

Revista Argentina de Salud Pública

ISSN 1852-8724
ISSN 1853-810X
Reg. Prop. Intelectual
en trámite

Vol. 5 - Nº 21
Diciembre 2014
Buenos Aires, Argentina

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evidencia generada a partir de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de Argentina: revisión de la literatura

Jonatan Konfino, Fernando De Maio, Dolores Ondarsuhu, Daniel Ferrante, Sebastián Laspiur

Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias

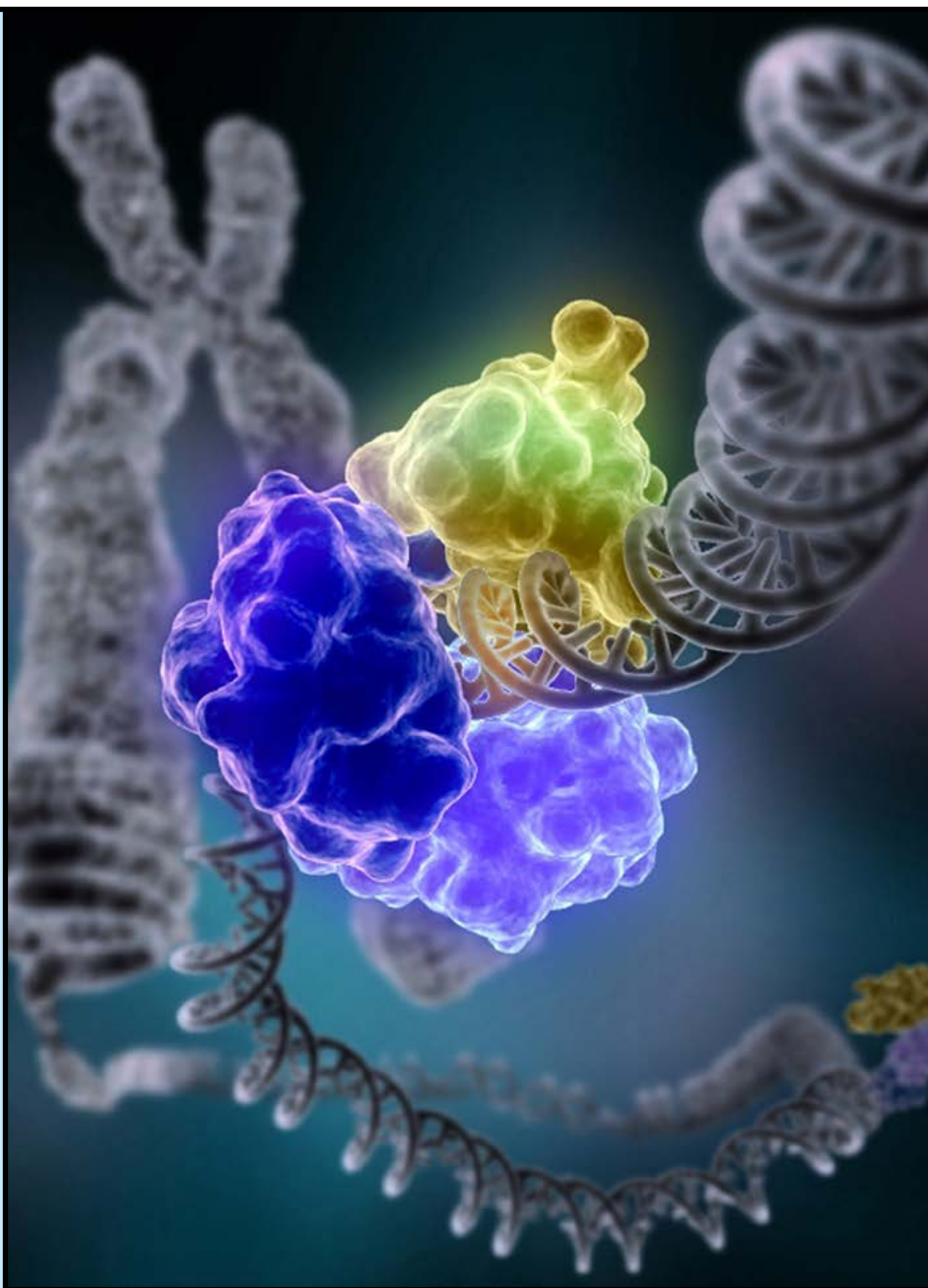
Débora Tajer, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agostina Chiodi, Adriana Salazar, Isabel Barrera, Lucero Juárez

Diseño y aplicación de una nueva herramienta para la evaluación de la Red Nacional de Laboratorios de Leptospirosis

Paulina Jacob, María Schmeling, Yosena Chiani, Noelia Landolt, Bibiana Vanasco

Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica

Pedro Kremer, Daniela Daverio, Olga Pisani, Silvia Nasini, Gabriela García, Paz Bossio, Karina Barrionuevo



Una enzima especial, ADN ligasa, rodea una cadena de ADN dañada para su reparación.

INDIZADA EN:



latindex

e-revist@s



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 5 - N° 21 - Diciembre 2014
Publicación trimestral
ISSN 1852-8724 - impreso
ISSN 1853-810X - en línea
Reg. Prop. Intelectual en trámite

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

EDITOR - PROPIETARIO

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

CORRESPONDENCIA A:

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

COMITÉ EDITORIAL

Director General: Dr. Jaime Lazovski
Director Científico: Dr. Abraam Sonis (†)
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
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

CONSEJO ASESOR: Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Eduardo Bustos Villar, Dr. Gabriel Yedlin, Cdr. Eduardo Garvich, Dr. Daniel Yedlin, Dra. Andrea Carbone, Dr. Carlos Devani, Dra. Marina Kosacoff, Dr. Andrés Leibovich, Dra. Silvia Pérez, Dr. Raúl Penna, Dr. Javier Osatnik, Valeria Zapasochny, Dr. Ernesto de Titto, Dr. Guillermo Williams, Dra. Isabel Duré, Lic. Tomás Pippo, Dr. Carlos Chiale, Dr. Ginés González García. **Embajador de Argentina en Chile.** Lic. Silvina Ramos. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Dr. Pedro Cahn. **Fundación Huésped.** Dr. Daniel Stambouliau. **Fundación Centros de Estudios Infectológicos.** Dr. Reinaldo Chacón. **Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer.** Dr. Horacio Lejarraga. **Hospital Garrahan.** Dra. Mercedes Weissenbacher. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Dr. José María Paganini. **Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud.** Dr. Paulo Buss. **Fundación Oswaldo Cruz.**

COMITÉ CIENTÍFICO: Edgardo Abalos. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** Mónica Abramzon. **Universidad de Buenos Aires (UBA).** Graciela Abriata. **Ministerio de Salud de la Nación (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.** Hugo Ambrune. **MSN.** Paola Amioti. **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 Belloso. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Daniel Beltramino. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Ricardo Bernstein. **MSN.** Mabel Bianco. **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.** Claudio Bloch. **MSN.** Rosa Bologna. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** José Bonet. **Fundación Favaloro.** Octavio Bonet. **Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Brasil. Marcelo Bortman. **World Bank.** Juan Carlos Bossio. **Universidad Nacional del Litoral.** Carlos Bregni. **Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica.** Guillermo Carroli. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP).** Natalia Casas. **MSN.** María Gracia Caletti. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Haroldo Capurro. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** 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 La Matanza.** 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.** Horacio Echenique. **MSN.** María Eugenia Esandi. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Silvia Faraone. **Instituto de investigaciones Gino Germani.** UBA. Diana Fariña. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Ana María Fernández. **UBA.** Daniel Ferrante. **MSN.** 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.** 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. **MSN.** Ana Lía Kornblit. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Pedro Kremer. **MSN.** Isabel Kurlat. **MSN.** Graciela Laplacette. **UBA.** Sebastián Laspiur. **MSN.** Roberto Lede. **ANMAT.** Rosa Liascovich. **Centro Nacional de Genética Médica.** Horacio Lopardo. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Elsa López. **UBA.** Luis Loyola. **Universidad Nacional de Cuyo.** Leandro Luciani Conde. **Universidad Nacional de Lanús.** Nora Luedicke. **MSN.** Florencia Luna. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Daniel Maceira. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Susana Margulies. **UBA.** Matilde Massa. **MSN.** 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.** Pablo Orellano. **MSN.** Otto Orsingher. **ANMAT.** Alejandra Pantelides. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Mario Pecheny. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Virgilio Petrungrar. **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 Stokiner. **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. **MSN.** Nina Zamberlin. **MSN.** Jorge Zarzur. **MSN.**

Ilustración de tapa: Tom Ellenberger, Facultad de Medicina de la Universidad de Washington

SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 5 - Nº 21 - Diciembre 2014 - Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual en trámite

EDITORIAL	5	ARTÍCULO ORIGINAL	30
CINCO AÑOS DE LA <i>REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA</i> EN FAVOR DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA ABIERTA Y DE CALIDAD Five Years of the Revista Argentina de Salud Pública: in Favour of Open and High Quality Scientific Communication Jaime Lazovski		FACTORES CONDICIONANTES DE LA ELECCIÓN Y PERMANENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD MÉDICA Factors Conditioning the Choice and Permanence in the Practice of General and Family Medicine as a Medical Specialty Pedro Kremer, Daniela Daverio, Olga Pisani, Silvia Nasini, Gabriela García, Paz Bossio, Karina Barrionuevo	
ARTÍCULO ORIGINAL	7	SALA DE SITUACIÓN	38
EVIDENCIA GENERADA A PARTIR DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE FACTORES DE RIESGO DE ARGENTINA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Evidence Generated from the National Risk Factor Surveys in Argentina: Literature Review Jonatan Konfino, Fernando De Maio, Dolores Ondarsuhu, Daniel Ferrante, Sebastián Laspiur		PREVALENCIA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN ARGENTINA Y SU POTENCIAL IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Prevalence of Congenital Anomalies in Argentina and its Potential Impact on Health Services María Paz Bidondo, Boris Groisman, Juan Gili, Rosa Liascovich, Pablo Barbero	
ARTÍCULO ORIGINAL	14	HITOS Y PROTAGONISTAS	45
BARRERAS DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y USUARIAS Gender Barriers to Cardiovascular Prevention: Attitudes and Knowledge of Health Care Professionals and Women Users Débora Tajer, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agostina Chiodi, Adriana Salazar, Isabel Barrera, Lucero Juárez		LOS HOSPITALES COLONIALES Hospitals in Colonial Period Federico Pégola	
ARTÍCULO ORIGINAL	24	SALUD INVESTIGA	47
DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE LEPTOSPIROSIS Design and Application of a New Tool for the Evaluation of the National Network of Leptospirosis Laboratories Paulina Jacob, María Schmeling, Yosena Chiani, Noelia Landolt, Bibiana Vanasco		INSTRUCCIONES PARA AUTORES	49

Cómo citar esta revista: Cómo citar esta revista: Rev Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21)

EDITORIAL

CINCO AÑOS DE LA *REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA* EN FAVOR DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA ABIERTA Y DE CALIDADFive Years of the *Revista Argentina de Salud Pública*: in Favour of Open and High Quality Scientific Communication

PALABRAS CLAVE: Salud Pública - Acceso Abierto - Comunicación y Divulgación Científica

KEY WORDS: Public Health - Open Access - Scientific Communication and Diffusion

La *REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA* –*RASP*– comenzó a circular en diciembre de 2009 y con este número se cumplen cinco años de publicación ininterrumpida. La intención del Ministro de Salud Dr. Manzur de reducir la brecha entre el conocimiento y la acción se mantiene aún vigente después de este período. Desde su inicio, la *RASP* se propuso como un instrumento de difusión de resultados de investigaciones científicas sobre Salud Pública dirigido a tomadores de decisión y gestores de políticas sanitarias de todos los niveles y a la propia comunidad científica y académica de Argentina y Latinoamérica.

Frente al paradigma vigente de comunicación científica, caracterizado por la presencia de revistas científicas internacionales y de alto costo o acceso restringido, el objetivo central de la política editorial del Ministerio de Salud de la Nación fue ofrecer una revista de calidad científica que llegase libre y gratuitamente al mayor número de actores sanitarios interesados. Para avalar la calidad, se implementó el sistema de arbitraje para la publicación de artículos originales, en el cual los revisores aportan una lectura crítica y experta sobre las áreas de su conocimiento, contribuyendo en muchos casos a enriquecer la información publicada. Y para garantizar la disponibilidad de sus contenidos, se adoptó el modelo de comunicación científica en Acceso Abierto (*Open Access*)¹⁻³ que se rige por la circulación y el acceso libre y gratuito del conocimiento, especialmente de aquel financiado con fondos públicos.

La elección de este modelo implica que la *RASP* se edita no solo en formato impreso, con una distribución gratuita de alcance nacional y regional, sino también en soporte electrónico, con acceso *on-line* al texto completo de todos sus artículos. Otra decisión trascendente fue otorgar un peso específico relevante a aquellos trabajos originales en los que se difunden resultados de las investigaciones financiadas con la becas de investigación en Salud Pública "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" que otorga el Ministerio de Salud de la Nación a través de la

Comisión Nacional Salud Investiga.

En concordancia con los postulados del Acceso Abierto, y con el objetivo de lograr cada vez un mayor grado de calidad y visibilidad, la *RASP* se ha ido incorporando progresivamente a distintos indizadores nacionales e internacionales que adhieren a esta corriente de publicación, en todos los casos, tras superar exhaustivos procesos de evaluación de calidad editorial. El primer paso fue en 2011 cuando la colección ingresó a la base de datos Lilacs,⁴ uno de los recursos disponibles para consulta dentro de la Biblioteca Virtual en Salud de Bireme-OPS-OMS. En 2013, y tras haber sido calificada con el nivel 1 de excelencia por el cumplimiento de los parámetros de evaluación, pasó a formar parte del catálogo de publicaciones Latindex.⁵

Por último, en 2014, la *RASP* tuvo dos importantes avances: su incorporación a la Plataforma *Open Access* de Revistas Científicas Electrónicas Españolas y Latinoamericanas, *e-Revistas*, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), institución española homologa al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet);⁶ y el ingreso al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas,⁷ conformado por un conjunto de publicaciones científicas y tecnológicas nacionales de distintos campos del conocimiento, con elevada calidad editorial y de contenidos, y regido por mecanismos de evaluación aceptados internacionalmente. La *RASP* actualmente se encuentra en la etapa de adecuación de procesos técnicos y de aspectos de política editorial para su próxima incorporación al proyecto SciELO (*Scientific Electronic Library Online*)⁸, una red de bibliotecas electrónicas integrada por colecciones de revistas científicas en texto completo y con acceso abierto, libre y gratuito. Este próximo paso permitirá, además de incrementar la visibilidad y posicionamiento, obtener indicadores bibliométricos gracias al acuerdo entre el índice de citación de SciELO y el de la Web of Science (WoS), servicio de referencia bibliográfica y bibliométrica internacional de Thomson Reuters.⁹

El corto camino recorrido por esta joven publicación científica argentina no restó intensidad a todos estos logros, que no hubieran sido posibles sin el trabajo abnegado del equipo editorial de la Comisión Nacional

Salud Investiga, coordinado por la Lic. Carolina O'Donnell y el Lic. Marcelo Barbieri, al asesoramiento permanente de nuestro primer Director Científico, el Dr. Abraam Sonis, y al apoyo constante del Ministro de Salud Dr. Juan Manzur.

Dr. Jaime Lazovski

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Ministerio de Salud de la Nación

Cómo citar este artículo: Cinco años de la Revista Argentina de Salud Pública en favor de la comunicación científica abierta y de calidad [editorial]. Rev Argent Salud Pública. 2014; dic;5(21):5-6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Iniciativa de Budapest para el Acceso Abierto. [Disponible en: <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/translations/spanish-translation>] [Último acceso: 1 de septiembre de 2014]
- ² Declaración de Bethesda sobre Publicación de Acceso Abierto. [Disponible en: http://icdlog.net/artides/bethesda_es.html] [Último acceso: 1 de septiembre de 2014]
- ³ Sociedad Max Planck, ed. 2003. La Declaración de Berlín sobre acceso abierto. GeoTrópico, 1 (2), 152-154 [Disponible en: <http://www.geotropico.org/Berlin-t-2.pdf>] [Último acceso: 1 de septiembre de 2014]
- ⁴ Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. [Disponible en: <http://ccs-revcs.bvsalud.org/serial/listbase.php?lang=es&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&orderby=country&Submit=buscar#>] [Último acceso: 1 de diciembre de 2014]
- ⁵ Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Disponible en: <http://www.latindex.org/buscador/ficRev.html?opcion=2&folio=17794>] [Último acceso: 1 de diciembre de 2014]
- ⁶ Plataforma Open Access de Revistas Científicas Electrónicas Españolas y Latinoamericanas. [Disponible en: <http://www.erevistas.fcsic.es/>] [Último acceso: 1 de septiembre de 2014]
- ⁷ Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas. [Disponible en: <http://www.caicyt-conicet.gov.ar/web/nuevas-incorporaciones/>] [Último acceso: 1 de diciembre de 2014]
- ⁸ Scientific Electronic Library Online. [Disponible en: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>] [Último acceso: 1 de diciembre de 2014]
- ⁹ Packer AL. SciELO Citation Index en el Web of Science. SciELO en Perspectiva. Disponible en: [<http://blog.scielo.org/es/2014/02/28/scielo-citation-index-en-el-web-of-science/>] [último acceso: 1 de diciembre de 2014]

ARTÍCULOS ORIGINALES

EVIDENCIA GENERADA A PARTIR DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE FACTORES DE RIESGO DE ARGENTINA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Evidence Generated from the National Risk Factor Surveys in Argentina: Literature Review

Konfino, Jonatan¹; De Maio, Fernando²; Ondarsuhu, Dolores³; Ferrante, Daniel¹; Laspiur, Sebastián¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Las encuestas nacionales de factores de riesgo (ENFR) forman parte del sistema estadístico nacional y se realizan con una periodicidad de cuatro años. **OBJETIVOS:** Analizar, a través de una revisión sistemática de los estudios publicados, la utilización de los datos de las ENFR. **MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda en PubMed y SciELO, y se sumaron artículos identificados a partir de las citas aportadas por artículos de revisión y recomendaciones de autores. **RESULTADOS:** Se seleccionaron 17 estudios de investigación publicados, 12 en inglés y 5 en español, entre 2006 y 2014. En ellos se analizaron los siguientes temas: actividad física baja, hipertensión, control de colesterol, diabetes, obesidad, utilización de servicios preventivos, autopercepción de salud, tabaquismo, exposición al humo de tabaco ajeno y disposición a dejar de fumar, alimentación (consumo de frutas y/o verduras), utilización de sal y consumo de alcohol de riesgo. **CONCLUSIONES:** La ENFR no sólo constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de la epidemia de enfermedades no transmisibles, sino que también es una fuente de datos útil para profundizar el entendimiento de la epidemia a través de estudios de investigación.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The National Risk Factor Surveys (NRFS) are part of the national statistical system and are conducted every four years. **OBJECTIVES:** To analyze the use of NRFS data through a systematic review of published studies. **METHODS:** A search was carried out in PubMed and SciELO, and articles identified from citations from review articles and recommendations of authors were also taken into consideration. **RESULTS:** A total of 17 research studies published in English (N=12) and Spanish (N=5) were selected, dating from 2006 to 2014. On these studies the following topics were analyzed: low physical activity, high blood pressure, cholesterol control, diabetes, obesity, use of preventive services, smoking self-perception, exposure to secondhand smoke and willingness to stop smoking, diet (consumption of fruits and/or vegetables), use of salt and binge drinking. **CONCLUSIONS:** The NRFS is not only a key tool to monitor the non-communicable disease epidemic, but also a useful source of data to develop research studies which deepen the understanding of the epidemic.

PALABRAS CLAVE: Vigilancia epidemiológica - Factores de riesgo - Enfermedades no transmisibles

¹ Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina

² Department of Sociology, DePaul University, Chicago, IL

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Buenos Aires, Argentina

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FDM recibió apoyo financiero del University Research Council de DePaul

FECHA DE RECEPCIÓN: 26 de septiembre de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Jonatan Konfino
Correo electrónico: jkonfino@msal.gov.ar

Nº REGISTRO ReNIS: IS000627

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Región de las Américas mueren 4,45 millones de personas por año por enfermedades no transmisibles (ENT), y el 37% de esos fallecimientos ocurren en menores de 70 años.¹ En Argentina, el panorama es similar: las ENT son responsables del 65% de las muertes.² Durante los últimos años, los cambios culturales, económicos y sociales generados por el envejecimiento poblacional, la urbanización, la aparición de nuevas tecnologías y la globalización determinaron condiciones, conductas y estilos de vida que aumentan el riesgo de desarrollar estas enfermedades.^{3,4} El cambio del perfil de riesgo poblacional se evidenció en Argentina con el aumento de la alimentación inadecuada, la inactividad física, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.⁵ Estos factores de riesgo podrían empeorar aún más la salud de la población si no se profundiza el entendimiento de la epidemia de ENT en el país y desarrollan nuevas intervenciones poblacionales para controlarlas, o se mejoran las existentes.^{6,7}

Por ello, es necesario contar con información apropiada, oportuna y organizada en un sistema que permita diseñar políticas, evaluar en forma continua el progreso de las acciones, reasignar recursos y monitorear las políticas de salud implementadas. En la literatura se recomienda realizar un monitoreo (vigilancia) de las ENT y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos provincial, nacional, regional y mundial, ya que es la estrategia más costo-efectiva que permite obtener información años antes de la ocurrencia de la enfermedad.⁸ La Organización Panamericana de la Salud/OMS, a través de su estrategia STEPS,⁹ sugiere una metodología estandarizada de recolección, análisis y diseminación de datos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica en ENT. Argentina, en virtud de dichas recomendaciones, desarrolló las encuestas nacionales de factores de riesgo (ENFR), que forman parte del sistema estadístico nacional (específicamente del sistema de vigilancia de ENT) y se realizan con una periodicidad de cuatro años. Las ENFR son estudios de corte transversal, que permiten vigilar la prevalencia de factores de riesgo de ENT y evaluar su evolución. El diseño muestral es probabilístico, estratificado y multietápico. Se efectúa en localidades de 5.000 habitantes o más y recoge datos con representatividad nacional y provincial.⁵ La primera implementación fue en 2005, la segunda en 2009 y la tercera, que se encuentra en la etapa de procesamiento de los resultados, en 2013.

Hasta ahora, no se ha realizado una revisión sistemática de publicaciones basadas en ENFR. El objetivo de este trabajo fue analizar, a través de una revisión sistemática de los estudios publicados: a) la utilización de los datos de la ENFR (qué preguntas de investigación se exploraron, qué métodos estadísticos se utilizaron, cómo contribuyó la ENFR al entendimiento de la situación sanitaria argentina); b) las limitaciones halladas a la hora de identificar áreas de interés para futuras investigaciones.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en PubMed y SciELO, sin restricciones de temporalidad y con las siguientes palabras: (Encuesta nacional [mesh] OR factores de riesgo*[tiab] OR gradientes sociales*[tiab] OR inequidad*[tiab]) AND (Argentina [mesh] OR América Latina*[tiab]ALL); y (national survey [mesh] OR risk factors *[tiab] OR social gradients*[tiab] OR inequity*[tiab]) AND (Argentina [mesh] OR Latin America*[tiab]ALL). La búsqueda en castellano arrojó 2 artículos; la realizada en inglés, 157.

Además, se consultó a expertos en el tema para minimizar el eventual sesgo de publicación. Los artículos relevantes atravesaron dos procesos: a) se identificaron por títulos y resúmenes de las citas para una preselección, en caso de que cumplieran el criterio de tomar como fuente de datos alguna de las ENFR; b) los estudios preseleccionados fueron sometidos a dos revisores (JK y FDM) en forma independiente, quienes evaluaron los criterios de inclusión. Se incluyeron únicamente los artículos que habían utilizado como fuente de datos alguna de las ENFR realizadas en

Argentina. Quedaron excluidos los estudios que no eran artículos originales. La información relevante de los artículos se extrajo mediante un formulario específico, que consignó los siguientes datos: autor principal, descripción del estudio, año de publicación, idioma de publicación, objetivo/pregunta de investigación, fuente de datos, tipo de análisis utilizado y resultados obtenidos. Las discrepancias fueron resueltas por consenso entre ambos revisores o, en caso de persistir, con la participación de un tercero (DO).

Para minimizar el eventual sesgo de publicación se contactó a expertos en el tema para indagar sobre el conocimiento de estudios adicionales.

RESULTADOS

Se encontraron 159 estudios, se excluyeron 142 y se seleccionaron 17 estudios de investigación publicados: 12 en inglés y 5 en español, entre 2006 y 2014. En ellos se analizaron los siguientes temas: actividad física baja,¹⁰⁻¹⁴ hipertensión,¹¹⁻¹⁶ control de colesterol,^{11,13} diabetes,^{10,12-18} obesidad,^{10-16,18} utilización de servicios preventivos,^{11,14,19-21} autopercepción de salud,^{11,18,22,23} tabaquismo,^{11,13-15,24,25} exposición al humo de tabaco ajeno^{11,24} y disposición a dejar de fumar,²⁴ alimentación (consumo de frutas y/o verduras),^{11,12,14,18} utilización de sal¹¹ y consumo de alcohol de riesgo (Tabla 1).^{11,14}

En relación con la autoría de los estudios, 10 fueron desarrollados colaborativamente entre investigadores pertenecientes a instituciones argentinas e internacionales y 7 fueron elaborados exclusivamente por autores pertenecientes a centros nacionales. La mayoría de los estudios (N=12) fueron publicados solamente en inglés.

Buena parte de los estudios evaluaron las ENT de manera descriptiva, tanto a partir del análisis de las prevalencias arrojadas por las encuestas como a través del análisis de los patrones socioeconómicos, utilizando principalmente el nivel educativo y el rango de ingresos. Varias investigaciones^{7,10,12,15,16,18,24,26} abordaron múltiples factores de riesgo. Mientras algunos autores trabajaron en la elaboración de patrones y gradientes socioeconómicos,^{10,12,16,18,24} otros realizaron un análisis descriptivo de la distribución de las prevalencias.^{14,26} También se usaron los datos para estimar la carga de enfermedad cardiovascular atribuible a factores de riesgo modificables y analizar la costo-efectividad de las intervenciones preventivas.¹³

Los temas más estudiados en los artículos revisados fueron la diabetes y el tabaquismo. Una de las investigaciones mostró que la prevalencia de diabetes había crecido del 8,4% (IC 95%: 7,8-9,1) en 2005 al 9,6% (IC 95%: 9,1-10,1) en 2009.¹¹ Varios estudios exploraron patrones socioeconómicos con diabetes. Usando la ENFR 2005, un trabajo demostró que las personas con mayor nivel socioeconómico tenían menos probabilidad de tener diabetes (OR 0,85, p=0,11 para hombres; OR 0,80, p=0,015 para mujeres).¹² El mismo estudio descubrió que la relación entre nivel socioeconómico y diabetes estaba vinculada con el nivel de urbanización del lugar de residencia. También se investigó si el crecimiento en diabetes entre 2005 y 2009 se reflejaba en cambios

TABLA 1. Estudios que utilizan a ENFR como fuente de datos.

Rubinstein et al., 2014	
Título: Increased Prevalence of Diabetes in Argentina is Due to Easier Health Care Access rather than to an Actual Increase in Prevalence	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Evaluar el efecto independiente del control de glucemia reciente sobre el aumento del autorreporte de diabetes entre 2005 y 2009.	
Fuente de datos: ENFR 2005 y 2009	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: El aumento de la prevalencia de diabetes entre 2005 y 2009 podría indicar una mejora en el acceso a los servicios preventivos.	
Miranda et al., 2013	
Título: Major Cardiovascular Risk Factors in Latin America: A Comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Comparar los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en América Latina y Estados Unidos.	
Fuente de datos: ENFR 2005	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: Los principales factores de riesgo cardiovascular son muy prevalentes en América Latina, en particular, colesterol HDL bajo. Además, existen marcadas diferencias en el perfil de prevalencias de América Latina y Estados Unidos.	
Linetzky et al., 2012	
Título: Sex-Stratified Socio-Economic Gradients in Physical Inactivity, Obesity, and Diabetes: Evidence of Short-Term Changes in Argentina.	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Describir cómo los gradientes socioeconómicos de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo se modifican en el tiempo.	
Fuente de datos: ENFR 2005 y 2009	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: Las desigualdades en la actividad física, la obesidad y la diabetes han aumentado en Argentina durante un período corto.	
Jahangir et al., 2012	
Título: Need, Enabling, Predisposing, and Behavioral Determinants of Access to Preventative Care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors.	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Analizar los determinantes del acceso a la atención preventiva en Argentina.	
Fuente de datos: ENFR 2005 y 2009	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: Los determinantes predisponentes (específicamente la cobertura de salud) y de necesidad fueron asociados con la utilización.	
De Maio et al., 2012	
Título: Changes in the Social Gradients for Pap Smears and Mammograms in Argentina: Evidence from the 2005 and 2009 National Risk Factor Surveys	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Identificar cambios en los gradientes sociales para la realización de Papanicolaou y mamografía en Argentina.	
Fuente de datos: ENFR 2005 y 2009	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: Los gradientes sociales en la detección del cáncer cambiaron en Argentina. Hubo signos de reducción de las desigualdades en las mamografías, aunque fueron atenuados por la persistencia de algunas inequidades en PAP.	
De Maio et al., 2012	
Título: Extending the Income Inequality Hypothesis: Ecological Results from the 2005 and 2009 Argentina National Risk Factor Surveys	
Idioma: Inglés	
Objetivo/pregunta de investigación: Analizar la relación entre inequidad y estado de salud.	
Fuente de datos: ENFR 2005 y 2009	
Análisis: Regresión logística	
Resultados: Existe una relación directa entre la inequidad medida por el coeficiente de Gini y el peor estado de salud. Utilizando el Índice de Entropía Generalizada existe cierta correlación, pero es más fuerte entre quienes tienen mayores ingresos.	

TABLA 1. Estudios que utilizan a las ENFR como fuente de datos.

Ferrante et al., 2011
Título: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal
Idioma: Español
Objetivo/pregunta de investigación: Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y describir su frecuencia por subgrupos.
Fuente de datos: ENFR 2009
Análisis: Prevalencias de los indicadores considerando el diseño muestral complejo de la encuesta
Resultados: Si se compara la ENFR 2005 con la ENFR 2009, disminuyeron el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, mientras que aumentaron la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la diabetes.
Fleischer et al., 2011
Título: Socioeconomic Gradients in Chronic Disease Risk Factors in Middle-Income Countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Analizar la asociación entre nivel socioeconómico y factores de riesgo y la heterogeneidad de este patrón según urbanicidad.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Regresión logística
Resultados: Aumentó la carga de factores de riesgo para ENT entre la población de menor nivel socioeconómico, especialmente en áreas urbanas.
Fleischer et al., 2011
Título: Socioeconomic Patterning in Tobacco Use in Argentina, 2005
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Analizar el patrón socioeconómico del estatus tabáquico, la intensidad del consumo y la preparación para dejar.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Regresión multinomial logística y ordinal cuadrada
Resultados: El mayor nivel socioeconómico se asoció con menor consumo en hombres (especialmente en jóvenes) y con mayor probabilidad de dejar de fumar en ambos sexos.
Rubinstein et al., 2010
Título: Estimation of the Burden of Cardiovascular Disease Attributable to Modifiable Risk Factors and Cost-Effectiveness Analysis of Preventative Interventions to Reduce this Burden in Argentina
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Estimar la carga de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular y la costo-efectividad de intervenciones poblacionales.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Modelos de simulación
Resultados: 611.635 años de vida ajustados a discapacidad (AVADs) fueron perdidos por enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular en 2005. Los factores de riesgo modificables explicaron el 71% de los AVADs y más del 80% de los eventos. Fue costo-efectivo reducir el consumo poblacional de sodio y aplicar el tratamiento con píldora multidroga a personas con Riesgo Cardiovascular Global >20%.
De Maio et al., 2009
Título: An Average/Deprivation/Inequality (ADI) Analysis of Chronic Disease Outcomes and Risk Factors in Argentina
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Analizar gradientes por características socioeconómicas y demográficas
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Análisis multivariado y de promedio/deprivación/inequidad
Resultados: El nivel educativo (seguido del nivel de ingresos) fue la variable explicativa más importante. Cuanto mayor era el nivel educativo y el nivel de ingresos, menor era la autopercepción de mala salud, la dieta inadecuada, la obesidad y la diabetes.
Alazraqui et al., 2009
Título: Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005
Idioma: Español
Objetivo/pregunta de investigación: Describir el impacto de las características demográficas y socioeconómicas a nivel individual y de las características socioeconómicas de la vecindad en el estado de salud auto-referida a nivel individual.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Regresión logística y análisis multinivel
Resultados: Se observó una relación directa entre el menor nivel educativo de la comunidad y la mala salud autopercebida a nivel individual.

Arrosi et al., 2008
Título: Social Inequality in Pap Smear Coverage: Identifying Under-Users of Cervical Cancer Screening in Argentina
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Demostrar la extensión de la inequidad social para que los tomadores de decisiones tengan evidencia para llegar a las mujeres con menor acceso al rastreo.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Regresión logística
Resultados: Las mujeres pobres, solteras, desempleadas, con menor nivel educativo, menor acceso a los cuidados de salud y mayores de 65 años eran subutilizadoras del rastreo.
Fleischer et al., 2008
Título: Social Patterning of Chronic Disease Risk Factors in a Latin American City
Idioma: Inglés
Objetivo/pregunta de investigación: Investigar la asociación entre el nivel socioeconómico individual y del área de vivienda con los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Regresión logística
Resultados: El índice de masa corporal y la obesidad estaban inversamente relacionados con educación e ingreso en las mujeres. El bajo nivel educativo y de ingresos estaba asociado a un aumento de la probabilidad de tener hipertensión, y el bajo nivel educativo estaba fuertemente asociado a una mayor probabilidad de diagnóstico de diabetes.
Cardone et al., 2008
Título: Tabaquismo en médicos y en la población general. Comparación de los resultados del estudio TAMARA y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005
Idioma: Español
Objetivo/pregunta de investigación: Comparar la prevalencia de tabaquismo entre los médicos del Estudio TAMARA y la población general.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Chi cuadrado
Resultados: Los médicos tenían una prevalencia de consumo similar a la población general.
Rubinstein, 2007
Título: Factores de riesgo y beneficios económicos del mejoramiento de la salud
Idioma: Español
Objetivo/pregunta de investigación: Describir los resultados de la ENFR 2005, el concepto de factor de riesgo múltiple y la importancia de las inversiones efectivas en salud para el desarrollo humano y el crecimiento económico.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Comentario editorial
Resultados: No aplica
Ferrante et al., 2006
Título: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales
Idioma: Español
Objetivo/pregunta de investigación: Describir la prevalencia de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según la ENFR 2005.
Fuente de datos: ENFR 2005
Análisis: Prevalencias de los indicadores considerando el diseño muestral complejo de la encuesta
Resultados: Actividad física baja 46,2%, consumo de tabaco 29,7%, presión arterial elevada 34,4% (en personas que se controlaron), sobrepeso-obesidad 49,1%, bajo consumo de frutas y verduras 35,3%, diabetes 11,9% (en personas que se controlaron), colesterol elevado 27,8% (en personas que se controlaron) y consumo de alcohol de riesgo 9,6%. Se observó mayor prevalencia en la población de menores ingresos, con necesidades básicas insatisfechas y menor nivel educativo.

Fuente: elaboración propia

en los gradientes sociales, y se observó que el gradiente se había ensanchado para hombres.¹⁰ Al mismo tiempo, estos estudios reconocen la limitación de los datos auto-reportados. El problema es particularmente importante en relación con la diabetes, que está subdiagnosticada en

América Latina y especialmente en áreas rurales. En efecto, los datos pueden mostrar menos casos de los que realmente hay. Y el crecimiento observado en la prevalencia podría ser consecuencia de una mejora en el acceso a la medición del azúcar en sangre.¹⁷

La información de las ENFR sobre consumo de tabaco fue utilizada para realizar comparaciones entre distintas poblaciones y para estudiar sus patrones socioeconómicos. Una investigación analizó el patrón de la condición de fumador, la intensidad del consumo y la preparación para la cesación.²⁴ En otra, se cotejó el consumo de tabaco de los médicos con el de la población general.²⁵ Asimismo, hubo estudios que realizaron un análisis descriptivo de las principales prevalencias obtenidas en ambas encuestas, incluyendo al tabaquismo.^{11,26}

El estado de salud general se analizó en cuatro estudios. Un trabajo investigó el patrón social en autopercepción de salud y reveló diferencias por nivel de educación y ingreso.¹⁸ Por otra parte, la relación ecológica entre el porcentaje de adultos que reportaron tener mala salud y el nivel de desigualdad económica de su provincia fue explorado mediante varios indicadores de desigualdad, entre ellos el coeficiente Gini y la Generalized Entropy Index.²² También se observó una relación directa entre el bajo nivel educativo de la comunidad y la mala autopercepción de la salud a nivel individual en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.²³ Asimismo, dos estudios realizaron un análisis descriptivo de la prevalencia de salud general mala o regular en 2005 y 2009.^{11,26}

El cáncer de cuello uterino se estudió a partir de las estimaciones de realización de Papanicolaou,^{20,21} y una de estas investigaciones²¹ se centró en la extensión de la inequidad social con el objetivo de identificar a las mujeres con menos acceso al rastreo en base a los datos de 2005. Otro trabajo detectó los cambios en los gradientes sociales comparando ambas encuestas.²⁰

DISCUSIÓN

La información inicial arrojada por los estudios suele estar conformada por promedios de prevalencias nacionales o jurisdiccionales.^{14,26} Si bien este insumo es fundamental para la toma de decisiones, también resulta necesario saber qué hay detrás de los valores agregados para identificar potenciales brechas entre niveles socioeconómicos y conocer la influencia de los determinantes sociales de la salud.⁴ Por ello, muchas investigaciones se han centrado en la contextualización de los hallazgos a nivel individual, que revelan el entorno en el que se desenvuelve la persona y que influye en su estado de salud.²⁷

La implementación periódica de las ENFR como parte del sistema estadístico nacional resulta clave para monitorear la evolución de la epidemia de ENT en Argentina. Aunque la información acerca de las ENT puede complementarse con otras fuentes, incluso secundarias, la envergadura de este insumo de base poblacional permite plantear hipótesis y desarrollar estudios de investigación con distintos enfoques, que abarcan desde el análisis descriptivo de las variables relevadas a la profundización sobre el contexto en el cual están presentes estas enfermedades y factores de riesgo. Además, si bien no constituye un estudio específico de impacto de políticas públicas, en parte es útil para observar cómo inciden las políticas implementadas en la salud de la

población y evaluar su evolución en el tiempo.

Los resultados de estos estudios revelan el avance de la epidemia de ENT en Argentina, con incrementos en la prevalencia de obesidad, diabetes e inactividad física. Múltiples investigaciones coinciden en el papel de los factores socioeconómicos (nivel educativo y nivel de ingreso) como determinantes del estado de salud de la población. Por otro lado, se ha descrito también un incremento en el acceso a la realización de prácticas preventivas.

Es importante reconocer algunas limitaciones del presente estudio. Dado que sus conclusiones se basan en trabajos publicados en inglés o español en revistas científicas indizadas en PubMed y SciELO, pueden existir artículos en otros idiomas, no publicados y/o publicados en otras revistas que no se hayan encontrado. La inminente publicación de los resultados de la tercera ENFR permitirá continuar las líneas de investigación planteadas en los estudios descriptos en este artículo y seguramente será una oportunidad para abordar los datos desde otra perspectiva.

Sin embargo, sigue habiendo oportunidades para profundizar la investigación a partir de las ENFR. Podría ser interesante utilizar sus datos para comparar la situación de Argentina con la de otros países, como lo ha hecho un estudio.¹⁵ La globalización y el entorno son factores que determinan, al menos parcialmente, la exposición a las ENT,²⁸⁻³⁰ por lo cual es indispensable evaluar y cotejar la situación de las ENT a nivel regional, como se ha hecho con la epidemia de tabaquismo y los casos de Argentina y Uruguay.³¹ Además, los investigadores podrían analizar las ENFR en combinación con otras fuentes de datos. Por ejemplo, se ha demostrado la utilidad de enlazar la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes con el Censo Nacional en Argentina.³² Sin embargo, hasta ahora, pocos investigadores han seguido esta estrategia, y tal vez perdieron la oportunidad de potenciar la riqueza de otras fuentes de datos. Finalmente, muchos estudios sobre la ENFR se han basado en análisis de regresión, que incorporan solamente características del encuestado. Sería útil adoptar una estrategia de análisis multinivel, en la que puedan sumarse las características del encuestado y, al mismo tiempo, las de su entorno.

En conclusión, la ENFR no sólo constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de la epidemia de ENT en particular y el análisis de salud pública en general, sino que también es una fuente de datos útil para desarrollar estudios de investigación dirigidos a profundizar el entendimiento de las ENT y sus factores de riesgo.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El presente análisis puede contribuir a mejorar el entendimiento de la epidemia de ENT en Argentina.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Como se desprende de este estudio, la epidemia de ENT está influenciada por los determinantes sociales y por el

entorno en el cual las personas se desarrollan. En consecuencia, es necesario que el equipo de salud conozca esos determinantes y articule con otros sectores que ayuden a revertir la epidemia.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Esta revisión de la literatura muestra la potencialidad que tienen las ENFR como fuente de datos primaria para desarrollar investigaciones.

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

Cómo citar este artículo: Konfino J, De Maio F, Ondarsuho D, Ferrante D, Laspiur S. Evidencia generada a partir de las encuestas nacionales de factores de riesgo de Argentina: revisión de la literatura. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):7-13.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas, 2007. Washington DC, 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2010. [Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro54.pdf>] [Último acceso: 9 de marzo de 2015]
- WHO. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires, 2011.
- Konfino J, Martínez E, Mejía R, Ferrante D. Determinación de metas de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles para 2016. Revista Argentina de Salud Pública. 2013;4(14):6-11.
- Ferrante D, Virgolini M. Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Rev Argent Cardiol. 2005;73(3):221-7.
- Konfino J, Ferrante D. Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental. Río de Janeiro: ISACS; 2013.
- El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. [Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/es/>]. [Último acceso: 25 de febrero de 2015].
- Linetsky B, De Maio FG, Ferrante D, Konfino J, Boissonet C. Sex-Stratified Socio-Economic Gradients in Physical Inactivity, Obesity, and Diabetes: Evidence of Short-Term Changes in Argentina. International Journal of Public Health. 2013;58(2):277-84.
- Ferrante D, Linetsky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública. 2011;2(6):34-41.
- Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, De Maio F. Socioeconomic Gradients in Chronic Disease Risk Factors in Middle-Income Countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina. Am J Public Health. 2011;101(2):294-301. PubMed PMID: 21164095. Epub 2010/12/18. eng.
- Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, Marti SG, Kopitowski K, et al. Estimation of the Burden of Cardiovascular Disease Attributable to Modifiable Risk Factors and Cost-Effectiveness Analysis of Preventative Interventions to Reduce this Burden in Argentina. BMC Public Health. 2010;10(627). PubMed PMID: 20961456. Pubmed Central PMCID: 2970607. Epub 2010/10/22. eng.
- Rubinstein A. Factores de riesgo y beneficios económicos del mejoramiento de la salud. Evid Actual Pract Ambul. 2007;10(4):98-100.
- Miranda JJ, Herrera VM, Chirinos JA, Gómez LF, Perel P, Pichardo R, et al. Major Cardiovascular Risk Factors in Latin America: A Comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). PLoS One. 2013;8(1):e54056. PubMed PMID: 23349785. Pubmed Central PMCID: 3547948.
- Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H. Social Patterning of Chronic Disease Risk Factors in a Latin American City. J Urban Health. 2008;85(6):923-37. PubMed PMID: 18830819.
- Rubinstein A, Gutiérrez L, Beratarrechea A, Irazola VE. Increased Prevalence of Diabetes in Argentina is Due to Easier Health Care Access rather than to an Actual Increase in Prevalence. PLoS One. 2014;9(4):e92245. PubMed PMID: 24699429. Pubmed Central PMCID: 3974703.
- De Maio FG, Linetsky B, Virgolini M. An Average / Deprivation / Inequality (ADI) Analysis of Chronic Disease Outcomes and Risk Factors in Argentina. Population Health Metrics. 2009;7(8).
- Jahangir E, Irazola V, Rubinstein A. Need, Enabling, Predisposing, and Behavioral Determinants of Access to Preventative Care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors. PLoS One. 2012;7(9):e45053. PubMed PMID: 22984608. Pubmed Central PMCID: 3440415. Epub 2012/09/18. eng.
- De Maio FG, Linetsky B, Ferrante D. Changes in the Social Gradients for Pap Smears and Mammograms in Argentina: Evidence from the 2005 and 2009 National Risk Factor Surveys. Public Health. 2012;126(10):821-6.
- Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social Inequality in Pap Smear Coverage: Identifying Under-Users of Cervical Cancer Screening in Argentina. Reprod Health Matters. 2008;16(32):50-8. PubMed PMID: 19027622. Epub 2008/11/26. eng.
- De Maio FG, Linetsky B, Ferrante D, Fleischer NL. Extending the Income Inequality Hypothesis: Ecological Results from the 2005 and 2009 Argentine National Risk Factor Surveys. Glob Public Health. 2012;7(6):635-47. PubMed PMID: 22380543. Epub 2012/03/03. eng.
- Alazraqui M, Diez Roux AV, Fleischer N, Spinelli H. [Self-Rated Health and Social Inequalities, Buenos Aires, Argentina, 2005]. Cad Saude Publica. 2009;25(9):1990-2000. PubMed PMID: 19750386. Epub 2009/09/15.
- Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, Lantz PM. Socioeconomic Patterning in Tobacco Use in Argentina, 2005. Nicotine Tob Res. 2011;13(10):894-902. PubMed PMID: 21622491. Pubmed Central PMCID: 3179667. Epub 2011/05/31. eng.
- Cardone AJ, Zylbersztejn HM, Ferrante D, Borraacci RA. Tabaquismo en médicos y en la población general. Comparación de los resultados del estudio TAMARA y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Rev Argent Cardiol. 2008;76:375-8.
- Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Rev Argent Cardiol. 2007;75:20-9.
- De Maio FG. Understanding Chronic Non-Communicable Diseases in Latin America: Towards an Equity-Based Research Agenda. Global Health. 2011;7:36. PubMed PMID: 21981767. Pubmed Central PMCID: 3193810.
- Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the Prevention and Control of Non-Communicable Disease: The Neglected Chronic Diseases of Adults. The Lancet. 2003;362(9387):903-8. PubMed PMID: 13678979.
- Sobal J. Commentary: Globalization and the Epidemiology of Obesity. Int J Epidemiol. 2001;30(5):1136-7. PubMed PMID: 11689535. Epub 2001/11/02. eng.
- De Maio FG. Global Health Inequities. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014.
- De Maio FG, Konfino J, Ondarsuho D, Goldberg L, Linetsky B, Ferrante D. Sex-Stratified and Age-Adjusted Social Gradients in Tobacco in Argentina and Uruguay: Evidence from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Tob Control. 2014 Jul 1. pii: tobaccocontrol-2013-051525. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051525. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24985731.
- Linetsky B, Mejía R, Ferrante D, De Maio FG, Diez Roux AV. Socioeconomic Status and Tobacco Consumption among Adolescents: A Multilevel Analysis of Argentina's Global Youth Tobacco Survey. Nicotine Tob Res. 2012;14(9):1092-9. PubMed PMID: 22394595. Pubmed Central PMCID: 3529606.

ARTÍCULOS ORIGINALES

BARRERAS DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y USUARIAS

Gender Barriers to Cardiovascular Prevention: Attitudes and Knowledge of Health Care Professionals and Women Users

Débora Tajer,¹ Ana Fernández,¹ Laura Antonietti,² Agostina Chiodi,³ Adriana Salazar,⁴ Isabel Barrera,¹ Lucero Juárez⁵

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La enfermedad cardiovascular en mujeres constituye un tema de relevancia epidemiológica en Argentina y debe ser abordada desde una perspectiva integral. OBJETIVOS: Indagar acerca de los imaginarios de profesionales y usuarias del sistema sanitario, que podrían operar como barreras para la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en mujeres. MÉTODOS: Estudio descriptivo que incluyó: entrevistas a médicos/as e informantes clave, dispositivos grupales de cardiólogos/as y encuestas a usuarias de servicios de Cardiología de un centro público y uno privado. Se realizó un análisis cualicuantitativo de la información recogida. RESULTADOS: Se observó que los/as profesionales perciben especificidades y rasgos diferenciales de la enfermedad cardiovascular en mujeres, aunque tienen dificultad para conceptualizarlos y traducirlos en cambios en sus prácticas clínicas. Se observó vulnerabilidad de clase y género como determinante de riesgo cardiovascular, con predominio del paradigma de la igualdad de atención en los imaginarios. En las usuarias se identificó que hay percepción del riesgo psicosocial en enfermedad cardiovascular, aunque con brechas entre percepción y prácticas. Se observaron discordancias entre los imaginarios de los/as profesionales y el de las usuarias del sistema de salud. CONCLUSIONES: Los resultados muestran que existen sesgos en los imaginarios de género en relación con la salud cardiovascular que operan como barreras para adoptar estrategias preventivas eficaces en enfermedad cardiovascular dirigidas a mujeres. La revisión de estos imaginarios puede promover mayores grados de equidad de género en la calidad de prevención y en el acceso a la atención.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Cardiovascular disease in women is an issue of epidemiological relevance in Argentina, which should be approached from a holistic perspective. OBJECTIVES: To investigate the imaginary of health system professionals and women users, that could act as a barrier for the prevention and treatment of cardiovascular disease in this group. METHODS: Descriptive study that included: interviews to physicians and clue actors, group mechanisms for cardiologists, and surveys to users of public and private cardiology services. A qualitative and quantitative analysis was performed. RESULTS: Professionals perceived some specific features of cardiovascular disease in women, although there were still difficulties for conceptualize and make changes in clinical practices. Class and gender vulnerability was seen as a determinant of cardiovascular risk, under the prevalent paradigm of equality in health care. Female users showed psychosocial risk perception, with differences between beliefs and practices. Some differences were observed between imaginaries of professionals and health system female users. CONCLUSIONS: Some bias between gender-related imaginary regarding cardiovascular health are still present, and they can hinder the adoption of effective preventive strategies for manage cardiovascular disease in women. By reviewing this, it would be possible to achieve a higher degree of gender equity in terms of prevention quality and health care access.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad coronaria - Prevención - Mujeres - Género - Percepción social

KEY WORDS: Coronary heart disease - Prevention - Women - Gender - Social perception

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

² Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

³ Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos.

⁴ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno.

⁵ Colegio de Sonora, México.

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de septiembre de 2013

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Débora Tajer
Correo electrónico: dtajer@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular constituye la segunda causa de muerte en mujeres de 35 a 54 años en Argentina.¹ Los imaginarios de profesionales y de la comunidad siguen considerándola una enfermedad de varones, pese a las evidencias de aumento de su incidencia en mujeres.²⁻⁵ Se han producido algunos avances para incorporar una perspectiva de género en el abordaje de la enfermedad coronaria, tanto a nivel internacional como nacional.⁵⁻¹⁸

Sin embargo, 20 años después de que se describieran diferencias de género en el manejo de esta patología^{6,7} y que afectan la equidad en la calidad de la atención, parecen persistir desigualdades en las prácticas preventivas y terapéuticas entre varones y mujeres.^{8,9}

Las asimetrías de género establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que pueden y deben cumplir los varones y las mujeres en el marco de las formas actuales del patriarcado. Esto determina distintos modos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir.^{8, 17-22} Estas asimetrías se articulan con otras —edad, etnia, clase social— y definen perfiles de morbilidad específicos, así como modelos diferenciales de atención y prevención de la enfermedad. La incorporación de las dimensiones de la subjetividad⁴ en la enfermedad cardiovascular permite identificar y entender la especificidad de la vulnerabilidad de las mujeres, lo que contribuye a generar avances en la equidad de género⁸ y a formular políticas públicas más eficaces que consideren criterios preventivos diferenciales para varones y mujeres.

La hipótesis de este estudio es que existen sesgos de género en la identificación de los modos diferenciales de las mujeres de enfermar, consultar y ser atendidas por enfermedad coronaria, que operarían como barreras en la prevención de esta patología (entendiendo como barreras a los patrones, normas, obstáculos o valores que dificultan, limitan o impiden la capacidad de agencia para tomar decisiones y modificar su entorno).²³⁻²⁴

Estos sesgos en los modelos de atención llevarían a invisibilizar la complejidad biopsicosocial de la enfermedad y estarían presentes en los modos de promover medidas preventivas, en la falta de identificación de factores de riesgo específicos y en la escasez de recomendaciones preventivas para mujeres en etapa fértil, lo que aumentaría la vulnerabilidad coronaria en etapas vitales posteriores.

El objetivo de este estudio fue indagar los imaginarios de profesionales y usuarias del sistema sanitario, que podrían operar como barreras para la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en mujeres.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el que se combinaron diversas herramientas para el trabajo de campo y recolección de datos: encuestas a usuarias, entrevistas a médicos/as e informantes clave, y dispositivos grupales de indagación a cardiólogos.²⁵

La población objetivo estuvo compuesta por profesionales de ambos sexos, informantes clave y mujeres usuarias de servicios de Cardiología de dos efectores de salud: el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), establecimiento privado y ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y el Hospital El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner" (HEC), de carácter público y localizado en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires.

Se incluyó a médicos/as especialistas en Cardiología, Ginecología, Clínica, Medicina General y de Familia que realizaban atención ambulatoria y a mujeres de 35 o más años usuarias de los servicios de Cardiología de los efectores mencionados. Los informantes clave fueron profesionales considerados referentes en temas de Salud Pública, enfermedad cardiovascular y estudios de género.

Para las entrevistas a profesionales se definió un muestreo finalístico, mientras que para las encuestas a usuarias se efectuó un muestreo aleatorio por conglomerados según días de atención en cada centro. En ambos centros se realizaron dispositivos grupales de indagación a médicos/as cardiólogos/as —con ejes temáticos previamente establecidos— y entrevistas en profundidad a informantes clave, cuya información fue triangulada con los hallazgos de las entrevistas a profesionales y de las encuestas a usuarias.

Los instrumentos de recolección de datos fueron diseñados por el equipo de investigación, que se basó en estudios previos relacionados con el tema.⁵⁻²⁷ Se utilizó un formulario de consentimiento informado y se contó con la aprobación de los Comités de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y del HEC.

RESULTADOS

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas a cardiólogos/as, con una edad media de 48 ± 11 años en CEMIC y 36 ± 4 años en HEC, y mayor proporción de varones en ambos efectores (70%).

La mayoría manifestó que no percibía diferencias en la relación médico/a-paciente entre pacientes mujeres o varones. Más de la mitad (60%) de los/as entrevistados/as de ambos efectores opinó que las mujeres registran en forma más tardía que los varones su propia vulnerabilidad coronaria; y que una gran proporción de pacientes cree que las mujeres mueren sólo de cáncer de mama o útero. Sin embargo, los/as cardiólogos/as observaron que en los últimos años hay una mayor conciencia (especialmente en la población femenina de sectores medios y altos) de que la enfermedad coronaria también las afecta.

El 50% de CEMIC y el 70% de HEC consideraron que las mujeres consultan más y más tempranamente en el sistema de salud en general, pero que esta conducta se invierte en la especialidad cardiológica.

En ambos centros consideraron que es más probable que un cuadro coronario en mujeres sea sub-diagnosticado en una guardia cuando no hay cardiólogos/as, y que existen sesgos en la identificación temprana de síntomas coronarios en mujeres aunque —una vez hecho el diagnóstico— no habría diferencias en el acceso al tratamiento. La mayoría reconoció que la sospecha de enfermedad coronaria es menos probable frente a síntomas inespecíficos en mujeres que en varones. Uno de los comentarios se centró en el reconocimiento de la existencia de un imaginario en el mundo médico vinculado a lo psicológico "las mujeres son histéricas" como contraposición a que "no tienen enfermedad coronaria", vinculado a lo biomédico y que pese a que las mujeres son más difíciles de diagnosticar, son "más valientes", no lloran en las intervenciones ni se quejan, algo que sí ocurre con los hombres consultantes. Identificaron una dificultad en incorporar las condiciones de vida y los factores psicológicos como parte de la vulnerabilidad coronaria. En una de las entrevistas se señaló que "una de las diferencias en las condiciones de vida es que

las mujeres se ocupan más del marido y de los hijos que de sí mismas”. Asimismo, cuando se les plantearon casos hipotéticos, los/as profesionales asignaron menor alerta de riesgo y vulnerabilidad coronaria a todos aquellos que no incluían factores biomédicos, aun cuando los factores psicosociales eran de alto riesgo.

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas a médicos/as clínicos/as, ginecólogos/as, de familia y generalistas, con una media de edad de 42±12 años en CEMIC y 48±9 años en HEC. La mayoría en el efector privado consideró que el riesgo de las mujeres se construye a lo largo de la vida y se dispara a partir del climaterio. Asimismo, afirmaron que las mujeres no suelen considerarse grupo de riesgo cardiovascular (por lo que sería necesario proporcionar más información en las consultas) y que las enfermedades más visibles para las mujeres son los tumores ginecológicos, la osteoporosis, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. La mayoría consideró que las mujeres con historia familiar coronaria y las fumadoras están más advertidas sobre su riesgo.

El 40% de los/as entrevistados/as en CEMIC consideró muy importante la detección y cuidado precoz de trombosis en relación con la anticoncepción prolongada por su asociación con la construcción del riesgo cardiovascular en mujeres en edad reproductiva; mientras tanto, en HEC, el 90% de los que se inclinaron por esta opción destacaron que “la experiencia clínica ha puesto de manifiesto casos de mujeres con trombosis que presentaban el antecedente de uso prolongado de anticonceptivos orales”.

En lo que respecta a los riesgos psicosociales y la enferme-

dad coronaria para el género femenino, en ambos centros la mayoría manifestó estar advertido/a de la relación entre estado de ánimo, depresión y riesgo coronario.

Sin embargo, los comentarios realizados evidenciaron la dificultad para identificar los modos femeninos. Por ejemplo, un profesional de CEMIC reconoció su falta de “acuciosidad para identificar el diagnóstico en una paciente que tuvo un infarto después de enviudar”. Otro entrevistado en HEC destacó la correlación entre depresión y violencia de género, que permite incorporar una línea de sentido entre esos fenómenos y las enfermedades coronarias, y que coincide con una recomendación del Informe de la Red de Conocimiento en Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud, que considera a la violencia de género como un determinante social de la salud específico para las mujeres.²⁴

Por otra parte, el 60% de los/as entrevistados/as en CEMIC y el 70% en HEC consideraron que tomaban en cuenta los aspectos de personalidad, la sobreadaptación y la sumatoria de roles que las mujeres adoptan en la sociedad como generadores psicosociales de riesgo coronario.

• Encuesta a usuarias

Se encuestó a 142 usuarias de servicios de Cardiología (74 de CEMIC, 68 de HEC) con una media de edad 7,6 años mayor en el primero (68,5 frente a 60,9). En ambos efectores, la mayoría de las usuarias que estaban laboralmente ocupadas se consideraron con un alto nivel de responsabilidad en sus tareas (Tabla 1). Con respecto a las tareas domésticas, mientras que en CEMIC más de

TABLA 1. Encuestas a usuarias: características sociodemográficas

	CEMIC (n=74) media(DE)	HEC (n=68) media(DE)
Edad (años)	68,5 (±10,4)	60,9 (±10,9)
	n (%)	n (%)
Nivel de estudios		
Primarios	8 (11)	46 (68)
Secundarios	25 (34)	18 (26)
Terciarios o más	41 (55)	4 (6)
Situación laboral		
Ama de casa	3 (4)	25 (37)
Ocupada	25 (34)	16 (24)
Desempleada	0 (0)	7 (10)
Jubilada	44 (59)	19 (28)
Otra	2 (3)	1 (1)
Quién realiza las tareas domésticas en el hogar		
Empleada doméstica	41 (55)	3 (4)
Yo sola	3 (4)	40 (59)
Mi/s hija/s y yo	24 (33)	7 (11)
Mi pareja/marido y yo	5 (7)	3 (4)
Todos colaboran	1 (1)	15(22)
Nivel de responsabilidad laboral en el grupo de mujeres ocupadas	n (23)	n (16)
Alto	16 (64)	12 (75)
Intermedio	9 (36)	1 (6)
Bajo	0 (0)	2 (13)
Otro	0 (0)	1 (6)

Fuente: elaboración propia

la mitad dijo que las realizaba "la empleada" y un mínimo porcentaje respondió que las hacía "ella sola"; en el HEC esta relación era inversa.

En el efector privado el motivo principal de consulta fue por chequeo o propia iniciativa, mientras que en el hospital público la mayoría de las consultas fueron por derivación (Tabla 2).

Aunque las usuarias de ambos centros afirmaron que realizaban al menos un control médico al año, se observó mayor prevalencia en el efector privado (93% frente a 78%) y mayor demanda de consulta al cardiólogo, pese a que en este grupo la prevalencia de antecedente de dolor precordial y de diagnóstico establecido de enfermedad cardiovascular fue inferior al de las usuarias del efector público (42% frente a 60%).

Entre quienes tenían antecedentes de dolor precordial, el porcentaje de mujeres que consultaron fue mayor al de las que no lo hicieron, sin diferencias entre centros.

No se observaron diferencias sobre hábitos saludables, excepto en relación con la actividad física, que fue mayor entre usuarias del efector privado (57% frente a 29%).

Con respecto a los imaginarios sobre riesgo cardiovascular, se observó mayor percepción del propio riesgo como elevado en las usuarias del efector público, y en ambos centros identificaron a la enfermedad coronaria y cerebrovascular como causa de mayor mortalidad para mujeres (ver Tabla 3).

También se observó una percepción de la relación entre estrés y riesgo cardiovascular. No hubo diferencias en la identificación de factores condicionantes de estrés en mujeres, excepto en la percepción de la "necesidad de cumplir con todo", que fue mayor entre usuarias del efector privado.

El principal síntoma identificado por las usuarias como asociado a un problema coronario fue "dolor de pecho" en HEC y "palpitaciones" en CEMIC. En ambos centros, el síntoma "falta de aire" ocupó el segundo lugar (ver Tabla 4).

En el efector privado, todos los factores de riesgo biomédicos (excepto diabetes) fueron reconocidos por más del 80% de las usuarias. En el efector público, sólo el tabaquismo fue referido como factor de riesgo cardiovascular por más del 80% de las usuarias.

Más del 90% en ambos centros manifestó que era posi-

ble efectuar prevención de enfermedad cardiovascular en mujeres, y la etapa adulta joven fue seleccionada en primer lugar para comenzar la prevención (42% en CEMIC frente a 34% en HEC).

En lo que respecta a los dispositivos grupales de indagación, se realizaron dos encuentros, uno en cada centro, en los que intervino la mayor parte de los equipos de cardiólogos/as. Los imaginarios profesionales desplegados por los/as participantes rondaron en torno a los siguientes ejes:

- CEMIC
 - Presentaron divergencias en la valoración sobre la magnitud y tipo de sobrecarga de las mujeres en relación con los varones cuando ambos trabajan fuera de casa y su impacto en la salud coronaria.
 - Consideraron que las mujeres hacen más actividad física porque "andan todo el día" en las actividades domésticas, con ventajas sobre los estilos de vida masculinos.
 - Observaron que las mujeres tienen gran capacidad de cuidar, pero no tanta de cuidarse; que acompañan a sus parejas y son las encargadas del tratamiento, pero sus propias parejas no las acompañan a ellas en las consultas.
 - Notaron especificidades en las formas de presentación de la enfermedad cardiovascular/coronaria en mujeres.
 - Sostuvieron la percepción de que hay igualdad en la atención de varones y mujeres.
 - Manifestaron preocupación por ver a mujeres jóvenes y sanas que luego, muchos años después, ya están enfermas.
 - Dejaron entrever la presencia de un intervalo "mudo", que sería el tiempo ideal para actuar en prevención.
 - Observaron que las mujeres prestan más atención que los hombres a los medios de comunicación.
 - Expresaron que los/as médicos/as tienen poco tiempo para destinar a la reflexión de los propios procesos intelectuales/afectivos de la atención y de su trabajo.
- HEC
 - Refirieron que las mujeres consultan más tarde y los varones manifiestan cualquier malestar inmediatamente. Según experiencias familiares (de los/las profesionales), las mujeres postergan las consultas médicas propias y prefieren cumplir primero las tareas domésticas y/o de acompañamiento familiar.

TABLA 2. Conductas de cuidado de la salud de las usuarias y antecedentes

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Consulta por chequeo de rutina/propia iniciativa	52 (70)	13 (21)
Realiza un control médico por lo menos una vez al año	69 (93)	53 (78)
Consulta habitualmente a un cardiólogo	60 (81)	37 (54)
Último control de presión arterial hace un año o menos	74 (100)	68 (100)
Último control de peso hace un año o menos	74 (100)	66 (97)
Fuma actualmente (uno o más cigarrillos/día)	3 (4)	9 (13)
Realiza actividad física deportiva o recreativa	42 (57)	20 (29)
Tiene diagnóstico de enfermedad cardiovascular	31 (42)	41 (60)
Tiene antecedente de dolor precordial	19 (26)	40 (59)
Consultó frente al síntoma dolor precordial (sólo en mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior)	14 (74)	30 (75)

Fuente: elaboración propia

TABLA 3. Percepciones e imaginarios de las usuarias en relación a riesgo cardiovascular

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Percepción del propio nivel de riesgo cardiovascular		
Alto	23 (31)	42 (62)
Medio	37 (50)	15 (22)
Bajo	9 (12)	1 (1)
No sabe/ No responde	5 (7)	10 (15)
Enfermedad asociada a mayor riesgo de muerte en mujeres*		
Enfermedad coronaria	23 (31)	29 (43)
Cáncer mama	20 (27)	22 (32)
Enf. cerebrovascular	18 (24)	20 (29)
Cáncer útero	13 (18)	19 (28)
Otra	2 (3)	3 (4)
El estrés se relaciona con la enfermedad coronaria		
Si	70 (96)	63 (93)
No	1 (1)	1 (1)
No sabe/No responde	3 (3)	4 (6)
Causas de estrés en la vida cotidiana de las mujeres*		
Necesidad de cumplir con todo	48 (65)	30 (44)
Problemas económicos/ laborales	37 (50)	36 (53)
Problemas con los hijos	29 (39)	32 (47)
Problemas con la pareja	24 (32)	28 (41)
Falta de tiempo libre	21 (28)	18 (26)
Problemas con los padres	11 (15)	12 (17)
Otra	3 (4)	15 (22)

*Variable de respuesta múltiple. Fuente: elaboración propia

• Consideraron importante iniciar acciones de prevención temprana de enfermedad coronaria desde la infancia, ya que observan obesidad y síndrome metabólico en niños/as y adolescentes, y plantearon la conveniencia de una interrelación con pediatría.

• Perciben que la población que atienden en Florencio Varela con diagnóstico de infarto es aproximadamente 10 años más joven que lo que surge de la bibliografía conocida.

• Refirieron que los/as pacientes vienen con alto riesgo, pero no lo saben. Además comentaron que observan grandes dificultades en el acceso a la salud en el sector socioeconómico más vulnerable, y lo vincularon a que la población atendida trabaja un promedio de 12 horas diarias.

• Destacaron la importancia de enfatizar el mensaje dirigido a las mujeres sobre los factores de riesgo cardiovascular, que afectan tanto a mujeres y varones.

• Manifestaron que es frecuente que se dé menos relevancia al cuadro coronario en las mujeres, aunque consulten precozmente. “La mujer consulta más, pero después le va peor”. Comentaron que las mujeres son más obedientes en el tratamiento y también cuidan que sus allegados lo cumplan, pero relegan la propia salud al último lugar y a veces, cuando consultan, “no se llega al diagnóstico por culpa de los médicos”.

• Comentaron que encuentran en sus prácticas habituales diversos obstáculos para la adecuada atención de los cuadros coronarios, específicamente en mujeres: falta de conocimiento de los datos, trabas en las guardias e inadecuada oferta de los servicios.

• Citaron numerosos relatos de casos atendidos en la

guardia donde a las mujeres con dolor de pecho se las presumía histéricas, y algunos atribuyeron la situación a lo atípico del cuadro en ese grupo.

• Destacaron la importancia de transmitir un mensaje adecuado dirigido a profesionales que trabajan en las guardias médicas, orientado a no subestimar síntomas en mujeres.

Entrevistas a informantes clave

Se realizaron seis entrevistas a informantes clave, que entre otros aspectos revelaron:

• La importancia de incluir una mirada preventiva y asistencial que dé cuenta de la diversidad geográfica y cultural de Argentina desde una perspectiva de género.

• La presencia de encuestas y campañas realizadas desde hace algunos años y destinadas a promover la toma de conciencia de la mujer.

• La necesidad de que los equipos médicos incorporen acciones preventivas dirigidas a mujeres en sus prácticas.

• Jerarquizar la importancia de la prevención precoz.

• Los comportamientos fisiopatológicos diferentes de mujeres y varones.

• La ausencia del tema en la actual agenda sanitaria.

• La existencia de una mirada de género en investigaciones, que sin embargo aún no está incorporada ampliamente a la práctica.

• Las dificultