Mujer, Jujuy)

Al responder acerca de grasas, los participantes se refirieron directamente al colesterol, a grasas animales y productos lácteos. Cabe señalar que en muchos casos se asoció el término trans con transgénico, y se atribuyeron efectos perjudiciales por la transgenicidad del alimento.

Sí, escuché hablar, pero no sé qué es, creo que es transgénica o algo así. (Varón, CABA)

Quienes trataron de definirlas, no pudieron hacerlo por el desconocimiento acerca del tema; el resto de los participantes ni siquiera sabía de qué se hablaba. En esta misma línea de investigación, es importante resaltar que aquellos que intentaron definirlas sólo reconocieron el mensaje "0% grasas trans" presente en el envase de algunos productos comestibles, que fue señalado como beneficioso aunque sin poder describir los motivos de dicho beneficio.

Principalmente se reconoció la presencia de grasas trans en carnes rojas y lácteos. En menor medida, fueron mencionadas en productos de panadería, margarinas y algunos envasados, a partir del enunciado "0% grasas trans" en un lugar visible y fuera de la tabla de información nutricional. Ante la confusión y el desconocimiento con relación al tema, no se registraron preferencias en la selección de productos comestibles.

Sin embargo, las grasas trans fueron señaladas con un efecto negativo en el cuerpo, y se observó una fuerte tendencia a relacionarlas con el colesterol, el sobrepeso y la obesidad. En muy pocos casos se las vinculó con ECV, dado que se hacía referencia al consumo de grasas de modo genérico. Algunos expresaron vagamente que obstruyen las arterias o hacen que "se endurezcan".

• Etiquetado nutricional

Conocimientos y prácticas

En términos generales, las etiquetas nutricionales de los productos son muy poco utilizadas. Algunos entrevistados dijeron que no las leían por falta de credibilidad en la información que ofrecen los productos ("es más comercial qué útil"), por falta de tiempo ("hay que buscarla y pararse a leerla", "te demorás como tres horas en el supermercado") o por su reducido tamaño.

La falta de credibilidad no sólo se limitó a las etiquetas nutricionales, sino que también se observó una asociación con los productos light, y se señaló que las etiquetas sólo eran útiles para quienes estaban a dieta.

No, no lo leo... Eso es para los que hacen dieta. (Varón, Santa Rosa)

Quienes leían la tabla nutricional de los productos consumidos, reconocieron que lo hacían a modo informativo o por curiosidad frente a un artículo nuevo y de composición desconocida, pero no para tomar una decisión en la compra, ya que en general optaban por los alimentos adquiridos habitualmente.

Los principales obstáculos registrados estuvieron relacionados con el tamaño pequeño de la letra y la ubicación poco visible de la tabla en el envase. Además, se observaron problemas en la comprensión de la etiqueta, no sólo por el desconocimiento de los componentes, sino también en la lectura de los valores y el tamaño de la porción.

Por otro lado, los miembros de algunas comunidades de bajos recursos económicos suelen realizar sus compras en ferias ambulantes o mercados callejeros (en lugar de hacerlo en cadenas de supermercados o almacenes), donde en general los productos son fraccionados y no poseen etiquetas con información nutricional.

En relación con la preferencia de emplear la palabra sal o sodio en la descripción de las etiquetas, hubo opiniones variadas: algunos no lo consideraron relevante; otros dijeron que sería más fácil si, en lugar de sodio, se hablara de sal por la familiaridad con el término.

Según lo expresado, en las etiquetas de los productos se presta especial atención a las palabras light/diet, al envase

color verde y a los porcentajes calóricos. También hubo menciones a los términos hierro, carbohidratos, proteínas, fortificado y calcio.

Si es light y si tiene sal, es cuando estoy a dieta; si no, lo que venga. (Mujer, Santa Rosa)

El sodio sólo fue mencionado con relación al agua mineral; al igual que en casos anteriores, este comportamiento estaba determinado por la experiencia de algún familiar o amigo que había recibido una indicación médica o por las publicidades televisivas de agua mineral, donde se destacaba el bajo contenido de sodio. Debido al desconocimiento sobre el tema, las grasas trans no fueron mencionadas como información de interés en las etiquetas nutricionales, aunque sí se reconoció el "0% grasas trans" resaltado en algunos productos.

Las elecciones estaban determinadas por el gusto y las costumbres familiares, aunque también se registraron referencias al precio, la marca y la fecha de vencimiento. Los únicos productos enumerados al momento de tener en cuenta alguna característica en particular fueron: lácteos (artículo light, descremado, fortificado, etc.), aceites (por el costo o la calidad) y gaseosas (por el bajo contenido de azúcar). Las preferencias en los lácteos, por ejemplo, se basaban en priorizar lo mejor para los hijos y en la necesidad de una alimentación más sana en los niños.

• Dieta saludable

Conocimientos y prácticas

Los conocimientos acerca de una dieta saludable no mostraron diferencias entre las mujeres y los varones consultados. En general, se la describió como a una dieta equilibrada y balanceada, con variedad de frutas, verduras, todo tipo de carnes, cereales y semillas. Al mismo tiempo, se subrayó la importancia de disminuir el consumo de gaseosas, tomar más agua y realizar actividad física.

No consumir mucha gaseosa, por ejemplo, y más jugos naturales. Eso es una dieta saludable, más natural y con menos químicos. (Varón, Jujuy)

Al indagar si se aplicaban sus conocimientos respecto a una dieta saludable, se observó que la puesta en práctica era más frecuente en adultos mayores, ya sea porque contaban con alguna recomendación médica o porque consideraban que a mayor edad era necesario tener ciertos cuidados adicionales con relación a la alimentación diaria. Las mujeres mayores subrayaron que a su edad era fundamental comer de manera más sana y realizar actividad física (por ejemplo, salir a caminar todos los días).

• *Norma: No, ustedes no, pero yo, en mi caso, sí. Trato de llevarlo porque, si no, ya estaría...*

• *María: Los que contamos con 61, sí.* (GF, Alpachiri)

También se identificaron ciertos cuidados para bebés y niños. En algunos casos, madres y padres priorizaban el consumo de alimentos más sanos sólo para sus hijos menores, sin incluir necesariamente a todo el grupo familiar.

Yo con mi hija sí ejercito eso de verduras, de frutas, pero yo no consumo eso. (Mujer, CABA)

Tanto varones como mujeres habían realizado un intento por modificar cambios en sus comportamientos alimenticios habituales e incorporar una dieta más saludable, por ejemplo: reducir el consumo de grasas y/o frituras, reemplazar el consumo de gaseosas por jugos en polvo o de sobre, comer más frutas y verduras, elaborar productos más naturales/caseros y disminuir el consumo de comida chatarra. Sin embargo, expresaron que esos cambios eran esporádicos y manifestaron dificultades para sostenerlos en el tiempo.

A veces tratamos, porque somos dos en la casa, pero otras veces me saca corriendo con la dieta porque tiene hambre. (Mujer, Jujuy)

Barreras

Se identificaron algunas barreras que impiden consumir alimentos más saludables. En general, se hizo notar que llevar una dieta saludable tiene un costo mayor, ya que el precio de algunos productos es más elevado. Por otro lado, en las áreas menos urbanas, las personas observaron dificultades para conseguir ciertos alimentos: variedad de verduras frescas, pescado, productos sin sal y light. Acceder a este tipo de alimentos sólo era posible cuando se encontraban en ciudades medianas o grandes, ocasión que aprovechaban para realizar compras.

Son más caros, y te cuesta mucho conseguir variedad. Hay verduras que no las conseguís, a mí me pasa que yo voy a Santa Rosa, y lo primero que miro es la verdulería, o es adonde me doy el lujo de entrar y voy a comprar las cosas que no consigo acá. Pero hay muchas cosas que no llegan. Y después también el tema de costo. (Mujer, Alpachiri)

La falta de tiempo fue otra de las barreras mencionadas. Principalmente en los más jóvenes se optaba por el consumo de comidas rápidas: compradas o elaboradas de conservas y productos precocidos (congelados o instantáneos).

Los tiempos... No te das el tiempo suficiente como para decir "Me como una fruta, tranquila, o desayuno como corresponde, tranquila". (Mujer, Bariloche)

DISCUSIÓN

Los participantes en el estudio desconocían que el sodio es un componente de la sal y que el consumo en exceso de esta última es perjudicial para la salud, sobre todo en adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con ECV. Asimismo, se observó un total desconocimiento acerca de las grasas trans, en qué alimentos se encuentran y su impacto sobre la salud.

La falta de información acerca del sodio, presente en los relatos de los entrevistados, coincide con otros estudios cualitativos realizados tanto en América Latina como en Europa, donde, si bien la población tiene mayor consciencia y comprensión de la sal, confunde o desconoce su relación con el sodio. A pesar de las diferencias socioculturales de los países, la sal es definida como un saborizante, condimento o ingrediente; y en varios casos el sodio es identificado como un elemento químico.^{12,14-16}

Los participantes percibieron su consumo de sal como adecuado para mantener la salud, aunque la ingesta promedio *per cápita* en Argentina duplica los 5 gramos diarios recomendados por la (OMS), y el 17,3% de la población siempre le agrega sal a la comida después de la cocción.¹⁷ Esto podría atribuirse a la fuerte dependencia de la sal como potenciador del sabor en muchas comidas tradicionales argentinas. El dato es especialmente preocupante si se considera el alto contenido de sodio presente en algunos productos locales, como embutidos y charqui, además de todos los alimentos procesados e industriales.

Los entrevistados consideraban que el consumo excesivo de sal era riesgoso sólo para adultos mayores. Esta información es consistente con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, que reveló un mayor agregado de sal en los más jóvenes (de 23,7% en 18-24 años hasta 8,4% en los mayores de 65 años). Esta tendencia se registró de forma similar en todas las provincias argentinas.² La presencia de los más jóvenes como principales usuarios de sal puede explicarse por las diferentes prácticas y actitudes hacia la salud de los distintos grupos etarios. En los entrevistados más jóvenes se observó una actitud más despreocupada, que no consideraba las consecuencias de una dieta alta en sal.

Al igual que en otro estudio realizado en Argentina, la reducción de la ingesta de sal y/o de alimentos o preparaciones que la contienen se generaba a partir de tratamientos de salud indicados a familiares con alguna enfermedad, y no como conducta preventiva personal.¹⁸ En general, existen dificultades para adoptar ese hábito preventivo, aun entre quienes tienen familiares con hipertensión.

Es muy limitado e impreciso el conocimiento sobre las grasas trans, su identificación y los efectos en la salud. Aunque Argentina ha reducido –y, en algunos casos, eliminado– la presencia de grasas trans en la mayoría de los productos siguiendo las recomendaciones de la OMS, todavía se requiere mucho esfuerzo en materia de educación al consumidor, de los productores de alimentos y voluntad política de los gobiernos para hacer los cambios necesarios.

La elección de los productos no está determinada por el contenido de sodio ni de grasas trans. Esta información es consistente con un estudio realizado en Argentina, donde los principales motivos que incidían en la elección de alimentos estaban relacionados, por un lado, con el precio y la accesibilidad en los comercios y, por el otro, con la comodidad en la preparación.¹⁹

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La recomendación y estímulo hacia una nueva iniciativa implica facilitar un mayor acceso a alimentos saludables en los lugares que más lo requieran y hacer hincapié en la reformulación de productos, la educación del consumidor y el desarrollo de entornos donde la elección de alimentos más sanos se vea facilitada para el consumidor.²⁰

La principal limitación de este estudio es que no se pue-

den generalizar los resultados, ya que se trata de un diseño cualitativo con una muestra por conveniencia. Sin embargo, este trabajo, realizado en diferentes zonas geográficas de Argentina, contribuye a disminuir el sesgo y a considerar una mayor diversidad sociocultural del país. Por otra parte, los resultados son similares a los encontrados en otros estudios efectuados en Argentina.^{12,18}

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las prácticas alimentarias son consecuencia de múltiples componentes socioculturales y económicos, y del conocimiento aprehendido por las diferentes generaciones.²¹ La contradicción entre los conocimientos demostrados acerca de una dieta saludable y las dificultades para ponerla en práctica permiten abrir el debate sobre nuevas acciones preventivas que podrían implementarse. A su vez, es importante resaltar lo observado respecto del absoluto

desconocimiento acerca de las grasas trans, con el fin de trabajar en campañas de proximidad que permitan esclarecer dudas y preconceptos sobre el tema. La difusión del contenido de este trabajo entre los distintos efectores de salud pública debería hacer énfasis en la elaboración de estrategias de educación masiva desde una edad temprana, con el fin de reducir la exposición a la sal y disminuir el riesgo de futuras ECV.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los resultados del estudio pueden aportar información para fortalecer el diseño de las campañas implementadas por el Ministerio de Salud en apoyo de las leyes 26.905 (Regulación del Consumo de Sodio) y 18.284 (Código Alimentario Argentino).

AGRADECIMIENTOS

A los entrevistados, por el tiempo dedicado.

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

Cómo citar este artículo: Peña L, Bergesio L, Discacciati V, Majdalani MP, Elorriaga N, Mejía R. Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):7-13.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2011. [Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/factores-de-riesgo>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, et al. A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-2260.
- Joffres MR, Campbell NR, Manns B, Tu K. Estimate of the Benefits of a Population Based Reduction in Dietary Sodium Additives on Hypertension and its Related Health Care Costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007;23(6):437-43.
- Aceites saludables y la eliminación de ácidos grasos trans de origen industrial en las Américas. Iniciativa para la prevención de enfermedades crónicas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC; 2008. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/aceites-saludables.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Doval H, Tajer C, Ferrante D, et al. Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. En: *Evidencias en Cardiología*. Buenos Aires: GEDIC; 2005.
- Ferrante D, Konfino J, Mejía R, Coxson P, Moran A, et al. Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):274-80.
- Mozaffarian D, Aro A, Willett WC. Health Effects of Trans-Fatty Acids: Experimental and Observational Evidence. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2009;63:S5-S21.
- Tavella M, Peterson G, Espeche M, Cavallero E, Cipolla L, Perego L, et al. Trans Fatty Acid Content of a Selection of Foods in Argentina. *Food Chemistry*. 2000;69(213):209.
- Mozaffarian D, Clarke R. Quantitative Effects on Cardiovascular Risk Factors and Coronary Heart Disease Risk of Replacing Partially Hydrogenated Vegetable Oils with other Fats and Oils. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2009;63:S22-S33.
- Taylor S, Bodgan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Sánchez G, Peña L, Varea S, Mogrovejo P, Goetschel ML, Montero-Campos MA, et al. Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):259-64.
- Alderete E, Kaplan C, et al. Smoking Behavior and Ethnicity in Jujuy, Argentina: Evidence from a Low-Income Youth Sample. *Substance Use & Misuse*. 2009;44(5):632-646.
- Claro RM, Linders H, Ricardo CZ, Legetic B, Campbell NR. Consumer Attitudes, Knowledge, and Behavior Related to Salt Consumption in Sentinel Countries of the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):265-273.
- Food Standard Agency. Qualitative Research to Explore Public Understanding of Sodium and Salt Labeling. Unit Report 9; 2010. [Disponible en: <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/saltlabellingreportmarch2010.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Grims CA, Riddell LJ, Nowson CA. Consumer Knowledge and Attitudes to Salt Intake and Labelled Salt Information. *Appetite*. 2009;53:189-94.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2012. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Vázquez S, Marisa Beatriz, Lema R, Silvia N, Contarini C, Adriana, & Kenten C, Charlotte. Sal y salud, el punto de vista del consumidor argentino obtenido por la técnica de grupos focales. *Revista chilena de nutrición*. 2012;39(4):182-190.
- Elorriaga N, Colombo ME, Hough G, Watson DZ, Vázquez MB. ¿Qué factores influyen en la elección de alimentos de los estudiantes de Ciencias de la Salud? *Diaeta*. 2012;30(141):16-24.
- Reducción del consumo de sal en la población: Informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 5-7 de octubre de 2006, París, Francia. Ginebra: OMS; 2007. [Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/salt-report-SP.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Lema S. Educación alimentaria nutricional en la Argentina en crisis. *Diaeta*. 2002;21(101):36-39.

ARTÍCULOS ORIGINALES

CHAGAS PEDIÁTRICO EN ÁREAS RURALES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Pediatric Chagas Disease in Rural Areas of Santa Fe Province

Diego Mendicino,¹ Mariana Stafuza,¹ Carlina Colussi,¹ Graciela Achkar,² Nidia Garnero,³ Silvia Manattini,⁴ Sandra Montemaggiore,⁵ Marcelo Nepote⁶

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chagas continúa siendo un importante problema de salud pública en la ecoregión del Gran Chaco. El norte de la provincia de Santa Fe, correspondiente al Sur de dicha región, se encuentra bajo control entomológico. Dado que se trata de una infección crónica, la seroprevalencia de esta endemia en niños es un marcador de la situación actual de la infección. OBJETIVOS: Determinar la seroprevalencia de infección chagásica en población pediátrica del Chaco santafesino. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre seroprevalencia de infección chagásica en niños de 5 a 14 años de edad. Comprende un área aproximada de 38 000 km² de distritos rurales de los departamentos 9 de Julio y Vera en la provincia de Santa Fe, y se llevó a cabo entre noviembre de 2010 y abril de 2013. RESULTADOS: Se muestreó al 71,5% de los niños de la región (3765/5266). La prevalencia fue de 1,8% (67/3765). Varió de 5,5% a 0% entre los distintos distritos. De 5 a 9 años, fue 1,2% (21/1769); de 10 a 14 años, 2,3% (46/1996). CONCLUSIONES: La seroprevalencia hallada fue inferior a la de otros estudios en el Gran Chaco. Se observa una gran heterogeneidad en la prevalencia entre los distritos, aun entre los vecinos. La distribución no obedecería a factores climáticos, sino a factores sociales y a la influencia de la actividad antrópica en cada localidad.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Chagas disease remains a major public health problem in the Gran Chaco region. The north of Santa Fe province, being the south of this region, is under entomological surveillance. Being a chronic infection, the seroprevalence of this endemic disease in children serves as a marker of the current status. OBJECTIVES: To determine the seroprevalence of Chagas disease in the pediatric population of Chaco region in Santa Fe. METHODS: A descriptive, cross-sectional seroprevalence study on Chagas infection was conducted for children aged 5-14 years old. It considered an area of 38 000 km² belonging to rural districts of 9 de Julio and Vera departments in Santa Fe province, between November 2010 and April 2013. RESULTS: The sampling included 71.5% of the children in the region (3765/5266). There was a prevalence of 1.8% (67/3765), ranged from 5.5% to 0% among districts. For 5-9 years, it was 1.2% (21/1769); for 10-14 years, 2.3% (46/1996). CONCLUSIONS: The seroprevalence was lower than in other studies performed in the Gran Chaco. A large heterogeneity is observed in the prevalence among districts, even among neighboring districts. The distribution does not seem to be due to climatic factors, but to social factors and the influence of human activity in each location.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Chagas - Pediatría - Seroprevalencia - Gran Chaco

KEY WORDS: Chagas disease - Pediatrics - Seroprevalence - Gran Chaco

¹ Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, Fac. de Bioquímica y Cs. Biológicas, Universidad Nacional del Litoral (UNL).

² Laboratorio Central, Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe (MSSF).

³ Hospital José Bernardo Iturraspe, (MSSF).

⁴ Hospital Central Reconquista, Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe.

⁵ Hospital Dr. Emilio Mira y López (MSSF).

⁶ Programa de Control de Chagas (MSSF).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Proyecto CAI+D UNL y Programa Provincial de Control de Chagas de Santa Fe.

FECHA DE RECEPCIÓN: 4 de junio de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de diciembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Diego Mendicino
Correo electrónico: dmendicino@fbc.unl.edu.ar

ReNIS N°: IS000829

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una de las principales endemias de América Latina. Es producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por la materia fecal de insectos hematófagos triatomíneos, conocidos como vinchu-cas. Con menos frecuencia se transmite por transfusiones con sangre no controlada, transmisión vertical (de madre infectada a su hijo), trasplantes de órganos, jeringas compartidas entre usuarios de drogas intravenosas o alimentos contaminados. Se estima que 10 millones de personas están infectadas y 25 millones en riesgo de infección.¹

Pese a diferentes iniciativas para vigilar su presencia, las características climáticas, ambientales y sociales contribuyen a la persistencia y domiciliación del principal insecto vector (*Triatoma infestans*) en la región del Chaco sudamericano y, consecuentemente, mantienen el ciclo entomológico de la endemia.² En áreas urbanas de otras regiones, las vías transfusional y congénita cobran importancia debido a los movimientos migratorios internos y desde países vecinos.^{3,4}

Los departamentos del noroeste de la provincia de Santa Fe, en el sur de la región chaqueña, se encuentran bajo

programas de evaluación y control entomológico. Allí realizan acciones territoriales conjuntas el Programa Provincial de Control de Chagas, la Coordinación Nacional de Control de Vectores e instituciones locales. El riesgo de transmisión por esta vía es heterogéneo dentro del área, y mayor en distritos rurales con altos índices de infestación vectorial.⁵

En contextos con amplia cobertura de análisis pre y perinatales para infección chagásica, la presencia de tripanosomiasis en población pediátrica es considerada un indicador de infección vectorial activa y, por lo tanto, de eficacia de los programas de control entomológico. La prevalencia en los distintos rangos de edad marca la evolución de la transmisión a través del tiempo.⁶ Era desconocida la prevalencia de la infección chagásica en niños del Chaco santafesino, el área de mayor endemidad de la provincia.

El presente estudio apuntó a determinar la prevalencia de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en niños de 5 a 14 años de edad en el área de mayor riesgo potencial de transmisión vectorial de Santa Fe.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el sur de la región del Gran Chaco, en el noroeste de la provincia de Santa Fe (departamentos 9 de Julio y Vera, clasificados como de alto riesgo de transmisión vectorial). Según reportes de la Coordinación Nacional de Control de Vectores (Delegación Calchaquí), las evaluaciones entomológicas en la zona muestran una infestación positiva cercana al 3,5% de las viviendas evaluadas y menor al 1% en el intradomicilio (datos no publicados). El clima es subtropical con estación seca, con una temperatura anual promedio de 21°C y lluvias estivales de 750-1 300 mm. Dentro de cada departamento se seleccionaron los distritos

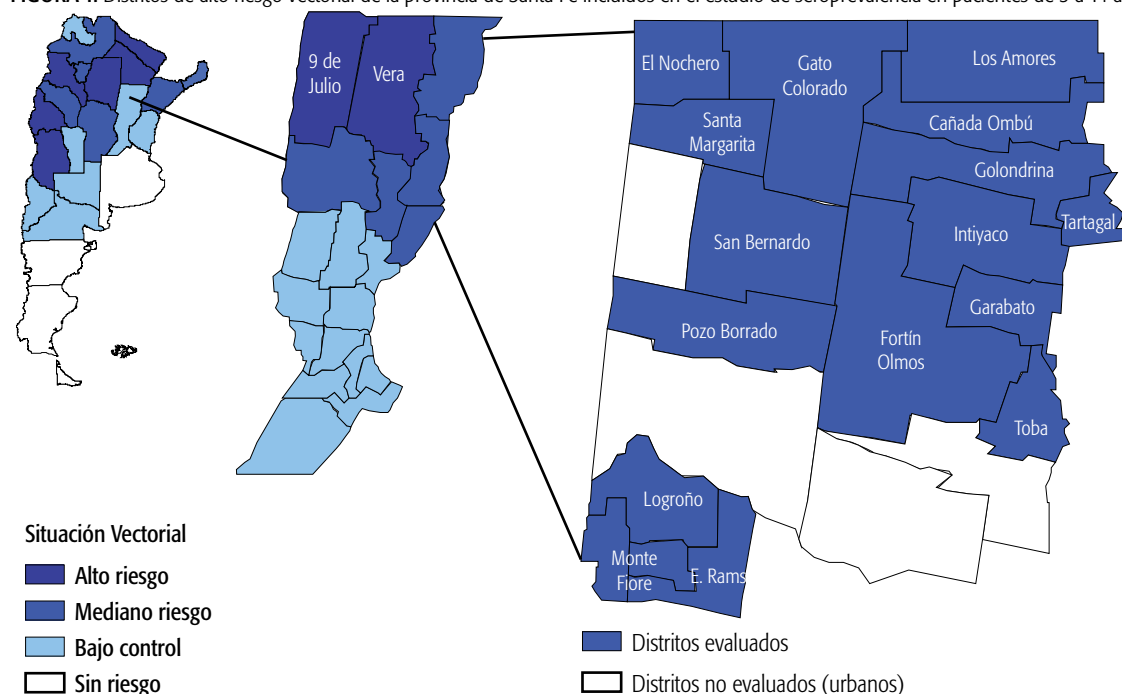
rurales, definidos como aquellos con menos de 2000 habitantes.⁷ El área total abarcada fue de 37 966 km² (figura 1). El estudio se realizó entre octubre de 2010 y abril de 2013.

La población estimada de niños de entre 5 y 14 años en estos distritos rurales es de 52 667 (2 520 de 5 a 9 años; 2 746 de 10 a 14 años). Se incluyó en el estudio a la población que asistía a las escuelas de esos distritos, cuyos adultos responsables firmaron el protocolo de consentimiento informado. Se tomaron muestras sanguíneas por punción venosa en terreno. Se procesaron los sueros mediante enzimoimmunoanálisis (Chagatest ELISA, Wienerlab SAIC, Argentina) y hemoaglutinación indirecta (HAI Chagas Polychaco, Laboratorio Lemos SRL, Argentina) según especificaciones del fabricante. En caso de discordancia, se realizó inmunofluorescencia indirecta con improntas preparadas en laboratorio con epimastigotes de cultivo y conjugado comercial.⁸ Los laboratorios que procesaron las muestras participan del Programa de Control de Calidad Externo del Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben". Se consideraron positivos o negativos cuando al menos dos pruebas fueron reactivas o no reactivas, respectivamente, según las recomendaciones nacionales.⁹

Los datos se cargaron en una base de datos Excel y se analizaron mediante Epi Info 3.5.1. Se determinó la prevalencia total de la región y por distrito, para todo el rango de edad y por segmentos de 5-9 y 10-14 años.

Previo a la extracción sanguínea se solicitó consentimiento informado a los padres o adultos responsables de los niños. El estudio cumple las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (Ginebra, 2002) y la Ley 25.326 de Protección de los Datos Individuales. El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética y Seguridad en la Investigación de la Facultad de Bioquímica y Ciencias

FIGURA 1. Distritos de alto riesgo vectorial de la provincia de Santa Fe incluidos en el estudio de seroprevalencia en pacientes de 5 a 14 años.



Fuente: Elaboración propia.

Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, y aprobado el 26 de febrero de 2010.

Los resultados fueron entregados en forma individual a los padres de cada niño e informados al Programa Provincial de Chagas. En los casos seropositivos, el Programa realizó el control entomológico por el método hora/hombre y el rociado de las viviendas, los análisis para Chagas a los convivientes y hermanos del niño, y el tratamiento etiológico específico y seguimiento clínico intratamiento según las Normas Nacionales de Atención al Paciente infectado por *Trypanosoma cruzi*.

RESULTADOS

Se muestrearon en total 3765 pacientes, que representan el 71,5% (3 765/5 266) de la población total estimada para el rango de edad de 5 a 14 años. De 5 a 9 años, se estudió al 70,2% (1 769/2 520); de 10 a 14 años, al 72,7% (1 996/2 746). El 50,5% (2 658/5 266) correspondió al sexo masculino y el 49,5% (2 608/5 266) al femenino; no se observó diferencia en la distribución por sexos en los distintos grupos de edad.

Las tablas 1 y 2 muestran a los menores incluidos en el estudio en números absolutos y su proporción respecto de la población total para cada distrito de los departamentos 9 de Julio y Vera.

La prevalencia de infección chagásica encontrada en el total de la población estudiada fue de 1,8% (67/3765). En el rango de 5 a 9 años fue de 1,2% (21/1769); en el de 10 a 14 años, de 2,3% (46/1996). Los resultados agrupados por distrito y edad se muestran en las tablas 3 y 4 (departamentos 9 de Julio y Vera, respectivamente).

Fortín Olmos fue el distrito con mayor prevalencia de todos los estudiados, incluidos ambos departamentos, seguido de Gato Colorado (5,5% y 3,2% respectivamente). Esta relación se repitió para los dos rangos etarios estudiados. Fortín Olmos fue además el distrito que más aportó a la seroprevalencia total, con 30 niños seropositivos.

DISCUSIÓN

Para el rango de edad estudiado, la cantidad de población a la que se accedió es muy cercana al total estimado para el área, por lo que los resultados obtenidos son un reflejo confiable de la realidad de la endemia en la población pediátrica del Chaco santafesino.

La seroprevalencia hallada es inferior a la de otros estudios realizados en población pediátrica de la región chaqueña¹⁰⁻¹³ y a la del Chaco santafesino según estudios poblacionales de jóvenes de 18 años ingresantes al servicio militar obligatorio en 1994.¹⁴ Se observa además un aumento de la prevalencia en el rango de 10-14 años en relación con la hallada en 5-9 años. Los resultados pueden explicarse, por un lado, por el hecho de que estos niños no habían recibido tratamiento debido a la falta de diagnóstico anterior. Al ser el Chagas una infección crónica, en la cual en ausencia de tratamiento etiológico los anticuerpos específicos perduran de por vida, los casos diagnosticados por serología se van acumulando con la edad.¹⁵ Por otro lado, ciertas acciones específicas de control dirigidas a las principales vías de transmisión y la mejora en la calidad de vida general de la población (vivienda, educación, caminos, etc.) también contribuyen a disminuir la endemia.^{16,17}

En los niños de 5 a 14 años del departamento 9 de Julio, de los 18 seropositivos, 16 se distribuyeron entre Gato Colorado (11) y El Nochero (5); se halló además un niño infectado en San Bernardo y otro en Pozo Borrado, mientras que en los demás distritos la prevalencia fue del 0%. Los distritos de Gato Colorado y El Nochero presentan características particulares que permiten inferir la causa de esa mayor seroprevalencia. El primero se encuentra en el límite de Santa Fe con la provincia del Chaco; el segundo es lindero con Santiago del Estero y Chaco, las dos provincias con mayor prevalencia en Argentina.¹⁸ Las personas migran frecuentemente a través de los límites interprovinciales por motivos laborales, atención médica, control de embarazos, vacunación, asistencia a las escuelas u otras razones, lo que dificulta la identificación y el seguimiento de las embarazadas seropositivas para la detección de casos congénitos. Así también se desplazan los diversos reservorios silvestres y animales de cría, que pueden estar infectados y trasladar al *T. cruzi* y/o transportar pasivamente a los triatomos con el consiguiente riesgo entomológico. Es necesario entonces coordinar el seguimiento de los pacientes entre los servicios de salud de las provincias vecinas. De la misma manera, la prevención y promoción de la salud deben ser tareas conjuntas.

En Vera, 30 de los 49 niños infectados se hallaron en Fortín Olmos, que además fue el lugar de mayor seroprevalencia entre todos los estudiados. Este distrito se encontraba hasta

TABLA 1. Cantidad de menores evaluados sobre la población aproximada, por rango de edad y distrito (Departamento 9 de Julio).

	5 a 9 años			10 a 14 años			Total 5 a 14 años		
	Total*	N†	%‡	Total*	N†	%‡	Total*	N†	%‡
El Nochero	228	75	32,9	274	223	81,4	502	298	59,4
Esteban Rams	26	20	76,9	31	20	64,5	57	40	70,2
Gato Colorado	170	169	99,4	180	180	100,0	350	349	99,7
Logroño	82	45	54,9	89	54	60,7	171	99	57,9
Montefiore	39	33	84,6	40	33	82,5	79	66	83,5
Pozo Borrado	151	124	82,1	161	161	100,0	312	285	91,3
San Bernardo	83	75	90,4	89	58	65,2	172	133	77,3
Santa Margarita	188	133	70,7	204	174	85,3	392	307	78,3
Total 9 de Julio	967	674	69,7	1068	903	84,6	2035	1577	77,5

* Población total según Censo 2010; † Población a la que se hizo serología para Chagas; ‡ Porcentaje de población a la que se hizo serología sobre la población según Censo 2010.
Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. Cantidad de menores evaluados sobre la población aproximada, por rango de edad y distrito (Departamento Vera).

	5 a 9 años			10 a 14 años			Total 5 a 14 años		
	Total*	N [†]	% [‡]	Total*	N [†]	% [‡]	Total*	N [†]	% [‡]
Cañada Ombú	73	62	84,9	89	63	70,8	162	125	77,2
Fortín Olmos	387	284	73,4	419	266	63,5	806	550	68,2
Garabato	249	225	90,4	254	192	75,6	503	417	82,9
Golondrina	112	48	42,9	108	52	48,1	220	100	45,5
Intiyaco	204	154	75,5	251	177	70,5	455	331	72,7
Los Amores	183	128	69,9	171	110	64,3	354	238	67,2
Tartagal	210	114	54,3	244	153	62,7	454	267	58,8
Toba	135	80	59,3	142	80	56,3	277	160	57,8
Total Vera	1553	1095	70,5	1678	1093	65,1	3231	2188	67,7

* Población total según Censo 2010; † Población a la que se hizo serología para Chagas; ‡ Porcentaje de población a la que se hizo serología sobre la población según Censo 2010.
Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Seroprevalencia de Chagas por rango etario y distrito (Departamento 9 de Julio).

Distrito	Grupo de edad	Serología para Chagas		
		Total	Positivos	Prevalencia %
El Nochero	5 a 9 años	222	2	0,9
	10 a 14 años	248	3	1,2
	Total	470	5	1,1
Gato Colorado	5 a 9 años	169	5	3
	10 a 14 años	180	6	3,3
	Total	349	11	3,2
Santa Margarita	5 a 9 años	133	0	0
	10 a 14 años	175	0	0
	Total	308	0	0
San Bernardo	5 a 9 años	75	1	1,3
	10 a 14 años	58	0	0
	Total	133	1	0,8
Pozo Borrado	5 a 9 años	345	1	0,3
	10 a 14 años	406	0	0
	Total	751	1	0,1
Esteban Rams	5 a 9 años	20	0	0
	10 a 14 años	20	0	0
	Total	40	0	0
Logroño	5 a 9 años	45	0	0
	10 a 14 años	54	0	0
	Total	99	0	0
Montefiore	5 a 9 años	33	0	0
	10 a 14 años	33	0	0
	Total	66	0	0
Total 9 de Julio	5 a 9 años	674	9	1,3
	10 a 14 años	903	9	1
	Total	1577	18	1,1

Fuente: Elaboración propia.

2009 en una situación de aislamiento, a una distancia considerable de las cabeceras departamentales, sin asfalto y con accesos intransitables cuando las condiciones climáticas eran desfavorables. Las dificultades descriptas conspiraban contra el desarrollo socioeconómico, ya que su producción tenía pocas posibilidades de ser transportada y comercializada, con las consiguientes desventajas y situaciones sociales de riesgo para esta endemia (viviendas precarias, bajo nivel de instrucción, desinterés en una enfermedad de lenta evolución como Chagas frente a otros problemas más urgentes). Se espera que

TABLA 4. Seroprevalencia de Chagas por rango etario y distrito (Departamento 9 de Julio).

Distrito	Grupo de edad	Serología para Chagas		
		Total	Positivos	Prevalencia %
Los Amores	5 a 9 años	128	1	0,8
	10 a 14 años	110	1	0,9
	Total	238	2	0,8
Cañada Ombú	5 a 9 años	62	0	0
	10 a 14 años	63	0	0
	Total	125	0	0
Golondrina	5 a 9 años	48	0	0
	10 a 14 años	52	3	5,8
	Total	100	3	3
Intiyaco	5 a 9 años	154	0	0
	10 a 14 años	177	6	3,4
	Total	331	6	1,8
Tartagal	5 a 9 años	114	0	0
	10 a 14 años	153	1	0,7
	Total	267	1	0,4
Garabato	5 a 9 años	225	1	0,4
	10 a 14 años	192	4	2,1
	Total	556	5	1,2
Fortín Olmos	5 a 9 años	284	10	3,5
	10 a 14 años	266	20	7,5
	Total	550	30	5,5
Toba	5 a 9 años	80	0	0
	10 a 14 años	80	2	2,5
	Total	160	2	1,2
Total Vera	5 a 9 años	1095	12	1,1
	10 a 14 años	1093	37	3,4
	Total	2188	49	2,2

Fuente: Elaboración propia.

los recientes avances en materia de infraestructura, sumados a las actividades específicas dirigidas hacia el control vectorial, mejoren la situación general respecto de la enfermedad.

La seroprevalencia no presenta un patrón definido de distribución geográfica, sino que varía aun entre distritos vecinos, pese al reducido tamaño de cada uno. Esta falta de gradualidad en la variación de la prevalencia sugiere lo siguiente: si ella es producto de la transmisión vectorial, la presencia de los triatominos no obedece a razones climáticas como temperatura o humedad, sino a las características sociales de cada población

e inclusive a la influencia de la acción humana sobre los cambios ambientales propios de las actividades rurales puntuales en cada distrito, como ha sido observado por otros autores.¹⁹

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El conocimiento de la distribución de esta enfermedad entre los niños del área endémica de la provincia permite asignar recursos y esfuerzos para el control de la infección, priorizando los distritos más afectados de acuerdo con datos reales y actuales. Asimismo, ayuda a realizar un diagnóstico de situación aproximado sobre la dinámica de la transmisión, principalmente vectorial, además de un diagnóstico precoz y el tratamiento tripanocida en aquellos confirmados.

La identificación de menores infectados implica, por un lado, un beneficio a nivel individual, ya que esos niños reciben tratamiento etiológico específico a una edad en la que es más efectivo. Y también es un beneficio para la salud pública: al mermar la cantidad de personas infectadas, se reduce la oferta de parásitos a los insectos vectores (menor riesgo por vía entomológica), a la vez que disminuye la cantidad de niños con Chagas que potencialmente podrían transmitir la enfermedad a su descendencia (menor riesgo por vía congénita).

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente estudio fue realizado en conjunto entre el Programa Provincial de Chagas, hospitales provinciales y

la Universidad Nacional del Litoral. El trabajo en terreno permitió a los estudiantes y jóvenes graduados el contacto directo con la realidad explícita, donde esta endemia es más prevalente, realizando una investigación epidemiológica de campo, diferente de la investigación básica de laboratorio en los claustros universitarios. De la misma manera, fue una oportunidad para que técnicos y profesionales de los hospitales efectuaran actividades extramuros junto con académicos universitarios, retroalimentándose en un proceso interdisciplinario de aprendizaje entre el ámbito asistencial, universitario y la comunidad en general.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La aproximación a la realidad de la endemia en esta región permitió identificar distritos en los que la prevalencia es mayor. Se debe continuar con estudios de tipo explicativo para hallar las asociaciones causales que han llevado a esta distribución desigual, a fin de implementar programas de control sobre estos riesgos.

AGRADECIMIENTOS

A las poblaciones con las que se trabajó en el estudio; al personal de salud y escolar por la colaboración prestada; a la técnica Romina Santuchi por el apoyo logístico en las actividades en terreno; a los bioquímicos Mónica del Barco, Luis Beltramino y Silvina Passeggi y a los técnicos extracurriculares por la obtención y procesamiento de parte de las muestras; a los técnicos del Programa Nacional de Chagas, Delegación Calchaquí, por el traslado y acompañamiento.

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

Cómo citar este artículo: Mendicino D. y col. Chagas pediátrico en áreas rurales de la provincia de Santa Fe. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):14-18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Media Centre. Chagas Disease. Washington DC, 2010. [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>] [Último acceso: 11 de diciembre de 2015]
- Günter R. Eco-epidemiología regional de la transmisión vectorial: enfermedad de Chagas en el Gran Chaco. En: Silveira A, ed. La enfermedad de Chagas, a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires: Fundación Mundo Sano; 2007.
- Moscattelli G, García Boumissen F, Freilij H, Berenstein A, et al. Impact of Migration on the Occurrence of New Cases of Chagas Disease in Buenos Aires City, Argentina. J Infect Dev Ctries. 2013;7(8):635-7.
- Mendicino D, Streiger M, Del Barco M, Fabbro D, et al. Infección chagásica y antecedentes epidemiológicos relacionados, en un área de baja endemicidad de Argentina. Enfermedades Emergentes. 2010;12:110-4.
- Análisis de situación de la enfermedad de Chagas en la provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2010. [Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/139502/688654/file/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20enfermedad%20de%20Chagas%20en%20la%20provincia%20de%20Santa%20Fe.pdf>] [Último acceso: 11 de diciembre de 2015].
- Organización Panamericana de la Salud. Marco referencial de los procesos de control hacia la interrupción de la transmisión vectorial de Trypanosoma cruzi. Guía de definiciones. OPS/OMS. Montevideo; 2009.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Glosario del Censo Poblacional 2010. [Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/13830/66983/file/GlosarioCensoPoblacion.pdf>] [Último acceso: 11 de diciembre de 2015].
- Streiger ML, Bovero NM, Dávila E. Reacción de inmunofluorescencia indirecta para el diagnóstico de la infección chagásica. Conservación de improntas. Medicina (Buenos Aires). 1980;40:250-251.
- Ministerio de Salud de la Nación. Guías para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas). Buenos Aires; 2012.
- Bär ME, Oscherov E, Damborsky M, Borda M. Epidemiología de la tripanosomiasis americana en el Norte de Corrientes. Medicina (Buenos Aires). 2010;70:133-8.
- Masuet-Aumatell C, Ramon-Torrellab J, Casanova-Rituertoc A, Dávalos-Gamboa M. Seroprevalencia de la infección de Chagas y sus determinantes en población pediátrica de la región de Cochabamba, Bolivia. Med Clin (Barc). 2014;142:132-3.
- Diosque P, Padilla A, Gimino R, Cardozo R, et al. Chagas Disease in Rural Areas of Chaco Province, Argentina: Epidemiologic Survey in Humans, Reservoirs, and Vectors. Am J Trop Med Hyg. 2004;71(5):590-3.
- Moreno ML, Moretti E, Basso B, Frías Céspedes M, et al. Seroprevalence of Trypanosoma cruzi Infection and Vector Control Activities in Rural Communities of the Southern Gran Chaco (Argentina). Acta Trópica. 2010;13:257-62.
- Streiger M, Demonte M, Fabbro D, Del Barco M, et al. Multicausalidad y evolución de la prevalencia de infección chagásica humana en la provincia de Santa Fe, en relación al riesgo de transmisión vectorial. En: Actualizaciones en Artropodología Sanitaria Argentina. Ed.: Salomón, et al. Buenos Aires: Fundación Mundo Sano; 2002.
- Lescure FX, Le Loup G, Freilij H, Develoux M, et al. Chagas Disease: Changes in Knowledge and Management. Lancet Infect Dis. 2010;10:556-70.
- Ramos K, González D, García S, Nepote M, et al. Enfermedad de Chagas: acción conjunta en zona endémica. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2008;37:159-62.
- Moretti E. Enfermedad de Chagas: Breve análisis de algunos factores que influyen en su persistencia. Salud Colectiva. 2012;8(Supl.):33-36.
- Spillman C, Burrone S, Coto H. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Argentina: Avances en el control. Revista Argentina de Salud Pública. 2012;4(15):40-44.
- Moreno ML, Hoyos L, Cabido M, Catalá S, et al. Exploring the Association between Trypanosoma cruzi Infection in Rural Communities and Environmental Changes in the Southern Gran Chaco. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2012;107:231-7.

ARTÍCULOS ORIGINALES

RESPUESTAS SOCIO-SANITARIAS FRENTE AL CONSUMO DE PASTA BASE: LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DE LA ZONA SUR DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

*Socio-Sanitary Answers to the Consumption of Cocaine Paste: Limits and Potentials of Rehabilitation Centers*Romina Ramírez¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El número creciente de politratamientos realizados por los jóvenes de la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) para abandonar el consumo de pasta base (PB)/paco revela la necesidad de estudiar cómo describen los jóvenes el funcionamiento de los centros de rehabilitación. OBJETIVOS: Analizar los límites y las potencialidades de los centros de rehabilitación para personas con consumos problemáticos de pasta base/paco desde la perspectiva de los jóvenes. Analizar las políticas en materia de adicciones y determinar la accesibilidad a los espacios de tratamiento. MÉTODOS: Se realizó un estudio cualitativo entre mediados de 2012 y principios de 2013 en la zona sur del AMBA. Los datos se analizaron con Atlas.ti 7.0. Se trabajó con jóvenes que concurrían a diferentes organizaciones de la sociedad civil, tales como centros de día, comunidades terapéuticas o espacios de recuperación y rehabilitación de personas adictas. RESULTADOS: El consumo de pasta base comienza entre los 11 y 15 años. Los jóvenes que culminaron el tratamiento no responsabilizaron del consumo a sus familias, sino al contexto. Los usuarios de pasta base concurren a las guardias médicas sólo por emergencias y sienten que no hay espacio para ellos. El acceso a los centros de rehabilitación está garantizado, pero se dificulta la permanencia por las dinámicas que facilitan el abandono de los mismos. CONCLUSIONES: Existen barreras para acceder a la atención hospitalaria y para permanecer en los centros de rehabilitación. No se cumplen los derechos y las garantías proclamados en la Ley 26.657. Es necesario realizar controles exhaustivos y propiciar espacios comunitarios que contemplen el contexto de los jóvenes.

PALABRAS CLAVE: Pasta base - Rehabilitación - Accesibilidad - Marginalidad - Drogadicción

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: 9 de junio de 2014
FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de diciembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Romina Ramírez
Correo electrónico: rominaramirez@gmail.com

ReNIS N°: IS000832

ABSTRACT. INTRODUCTION: The growing number of poly-treatments received by young people in the south of the Metropolitan Area of Buenos Aires (MABA) to stop the consumption of cocaine paste (CP), or paco, reveals the need to study the rehabilitation center functioning taking into account the descriptions of the young patients. OBJECTIVES: To analyze limits and potentials of rehabilitation centers for paco addicts from the perspective of young people. To analyze addiction policies and to determine the accessibility to treatment facilities. METHODS: A qualitative study was conducted between mid-2012 and early 2013 in the southern MABA zone. Data were analyzed with Atlas.ti 7.0. The study included young people attending different civil society organizations, such as day centers, therapeutic communities or facilities for the recovery and rehabilitation of addicted people. RESULTS: CP consumption starts at 8-15 years of age. The young people who completed the treatment did not blame their families, but the context. CP users attend medical services only in case of emergency and feel there is no place for them. Access to rehabilitation centers is guaranteed, but it is difficult to stay there due to certain dynamics leading to treatment dropout. CONCLUSIONS: There are barriers to access hospital care and to stay in rehabilitation centers. Law 26657 establishes rights and guarantees which are not respected. It is necessary to perform detailed checks and promote community spaces considering the context of young people.

KEY WORDS: Cocaine paste - Rehabilitation - Accessibility - Marginalization - Drug addiction

INTRODUCCIÓN

Existe escasa bibliografía nacional e internacional sobre las experiencias de los jóvenes ex usuarios de pasta base (PB)/paco en los espacios de tratamiento. La mayoría de las investigaciones realizadas indaga sobre las experiencias en los barrios,¹ el contexto de surgimiento de la sustancia o las prácticas de los jóvenes en relación con su uso o con el riesgo en torno al VIH.²

En Argentina, la información estadística y epidemiológica sobre PB/paco es escasa. Sin embargo, el Observatorio Argentino de Drogas y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el

Narcotráfico (SEDRONAR) realizaron en 2010 un censo de pacientes bajo tratamiento, que evidenció una cantidad notable de politratamientos, pero no indagó sobre las perspectivas de los jóvenes.³

La accesibilidad alude a un vínculo que se construye entre los sujetos y las instituciones (servicios de salud o centros de tratamiento). En los servicios de salud, a veces se producen desencuentros entre los agentes a cargo y los usuarios.⁴⁻⁷ Por esa razón, resulta imprescindible analizar, desde la mirada de los jóvenes, las estrategias institucionales tendientes a facilitar su inclusión y permanencia.⁵ La accesibilidad no se define sólo mediante el contacto de los individuos con las instituciones.^{6,8} El pleno acceso incluye la noción de permanencia, porque no basta con ingresar a una institución para poder culminar un tratamiento. En Argentina, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en 2010 se aseguró el derecho a la protección de la salud mental de las personas. La ley considera a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y parte de la premisa de que todas las personas pueden modificar su padecimiento mental. Su artículo 4 señala que *"las adicciones deben ser consideradas desde una perspectiva integral y como parte de las políticas de salud mental"*. Por lo tanto, el sistema de salud no representa un mero receptor de pacientes, sino que debe otorgar respuestas eficaces al uso problemático de drogas.⁹ A partir de estos elementos, es esencial abordar las vivencias de los jóvenes en los centros de tratamiento para analizar qué tipo de respuestas se proporcionan en los diversos espacios bajo estudio.

En Argentina existen varios espacios que se ocupan de los tratamientos: hospitales, centros de día y redes de ex usuarios/consumidores (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos). Sin embargo, el auge de las comunidades terapéuticas ha sido inmenso. De hecho, el 95% de los subsidios que otorga SEDRONAR están destinados a las comunidades terapéuticas residenciales o para tratamiento diurno.³ El objetivo de esos espacios es que el usuario de drogas pueda reinsertarse y adquirir habilidades para la convivencia social. La estructura organizativa de dichos ámbitos es jerárquica, con pirámides de mando en las que los miembros de las instituciones y los jóvenes con mayor trayectoria dan directivas a los recién llegados. El sistema de hermanos mayores, que se responsabilizan de los menores, es el mejor ejemplo. En este esquema de relaciones existe un sujeto cuya trayectoria de tratamiento es más extensa que la de los iniciados, y que debe guiar al recién llegado, debe controlarlo, cuidarlo y explicarle las reglas de las instituciones.^{10, 11}

En la medida en que se prolonga la estadía en la institución, hay mayores responsabilidades para los sujetos que deben lograr la abstinencia total y un cambio radical en sus conductas.⁴ A partir de la creación de vínculos casi familiares, por las relaciones de confianza extrema, los miembros pueden remarcar a los sujetos todas las acciones

que atentan contra ellos o un tercero. Sólo en este contexto puede entenderse la utilización de la confrontación o confronto como método de trabajo. Este sistema, que fue analizado por Garbi y Touris, consiste en remarcar las conductas defectuosas de los sujetos pertenecientes a la familia creada dentro de la comunidad.^{10,11} La devolución o comentario a cargo de un par o un terapeuta puede variar según la gravedad de la conducta considerada impropia (dejar platos sucios, levantarse tarde, contestar mal, mentir, exagerar, etc.). Así, esta situación de devolución puede presentarse como una conversación amigable o generar un ambiente violento con gritos, denuncias, humillaciones o insultos entre pares.

En este artículo se presentan las perspectivas de los jóvenes ex usuarios de PB/paco respecto a los límites, potencialidades y dinámicas de los centros de tratamiento para los consumos problemáticos de drogas. Se aborda el concepto de accesibilidad para vincularlo con las experiencias de los jóvenes en los diferentes ámbitos institucionales a los que concurren. Asimismo, se analizan las experiencias en torno a su consumo de drogas. El objetivo general de la investigación fue analizar los límites y las potencialidades de las organizaciones de la sociedad civil (centros de día, centros ambulatorios con modalidad de internación parcial o comunidades terapéuticas) que atienden a usuarios de PB/paco en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), teniendo en cuenta la perspectiva de los jóvenes ex usuarios.

MÉTODOS

El estudio fue realizado entre mayo de 2012 y enero de 2013 con jóvenes ex usuarios de PB/paco que habían concurrido a organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Buenos Aires (Barracas, Retiro) y a diversos espacios del sur del conurbano bonaerense (Monte Grande, Lomas de Zamora, Lanús y Florencio Varela) durante 2001-2011. Se entrevistó a 22 jóvenes (12 varones y 10 mujeres) de 18-30 años de edad que habían terminado su tratamiento al menos un año antes y que en ese momento no estaban transitando el proceso de recuperación, tras haber asistido de manera temporal o permanente a centros de día, comunidades terapéuticas o espacios de recuperación y tratamiento de personas con consumos problemáticos de drogas (ver Tabla 1). La selección se efectuó mediante un listado obtenido con la ayuda de diversos informantes clave. Con cada joven que accedió a la/s entrevista/s se realizó al menos un encuentro, u otros adicionales para profundizar. En dos de los casos se trabajaron los relatos de vida, lo que implicó cinco encuentros con cada entrevistado; estos relatos fueron necesarios para entender cómo las instituciones habían modificado o no las experiencias de los jóvenes intervinientes en el estudio (ver Tabla 2). Los primeros jóvenes fueron contactados telefónicamente gracias al listado proporcionado por los informantes. Luego, una vez transcurrido el encuentro cara a cara, los entrevistados facilitaron contactos de otros jóvenes que

TABLA 1. Perfil de los jóvenes entrevistados.

Seudónimo	Edad	Nivel de instrucción	Ocupación	Estado civil / Hijos	Cantidad de tratamientos realizados	Cantidad de entrevistas realizadas
Alina	27	Secundario completo	Operadora terapéutica	Casada / 2 hijos	4	1
Lía	22	Secundario completo	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 1 hija	2	1
Brenda	30	Primario completo	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 4 hijos	5	1
Lito	22	Secundario incompleto	Busca trabajo	Soltero	5	2
Chiqui	18	Primario incompleto	Busca trabajo	Soltera / 1 hija	4	1
Gote	30	Secundario completo	Operador socio-terapéutico	Divorciado / 3 hijos	7	5 (realización de historia de vida)
Gabo	26	Secundario incompleto	Operador socio-terapéutico	Soltero / 1 hija	10	1
Vita	29	Secundario incompleto	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 1 hija	3	1
Gigi	24	Secundario incompleto	Plan Argentina Trabaja	Soltera / 3 hijos	4	1
Negro	31	Primario incompleto	Operador socio-terapéutico	Separado / 3 hijos	5	1
Juan	26	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltero	7	1
Nardo	28	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltero / 1 hijo	5	1
Magui	19	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltera / 1 hijo	3	1
Papo	25	Primario incompleto	Busca trabajo	Soltero / 1 hijo	6	1
María	29	Primario completo	Ama de casa	Casada / 3 hijos	6	1
Érica	26	Secundario incompleto	Ama de casa	Casada / 6 hijos	4	1
Noly	28	Secundario incompleto	Trabaja por horas	Soltera / 2 hijos	3	1
Coqui	29	Primario completo	Operador socio-terapéutico	Separado / 1 hijo	9	1
Raly	28	Secundario incompleto	Operador socio-terapéutico y en una casa de fotos	Casado / 3 hijos	4	1
Rochi	33	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Casada / 1 hijo	4	1
Sonia	22	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltera	6	5 (realización de historia de vida)
Santo	19	Secundario incompleto	Cooperativa de trabajo	Soltero	3	1

Fuente: Elaboración propia.

habían transitado el mismo proceso. Así, se utilizó el método denominado bola de nieve.

Se realizaron observaciones no participantes (sistemizadas a través de las notas de campo) y conversaciones informales con los jóvenes en diferentes organizaciones de la sociedad civil, tales como centros de día, comunidades terapéuticas o espacios de recuperación y tratamiento de personas con consumos problemáticos. En la mayoría de los casos, pese a la culminación del tratamiento, los jóvenes no habían perdido el vínculo con las instituciones y concurrían de manera esporádica para algún evento especial. A todos los entrevistados se les proporcionó un consentimiento informado, que fue leído y explicado considerando las características de la población.

La información se sistematizó, codificó y evaluó mediante el *software* Atlas.ti, especialmente diseñado para el análisis cualitativo. Además, se usó una estrategia metodológica cualitativa para el análisis de las experiencias de los jóvenes bajo estudio. Al mismo tiempo, se consideraron sus percepciones respecto del acceso a los tratamientos y la permanencia.^{12,13}

El proyecto de este trabajo fue avalado en noviembre de 2011 por el comité de ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

RESULTADOS

Durante las entrevistas, los jóvenes describieron las experiencias atravesadas antes de llegar al consumo de PB/paco. En este sentido, enfatizaron la situación de desprotección. Según los entrevistados, el consumo de la sustancia se

TABLA 2. Características de los servicios.

Características de los servicios
Disponibles: deben poseer recursos físicos y humanos que respondan a las necesidades de la población.
Accesibles: deben poseer medios para lograr la utilización de los recursos en cuestión.
Aceptables: deben respetar las expectativas y las creencias de los usuarios para que estos se sientan cómodos a la hora de utilizarlos.

Fuente: Elaboración propia.

había iniciado en edades tempranas, entre los 11 y 15 años. A la hora de explicar las causas, se mencionó que era una *"droga más barata"*, que *"como sus amigos lo hacían, ellos también"*, que *"la probaron por curiosidad y ya no pudieron dejar de consumirla"* y, finalmente, que *"necesitaban un escape a sus problemas cotidianos"*.

Al momento de describir el arribo a los centros de tratamiento, los jóvenes rememoraron que, desde hace algunos años, basta con acercarse a alguna institución y demostrar interés para poder conseguir la beca otorgada por la SE-DRONAR. Durante sus relatos, los jóvenes no aludieron a barreras concretas por parte de los centros a la hora de incorporarlos al tratamiento. Sin embargo, varios recordaron que durante el período de inicio del trámite no contaban con el documento nacional de identidad para gestionar el beneficio y que *"ellos no estaban en condiciones de poder tramitar uno nuevo"*.

Muchos jóvenes relataron que algunos espacios habían requerido el aislamiento inicial en el proceso de recuperación para lograr la desintoxicación; una vez que se cumpliera el objetivo y ellos casi no sintieran abstinencia, podrían retomar el contacto con el exterior. Sin embargo,

cuando los jóvenes estuvieron mejor, no se fomentó el encuentro con sus vínculos cercanos, sino que, por el contrario, los castigos estuvieron ligados a la incomunicación. Así, las familias que habían viajado horas para visitarlos no podían encontrarse con ellos. Eso produjo *"sensaciones de abandono"* y *"ganas de largar el tratamiento"*. Casi todos los jóvenes remarcaron que el aislamiento y la reclusión habían resultado contraproducentes.

Llegar no siempre implica quedarse. Aunque no se observaron trabas para el ingreso, los jóvenes describieron inconvenientes durante la permanencia. Cuando se indagó sobre la información obtenida al entrar, todos coincidieron en que fue escasa o nula porque *"no estaban en condiciones de recibir tantas explicaciones a la hora del ingreso"*. Sin embargo, con el correr del tiempo, nadie les explicó el modo en el que funcionaban las cosas en el lugar, por lo que tuvieron que aprender las reglas solos o a través de sus pares. A su vez, la mayoría manifestó que habría querido recibir un poco más de información sobre los códigos de la institución a la cual estaban concurriendo y que se justificaran las medidas organizativas; según los dichos, una vez que lograron dejar de consumir, esas normas les resultaron expulsivas porque no permitían sostener la decisión de alejarse del paco en el transcurso del tiempo.

Los jóvenes identificaron varios tipos de instituciones. En primer lugar, las que se amoldaron a ellos, que eran flexibles y, por lo tanto, comprendían su contexto. Este tipo de lugares se caracterizó, según los entrevistados, por una fuerte presencia en el barrio y porque podían *"comprender las historias personales"*. En tal sentido, la flexibilidad se asoció a la contención proporcionada y al trabajo personalizado. En segundo término, los jóvenes describieron organizaciones que persiguen la abstinencia total, que fueron descritas como *"distantes"*. Finalmente, se hizo referencia a las que los enviaban a trabajar para sostenerse. En estos últimos espacios, el trabajo fue considerado como la medida terapéutica por excelencia por quienes coordinaban los tratamientos y por los jóvenes implicados.

Según la mayoría de los entrevistados, después de varios meses de abstinencia habían logrado descifrar los códigos de la institución, y sus acciones tendían a realizar méritos para recibir el alta o lograr una mejor estadía en el espacio. En este sentido, se remarcó que todos los comportamientos estaban orientados a convencer a la familia de que estaban recuperados o bien a escaparse.

Los entrevistados habían realizado entre tres y siete tratamientos en instituciones de todo tipo (públicas, privadas, religiosas –fundamentalmente evangélicas–, ONG, etc.), por lo cual dijeron ser portadores de un saber que les facilitaba el acceso a los tratamientos. Comentaron que sabían qué palabras debían utilizar durante las entrevistas, cuántos días debían estar sin consumir para poder presentarse, a qué lugares los derivarían y también, en varios casos, cuáles eran los más convenientes. Los jóvenes refirieron inconvenientes durante el desarrollo de los tratamientos,

relacionados con los abusos de autoridad, la desigualdad y la violencia con los compañeros. Por esas razones, muchos abandonaron el proceso de recuperación. En algunos casos, recordaron que el encierro les había provocado ansiedad y la sensación de estar presos, y que esa fue una razón para alejarse del espacio. En este punto, cabe señalar que muchos de los participantes del estudio habían estado en prisión en algún momento de su vida.

Cuando se les pidió que contaran cómo habían sido tratados durante el proceso terapéutico, recordaron la incomodidad por la rutina que debían desarrollar. La obligación de efectuar tareas domésticas, el trabajo excesivo, las ventas ambulantes y las tareas preventivas con pedidos de dinero a voluntad en la vía pública fueron los factores que aceleraron el abandono del tratamiento.

En relación con las tareas domésticas, muchos jóvenes que previamente habían estado en situación de calle no pudieron soportar los horarios estrictos. Aunque reconocieron que los centros necesitan reglas claras, la mayoría destacó que las rutinas no eran progresivas, sino que se imponían desde el momento de la entrada, transfiriendo así la responsabilidad de tolerar el tratamiento o no. Pese a las barreras descritas, los jóvenes valoraron positivamente el trabajo de los profesionales en los espacios dotados de tratamiento psicológico. Allí vieron que el alivio, entendido como el alejamiento del consumo de PB/paco, es un proceso que requiere de pequeños avances cotidianos para enfrentar los miedos.

Los jóvenes narraron que habían ocupado diferentes lugares en la estructura de los espacios, según la obediencia o la internalización de las respectivas normas. Si no cumplían las reglas pautadas, podían ser castigados o estigmatizados. De acuerdo con lo relatado, la buena relación con los directores era fundamental para garantizar la estadía. Además, el trato con los directores o los miembros del equipo coordinador influía de modo determinante para terminar el tratamiento o abandonarlo y, al mismo tiempo, ayudaba a obtener beneficios personales, como una mejor calidad en la comida o la vestimenta.

Otra cuestión compleja fueron los vínculos generados entre pares. Casi todos los jóvenes resaltaron que las estructuras jerárquicas no facilitan el proceso de recuperación y que la mayoría de las veces habían dejado el tratamiento como consecuencia de esas diferencias o de los castigos extremos, provocados en general por la utilización del confronto. Los jóvenes criticaron de manera unánime esta técnica, porque conducía a situaciones de agresión, gritos y violencia corporal. En casi todos los espacios de tratamiento estudiados, se trata de la herramienta más utilizada para manejar situaciones o conductas que son percibidas como no apropiadas (desorden, mirada poco amigable, negativa ante la responsabilidad asignada, etc.). Los castigos incluían comer parado mirando a la pared, no poder llamar a los familiares o tener restringidas las visitas. Para quienes mantenían contacto con sus parientes, esta pena resultaba dañina en el proceso de recuperación y,

además, condicionaba a las familias, que hacían grandes esfuerzos inútiles para concretar las visitas. En otras ocasiones, cuando la modalidad era de internación en lugares lejanos, la familia no concurría a las visitas porque no contaba con los medios económicos para llegar hasta el sitio. Esta situación tampoco colaboraba con el tratamiento de los jóvenes.

Más allá de las situaciones anteriores, los jóvenes valoraron positivamente los espacios en los cuales había tratamientos psicológicos frecuentes y de emergencia. Además, ponderaron los lugares que proporcionaban una ayuda integral, realizaban tareas de capacitación, resolvían situaciones cotidianas (como la obtención de documentos de identidad) e incluían actividades lúdicas, recreativas y deportivas. Al recordar su estadía en los centros, recuperaron la figura de algún referente o el buen trato. Muchos jóvenes de zonas vulnerables buscaron conservar el contacto con los centros de tratamiento hasta poder organizar su vida. Así, concurrían para comer, para hacer una changa o sencillamente para conversar. Según ellos, esos ámbitos permitieron reconstruir vínculos –que parecían disueltos– con amigos, familiares o parejas. En algunos espacios no se exigía dejar el consumo de modo abrupto, sino que se buscaba un abandono progresivo, lo que ayudó al éxito del tratamiento. Para los jóvenes también fue muy importante que el centro mantuviera las puertas abiertas y conociera el contexto. Según los entrevistados, los espacios más flexibles se caracterizaban por el trato humanizado y las redes de apoyo (laborales, sociales y culturales) creadas en función de la recuperación, que contribuían a lograr *“la serenidad”* para afrontar el afuera y poder vivir allí. Asimismo, el espacio de talleres artísticos, la práctica de deportes y las salidas recreativas fueron muy valorados por los jóvenes, porque *“te mantienen ocupado y lejos de la calle”*.

DISCUSIÓN

El número creciente de politratamientos revelado por la encuesta de la SEDRONAR invita a indagar cuáles son los factores que expulsan o excluyen de algunas instituciones.¹³ A partir de los testimonios de los jóvenes que participaron de este estudio, se desprende que en los espacios faltos de flexibilidad no se cumplen los derechos y garantías reconocidos por la Ley 26.657. En lo que respecta a *“la atención sanitaria, integral y humanizada”*, muchos centros no tratan a los jóvenes como lo establece la norma, ya que no les otorgan una atención que contemple el ámbito psicológico individual ni respetan la dimensión contextual. Estas falencias alejan a los usuarios de PB/paco de las oportunidades efectivas de recuperación: cuando las personas afectadas se sienten destratadas o incomprendidas, prefieren irse. Se pone así en evidencia la ausencia de un intercambio comprensivo entre algunos espacios de

tratamiento y los jóvenes ex consumidores de PB/paco.⁹

Pese a que las respuestas sociales más populares frente al consumo de drogas en general, y de PB/paco en particular, siguen recurriendo a la reclusión y al aislamiento como el mejor tratamiento posible,¹⁴ los resultados de este estudio invitan a repensar la cuestión. La imposibilidad de los familiares de acompañar a los jóvenes durante el tratamiento demostró ser una barrera para la culminación del proceso de recuperación, y no un factor que proporcione tranquilidad. Al mismo tiempo, los entrevistados remarcaron que había parientes directos que no contaban con recursos suficientes para movilizarse a los centros de tratamiento (generalmente situados a una gran distancia).

La falta de información en el transcurso del tratamiento constituye un obstáculo para su adecuada realización. Según los jóvenes, al principio *“yo no estaba en condiciones de recibir datos”*; pero resulta llamativo que, con el correr de los días y tras estar un poco mejor, nadie les explicó el funcionamiento.

Un factor que tampoco ayuda a la estadía son las técnicas disciplinarias utilizadas, que generan relaciones de violencia. Algunas de las personas consumidoras de PB/paco provienen de poblaciones vulnerables y en un gran número han pasado por experiencias de encierro, como institutos de menores o cárceles. Por lo tanto, replicar este tipo de modelo lleva a la pérdida de oportunidades de tratamiento.

La incorporación de los jóvenes a las reglas del lugar debe realizarse de manera progresiva, con una transición dirigida a adaptarse y mantener la decisión tomada. En este sentido, hay que tener en cuenta que existe una diversidad en los tiempos de recuperación y que algunos quizá nunca dejen de consumir. Por lo tanto, para abordar el tratamiento de los ex usuarios de PB/paco y para aprovechar las oportunidades y los recursos socio-sanitarios, se requieren esquemas que reduzcan el consumo gradualmente.

Según los jóvenes, los espacios comunitarios en los que se sienten comprendidos y contenidos son los más propicios para realizar su recuperación, porque para los ex consumidores de PB/paco resulta central mantener los vínculos con el barrio y con sus afectos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Es importante estudiar los recorridos realizados por las familias de los usuarios de PB/paco para poder acompañar el tratamiento de sus hijos o parientes, porque eso permite obtener información valiosa sobre el ingreso de los jóvenes en cuestión a los diversos tratamientos y la permanencia en ellos. Se debe abordar la temática desde una perspectiva de género, que facilite la visibilidad de las usuarias de PB/paco y que contemple tratamientos adecuados a las situaciones familiares, porque muchas veces las jóvenes quedan excluidas de las propuestas de recuperación.

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

Cómo citar este artículo: Ramírez R. . Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base: límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del área metropolitana de Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):19-24.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Epele M. Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.
- ² Touzé G. Saberes y prácticas sobre drogas: El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil / Federación Internacional de Universidades Católicas; 2006.
- ³ SEDRONAR/OAD. Estudio Nacional de Pacientes en Centros de Tratamiento. Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones; 2011.
- ⁴ Stolkiner A, et al. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Editorial Dunker; 2000.
- ⁵ Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. Psicología de la salud, epidemiología y prevención. Buenos Aires: Anuario de investigaciones; 2008.
- ⁶ Rossi D, Pawlowicz M, Singh D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de salud. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; 2007.
- ⁷ Pawlowicz M, Rossi D, Galante A, Faraone S, Goltzman P, Zunino S, et al. Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario. Memoria de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Buenos Aires; 2006.
- ⁸ Comes Y. Accesibilidad: una revisión conceptual. Manuscrito no publicado. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA; 2003.
- ⁹ Pawlowicz M, Galante A, Goltzman S, Rossi D, Touzé G, Cymerman P. Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En: Panorámicas de Salud Mental. A un año de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires: Eudeba; 2012.
- ¹⁰ Goti E. La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1990.
- ¹¹ Garbi S, Touris C. Uso de drogas. Malestares y tácticas terapéuticas: "el confronto", como técnica de subjetivación. Trabalho apresentado na 27. Reuniao Brasileira de Antropologia. 1-4 Agosto 2010, Belem, Pará, Brasil.
- ¹² Denzin N, Lincoln Y. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. En: Denzin N, Lincoln Y (ed.). Strategies of Qualitative Inquiry (2a ed.); 2003.
- ¹³ Sautú R, et al. Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: CLACSO Libros; 2005.
- ¹⁴ Le Bretón D. Antropología del Cuerpo y la Modernidad. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1990.

ARTÍCULOS ORIGINALES

AMBIENTE LABORAL SALUDABLE HOSPITALARIO: INTERVENCIONES CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

*Healthy Working Environment in Hospital: Interventions with Social Participation for the Incorporation of Healthy Habits*Karina Zullich¹, Silvana Figar,¹ Viviana Visus,² Natalia Pace,² Leila Garipe,² Gimena Giardini,² Verónica Martínez Infantino,² Adriana Dawidowski¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Los estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación industrializada, tabaquismo, estrés) son fenómenos propios de las sociedades modernas que causan enfermedades crónicas no transmisibles, patologías adquiridas de alto impacto poblacional. OBJETIVOS: Evaluar la factibilidad y la eficacia de una estrategia participativa para desarrollar el programa ALS (Ambiente Laboral Saludable) en una institución médica (Hospital Italiano de Buenos Aires). MÉTODOS: Se realizó una investigación-acción participativa con metodología cualitativa y medición antes-después (cuatro meses) con encuesta ALS. RESULTADOS: La factibilidad dependió de la motivación inicial de algunos actores que contagiaron a sus pares. La participación de la línea media jerárquica constituyó un facilitador para definir cómo incorporar frutas y reglar la actividad física durante el horario laboral. Las barreras fueron: dificultad para tomar la palabra y roles activos de construcción del espacio laboral. Se observaron descensos estadísticamente significativos en el consumo de golosinas (1,6 a 0,9 días, p 0,02), tartas y empanadas (1,2 a 0,8 días, p 0,03) y un aumento significativo en el consumo de frutas (2,8 a 3,5 días, p 0,03). CONCLUSIONES: Para favorecer la factibilidad del programa ALS, es necesario dotar de innovación temprana al equipo de intervención, iniciar las actividades con soporte externo (hasta la aparición de líderes internos) y mediar la reflexión analítica conjunta.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Unhealthy lifestyles (sedentary lifestyle, industrial food system, smoking, stress) are typical of modern societies and cause non-communicable chronic diseases, acquired pathologies with high impact on population. OBJECTIVES: To evaluate the feasibility and effectiveness of a participatory strategy to develop the ALS program (Healthy Working Environment) in a medical institution (Hospital Italiano de Buenos Aires). METHODS: A participatory action research was conducted, including qualitative methodology and measurement before and after intervention (four months) with ALS survey. RESULTS: The feasibility depended on the initial motivation of some actors, which had a positive influence on peers. The participation of the hierarchical midline was a facilitator to define how to incorporate fruits and to regulate physical activity during the work time. The barriers were: difficulty to take the floor and assume active roles in building the workplace. There was a statistically significant decrease in the consumption of candies (1.6 to 0.9 days, p 0.02), tarts and "empanadas" (1.2 to 0.8 days, p 0.03) as well as a significant increase in fruit consumption (2.8 to 3.5 days, p 0.03). CONCLUSIONS: In order to increase the feasibility of the ALS program, it is necessary to provide the intervention team with early innovation, start the activities with external support (until the development of internal leaders), and promote a joint analytical reflection.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad crónica - Salud laboral - Participación social

KEY WORDS: Chronic disease - Occupational health - Social participation

¹ Sección Epidemiología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

² Sección Programas Médicos, Plan de Salud, Hospital Italiano de Buenos Aires.

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 2 de febrero de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de diciembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Karina Zullich
Correo electrónico: karina.zullich@hospitalitaliano.org.ar

ReNIS N°: IS000564

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, la alimentación industrializada, el tabaquismo y el estrés, son fenómenos propios de las sociedades modernas.¹ Estos estilos son factores causantes de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), patologías adquiridas de alto impacto poblacional.¹⁻² En Argentina, más de la mitad de la población (58%) muestra exceso de peso, el 29% presenta dislipemia y casi el 10% tiene diabetes, mientras que el promedio de porciones de frutas o verduras consumidas por persona por día es de 1,9, inferior a las 5 porciones diarias de frutas y/o verduras recomendadas por la OMS, y hay un 55% de la población con inactividad física.²⁻⁴

Las estrategias propuestas a nivel mundial para el control

de ENT se basan en un cambio de los estilos de vida,¹ conceptualizados como prácticas sociales que emergen y se refuerzan respecto al propio contexto.⁵ Esta perspectiva denota la necesidad de comprender la relación entre las condiciones estructurales y la capacidad de agencia y autonomía de las personas en torno al desarrollo y abordaje de las ENT.⁶ Dado que la mayoría de los adultos pasa buena parte del día en el trabajo, los ambientes laborales son espacios en los que se comparten, producen y reproducen los estilos de vida de sus actores. Por ello mismo, pueden constituirse en entornos aptos para contrarrestar las tendencias que incrementan estas patologías.¹⁻²

La intervención del entorno laboral conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Ambientes Laborales Saludables (ALS) representa una estrategia eficaz para el control de las ENT del personal.¹ En 2009 el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable³ y en ese contexto ha promovido los ejes de vida activa, alimentación saludable e institución libre de humo en los sitios de trabajo (como empresas, escuelas, etc.), recomendando la incorporación de estrategias participativas que involucren al personal de dichas instituciones.²

La participación de los actores en el diseño e implementación de una intervención promisorio es fundamental para lograr su aceptación y eventual eficacia. La investigación-acción participativa (IAP) es una aproximación de creación constructiva de la gestión en salud y consiste en que todos los actores involucrados colaboran en el proceso de definición de las herramientas de investigación, intervención y evaluación.⁷⁻⁹ El problema a investigar es definido, analizado y abordado por los propios actores y grupos involucrados como sujetos activos, considerando a la acción como fuente de conocimiento acerca de su propia realidad.¹⁰ El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), que desde 2004 lleva a cabo un programa de prevención de enfermedades crónicas dirigido a involucrar y empoderar a las personas a través de diferentes niveles de participación,¹¹⁻¹² se propuso desarrollar un proceso de IAP en fase piloto para implementar ALS en el contexto hospitalario.

Este proyecto se propuso evaluar la factibilidad de gestionar participativamente el programa ALS del MINSAL, comprender las barreras y facilitadores para promover un mecanismo de cogestión de este tipo de programas en instituciones de salud y verificar la eficacia del dispositivo desarrollado.

MÉTODOS

Se utilizó una IAP de diseño cuasi-experimental antes-después. Se evaluó, por un lado, la factibilidad mediante un análisis cualitativo (factores, procesos y mecanismos necesarios de cambio y de gestión participativa)¹³ y, por el otro, la participación y la eficacia a través de un análisis cuantitativo, comparando la variación en los hábitos saludables de alimentación y actividad física durante la jornada laboral antes y después de la intervención.

El estudio se realizó en un edificio de oficinas del HIBA, institución asistencial de alta complejidad ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí funcionan áreas de atención al público, administrativas, directivas, de investigación y el programa de enfermedades crónicas. El personal dispone de servicio de comedor y distribución de meriendas en las mismas oficinas (con facturas, galletitas y gaseosas). El edificio se encuentra relativamente aislado del resto, lo que permite llevar a cabo acciones colectivas que no repercuten en el resto de la institución.

La investigación comprendió al personal que se desempeña en áreas médico-administrativas de los edificios administrativos del HIBA, con una intervención orientada a los ejes de vida activa y alimentación saludable en el trabajo del programa de ALS del MINSAL.

La IAP se inició el 14 de agosto de 2013, y se extendió durante cuatro meses. Aplicó el método Paideia¹⁴ de autogestión participativa de colectivos. Se trata de una metodología pensada para ampliar la capacidad de análisis y de intervención en situaciones complejas, que presupone que es posible promover relaciones constructivas entre actores sociales con diferentes niveles de poder si se reconocen los distintos roles y las demandas de los propios actores. Este método incorpora estímulos externos, que mueven al grupo, a la vez que recibe el impulso de quienes son objeto de la intervención.

Se convocó a todo el personal del edificio, con los distintos niveles jerárquicos, a realizar un análisis conjunto e iterativo de las necesidades y posibles mejoras vinculadas a hábitos de alimentación y de ejercicio durante la jornada laboral.

Siguiendo esta metodología, se generaron rondas o espacios colectivos (escenarios o dispositivos) de interacción, para reflexionar y definir acciones saludables en el ámbito laboral de forma constructiva y progresiva. En esas rondas se buscaron ambientes aptos para debatir sobre las relaciones de poder, de afecto, etc., que condicionan los hábitos en el trabajo. También se invitó a las reuniones a expertos del MINSAL y se realizaron ateneos para informar y ofrecer opciones de implementación, a fin de que el grupo lograra ampliar sus referencias de un modo crítico.¹⁵ Se apoyó asimismo la construcción de objetos (por ejemplo, canastas de frutas) en los que el grupo pudiera depositar sus afectos positivos.¹⁵

El material textual para el análisis cualitativo consistió en: a) registros de las observaciones participantes y no participantes de las reuniones, actividades y conversaciones; b) registros de audio de reuniones; y c) fichas individuales y diarias para escribir las inquietudes e ideas en torno a mejoras del entorno laboral. Los registros observacionales fueron redactados por el equipo de investigación completo, en un documento compartido que permitió recabar las distintas experiencias de los integrantes e, iterativamente, identificar y discutir el proceso participativo y las categorías emergentes. Al finalizar la etapa de intervención, se organizaron reuniones del equipo de investigación que definieron las dimensiones a relevar en el material textual. Allí se identificaron categorías por análisis

de contenido,¹⁶ que luego se consolidaron, con un proceso de significación y jerarquización siguiendo el criterio de análisis comprensivo y de triangulación propuesto por Minayo.¹³

Para el análisis de eficacia y de la participación, se determinó la variación final-basal en alimentación y en ejercicio físico (EF) a través de los siguientes instrumentos: a) cuestionario de situación de salud y factores de riesgo del manual de ALS,² que evalúa el consumo de 16 alimentos y bebidas durante la jornada laboral y la cantidad de EF en el trabajo y en la vida habitual más allá del trabajo; b) grado de chatarra,¹⁷ que indaga sobre el tipo de alimentos consumidos en la semana previa a la encuesta, con un puntaje mayor o igual a 60 como indicador de alimentación no saludable; y c) cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio (BREQ-3), versión validada en español,¹⁸ para calcular el índice de autonomía relativa (IAR) en una escala de -24 a +24, que evalúa la motivación hacia el EF. La participación individual se evaluó como asistencia a las actividades.

Para el análisis estadístico de la variación final-basal, las variables categóricas se compararon mediante el test de χ^2 y las continuas, mediante test t de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje e intervalo de confianza del 95%, y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

El estudio y el consentimiento informado utilizado fueron aprobados por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESULTADOS

En el edificio del HIBA donde se llevó a cabo la intervención, trabajan 97 personas. Se trata, en su mayoría, de mujeres de mediana edad que realizan jornada laboral completa desde hace más de cinco años (Tabla 1). El 20% son profesionales de salud.

TABLA 1. Perfil del personal que trabaja en el edificio intervenido.

Rango de edad	
Hasta 30 años, n (%)	14 (16,9)
De 31 a 45 años, n (%)	57 (68,7)
46 años o más, n (%)	12 (14,5)
Sexo femenino, n (%)	
	72 (86,7)
Media de peso (DS), kg	
	63,8 (13,4)
Media de IMC \pm (DS), kg/m ²	
	23,0 (3,4)
Antigüedad laboral en el Hospital Italiano	
Hasta 5 años, n (%)	30 (36,2)
5 años o más, n (%)	53 (63,9)
Carga horaria semanal	
Hasta 30 horas, n (%)	11 (13,4)
30 horas o más, n (%)	71 (86,6)
Atiende al público	
Habitualmente, n (%)	28 (34,1)
A veces, n (%)	24 (29,3)
No atiende al público, n (%)	30 (36,6)
Profesionales de salud, n (%)	18 (20,0)

* n (%): N° de personas (%) respecto al total del personal del edificio); §: DS: desvío estándar; \pm : IMC: índice de masa corporal

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta administrada basalmente al personal del edificio.

En lo que respecta a la factibilidad del programa, la IAP inicialmente se conformó con un equipo de tres investigadores con dedicación parcial al proyecto (25% del tiempo de cada uno). Sucesivamente se fue incorporando personal del edificio, incluidos coordinadores de nivel jerárquico medio.

Al inicio, el 94% del personal del edificio manifestó estar interesado en intervenir en la construcción de un entorno laboral saludable. A partir del análisis y la reflexión grupal del personal que participó en las diferentes instancias del proceso, se definieron actividades a desarrollar, como ateneos informativos, encuentros grupales, "pausas activas" (ejercicios de elongación durante lapsos de 10 a 15 minutos) y provisión de frutas en cada espacio laboral (Recuadro 1).

En este proceso se conformó un equipo de investigación de ocho integrantes (tres médicas, dos educadoras en salud, una socióloga, una nutricionista y una profesora de educación física), que acompañaron las distintas etapas de la IPA, buscaron generar encuentros grupales y promovieron la comunicación con las autoridades institucionales y de cada sector, haciéndolas intervenir en instancias clave para la toma de decisiones conjuntas. También fue responsabilidad del equipo facilitar los cambios organizacionales (por ejemplo, gestionar el aval gerencial para que el personal pudiera participar en la planificación de las reuniones, el diseño de las acciones y las pausas activas), articular la logística de provisión de frutas y lograr la disponibilidad de la profesora de educación física, incorporada al equipo para coordinar las pausas activas durante el horario laboral. Así el equipo se constituyó como principal mediador para seguir explorando y gestionando las alternativas de cambio.

Con el personal jerárquico se organizaron reuniones formales para presentar el programa ALS del MINSAL. Para involucrar a los mandos medios (tres jefes de secciones), se puso énfasis en las evidencias en productividad y la disminución de ausentismo.

Para involucrar al personal no jerárquico (83 personas) se organizaron encuentros informales en el lugar de trabajo de cada uno de los siete grupos del edificio. En la reunión con el primer grupo, el equipo de investigación presentó

RECUADRO 1. Actividades realizadas

Eventos	Número de reuniones
Reuniones con grupos jerárquicos de alto mando, directivos de plan de salud y equipo de investigación	3
Reunión de lanzamiento con expertos en el Ministerio de Salud	1
Reuniones de capacitación: Ateneos de información, sensibilización y profundización	4
Reuniones con grupos jerárquicos de mandos medios	2
Reuniones exclusivas del equipo de investigación	10
Reuniones con empleados para el desarrollo de pausa activa	60 (15 minutos a diario con cada grupo, durante 3 meses)
Taller nutricional	1
Reunión post-intervención con grupos jerárquicos de mandos medios	3

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de las reuniones, actividades y conversaciones

el proyecto relatando experiencias participativas previas del HIBA como la pausa activa. El grupo solicitó un ejemplo, que se realizó con ayuda de la profesora de educación física. Los siguientes grupos continuaron con esta modalidad, tanto por la iniciativa del equipo de investigación como para replicar la primera experiencia, que había resultado aceptada.

Los espacios físicos para la pausa activa fueron diversos: las mismas oficinas, a veces los pasillos o el patio interno. Se realizaron con la mayoría de la gente de pie, a fin de propiciar el formato de la rueda y la interacción lúdica.

Al finalizar la intervención, habida cuenta del efecto positivo, la pausa activa continuó en dos de los grupos tras haber sido solicitada y apoyada por los mandos medios.

La implementación de la provisión de frutas comenzó a partir de la inquietud de un pequeño grupo de 3 interesadas de contaduría (de un total de 12). El equipo de investigación explicó el proceso operativo de autogestión para la provisión de frutas. El primer equipo que se autoorganizó para lograr su provisión diaria fue el de contaduría. Una vez terminada la intervención, la decisión de continuar con el consumo de frutas fue asumida por las autoridades del HIBA.

Las principales resistencias a la participación fueron: el desconocimiento y la desconfianza en la utilidad y la eficacia para la institución del entorno laboral saludable, la problemática de la disponibilidad del personal que atiende al público, el temor a que la iniciativa evidenciara situaciones de inequidad previas o a no poder dar una respuesta adecuada sin afectar el rendimiento y los términos económicos. También se observó una dificultad para visualizar positivamente el empoderamiento de los empleados, y el miedo a reclamos sindicales específicos (*"No les podemos sacar la Coca-Cola o los Don Satur [Nota del editor: marca de bizcochos salados con alto contenido graso], ya que es un privilegio para ellos"*).

Otra dificultad observada fue con los médicos, que resultaron más renuentes a desinhibirse y participar, o a tomar el momento como un recreo permitido. También se identificó como obstáculo la necesidad de consolidar visiones de sectores institucionales distintos, con los cambios como amenaza al propio rol. Esta barrera se percibió particularmente en torno a la alimentación del personal, ya que en el hospital existen diversos sectores competentes que, desde su experiencia, consideraron que *"es difícil incorporar cambios en la alimentación del personal"* y que *"los trabajadores demandan comida chatarra"*, haciendo especial referencia a la oferta de gaseosas.

Los facilitadores para la participación fueron: el apoyo de la Dirección Médica, el formato de investigación (piloto), la financiación de la beca (y, por ende, el apoyo del MINSAL) y los antecedentes institucionales en la promoción de estilos de vida saludables para los pacientes y para el personal (Programa de Enfermedades Crónicas, Programa de Investigación en Salud y Ambiente, Hospital Libre de Humo, Hospital Amigo de la Lactancia Materna, descuentos en gimnasios del barrio para promover la actividad física, disponibilidad de viandas saludables para el almuerzo, playa de estacionamiento para

bicicletas, grupo de corredores con entrenamiento gratuito para el personal, etc.),¹⁸ además del marco del proceso de mejora en la calidad hospitalaria, entre otros.

Otro factor destacado fue el interés personal de los mandos medios en mejorar sus propios hábitos en el ámbito laboral, la idea de favorecer las condiciones de trabajo del personal y la mayor predisposición que notaron en la atención al público.

Un dominio repetido y considerado como el principal facilitador del proceso participativo fue la *"viralización o contagio social"*: las primeras iniciativas para incorporar la pausa activa y autogestionar la provisión de frutas en cada sector siempre partieron de un pequeño grupo, y luego se contagiaron al resto. Cabe suponer que las personas y los grupos pasaron por etapas sucesivas: desde la curiosidad por lo que veían en el vecino y la pregunta a modo de demanda pasiva hasta la expresión de las propias posibilidades de organización y el incentivo al sector para implementar acciones dentro del grupo.

Al mismo tiempo, el personal percibió el permiso y el cuidado por parte de la institución. Estos factores dieron lugar a que empleados no jerárquicos tomaran la palabra y la iniciativa en nombre del sector al que pertenecían (*"La verdad es que este tipo de actividades a mí me encantan, porque demuestran que no somos un simple número de legajo"*).

Inicialmente se observaron dificultades para adoptar roles activos en la construcción del entorno laboral, ya que se asimilaba participación a responsabilidad concomitante a un puesto institucional. A lo largo de la intervención, los mismos actores fueron imaginando papeles activos para sí mismos, cambiando sus percepciones sobre posibilidades constructivas respecto del entorno laboral: al comienzo el personal preguntaba al equipo de investigación *"¿Cuándo van a entregar las frutas?"*; luego el personal no jerárquico de cada sector se organizó para lograr esa entrega en función de las preferencias de cada uno de ellos.

Durante la intervención se llevaron a cabo varias reuniones con las áreas responsables de la alimentación institucional, a partir de las cuales el Comité de Alimentación quedó designado para dar una respuesta a la necesidad de colaciones saludables para el personal.

Se observaron descensos significativos en el consumo de golosinas y tartas/empanadas/tortillas durante la jornada laboral, así como un aumento significativo en el consumo de frutas al final de la intervención (Tabla 2).

También se registró un incremento en el número de participantes en la pausa activa durante el primer mes, tendencia que se mantuvo posteriormente (Gráfico 1). El 88% del personal participó en al menos una pausa activa (mediana de participación: 8,5; rango intercuartílico: 2,0 a 19,0). Hacia el final del estudio, siete personas se incorporaron al grupo de entrenamiento para correr del HIBA.

No se detectaron cambios significativos en el score de chatarridad, en el EF (durante o fuera de la jornada laboral) ni en la motivación hacia el EF (Tabla 2).

TABLA 2. Alimentación y ejercicio físico durante la jornada laboral y en la vida habitual, evaluados antes y después de la intervención.

Variable	Basal* (n= 84)§	Final* (n=60) §	p valor
Cuestionario de situación de salud y factores de riesgo del manual de de Ambiente Laboral Saludable			
En una semana habitual, durante su horario de trabajo, ¿cuántos días come o bebe?			
Media de frutas o ensalada de frutas (DS) en d/s±	2,80 (1,6)	3,40 (1,4)	0,03
Media de vegetales (no papa, batata) (DS) en d/s	2,94 (1,68)	3,25 (1,6)	0,26
Media de pescado (DS) en d/s	0,46 (0,65)	0,56 (0,68)	0,40
Media de infusiones (té, café o mate) sin azúcar o con edulcorante (DS) en d/s	3,41 (2,23)	3,41 (2,16)	0,99
Media de galletitas de agua, salvado o dulces sin relleno (DS) en d/s	2,18 (1,87)	2,24 (1,92)	0,85
Media de leche o yogur (DS) en d/s	2,09 (1,82)	1,72 (1,71)	0,22
Media de carnes (pollo, vacuna, cerdo) (DS) en d/s	2,52 (1,64)	2,14 (1,54)	0,16
Media de infusiones (té, café o mate) con azúcar (DS) en d/s	1,95 (2,26)	1,68 (2,22)	0,48
Media de tortillas, tartas, pastas, empanadas (DS) en d/s	1,27 (1,11)	0,88 (0,93)	0,03
Media de sándwiches (DS) en d/s	1,10 (1,30)	1,10 (1,18)	0,99
Media de gaseosas o jugos con azúcar (DS) en d/s	1,35 (1,93)	1,14 (1,70)	0,51
Media de golosinas (alfajores, chocolates, caramelos) (DS) en d/s	1,57 (1,74)	0,97 (1,19)	0,02
Media de frituras (DS) en d/s	0,73 (1,22)	0,59 (0,94)	0,47
Media de galletitas rellenas (DS) en d/s	0,34 (0,91)	0,17 (0,56)	0,21
Media de bizcochitos o facturas (DS) en d/s	0,98 (1,23)	1,01 (1,31)	0,89
Media de vasos de agua (DS) en d/s	2,31 (1,95)	2,94 (1,98)	0,06
Autopercepción de hábitos saludables, % (IC95)	28,7% (12,9%-30,4%)	36,8% (14,9%-43,1%)	0,31
Siempre o casi siempre agrega sal a los alimentos, % (IC95)	41,8% (30,6%-52,9%)	35,1% (22,3%-47,9%)	0,42
Usa frecuentemente aderezos (mayonesa, ketchup, mostaza, etc.), % (IC95)	14,8% (6,9%-22,7%)	7,7% (0%-18,2%)	0,06
Grado de chatarridad			
Media de score de chatarridad (SD)	48,48 (8,20)	47,22 (8,09)	0,43
Personas con alimentación no saludable, % (IC95)	10,0% (2,2%-17,8%)	2,2% (0,1%-10,5%)	0,11
Cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio (BREQ-3)			
Media del índice de autonomía relativa (SD)	13,30 (7,72)	13,44 (7,73)	0,92

*: Las columnas basal y final hacen referencia a los datos de las encuestas administradas al comienzo y al final de la intervención respectivamente. Las unidades se indican en cada fila.

§: N° de personas del edificio que respondieron la encuesta

±: (DS) en d/s: (Desvío Estandar) en días por semana

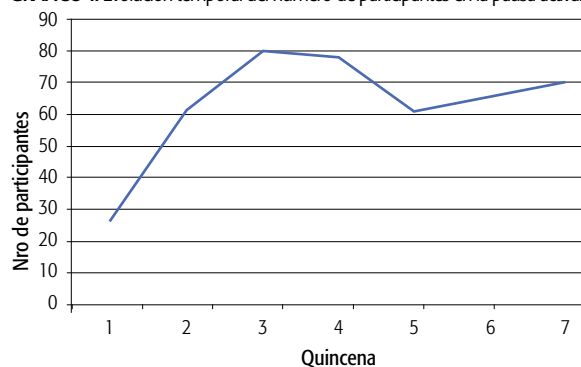
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las encuestas ALS, grado de chatarridad y BREQ-3 administradas al comenzar y finalizar la intervención al personal del edificio.

DISCUSIÓN

El presente estudio sugiere que es factible gestionar participativamente el programa ALS del MINSAL en una institución médica dentro de sectores de carácter administrativo: la mayor parte del personal del edificio participó de las pausas activas, y se obtuvo una mejora en el perfil de alimentación en el trabajo. Una vez finalizada la intervención, continuaron la provisión de frutas en todo el edificio y las pausas activas en algunos sectores.

La IAP se inició a partir del espacio generado por los líderes locales, etapa que requirió permiso institucional (jerárquico alto y medio) y habilidades de escucha, persuasión y negociación. Estas actividades demandaron gran parte del tiempo del equipo de investigación. Durante el proceso dos personas con dedicación parcial se abocaron a gestionar los recursos identificados por los distintos grupos de personal no jerárquico para sostener el proceso autogestivo (espacios de reunión, recursos materiales, tiempo del personal, etc). Las principales estrategias aplicadas y las recomendaciones se resumen en el Recuadro 2.

Desde lo pragmático, se evidenció que resulta conveniente impulsar este tipo de intervenciones a través de un grupo pequeño; una vez que este grupo se motiva, el resto se

GRÁFICO 1. Evolución temporal del número de participantes en la pausa activa.


Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas individuales y diarias.

contagia. Existe una curva ascendente, que se acelera cuando los primeros "se suben a la ola" (Gráfico 1). Utilizando dicho enfoque para promover hábitos saludables, las instituciones podrían dar un soporte estratégico a las personas innovadoras y esperar el efecto de contagio. Este proceso se corresponde con la teoría sociológica de difusión de la innovación, que busca explicar cómo se comunica una innovación entre los miembros de un sistema social y cómo esa nueva idea es aceptada y divulgada. El concepto fue estudiado por el sociólogo francés Tarde y por los antropólogos de origen alemán y austríaco Ratzel y Frobenius.^{19,20} Esta experiencia

RECUADRO 2. Estrategias para implementar el programa ALS.

Contar con aval institucional y sensibilizar a líderes sectoriales, invitándolos a ser parte del equipo de intervención-acción para definir en conjunto las actividades que dichos actores perciban como factibles.
Iniciar las actividades con soporte externo (por ejemplo, con un profesor de educación física que invite, alegre pero enfáticamente, a dejar transitoriamente las tareas; o mediante la promoción de líderes espontáneos, que se encarguen de sistematizar el pedido, la recepción, la higiene de la fruta, etc.).
Desarrollar la pausa activa. Empezar con un formato en rueda de ejercicios de relajación, estiramiento y físicos dados por el actor externo con un espíritu motivador. A medida que se identifican saberes de aficionados en el colectivo (baile, yoga, deporte en general), incluirlos de a poco en la rutina.
Lograr el soporte y el reconocimiento institucional a los actores internos dentro del colectivo para que las actividades saludables sean percibidas como un bien propio y no como un servicio externo.
Procurar que un moderador externo en la etapa inicial y luego uno interno se encarguen de generar espacios para la reflexión grupal sobre la base de sugerencias o comentarios del personal (solicitados a través de registros escritos y sistemáticos), que permitan incluir nuevas mejoras en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

de IAP apoya la necesidad de incorporar los modelos de difusión de los cambios sociales a los modelos clásicos de cambio de hábitos basados en el comportamiento a nivel individual (modelo transteórico de Prochaska, modelo de creencias en salud, etc.).

Resta saber si la sostenibilidad de la experiencia es factible bajo este método de gestión de colectivos. En el caso del HIBA, el estudio se realizó como investigación piloto sin intervención de delegados sindicales, en un edificio aldeaño y con personal de características socioculturales homogéneas. Estas especificidades impiden trasladar de manera directa la experiencia a otros contextos institucionales.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS
E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este tipo de experiencias muestra la posibilidad de implementar proyectos participativos y democráticos en una institución hospitalaria compleja, cuyo modelo organizativo es tradicionalmente jerárquico. El diseño “ascendente”, elaborado a partir de las necesidades y percepciones de un colectivo, es cualitativamente diferente a una implementación vertical, ya que apunta a identificar y potenciar las capacidades de los actores involucrados, para que ellos mismos se apropien reflexivamente de la información requerida y generen prácticas significativas.^{15,21} Si bien Argentina tiene experiencia en la implementación de programas de promoción de la salud bajo modelos participativos en el ámbito público,²² esta IAP se llevó a cabo en una institución sin fines de lucro,

contexto donde no se habían explorado abordajes similares. La difusión y comunicación de esta experiencia constituye un antecedente que podría replicarse en ámbitos diversos, según la particularidad de cada uno de ellos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN
DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

A través de la IAP se lograron espacios de encuentro siguiendo el método Paideia de gestión de colectivos.¹⁴ Este tipo de procesos contribuye a construir sujetos autónomos con capacidad de análisis crítico, tanto en el personal jerárquico como no jerárquico, y a construir valores democráticos. Parafraseando a Kornblit: “La búsqueda de esta autonomía –horizonte nunca alcanzable totalmente– sólo puede darse a partir de la transformación de las instituciones que co-constituyen a los individuos en todos los momentos de su vida... Los proyectos de promoción de salud deben tener como objetivo fundamental lograr un anclaje institucional que permita su sustentabilidad en el tiempo, como un espacio permanente para la deconstrucción de las normas, abriendo la posibilidad para su recreación desde los individuos”.²¹

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Aunque la IAP no es una metodología nueva,⁸ en general se circunscribe a ámbitos comunitarios vulnerables. Esta investigación sugiere que, si se cuenta con aval institucional, es posible generar procesos participativos y democratizantes en ámbitos tradicionalmente jerárquicos y estamentales.

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

Cómo citar este artículo: Zulich K, Figar S, Visus V, Pace N, Garipe L, Giardini G, Martínez Infantino V, Dawidowski A. Ambiente laboral saludable hospitalario: intervenciones con participación social para la adopción de hábitos saludables. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):25-31.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Organización Mundial de la Salud; 2010.
- ² Plan Argentina Saludable. Manual de Ambientes Laborales Saludables: Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
- ³ Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Plan Nacional Argentina Saludable. Resolución 1083/2009. Ministerio de Salud de la Nación.
- ⁴ Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
- ⁵ Hargreaves K, Amos A, Highet G, et al. The Social Context of Change in Tobacco Consumption following the Introduction of 'Smokefree' England Legislation. *Social Science & Medicine*. 2010;71:459-466.
- ⁶ Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:865-884.
- ⁷ Sharif I. Participatory Health Research. International Observatory on Health Research Systems. UK Department of Health; 2009. [Disponible en: http://www.rand.org/technical_reports/TR667.html] [Último acceso: 10 de marzo de 2016]
- ⁸ Cerqueira M, Mato D. Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. Hermosillo, México: El Colegio de Sonora/OPS/Prodessep; 1998.
- ⁹ Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales*. 2010;73:5-22.
- ¹⁰ Fals Borda O. El problema de cómo investigar la realidad para transformarla. Bogotá: Tercer Mundo; 1986.
- ¹¹ Figar S, Waisman G, González Bernaldo de Quirós F, et al. Narrowing the Gap in Hypertension: Effectiveness of a Complex Antihypertensive Program in the Elderly. *Disease Management*. 2004;7:235-243.
- ¹² Luciani L, Guenzelovich T, Discacciati V, Terrasa S. Entorno Laboral Saludable en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano. Trabajo de Investigación-Acción. En: XI Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, Mendoza, Argentina; 2012.
- ¹³ Minayo C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- ¹⁴ Campos GWS. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
- ¹⁵ Campos GWS. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, La Plata. 2005;1:59-67.
- ¹⁶ Sampieri H, Fernández-Collado C, Lucio B. Metodología de la investigación. México DF: McGraw Hill/Interamericana Editores; 2006.
- ¹⁷ Aragon S, Dawidowski A, Aragon S, et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar alimentación no saludable en adultos de clase media de Buenos Aires. *X Congreso Nacional de Medicina (SAM)*; 2012.
- ¹⁸ Blugerman G, Zulich K, Figar S, Martínez Infantino V, García N, Mariño G. Motivación intrínseca como determinante de realizar Actividad Física. En: XX Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina; 2012.
- ¹⁹ Dixon RB. The Building of Cultures. Nueva York: Scribners; 1928.
- ²⁰ Pemberton HE. The Curve of Culture Diffusion Rate. *American Sociological Review*. 1936;1(4):547-556.
- ²¹ Kornblit A, Mendes Diz AM, Di Leo P, Camarotti AC. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología*. 2007;5(8):9-25.
- ²² Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Coordinación Nacional Programa Municipios y Comunidades Saludables. Participar, aprender y transformar: Ocho experiencias de promoción de la salud en el ámbito local; 2013.

REVISIONES

EFICACIA DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN EL TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

Efficacy of Shock Wave Therapy for Treating Plantar Fasciitis: a Systematic Review of Systematic Reviews

El tratamiento de la fascitis plantar es controvertido porque ninguna de las propuestas terapéuticas arroja resultados claramente satisfactorios. En los últimos años se ha propuesto la aplicación de ondas de choque extracorpóreas (OC), pero las evidencias sobre su eficacia y efectividad resultaron inconsistentes para ser indicadas en el tratamiento de la FP.

PALABRAS CLAVE: Revisión - Onda de choque extracorpórea - Fascitis plantar - Tratamiento

KEY WORDS: Review - Extracorporeal shock wave - Plantar fasciitis - Therapy

Roberto Lede,² Pablo Copertari,¹ Norberto Barabini,¹ Virgilio Petrunaro¹

¹ Programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

² Maestría de Investigación Clínica Farmacológica de la Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la fascitis plantar (FP) ronda el 10%, deteriora la calidad de vida de los afectados y tiene una repercusión importante en el sistema de salud.^{1,2,3}

El fenómeno se localiza en la porción central de la fascia plantar, que se origina en el tubérculo interno del calcáneo desde donde se proyecta hacia adelante para dividirse en cinco bandas que se insertan en cada dedo.¹ Su etiología es multifactorial; se la atribuye a sobrecarga mecánica y a aspectos anatómicos y funcionales.¹ Según Lemont,⁴ hay signos que sugieren degeneración de la aponeurosis pero con poca evidencia histológica de fenómenos inflamatorios, por lo que se considera al dolor subcalcáneo como una entesopatía de inserción.

El diagnóstico es clínico, y los estudios de imágenes se utilizan para descartar otras patologías.³ Los pacientes manifiestan un dolor en la parte central del talón, que aparece especialmente en la mañana y con los primeros pasos, y se hace más ostensible después de haber permanecido sentados o parados, al subir escaleras o al realizar actividad física. La FP suele ser autolimitada, y la resolución de los síntomas se produce en un tiempo medio de 10 meses, llegando a la cronicidad en aproximadamente el 10% de los casos.¹

Los tratamientos sugeridos son: plantillas, tablillas por la noche, ejercicios de estiramiento, antiinflamatorios, inyecciones locales de esteroides, procedimientos fisiátricos, entre los que se incluye a las OC y la liberación quirúrgica

de la fascia plantar.⁵ La efectividad de los tratamientos conservadores se ubica en un rango del 44-90%,² y la mayoría de ellos no ha sido estudiado en forma adecuada.³ Las OC permitirían un retorno más rápido a la actividad diaria,² pero la evidencia es limitada y contradictoria, con resultados dispares sobre su efectividad. Además, conlleva el uso de un equipo altamente especializado con un elevado costo de aplicación.

Para generar una onda de choque, se dispone de técnicas basadas en principios electrohidráulicos, electromagnéticos o piezoeléctricos.⁶ Los rangos de dosis sugeridos en milijulios/mm² (densidad de flujo de energía) son: baja, de 0,03 a 0,12, para epicondilitis y tendinopatías periféricas; media, de 0,12 a 0,28, para tendinitis calcárea y espolón calcáneo; y alta, de 0,28 a 0,60, para las pseudoartrosis.⁷ El procedimiento es ambulatorio, cada sesión dura 25-30 minutos, y el paciente puede volver a la actividad normal a las 24 horas.⁸ Las OC producen en el interior de los tejidos cavitación con formación de burbujas, que al estallar liberan energía; esta ocasiona la rotura de los depósitos calcícos con formación de microhematomas, neovascularización, modificaciones en la tensión de las fibras de colágeno y cambios en su permeabilidad, estimulando el metabolismo del tejido y logrando un efecto analgésico que estaría relacionado con la destrucción de las terminaciones nerviosas y la liberación de endorfinas.⁹ Los efectos secundarios son más frecuentes a medida que aumenta la dosis de energía administrada.

Dada la controversia existente, se llevó a cabo una revisión de las revisiones sistemáticas (RS) y de las evaluaciones de tecnología sanitaria (ETS) disponibles para determinar si la OC es efectiva clínicamente en el tratamiento de la FP a cualquier edad; en la mejoría del dolor; la capacidad funcional y el acortamiento del tiempo de evolución comparada con otros tratamientos alternativos.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en bases bibliográficas (Cochrane Library, n: 253; Medline, n: 113; Bireme, n: 88; Trip Data Base, n: 102) y de forma manual (n: 1), que concluyó el 1 de mayo de 2015.

Se aplicó una estrategia de búsqueda sensible y exhaustiva, con los siguientes términos: extracorporeal[All Fields] AND ("shock"[MeSH Terms] OR "shock"[All Fields]) AND wave[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("fasciitis, plantar"[MeSH Terms] OR ("fasciitis"[All Fields] AND "plantar"[All Fields]) OR "plantar fasciitis"[All Fields] OR ("plantar"[All Fields] AND "fasciitis"[All Fields])).

Se incluyeron todas las RS de ensayos clínicos controlados aleatorizados con o sin meta-análisis (MA) y los informes de agencias de ETS que estuvieran identificadas y evaluaran la seguridad y eficacia de las ondas de choque en el tratamiento de la FP, sin exclusiones por nivel de calidad. Quedaron excluidas las publicaciones que eran estudios primarios o revisiones que no evaluaban la seguridad y eficacia de la intervención. El análisis fue efectuado de manera independiente por tres de los autores (NB, VP y PC), y las discrepancias fueron resueltas por un cuarto (RL).

RESULTADOS

• RS: Se identificó un total de 8 publicadas entre 2004 y 2014. No se descartó ninguna RS, y quedó un total de 28 estudios primarios. La RS con mayor cantidad de estudios incluidos fue la de Crawford¹⁰ (2010) con 19, seguida por la de Rompe¹¹ (2007) con 17. La RS realizada por Zhiyun¹² incluyó la menor cantidad de estudios: 5. Los estudios primarios incluidos más veces fueron el de Speed¹³ (2003) y el de Rompe¹⁴ (2003), 5 veces cada uno, y el de Haake¹⁵ (2003), con 4.

• ETS: Se hallaron 5, publicadas entre 2004 y 2015. Incluyen 10 RS y 37 estudios primarios. La primera correspondió al *Institute for Clinical Systems Improvement*⁸ (ICSI) en 2004; las más recientes fueron las de AETNA¹⁶ y la de Blue Cross,¹⁷ ambas de 2015. La evaluación realizada por AETNA¹⁶ fue la única que incluyó los informes de las ETS publicadas por las restantes agencias sanitarias.

En razón de las discrepancias observadas en las conclusiones de las RS y ETS, se establecieron tres categorías: a) evaluaciones con resultados que sugieren beneficios; b) evaluaciones con resultados inciertos; y c) evaluaciones

con resultados que no hallaron beneficios. La síntesis se presenta en la Cuadro 1.

a) Evaluaciones que sugieren beneficios

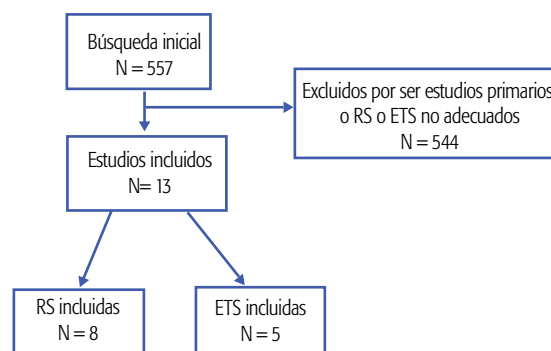
Aquil¹⁸ incluyó 7 estudios primarios (n: 663) que recibieron OC o placebo y son los sujetos que utilizaron para elaborar la síntesis cualitativa. Por su parte, el MA (síntesis cuantitativa) fue realizado solamente con los estudios primarios de Malay (2006), Gollwitzer (2007), Gerdesmeyer (2008) e Ibrahim (2010), con un total de 505 pacientes. Los estudios de Rompe (2003), Speed (2003) y Marks (2008) fueron excluidos porque los datos no eran comparables. En esta RS se observó alivio del dolor durante las actividades diarias (RR 1,44; IC95% 1,13-1,84) y disminución del dolor espontáneo (RR 1,37; IC95% 1,06-1,78) a las 12 semanas del tratamiento, beneficio que se mantuvo hasta los 12 meses.

El MA realizado por Dizon¹⁹ incluyó 11 estudios (n: 1384). Se halló alivio del dolor por la mañana con OC de alta energía y mejora en la función, tanto cuando se administró energía media (OR 0,51; IC95% 0,34-0,84) como alta (OR 0,47; IC95% 0,29-0,75). Los resultados no son consistentes por la falta de uniformidad en las medidas de resultados, los diferentes grupos de comparación (Greve²⁰ cotejó frente a fisioterapia; los demás, frente a placebo), las diversas densidades de flujo administradas, así como el tiempo de seguimiento.

El MA de Zhiyun¹² incluyó 5 estudios (n: 716) que comparaban el efecto analgésico de las OC de alta energía frente al placebo para el tratamiento de la FP recalcitrante (RR 2,25; IC95% 1,66-3,06), recomendando su uso sólo ante el fracaso de la terapia convencional y como alternativa previa al tratamiento quirúrgico.

El MA de Yin²¹ incluyó 7 estudios (n: 553). Allí se consigna que el alivio del dolor a corto plazo y los resultados funcionales de OC son satisfactorios. Sin embargo, su eficacia a largo plazo sigue siendo desconocida, dado que los períodos de seguimiento fueron relativamente cortos (el más largo, de un año). También se realizó un estudio de subgrupos según la intensidad de las OC administradas:

CUADRO 1. Flujograma de la búsqueda bibliográfica y su resultado según criterios de inclusión.



Fuente: Elaboración propia.

las de baja intensidad se mostraron eficaces (5 estudios; 448 pacientes; RR: 1,69; IC95% 1,37-2,07), mientras que las de alta energía, no (2 estudios; 105 pacientes; RR: 1,16; IC95% 0,86-1,56). Este resultado contradice los obtenidos en la RS de Dizon.¹⁹

b) Evaluaciones con resultados inciertos

La revisión de Buchbinder²² incluyó 6 estudios primarios. En 3, que comprendían 166, 272 y 88 participantes respectivamente, no se demostraron beneficios. Otros 2 (150 y 302 pacientes) consignaron pequeños beneficios de cuestionable importancia clínica. Uno restante, sobre 45 atletas corredores, mostró que la aplicación de las OC comparadas frente al placebo producía una reducción significativa del dolor en la primera caminata matinal (reducción media de 2,6 cm en una escala analógica visual de 10 cm), que persistía a los seis meses. La condición física particular de esos participantes reduce la validez externa de la conclusión.

La revisión de Rompe¹¹ evaluó 17 estudios (n: 2100). No se realizó un MA porque se consideró que los estudios eran heterogéneos en cuanto a tipo, frecuencia, dosis total de las OC e intervalo entre aplicaciones. Según sus conclusiones, las OC sólo deberían indicarse cuando los tratamientos habituales no invasores han fracasado.

La revisión de Crawford¹⁰ incluyó 19 estudios primarios (n: 1626), con resultados contradictorios en el poder analgésico a corto plazo.

El estudio realizado por el NICE²³ incluyó 7 estudios experimentales (n: 1654) y 1 analítico de corte transversal (n: 874). La evidencia sobre la eficacia no es contundente y sugiere que el procedimiento produce poco beneficio adicional respecto a la respuesta placebo.

La ETS realizada por Blue Cross Blue Shield¹⁷ incluyó 5 estudios primarios (n: 992) y los MA de Aquil,¹⁸ Dizon¹⁹ y Zhiyun,¹² con un total de 2816 pacientes. Se observó una mejora en el dolor matinal, pero con una medida del efecto pequeña y de incierto significado clínico. No se halló diferencia en el alivio del dolor con la actividad. En los pacientes que inicialmente mostraron beneficio, este a los tres meses ya no persistía.

c) Evaluaciones que no hallaron beneficios

La ETS efectuada por el ICSI⁸ evaluó 13 estudios primarios y la RS de Ogden²⁴ (2002). No fue posible hallar definiciones sobre la efectividad de las OC.

Thomson²⁵ realizó un MA sobre 6 estudios primarios (n: 881) del total de 11 que había incluido en la RS, donde se evaluaba el dolor matinal. La diferencia ponderada de medias fue 0,42 (IC95% 0,02-0,83), que representa menos de 0,5 cm en la escala visual analógica. Ese efecto desapareció al realizar un análisis de sensibilidad. Cabe destacar que en 5 de los 6 estudios primarios los intervalos de confianza cruzan la línea de no discriminación. El único que no lo hace es el de Abt²⁶ (2002), que incluyó sólo 32 pacientes. En el análisis de sensibilidad basado

en la calidad de los artículos primarios, los resultados de los 4 ensayos de mejor calidad metodológica no arrojaron diferencias significativas (diferencia ponderada de medias 0,21; IC95% 0,29 a 0,70 cm; p=0,41), mientras que los 2 de menor calidad, mostraron una diferencia a favor del tratamiento activo (diferencia ponderada de medias -0,90; IC95% -1,62 a -0,19; p=0,01).

La ETS realizada por la *Canadian Agency for Drugs and Technologies*²⁷ comprende 10 estudios primarios: 8 compararon OC frente a placebo (n: 1185), 3 (n: 526) no mostraron efectos significativos frente a placebo para dolor o función, ni mejora en la calidad de vida, y 5 (n: 659) revelaron reducciones estadísticamente significativas del dolor. Hay que destacar que 4 de ellos fueron apoyados por los fabricantes de equipos de OC.

En 2006 Wang⁶ (n: 149) comparó las OC con distintos tratamientos Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), corticoides, fisioterapia y ejercicios físicos) y consignó que las OC eran más beneficiosas que el tratamiento conservador. Otra evaluación, realizada por Porter²⁸ (2005) con 125 pacientes, sugirió que la inyección de corticosteroides resultaba más eficaz para reducir el dolor y era menos costosa (p<0,05).

La ETS del Foro de Evaluación de Tecnología Sanitaria de California²⁹ incluyó 19 estudios experimentales primarios y encontró que la Diferencia Estandarizada de Medias (DEM) era 0,56 (IC95% 0,46-0,65). Se observaron claras diferencias en la calidad de los estudios primarios y en las intervenciones estudiadas. De los 19 estudios primarios incluidos (n: 855), 4 eran de buena calidad, Buchbinder,³⁰ Haake,¹⁵ Malay³¹ y Gerdesmeyer.³² Los 15 restantes tenían fallas metodológicas debido a cegamientos inadecuados, diferentes co-intervenciones y/o pérdidas de pacientes. Esos estudios con falencias mostraron beneficio en comparación con el placebo (DEM 2,43). Por el contrario, 2^{15, 30} de los 4 estudios de buena calidad no encontraron evidencia de beneficio en comparación con el placebo y, en los que lo hicieron,^{31,32} el beneficio era pequeño (DEM 0,21). Además, se detectó un fuerte sesgo de publicación, lo que supone la existencia de estudios pequeños con resultados negativos que no fueron publicados.

La ETS de AETNA¹⁶ publicada en 2015 incluyó 8 estudios primarios, 12 RS y 5 ETS. Según sus conclusiones, la evidencia no permite respaldar científicamente la eficacia de las OC en el tratamiento de la FP.

DISCUSIÓN

Muchos de los estudios primarios incluidos en las RS y ETS tienen limitaciones producidas por debilidades metodológicas y por la diversidad de variantes del tratamiento con las OC y sus comparadores, así como de los puntos finales adoptados. Dentro de las debilidades de los artículos de síntesis considerados, cabe señalar el probable sesgo por la inclusión de estudios con tamaños muestrales pequeños, la falta de ocultamiento de la asignación, el enmascaramiento inadecuado y las pérdidas de pacientes en el

seguimiento. Dentro de la diversidad de tratamientos, se destaca la utilización de distintos grupos de comparación: contra placebo, tratamiento conservador (AINES, corticoides, fisioterapia) y/o cirugía (liberación endoscópica de la fascia plantar). También hubo distintas formas de aplicación de las OC, tangenciales o perpendiculares, aunque el único estudio comparativo en tal sentido concluyó que no existía diferencia en la eficacia según la incidencia de la onda.³⁴ Variaron asimismo las densidades de flujo, la cantidad de sesiones y la frecuencia de aplicación. Tampoco hay acuerdo a la hora de definir si las OC deben dirigirse a las zonas dolorosas o las determinadas por estudios ecográficos o radiográficos, o si deben aplicarse con anestesia local (que, además, podría utilizarse en el área de destino antes del tratamiento para reducir las reacciones dolorosas o sólo cuando se suministran ondas de alta energía). Estas limitaciones metodológicas de los estudios primarios se trasladan a las conclusiones de las RS y las ETS realizadas. La sospecha de sesgo de publicación de estudios con resultado negativo incrementa la probabilidad de que los resultados sean aún menos auspiciosos.

La ETS de la agencia de California²⁹ consigna que el efecto placebo juega un papel destacado, sobre todo en los estudios que evalúan el dolor y que se desarrollan con enmascaramientos inadecuados. En los estudios con enmascaramiento doble ciego, el alivio del dolor en el

grupo placebo osciló del 30 al 50%.

Por otra parte, Buchbinder²² señala que en la mayoría de los pacientes los síntomas se resuelven espontáneamente dentro del año, independientemente del tratamiento que se utilice. Sugiere que, dado que existe evidencia limitada sobre el valor de la aplicación de OC para la FP, sería razonable comenzar con tratamientos de mínimo costo y dejar los más onerosos para las situaciones en las que el dolor no disminuye. Asimismo, Zhiyun¹² coincide en que las OC no son más eficaces que los tratamientos convencionales y en que resultan más caras, aunque sean mejor toleradas que la cirugía.

En definitiva, la evidencia no es suficiente para obtener conclusiones sobre la efectividad de las OC en el tratamiento de la FP. Para los responsables de las políticas de salud, es importante saber que actualmente no hay sustento científico que respalde la mencionada indicación. Este estudio pone de manifiesto una vez más que, antes de la aplicación práctica, una terapéutica debe ser apoyada por estudios clínicos adecuados, desarrollados con todo el rigor metodológico necesario para alcanzar resultados confiables. En caso contrario, se incumple el postulado ético de protección a las personas y, debido a las falencias en los protocolos de investigación, quienes solidaria y esperanzadamente aceptan participar quedan expuestos a procedimientos que no aportarán conclusiones válidas.

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

Cómo citar este artículo: Lede R, Copertari P, Barabini N, Petrungaro V. Eficacia de las ondas de choque en el tratamiento de la fascitis plantar: una revisión sistemática de revisiones sistemáticas. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):32-36.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ García Pérez F, Flórez García MT, Escribá Gallego M. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para la fascitis plantar. Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid; 2007.
- ² Lee SJ, Kang JH, Kim JY, et al. Dose-Related Effect of Extra-Corporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis. Ann Rehabil Med. 2013;37:379-88.
- ³ Cole C, Seto C, Gazewood J. Plantar Fasciitis: Evidence-Based Review of Diagnosis and Therapy. Am Fam Physician. 2005;72:2237-42.
- ⁴ Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar Fasciitis: A Degenerative Process (Fasciosis) without Inflammation. J Am Podiatr Med Assoc. 2003;93:234-7.
- ⁵ Wearing SC, Smeathers JE, Yates B, et al. Sagittal Movement of the Medial Longitudinal Arch Is Unchanged in Plantar Fasciitis. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2004;36:1761-7.
- ⁶ Wang CJ. Extracorporeal Shock Wave Therapy in Musculoskeletal Disorders. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2012;7:11.
- ⁷ Gumbau Climent D. Ondas de choque extracorpóreas: nuestra experiencia en la Unión de Mutuas. Primeras Jornadas de Unión de Mutuas con la Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física. Valencia, España; 2012.
- ⁸ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis. ICSI Technology Assessment Report No. 86; 2004.
- ⁹ Alguacil Diego IM, Gómez Conches M, Miangolarra JC, Page JC. Ondas de choque: aplicación terapéutica en la patología deportiva de partes blandas. Archivos de Medicina. 2002;19:393-9.
- ¹⁰ Crawford F, Thomson C. Interventions for Treating Plantar Heel Pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD000416.
- ¹¹ Rompe JD, Furia J, Weil L, Maffulli N. Short Wave Therapy for Chronic Plantar Fasciopathy. Br Med Bull. 2007;81:183-208.
- ¹² Zhiyun L, Tao J, Zengwu S. Meta-Analysis of High-Energy Extracorporeal Shock Wave Therapy in Recalcitrant Plantar Fasciitis. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13825.
- ¹³ Speed CA, Nichols DW, Wies J, et al. Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis. A Double Blind Randomised Controlled Trial. J Orthop Res. 2003;21:937-40.
- ¹⁴ Rompe JD, Decking J, Schoellner C, et al. Shock Wave Application for Chronic Plantar Fasciitis in Running Athletes. A prospective, Randomized, Placebo-Controlled Trial. Am J Sports Med. 2003;31:268-75.
- ¹⁵ Haake M, Buch M, Schoellner C, et al. Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis: Randomised Controlled Multicentre Trial. BMJ. 2003;327:75-7.
- ¹⁶ AETNA. Clinical Policy Bulletin: Plantar Fasciitis Treatments. N° 0235; 2015.
- ¹⁷ Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis and other Musculoskeletal Condition. Policy # 076. Blue Cross Blue Shield of Alabama.
- ¹⁸ Aquil A, Siddiqui MR, Solan M, et al. Extracorporeal Shock Wave Therapy Is Effective in Treating Chronic Plantar Fasciitis: A Meta-Analysis of RCTs. Clin Orthop Relat Res. 2013;471:3645-52.
- ¹⁹ Dizon JNC, Gonzalez-Suarez C, Zamora MTC, et al. Effectiveness of Extracorporeal Shock Wave Therapy in Chronic Plantar Fasciitis: A Meta-Analysis. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92:606-20.
- ²⁰ Greve JM, Grecco MV, Santos-Silva PR. Comparison of Radial Shockwaves and Conventional Physiotherapy for Treating Plantar Fasciitis. Clinics (Sao Paulo). 2009;64:97-103.
- ²¹ Yin MC, Ye J, Yao M, et al. Is Extracorporeal Shock Wave Therapy Clinical Efficacy for Relief of Chronic, Recalcitrant Plantar Fasciitis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo or Active-Treatment Controlled Trials. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95:1585-93.
- ²² Buchbinder R. Clinical Practice: Plantar Fasciitis. N Engl J Med. 2004;350:2159-66.
- ²³ National Institute for Health and Clinical Excellence. Interventional Procedures Programme. Interventional Procedure Overview of Extracorporeal Shockwave Therapy for Refractory Plantar Fasciitis. Enero de 2009.
- ²⁴ Ogden JA, Alvarez RG, Marlow M. Shockwave Therapy for Chronic Proximal Plantar Fasciitis: A Meta-Analysis. Foot Ankle Int. 2002;23:301-8.
- ²⁵ Thomson CE, Crawford F, Murray GD. The Effectiveness of Extra Corporeal Shock Wave Therapy for Plantar Heel Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2005;6:19.
- ²⁶ Abt T, Hopfenmuller W, Mellerowicz H. Shock Wave Therapy for Recalcitrant Plantar Fasciitis with Heel Spur: A Prospective Randomized Placebo-Controlled Double-Blind Study. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 2002;140:548-54.
- ²⁷ Ho C. Extracorporeal Shock Wave Treatment for Chronic Plantar Fasciitis (Heel Pain). Issues in Emerging Health Technologies. Issue 96, Part 1. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2007.
- ²⁸ Porter MD, Shadbolt B. Intralesional Corticosteroid Injection Versus Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciopathy. Clin J Sport Med. 2005;15:119-24.
- ²⁹ Tice JA. Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) for Plantar Fasciitis Not Responding to Conservative Therapy. A Technology Assessment. San Francisco: California Technology Assessment Forum (CTAF); 2009.
- ³⁰ Buchbinder R, Ptasznik R, Gordon J, Buchanan J, Prabhakaran V, Forbes A. Ultrasound-Guided Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciitis: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002;288:1364-72.
- ³¹ Malay DS, Pressman MM, Assili A, et al. Extracorporeal Shockwave Therapy Versus Placebo for the Treatment of Chronic Proximal Plantar Fasciitis: Results of a Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blinded, Multicenter Intervention Trial. J Foot Ankle Surg. 2006;45:196-210.
- ³² Gerdesmeyer L, Frey C, Vester J, et al. Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy Is Safe and Effective in the Treatment of Chronic Recalcitrant Plantar Fasciitis: Results of a Confirmatory Randomized Placebo-Controlled Multicenter Study. Am J Sports Med. 2008;36:2100-9.

SALA DE SITUACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO EN UN CENTRO DE SALUD

Information Management at Primary Care Level: Flow Implementation in a Health Center

La gestión de la información es el conjunto de actividades que se realizan para desarrollar conocimientos en una organización y encaminarla hacia el cumplimiento de sus objetivos. Se realizó un estudio observacional con consultas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 40 y reuniones con los profesionales para analizar los resultados y la implementación de líneas de acción.

PALABRAS CLAVE: Gestión de la información - Atención Primaria de Salud - Epidemiología

KEY WORDS: Information Management - Primary Health Care - Epidemiology

Agustina Marconi,¹ Edgardo Knopoff,² Cristina Caldumbide,² Alejandra Irurzun,³ Julieta Chiarelli¹

¹ Área Programática Hospital Piñero.

² Centro de salud y acción comunitaria N°40.

³ Departamento de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la información es el conjunto de actividades que se realizan con el fin de utilizar, compartir y desarrollar los conocimientos de una organización y de las personas que en ella trabajan, encaminándolas hacia el cumplimiento de sus objetivos. Gestionar, en este caso, implica buscar la información disponible, analizarla y devolverla a los generadores para modificar su práctica diaria. La gestión adecuada de la información aprovecha al máximo sus recursos en función de la mejora continua y de la toma de decisiones, ya que puede modificar la percepción de los equipos de trabajo que la reciben. Sin embargo, el conocimiento es una mezcla de experiencia y valores: obtenido a través de procesos de interiorización y comprensión de la información en la mente, es mucho más que simples datos; es el recurso de los individuos y grupos para tomar decisiones¹ y resolver un problema.²

La Epidemiología es una gran herramienta en el circuito de gestión de la información. Puede ser útil en el diagnóstico o identificación de un problema, en la elección de intervenciones (acciones eficaces, efectivas y eficientes), en el seguimiento de la intervención o en su posterior evaluación. Su aplicación en el campo de la salud es necesaria para orientar acciones, planificar, organizar, administrar y evaluar los servicios de salud.³ Asimismo, debe ayudar a caracterizar los problemas de salud prioritarios en los diferentes espacios contextuales. La Epidemiología local "es un subsidio a la decisión del gestor en relación a las acciones a implementar, y también como sustrato para la evaluación de los resultados".⁴ La Epidemiología formula

recomendaciones para la toma de medidas, que permitirán mejorar las acciones en el presente y en el futuro. Sobre la base de estas recomendaciones deben orientarse los procesos de gestión, a fin de funcionar "como apoyo para la definición de prioridades, objetivos y estrategias, así como su colaboración con la configuración de los servicios; en las prácticas de los profesionales; en las prácticas de gestión y en las prioridades de investigación".⁵ Dichos procesos de gestión no pueden llevarse a cabo sin el acceso a datos válidos y confiables, que permitan evaluar la mejora de los indicadores y vigilar el efecto de las medidas adoptadas.

Los centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) son el primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y proveen información inicial. Cuentan con equipos multidisciplinarios, que realizan actividades asistenciales y comunitarias. Todas las prestaciones proporcionadas se registran en planillas de consulta y se codifican de acuerdo con una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades.⁶ A partir de 2003, esos datos se incorporaban al Sistema de Información de Centros de Salud (SICeSAC), que permitía su recuperación para un posterior análisis. Este esquema funcionó hasta 2010, cuando fue reemplazado por el Sistema de Gestión. Se introdujeron cambios para corregir errores en el registro de las prestaciones, actualizar el clasificador diagnóstico y facilitar la recuperación de datos.⁷

A pesar de que la información estadística generada por los efectores locales de salud es una herramienta para la orientación de la gestión, suele ser subutilizada por esos mismos actores. Por ello, el siguiente trabajo se propu-

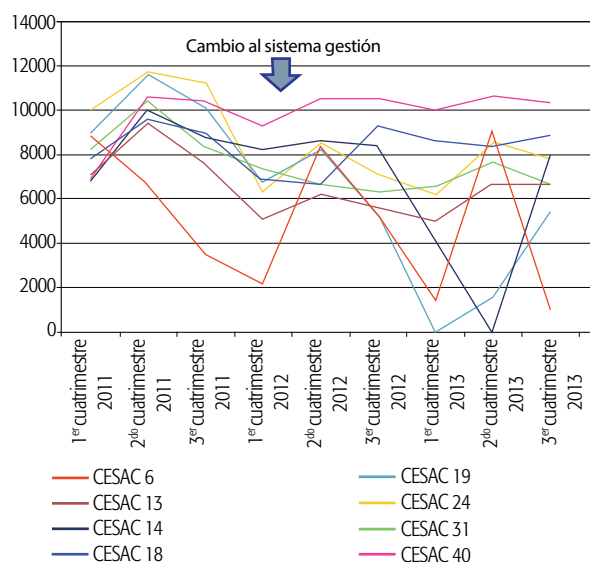
so analizar la información producida por el CeSAC N°40 correspondiente al área programática –zona geográfica y epidemiológico-social bajo la responsabilidad de un efector, que debe realizar acciones preventivas, curativas y de rehabilitación para atender la salud de la población– del Hospital Piñero y proporcionar a los equipos de salud elementos sintéticos, que sirvan para direccionar recursos y acciones tendientes a dar una respuesta organizada a las necesidades. Se implementó entonces un circuito de gestión de la información en el CeSAC en el período 2008-2013, que apuntó a: a) analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que consultan a dicha institución; b) describir los motivos de consulta más frecuentes; c) evaluar, conjuntamente con el equipo de salud, la información producida; y d) describir los cambios realizados a partir de la información obtenida durante el análisis.

El área programática del Hospital Piñero es una de las más grandes y vulnerables de CABA. Tiene a su cargo a aproximadamente 330 000 personas distribuidas en 35 km² y presenta los peores indicadores sociodemográficos y sociosanitarios de la ciudad. Dado que el CeSAC N°40 no mostró disminución en la carga con el cambio del sistema antes mencionado, fue seleccionado para desarrollar el presente estudio (Gráfico 1).

El CeSAC N°40 está ubicado en el barrio de Bajo Flores y cuenta con servicios de Medicina General, Clínica Médica, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Trabajo Social, Nutrición, Enfermería y Odontología.

Según datos recabados en los Análisis de Situación de Salud de la población de CABA,⁸ la mayor parte de residentes de la zona es migrante de países limítrofes, representa una población joven, vive en condiciones de

GRÁFICO 1. Número de prestaciones registradas en los centros de salud y acción comunitaria del área programática del Hospital Piñero, primer a tercer cuatrimestre 2011-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

pobreza estructural, tiene un bajo nivel de escolaridad con alto porcentaje de empleo no formal y sólo utiliza el sistema público de salud.

MÉTODOS

Para describir el perfil epidemiológico y los motivos de consulta más frecuentes, se propuso un estudio descriptivo y transversal de todas las consultas realizadas en el CeSAC N°40 y registradas en los sistemas SICEC y Gestión. Se analizó el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013.

Se incluyó a todos los pacientes que hicieron al menos una consulta en el período de tiempo analizado y se les realizó el registro de población con datos socio-demográficos mínimos, efectuado por única vez para que las prestaciones pudieran ser ingresadas al sistema.

Cuando un paciente consulta por primera vez a un CeSAC, además de abrirle una historia clínica, se le completa un registro de población que es cargado luego en el sistema informático. De esta manera la persona queda registrada como paciente de ese CeSAC.

Una vez ingresado al sistema, cada una de las consultas que realice en el CeSAC quedan registradas en el sistema como una prestación.

Se excluyó a aquellos pacientes que no fueron registrados al momento de realizar la consulta. Se analizó la población por edad, sexo y nacionalidad.

Los motivos de consulta se describieron por frecuencias absolutas y relativas. El análisis se realizó sobre los motivos de consulta de la planilla de registro y con un archivo Excel. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Piñero.

A partir de esta información se realizaron dos reuniones con el equipo del CeSAC N°40 para la devolución de los resultados y la implementación de futuras líneas de acción.

RESULTADOS

En el período analizado se ingresaron al SICEC/Gestión 150 976 prestaciones, lo que equivale a un promedio anual de 25 613 prestaciones en los 6 años analizados. Estas prestaciones correspondían a 34 899 personas registradas, que realizaron un promedio de 4,2 consultas por año entre 2008 y 2013. El 30% (10 470 personas) presentaba una única consulta.

Hubo un 69,6% (105 086 prestaciones) de consultas realizadas por mujeres, un 46,1% (69 748) efectuadas por menores de 15 años y un 1% (1 453) llevadas a cabo por mayores de 64 años (Tabla 1).

De esos registros, Argentina y Bolivia sumaban casi el 90% de las nacionalidades registradas (Gráfico 2).

Los 10 principales motivos de consulta incluyeron eventos vinculados a: salud materno-infantil, desarrollo infantil, control de salud de los diferentes subgrupos, entrega de anticonceptivos y tamizaje de cáncer de cuello. Los principales motivos de consulta asociados a patologías clínicas fueron "infecciones agudas de las vías aéreas superiores"

y "obesidad y otros tipos de hiperalimentación" (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La información recogida y analizada fue presentada al equipo del CeSAC en los dos encuentros programados. Se trabajó sobre el perfil epidemiológico de la población de influencia, las prestaciones proporcionadas y los motivos de consulta codificados. Los principales puntos sometidos a debate y las conclusiones fueron los siguientes:

El perfil epidemiológico de la población atendida fue el esperado por el equipo de salud. Al mismo tiempo, al analizar los motivos de consulta registrados por los profesionales, se observó que los cuatro primeros correspondían a salud materna o de la mujer. Esto coincidiría con la distribución predominantemente femenina de los registros y con la percepción del equipo. A partir del perfil epidemiológico observado y por la modalidad de entrega matutina de turnos del CeSAC, se propuso la conformación de un consultorio vespertino para la atención de varones.

Llamó la atención que el 30% de los usuarios realizara una única consulta al CeSAC. Según el equipo, esto podría deberse a las características migrantes de la población asistida. De todos modos, es necesario llevar a cabo otros estudios para saber si esta hipótesis es cierta e indagar también acerca de la calidad de atención del CeSAC.

Se discutió cómo codificar las consultas y qué motivo poner primero: si el motivo de consulta del paciente (por

ejemplo, cefalea) o aquello que el profesional determina durante su realización, pero que no es referido por el paciente (por ejemplo, obesidad). Se decidió poner como primer motivo de consulta el referido por el paciente. También se habló sobre la importancia de codificar correctamente. Para ello, se entregaron copias de la guía de códigos para cada consultorio.

A partir de las patologías prevalentes surgidas en el análisis, el equipo propuso implementar medidas dirigidas a disminuir su incidencia en el área. La primera acción fue promover una articulación con comedores y merenderos locales para dar talleres sobre alimentación.

Por último, cabe señalar que en un espacio de trabajo tan complejo como el de la salud, lleno de obstáculos y necesidades no resueltas, "hoy el desafío está en poder diseñar políticas, acciones y desarrollos institucionales donde el eje epidemiología, planificación, gestión, evaluación sea vertebrador de una lógica de salud y no meramente de enfermedad, de manera que las políticas de salud en el marco de políticas sociales estén disponibles para los grupos y/o individuos que lo necesiten en el momento oportuno y durante el tiempo necesario".⁹

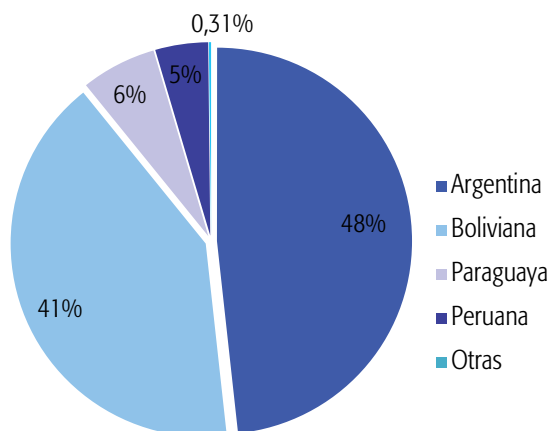
La gestión de información es clave para la toma de decisiones y se ha convertido en un elemento fundamental para la planificación oportuna, ya que permite dar respuestas adecuadas ante diferentes circunstancias. Este circuito garantiza el acceso efectivo de los equipos a la información,

TABLA 1. Número de prestaciones y registros poblacionales, distribución por sexo y edad, CeSAC N°40, CABA, 2008-2013.

Prestaciones/registros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de prestaciones	16 540	27 959	17 088	27 948	30 354	31 087
Número de registros poblacionales	4543	5901	5161	5982	6391	6921
Consultas promedio por persona	3,6	4,7	3,3	4,7	4,7	4,5
Mujeres (% del total de prestaciones)	11 358 (67%)	19 815 (71%)	11 656 (68%)	19 407 (69%)	20 862 (69%)	21 988 (71%)
Menores de 15 años (% del total)	7974 (48%)	12 227 (44%)	8170 (48%)	12 737 (46%)	14 480 (48%)	14 160 (46%)
Mayores de 64 años (% del total)	88 (1%)	174 (1%)	100 (1%)	337 (1%)	344 (1%)	410 (1%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

GRÁFICO 2. Distribución de los registros de población según nacionalidad, CeSAC N°40, CABA, 2008-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

TABLA 2. Principales 10 diagnósticos del CeSAC N° 40, 2008-2013.

Motivo de consulta	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Control de embarazo normal	10 904	10,4
Control de salud del niño	7251	6,9
Atención para la anticoncepción	4669	4,4
Control de salud del lactante	3986	3,8
Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	3935	3,7
Trastorno específico de la pronunciación y del lenguaje expresivo	3669	3,5
Examen de pesquisa especial para tumor de cuello uterino/útero	2891	2,8
Exámenes y contactos para fines administrativos	2664	2,5
Infecciones agudas de las vías aéreas superiores	1756	1,7
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	1654	1,6
Total de prestaciones	105 086	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

a fin de tomar decisiones que arrojen resultados visibles y objetivos. La retroalimentación en materia de información es acumulativa: el personal de salud, generador de datos, puede y debe recibir información generada por su propia práctica. Esto ayuda a que se involucre en las tareas de vigilancia y notificación, evidenciando la utilidad y necesidad de los datos producidos y proporcionando una imagen más amplia e integral de los problemas con los que se trabaja. En contrapartida, el sistema de vigilancia se fortalece.¹⁰ En definitiva, el propósito de la difusión de información en salud es desarrollar la capacidad resolutoria del equipo local, cuya participación se estimula con el retorno de informes

consolidados de la situación epidemiológica, que permiten evaluar su propia contribución al desarrollo de las acciones. El uso adecuado de la información favorece un proceso de priorización explícito, participativo y reproducible. Si la priorización no se desarrolla explícitamente, corre el riesgo de verse afectada por la intuición o los sesgos de los equipos, lo que generaría planificaciones y diagnósticos erróneos.¹¹

Esta experiencia demuestra que es necesario continuar trabajando para evaluar el impacto de las medidas implementadas, crear un circuito de gestión de la información en otros CeSAC y realizar este análisis periódicamente para cada efector.

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

Cómo citar este artículo: Marconi A, Knopoff E, Caldumbide C, Irurzun A, Chiarelli J. Gestión de la información en el primer nivel de atención: implementación de un circuito en un centro de salud. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):37-40.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Arévalo JA. Gestión de la información, gestión de contenidos y conocimiento. Salamanca: Facultad de Traducción y Documentación, Universidad de Salamanca; 2007.
- ² Bustelo Ruesta C, Amarilla Iglesias R. Gestión del conocimiento y gestión de la información. En: Boletín del Instituto Andaluz de Patrimonio Histórico. 2001;8(34):226-230.
- ³ La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. Organización Mundial de la Salud. Boletín epidemiológico, Vol. 11, N°3; 1990.
- ⁴ Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007;23 (2):321-330.
- ⁵ Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. En: Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- ⁶ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Organización Mundial de

la Salud. Actualización 2014. [Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/fic/cie/>] [Último acceso: 7 de julio de 2015]

⁷ Información en Atención Primaria de la Salud. CeSAC. SiCeSAC. Síntesis del año 2011. Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Departamento de Estadísticas en Salud. CABA; 2012.

⁸ Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Población de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2003. Departamento de Epidemiología. Dirección General Adjunta de APS. Buenos Aires; 2004.

⁹ Campos GWS. Salud Pública y Salud Colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas. En: Gestión en Salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.

¹⁰ Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda Edición Revisada. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington DC; 2002.

¹¹ Asua Batarrita J, Martínez Ortega C. Identificación y priorización de necesidades de evaluación de tecnologías y de servicios de salud. En: Evaluación de tecnologías sanitarias. Vol. 5, N° 1. Bilbao; 2004.

HITOS Y PROTAGONISTAS

JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

José María Ramos Mejía

PALABRAS CLAVE: Historia de la Medicina – Salud Pública

KEY WORDS: *History of Medicine – Public Health*

Federico Pέργola

Academia Nacional de Ciencias

Su personalidad polifacética hizo que Loudet¹ lo considerara un ejemplo y un símbolo. En 1964, al cumplirse el cincuentenario de su desaparición, se refirió a él: “Debemos evocar su alta figura científica y moral, como un arquetipo del ‘hombre argentino’ que trabaja sin pausa por la grandeza de su país, creyendo en él, no obstante los períodos de oscuridad y de sangre, que no agotaron jamás su capacidad de trabajo y su fe en el porvenir. Ramos Mejía fue un hombre de la generación del 80, sin que el positivismo que dominaba su siglo atenuase su idealismo soñador o disminuyese su patriótico romanticismo [...] Ramos Mejía representa entre los hombres de esa generación al médico humanista, al médico filósofo, al médico sociólogo, que penetra profundamente en la naturaleza humana y desde el minúsculo escenario de su clínica o desde el otro inmenso de la historia nos muestra en sus manos tranquilas, con sus ojos serenos, no las vísceras materiales deformes y sangrantes de una autopsia, sino las almas oscuras o claras, plácidas o tumultuosas que desfilan en nuestra sociedad y en nuestra historia”. Cabe destacar, no obstante, que su labor generó polémicas y que actuó con una perspectiva conservadora y elitista.

Hijo de Matías Ramos Mejía y Francisca Madero, nació en Buenos Aires el 24 de diciembre de 1849 y curiosamente comenzó a leer recién a los 11 años en su primera escuela: el Seminario Anglo-Argentino del Ferrocarril.

Cursó el bachillerato en la Universidad de Buenos Aires. Se destacó en Historia e Historia Natural, donde logró el concepto “Distinguido”. Recibió su matrícula de bachiller en 1872, luego de graves problemas que hicieron dudar de su obtención: había sido expulsado del colegio después de dirigir un movimiento surgido ante el suicidio de un compañero reprobado.

Ese mismo año ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas. Y en 1874 se alistó junto con su hermano Francisco en la Revolución encabezada por Mitre, relegando temporalmente el estudio.

Se graduó en 1879 con su tesis *Apuntes clínicos sobre el traumatismo cerebral*. Entre sus condiscípulos estaban Güemes, Penna, Susini, Sommer, Arata y Naón. Dada su persistente condición de caudillo, a este núcleo se lo denominará “el Círculo de Ramos”.

Un año antes de obtener su título de médico había realizado una publicación inicial de *La neurosis de los hombres célebres de la Historia Argentina*. Los cinco primeros capítulos del libro dan la pauta de su contenido: Los progresos de la psiquiatría moderna, La neurosis en la Historia, La neurosis de Rosas, Causas de la neurosis de Rosas y Estado mental del pueblo de Buenos Aires bajo la tiranía de Rosas. No cabe duda de que estos tres últimos capítulos serían la base de su obra póstuma, *Rosas y su tiempo* (1907).²

José Ingenieros,³ uno de sus discípulos y su mayor mentor, así lo describía: “Vida ejemplar por sus virtudes, carácter firme, vocación inquebranta-

ble por el estudio, talento preclaro, curiosidad vasta, fidelidad a las ciencias y a las letras, amor ferviente a la nacionalidad, culto de la juventud y del porvenir, simpatía nunca desmentida hacia todo lo que implica un progreso en las ideas o una innovación en las instituciones: tal fue el médico ilustre y pensador alado que creó en la Argentina dos géneros científicos —la psiquiatría y la sociología— y que un hado venturoso me dio por amigo, consejero y maestro”.

El libro de Ramos Mejía no había pasado inadvertido. En 1878, a poco tiempo de la publicación, Sarmiento escribe: “Creo que este estudio es la primera vez que se emprende entre nosotros, pues no conozco trabajo alguno que considere bajo esta faz médica a nuestros grandes hombres y que busque en todas esas curiosas idiosincrasias morales la explicación natural y científica de ciertos actos que sólo la fisiología y la medicina pueden explicar”. Tiempo después haría un *mea culpa*: “Prevendríamos al joven autor que no reciba como moneda de buena ley todas las acusaciones que se han hecho a Rosas en aquellos tiempos de combate y de lucha, por el interés mismo de las doctrinas que explicarían los hechos verdaderos”.

Velada o abiertamente, la obra de Ramos Mejía fue criticada también por Bartolomé Mitre, Dellepiane, Carbia y el médico psiquiatra Lambruschini. “Quizá Ramos Mejía pensó en rectificar algunos capítulos de su obra; sin embargo, nunca llevó a la práctica tales intenciones. Se sabe que ante una sugerencia de Ingenieros contestó en

forma tajante: 'Los libros son como las criaturas. Los padres no podemos corregirlos porque tenemos miedo de lastimarlos'. El responsable de *Las neurosis* procedió como Pigmalión: esculpió estatuas literarias y se enamoró de ellas. No se atrevió a embellecerlas y las dejó libradas a la pátina de los años, que le impuso una identidad típica".⁴

Con respecto a la enseñanza escolar que planificó en 1909 y 1910 como presidente del Consejo Nacional de Educación, Sebreli⁵ expresa: "Al asumir Ramos Mejía se inició además una campaña contra las escuelas de colectividades extranjeras, y en especial contra las colonias judías de Entre Ríos, con amplia difusión en la prensa. Debe recordarse que años antes, cuando Ramos Mejía era presidente del Departamento de Higiene (1895) hostigaba a las colonias judías por considerarlas focos de insalubridad y a los inmigrantes judíos como portadores de pestes, instigando, de ese modo, el antisemitismo en la población".

El sacerdote católico Leocata⁶ no desconoce sus méritos como antropólogo y sociólogo, pero también hace objeciones: "La antropología biológica de Ramos Mejía desarrolla aspectos complementarios en otras obras, como *La locura en la historia*, cuya tesis es paradójica: la locura es, como hecho 'natural' motor de la historia, la cual no es a su vez sino la evolución biológica (en sentido darwiniano) por la que la vida selecciona a los mejores. Es decir, es la misma locura, encarnada en el déspota o en el inquisidor, la que se encarga de eliminar la locura

de los fanáticos, sectarios, enfermos, que escapan a la 'normalidad' social.

El nexo de estas tesis con la escuela ideológica tardía se mantiene a través de las frecuentes citas de Taine.

Pero a esto se añade un darwinismo semitrágico que cuestiona el optimismo antropológico de aquellos. El alienado y el demente son casi una necesidad estadística basada en motivos fisiológicos. Es la vida misma la que los crea para 'purificar' luego la marcha de su progenie".

A raíz del suicidio de un estudiante de Derecho, deprimido por lo que consideraba una reprobación injusta, Ramos Mejía lideró una agitación estudiantil. Así promovió la primera reforma universitaria en Argentina y logró la separación de la enseñanza terciaria, hasta entonces unida a la secundaria.

Ingenieros³ sostiene que Ramos Mejía prestó un "curso valiosísimo" a la transformación de la Escuela de Medicina "por sus dotes eficaces de escritor y por la fundación del 'Círculo Médico Argentino'". Los jóvenes profesionales cambiaron el espíritu de la enseñanza universitaria, suplantando a médicos anticuados que "creían más en el ojo 'clínico' y en la 'larga práctica', excelentes cualidades empíricas que nunca han bastado para constituir la ciencia". Entre 1888 y 1892 Ramos Mejía cumplió un mandato de opaco desempeño como legislador nacional. Desde 1893 y durante seis años, dirigió el Departamento Nacional de Higiene. Su carácter, amante de lo justo y lo verdadero, no lo doblegó ni ante el presidente José E. Uriburu, negándose a dar vía libre a dos barcos de ultramar con dos enfermos "sospecho-

sos". Durante su administración se inició la preparación del *Primer Codex Medicamentarum Argentino* y se formó un grupo de inspectores sanitarios. Por su iniciativa, en 1883 se había creado el Instituto Antirrábico.

Por esos años publicó *Las multitudes argentinas*, estudio de la psicología de las masas que serviría de introducción a *Rosas y su tiempo*, donde une la sociología, la historia y los aspectos médicos. Ingenieros³ afirma que en esta obra se observa la influencia literaria de Rubén Darío y la sociológica de Gustavo Le Bon, y que "fue la primera obra propiamente sociológica publicada en la Argentina, aunque ya Echeverría, Alberdi y Sarmiento hubiesen sido los precursores de esta disciplina, planteando o tratando problemas históricos que, por su genialidad, tenían un sentido propiamente científico o filosófico".

Además de las obras citadas y muchas otras inéditas, publicó *Estudios de patología nerviosa y mental, La locura en la Historia y Los simuladores de talento*. Fue promotor y primer Director de la Asistencia Pública, primer profesor de la cátedra de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y Presidente del Consejo Nacional de Educación entre 1908 y 1913, cargo que le permitió desarrollar la instrucción pública generalizada, obligatoria y laica, con una genuina orientación nacional.⁷

Falleció en Buenos Aires en 1914. Dejó fortalecido un estilo literario y, más aún, una manera de estudiar las acciones de los hombres a través de sus personalidades.⁸

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

Cómo citar este artículo: Pérgola F. José María Ramos Mejía. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):41-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Loudet O. José María Ramos Mejía. Ejemplo y símbolo. La Prensa. Buenos Aires, 19 de junio de 1964.

² Pérgola F. Ignacio Pirovano/José María Ramos Mejía/Lucio Meléndez. Historia Médica Argentina. AP Americana de Publicaciones, Buenos Aires. 1997;1(5).

³ Ingenieros J. Prólogo en: Ramos Mejía JM. La neurosis de los hombres célebres de la Historia Argentina. Buenos Aires: Anaconda; 1936.

⁴ Guerrino AA. La psiquiatría argentina. Buenos Aires: Cuatro; 1982.

⁵ Sebreli JJ. Crítica de las ideas políticas argentinas. Buenos Aires: Sudamericana; 2002.

⁶ Leocata F. Las ideas filosóficas en la Argentina. Etapas históricas I. Buenos Aires: (sin sello editor); 1996.

⁷ Pérgola F. Historia de la medicina argentina. Desde la época de la dominación hispánica hasta la actualidad. Buenos Aires: Eudeba; 2015.

⁸ Homenaje al doctor José María Ramos Mejía. Buenos Aires: Jacobo Peuser; 1940.

SALUD INVESTIGA

AVANCES DEL REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD EN LA DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
EN SALUD*Progress of the National Registry on Health Research in disseminating health research*

Acorde al marco regulador y ético vigente, los estudios de farmacología clínica sujetos al control de ANMAT, y las investigaciones en salud financiadas o realizadas en el Ministerio de Salud de la Nación deben registrarse y actualizarse periódicamente en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud. El objetivo central es suministrar una fuente de información accesible para la comunidad científica, los pacientes y el público en general.

PALABRAS CLAVE: Investigación en Salud - Ética en Investigación - Registro

KEY WORDS: Health Research - Research Ethics - Registry

Marina Delfino,¹ Sebastián Etchevers,¹ Carolina O' Donnell,¹ Jaime Lazovski²

¹ Comisión Nacional Salud Investiga

² Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

Existe una visión compartida por la comunidad internacional acerca del rol de la investigación en salud en la sociedad. A través de ella se generan nuevas fuentes de conocimiento y se contribuye al desarrollo de la ciencia en pos del bienestar de la sociedad. La investigación en salud "es la investigación emprendida para incrementar los conocimientos acerca de la salud. Incluye cualquier disciplina o combinación de disciplinas que procure determinar y mejorar las repercusiones de las políticas, programas, e intervenciones que se originan dentro y fuera del sector de la salud, incluidas las investigaciones biomédicas, las de salud pública y de salud ambiental, las ciencias sociales y de la conducta y el estudio de sus relaciones con factores sociales, económicos, políticos, jurídicos e históricos, con el propósito de lograr el nivel más alto posible de salud y la ausen-

cia de enfermedades en la población en general y en los individuos".¹

En este marco, la investigación biomédica básica se ocupa de las condiciones, los procesos y los mecanismos de la salud y la enfermedad, y la aplicada (o investigación clínica) evalúa una intervención preventiva, diagnóstica o terapéutica sobre una enfermedad o condición de salud específica. No obstante su valor para la salud de la población, las investigaciones implican también un riesgo para las personas que participan en las mismas. Es por ello que las guías éticas han adquirido relevancia como una forma de proteger la seguridad de los mismos y, en tal sentido, su integridad física y dignidad.

En este sentido, se vuelve relevante el rol de los organismos reguladores, la misión de los comités de ética en investigación y, por consiguiente, la publicación y registro de las investigaciones en salud como una acción

que aporte transparencia y responsabilidad ética.

La Declaración de Helsinki establece entre sus principios que "todo ensayo clínico que involucre sujetos humanos debe ser inscrito en una base de datos de acceso público antes de aceptar a la primera persona (para participar en él)".²

A su vez, se entiende que la transparencia permite el uso efectivo de los resultados de las investigaciones en las políticas y las decisiones sobre el cuidado de la salud y contribuye al avance de la ciencia y la innovación.³

En efecto, el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (ReNIS) brinda la posibilidad de aumentar la transparencia en investigación, mediante la publicación de las características y resultados de las mismas, y permite tanto a investigadores como a los participantes acceder a información confiable y tomar decisiones en forma responsable.

MARCO NORMATIVO E IMPLEMENTACIÓN

En concordancia con lo recomendado por la Declaración de Helsinki, y a través de la Resolución 1480 de septiembre de 2011, el Ministerio de Salud de la Nación creó el ReNIS con la finalidad de poner a disposición de la comunidad científica, los pacientes y el público en general información actualizada de las investigaciones en salud producidas, financiadas o reguladas por el Ministerio de Salud y/o sus organismos descentralizados dependientes. Cabe destacar que el registro de las investigaciones es de carácter obligatorio para aquellas investigaciones financiadas y/o realizadas por el Ministerio de Salud y para los estudios de farmacología clínica con fines registrales aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

El ReNIS se implementó en 2012 en el ámbito de la Comisión Nacional Salud Investiga, organismo facultado para realizar actualizaciones, modificaciones y mejoras en la plataforma que utilizan los investigadores y patrocinadores para registrar sus estudios.⁴

A los fines de hacer operativo el registro, se dispuso el acceso a la plataforma del ReNIS a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA),⁵ base tecnológica de la articulación de la información que generan distintas bases de datos federales en el Ministerio de Salud de la Nación, lo cual aporta solidez y confiabilidad al ReNIS.

En la Figura 1 se exhibe un diagrama de flujo que representa la secuencia de pasos que sigue la solicitud de registro de una investigación hasta su publicación efectiva. (Figura 1)

LOS DATOS DEL REGISTRO

El ReNIS es un registro público que contempla información detallada de las investigaciones en salud. Para optimizar su carga y visualización, la información requerida se organiza en cuatro áreas: 1) Información General, que incluye el código o número de

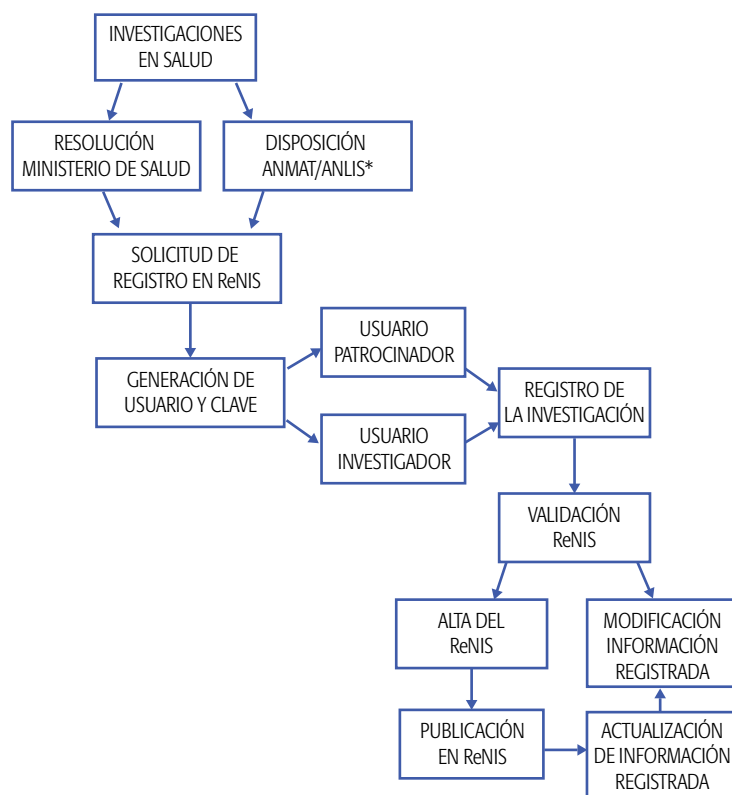
identificación específico del estudio, título, patrocinador, condición de salud y tipo de estudio; 2) Diseño observacional o experimental, que consigna información específica de la metodología del estudio con una descripción de la intervención más los objetivos o desenlaces primarios y secundarios. La información difiere según el tipo de estudio (observacional o experimental); 3) Población y resultados, que presenta los países participantes, criterios de selección de la población y estado del estudio ("incorporando pacientes", "en seguimiento" o "finalizado"). En esta instancia se registran los resultados y las conclusiones del estudio (cuando están disponibles) lo cual otorga transparencia a la investigación, a la vez que se constituye en objeto de consulta para los pacientes y la comunidad científica; 4) Centros y contactos, en la que se listan todos los centros de investigación e investigadores que participan junto a cada

comité de ética que haya evaluado el estudio, como así también los datos de contacto del patrocinador y/o investigador principal para efectuar consultas científicas o públicas.

Es importante remarcar que el ReNIS cumple con los estándares internacionales de registro de las investigaciones en salud, por lo que su constitución presenta diversos puntos de similitud con registros vigentes de otros países, a la vez que la calidad de la información es sometida a un control periódico y cruzado.

En primer lugar, el registro de la información por parte de investigadores y/o patrocinadores se encuentra sujeto a una instancia de validación previa a su publicación, en la cual el equipo técnico del ReNIS verifica que se hayan ingresado todos los datos, y que estos se hayan consignado de forma clara y pormenorizada. Por otra parte, la información se contrasta, siempre que sea posible, con el organismo regulador o financiador de

FIGURA 1. Diagrama de Flujo del Registro Nacional de Investigaciones en Salud (ReNIS).



* Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica / Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

Fuente: elaboración propia en base a datos del ReNIS.

la investigación, por ejemplo, ANMAT y la propia Comisión Nacional Salud Investiga en su rol de gestión de las Becas Carrillo-Oñativia.

RENIS FEDERAL

Dada la constitución federal del país, y en virtud de que las distintas jurisdicciones conservan su autonomía para regular sobre cualquier aspecto de la Salud, el ReNIS ha sido concebido también como una herramienta compartida con aquellas provincias que no cuenten con un registro provincial de investigaciones en salud y que definan utilizar esta plataforma nacional para informar acerca de los estudios desarrollados en el ámbito de su jurisdicción. Hasta la fecha, las provincias que han adherido al ReNIS son: La Rioja, Catamarca, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, Santa Cruz y Santiago del Estero. Por otro lado, junto a las provincias que han implementado sus propios registros (Córdoba, Santa Fe, Neuquén, Mendoza y Río Negro), se ha buscado que la información resulte complementaria con el ReNIS, razón por la cual resulta importante continuar trabajando en conjunto.

INVESTIGACIONES REGISTRADAS

Las características generales de las investigaciones registradas hasta el 31 de diciembre de 2015 se presentan en la Tabla 1. Aproximadamente el 50% de los estudios corresponde a investigaciones financiadas por el Ministerio de Salud, y en segundo lugar están los estudios de farmacología clínica regulados por ANMAT (41%). El 9% restante son investigaciones no alcanzadas por la Resolución 1480/11 pero cuyos responsables han decidido difundir sus trabajos a través de ésta base de datos, lo cual fue uno de los propósitos de creación del ReNIS.

De las 533 investigaciones registradas, en el 53% se trata de estudios en curso (activos), de los cuales la mitad está incorporando o enrolando pacientes y la otra mitad se encuentra en fase de seguimiento, es decir, pacientes que han finalizado su

participación activa y aún están en control por un período determinado, o aún se están analizando los datos. El 43% de las investigaciones están ya finalizadas y con sus conclusiones disponibles, mientras que el 4% restante corresponde a estudios no iniciados o suspendidos.

Las investigaciones en salud pública fueron las más frecuentes (141 estudios), y dentro de las áreas médicas específicas en las que se observa mayor número de registros de investigaciones se encuentran: oncología (80), infectología (60), inmunología (38), cardiovasculares (30), salud mental (26) y endocrinología y metabolismo (22).

DISCUSIÓN

El desarrollo de internet ha permitido la generación de nuevas formas y niveles de difusión de información en general, y científica en particular. Los registros de investigaciones en salud no sólo divulgan información acerca de las investigaciones que se están llevando a cabo, sino que sirven además para minimizar los fraudes en la investigación científica, ya que antes era posible publicar información no fidedigna y sin ninguna regulación a nivel internacional.

Otros beneficios incluyen la oportunidad de comunicar los resultados y conclusiones de las investigaciones, particularmente de aquellas que no se publican en revistas científicas, la posibilidad de identificar estudios que ya se estén realizando o se hayan realizado y evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos, como así también de identificar áreas de investigación potenciales, promoviendo la cooperación en la comunidad científica.

Por estos motivos, uno de los aspectos a los que actualmente se imprime mayor energía es el mejoramiento de la visibilidad y accesibilidad de la página del ReNIS.

Debe recalarse que la calidad de la información del ReNIS depende no solamente de quienes circunstancialmente gestionan la plataforma del registro sino también del involucramiento y el entendimiento por parte

de los investigadores, la industria farmacéutica y las organizaciones de investigación clínica (CRO/*Clinical Research Organization*) acerca de la responsabilidad ética y regulatoria de publicar sus investigaciones.⁶ Por este motivo, la Comisión Nacional Salud Investiga continúa su esfuerzo mancomunado junto a los actores interesados para mantener esta base de datos completa y actualizada.

Desde su implementación, el ReNIS se encuentra en constante crecimiento en relación con el caudal de investigaciones registradas y con su posicionamiento en los espacios de discusión y toma de decisiones respecto de la investigación en salud. En el idioma español, el ReNIS es uno de los registros oficiales que más información ofrece acerca de cada investigación: centros de investigación, investigadores, comités de ética, etc.

La investigación en salud es objeto de interés no solo en el ámbito local,

TABLA 1 Características de las investigaciones en salud registradas y habilitadas en el ReNIS hasta el 31 de diciembre de 2015. N=535.

Característica	N
Estado del Estudio	
Finalizado	230
Activo incorporando pacientes	144
Activo no incorporando pacientes	139
No iniciado aún	11
Suspendido	11
Patrocinador	
Ministerio de Salud	265
Industria Farmacéutica/CRO	221
Sin financiamiento	49
Condición de Salud	
Salud Pública	141
Cáncer	80
Infecciones	60
Inmunología	38
Cardiovascular	30
Salud Mental	26
Endocrinología y Metabolismo	22
Neurología	18
Respiratorio	18
Ginecología/Obstetricia	14
Genética/Trastornos hereditarios	10
Nutrición	10
Otros	68

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ReNIS

sino también a nivel mundial, por su potencial para identificar problemas de salud, evaluar soluciones y proponer estrategias sanitarias para prevenir y controlar las enfermedades.⁷

Publicar los resultados de las investigaciones es una parte fundamental del desarrollo científico y contribuye a fortalecer e identificar debilidades en el estado de salud de la pobla-

ción. En este sentido, el ReNIS constituye un órgano de difusión al alcance de la ciudadanía y contribuye a la divulgación de la información y construcción social de la salud.

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

Cómo citar este artículo: Delfino M, Etchevers S, O'Donnell C, Lazovski J. Avances del Registro Nacional de Investigaciones en Salud en la difusión de la investigación en salud. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):43-46.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ OPS/OMS, 49º Consejo Directivo. 61a Sesión del Comité Regional. CD49/10 (Esp.) 10/Jul/2009

² WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>] [Último acceso: 12 de enero de 2016].

³ Krleža-Jerić K, Lemmens T, Reveiz L, Cuervo LG, Bero LA. Prospective registration and results disclosure of clinical trials in the Americas: a road map toward transparency. Rev Panam Salud Pública. 2011; 30(1):87-96.

⁴ O'Donnell C, Delfino M. Registro Nacional de Investigaciones en Salud. Rev Argent Salud Pública. 2013;4 (14):49. [Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen14/49.pdf>] [Último acceso: 27 de enero de 2015]

⁵ <https://sisa.msal.gov.ar/sisa>

⁶ Scherer M, Trelle S. Opinions on registering trial details: a survey of academic researchers. BMC Health Serv Res. 2008 Jan 23; 8(18).

⁷ Toledo Ocampo E. La importancia de la Investigación en Salud. Salud en Tabasco; Enero-Abril 2013; 19(1).

SALUD INVESTIGA

RESÚMENES DE INFORMES FINALES BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA"

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINARIO PALLIUM EN EL INSTITUTO LANARI: CUIDADO INTEGRAL EN ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA

Becarios: Veloso, V.

Introducción: La atención integral a personas con enfermedades que amenazan su vida es un derecho humano. El Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium (PAMPA) optimiza el cuidado del paciente y su familia en situación de últimos días (SUD), basado en la secuencia integral desarrollada por el Palliative Care Institute de Liverpool para mejorar la formación de profesionales en el cuidado del paciente muriente. En Argentina, la Asociación Civil Pallium realizó los procesos de adaptación y traducción. Un problema frecuente es reconocer que la persona ha entrado en el proceso de morir. Si el equipo de salud no acuerda en este diagnóstico de SUD, la atención puede ser inadecuada. Muchas personas mueren con sufrimiento no aliviado.

Objetivos: Releva las características de los actos de salud en SUD en el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (IDIM). Auditar el estado de cuidados en los últimos días de vida según los estándares de calidad del PAMPA. Implementar la secuencia de cuidados PAMPA en el IDIM.

Métodos: Se realizó un estudio de casos múltiples en usuarios de Cuidados Paliativos del IDIM, con un enfoque descriptivo-interpretativo. Se analizó el proceso de implementación del PAMPA en el IDIM.

Resultados: Se realizó una auditoría retrospectiva de 20 historias clínicas

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN ADULTA DE JUJUY

Becarios: Barsimanto, Graciela R.; Lage, Lidia A.; Magdaleno, Beatriz A.; Ramírez Gómez, Josefina; Velásquez, Herminia R.; Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy..

Introducción: Se calcula que para 2015 el 75% de las muertes corresponderán a enfermedades crónicas. Jujuy tiene entre sus causas de morbilidad a las enfermedades cardiovasculares (ECV).

Objetivos: Identificar y analizar conocimientos, prácticas y barreras en prevención de factores de riesgo de ECV en adultos de cinco áreas programáticas pertenecientes al sistema público de salud de Jujuy.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal cuali-cuantitativo. Se utilizaron estrategias de indagatoria dirigidas a los equipos en su lugar de trabajo y a la población adulta demandante dentro de sus efectores. Se exploraron variables de conocimiento y de aplicación de registros en el personal, así como conocimientos y hábitos en los usuarios.

Resultados: Se encontró una escasa oferta de horas clínicas, con médicos generalistas orientados a lo materno-infantil. También se observó falta de nutricionistas y de profesionales dedicados a la actividad física, y falta de información en usuarios (que señalaron hipertensión arterial, obesidad, consumo de tabaco y alcohol como factores de riesgo, pero no reconocieron sus causas). Se halló un buen consumo de verduras y frutas, pero con una alta ingesta de hidratos de carbono, muy relacionada con el elevado porcentaje de sobrepeso.

Conclusiones: Es necesario reorientar los servicios de salud con un enfoque integral hacia el adulto. Asimismo, se requiere sensibilizar e informar a los usuarios sobre los riesgos de ECV, aplicando diversas estrategias comunicacionales para empoderarlos en la práctica de prevención.

de pacientes fallecidos consecutivamente, con 60-100% de objetivos no logrados o no documentados. La implementación piloto mostró más de 95% de estándares de calidad alcanzados en 70 actos de salud con pacientes y familias asistidas en SUD según la secuencia del PAMPA.

Conclusiones: En otros países, el

PAMPA permitió establecer la excelencia en el cuidado en SUD y reconocer qué áreas requieren mayor desarrollo e investigación. En el IDIM, como primera experiencia piloto en Latinoamérica, se ha logrado mejorar el estándar basal para promover un cambio cultural en la capacitación, la demanda práctica reflexiva y la transformación en la comunicación, el registro y la interdisciplinariedad.

INTELIGENCIA SENSORIOMOTRIZ Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTES ANÉMICOS: IMPACTO DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA UN AÑO DESPUÉS

Becarios: Mansilla, Mariela L.

Introducción: El desarrollo en niños pequeños puede deteriorarse por la anemia y el déficit de hierro. Las consecuencias potenciales incluyen alteraciones neurológicas, retraso en la inteligencia, letargia y problemas en la atención.

Objetivos: Determinar la evolución del desarrollo cognitivo y psicomotor a los 18 meses en un grupo de niños en seguimiento durante la primera infancia. Evaluar el impacto de la intervención nutricional y de estimulación temprana un año después.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte de tipo observacional, que evaluó a pacientes del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata. Se administró la EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz) y la EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor). Se observaron conductas emocionales de la madre y del niño. Se tomó tiempo de reacción.

Resultados: Los niños con retraso inicial recibieron tratamiento nutricional y estimulación temprana. El 100% de ellos avanzó en sus estadios de inteligencia, y la mayoría mejoró y logró pasar de retraso a normalidad. Lo mismo ocurrió en cuanto a los coeficientes de desarrollo. Los resultados se mantuvieron cuando fueron evaluados a los 18 meses (18 a 24 meses). El impacto positivo de la intervención fue duradero a un año de la primera detección.

Conclusiones: El impacto de la intervención se mantuvo a lo largo de un año. Se recomienda realizar este abordaje integral efectivo hasta los dos años y por períodos más cortos (cada tres meses) para optimizar el vínculo de los niños con sus madres y su salud general e intelectual.

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO EN MUJERES INFECTADAS CON TRYPANOSOMA CRUZI Y SU EFECTO EN LA PREVENCIÓN DE CHAGAS CONGÉNITO

Becarios: Fabbro, Diana L.; Olivera, Lorena V.; Codebó Ramalho Luz, María O.; Heredia, María C.

Introducción: A medida que se avanzó en los controles de las vías vectorial y transfusional, la transmisión congénita adquirió mayor relevancia como forma de infección por *Trypanosoma cruzi*.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento tripanocida en la prevención de Chagas congénito y comparar la evolución serológica y clínica entre madres con infección crónica por *T. cruzi* tratadas y sin tratar.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte con madres infectadas por *T. cruzi*, no tratadas y tratadas con drogas tripanocidas antes del embarazo. Se estudió a sus hijos a fin de detectar la infección congénita. A partir de las historias clínicas de las madres, se analizó la información epidemiológica, serológica y clínica de ellas y sus hijos.

Resultados: Se detectó un 20% de hijos infectados por *T. cruzi* provenientes de mujeres no tratadas y un 15,2% de ellos con infección congénita. No hubo ningún caso de transmisión vertical en 134 hijos nacidos de mujeres tratadas. La tasa de transmisión transplacentaria difirió significativamente. Un 39% de mujeres tratadas negativizó la serología, frente a ninguna de las no tratadas ($p < 0,05$). Los cambios clínicos observados en madres tratadas y no tratadas fueron de 1,2% y 13,5%, respectivamente ($p < 0,05$).

Conclusiones: El tratamiento tripanocida administrado en mujeres con infección crónica por *T. cruzi* fue eficaz en la prevención de Chagas congénito, tuvo un efecto protector en la evolución clínica y produjo desparasitación en al menos 39% de las mujeres tratadas.

EL ROL DE CUISES, PERROS Y GATOS EN LA TRANSMISIÓN DE TRYPANOSOMA CRUZI EN TAFÍ DEL VALLE, TUCUMÁN

Becarios: Arrabal, Juan P.

Introducción: *Triatoma infestans*, principal vector en el Cono Sur de la enfermedad de Chagas, y *Triatoma eratyrusiformis* (especie silvestre) se hallan infectados por *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) en áreas de Tafí del Valle, Tucumán.

Objetivos: Determinar la infección por *T. cruzi* y evaluar la prevalencia en la población de cuises y animales domésticos de Tafí del Valle, Tucumán.

Métodos: Los cuises fueron capturados con trampas jaula, cebadas con frutos nativos. En los 42 cuises capturados vivos se procedió a medir, pesar, sexar, determinar la preñez, tomar muestras de sangre cardíaca y de tejido de la oreja, y realizar un xenodiagnóstico. A los animales domésticos se les efectuó xenodiagnóstico, y se tomaron muestras de sangre.

Resultados: El 45% de los cuises fueron positivos a *T. cruzi* por xenodiagnóstico. Fueron capturados en 3 casas de Quilmes de Abajo, 2 de Quilmes Centro, 2 de El Bañado y 1 de Anjuana. Los 19 cuises positivos por xenodiagnóstico infectaron a 95 (59%) de 161 triatominos examinados individualmente al microscopio óptico. Entre los 11 animales domésticos examinados, 1 perro (14%) y 1 gato (33%) se hallaron infectados por xenodiagnóstico.

Conclusiones: Los resultados sugieren la presencia de un ciclo silvestre de *T. cruzi* activo en proximidad de las viviendas. Será imposible garantizar la interrupción local de la transmisión por *Triatoma infestans* si no existe una vigilancia entomológica sostenida en peridomicilio y extraperidomicilio cercano.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a: rasp@msal.gov.ar

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 intervinieron.
- 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 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/#sis>.

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, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomien-

da 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 secundaria puede presentarse en un apartado anexo, para no

interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

3.1.6. Discusión

En 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.



REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

Comisión Nacional Salud Investiga - Av. Rivadavia 877 Piso 3
C1002AAG, Buenos Aires, Argentina
www.rasp.msal.gov.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación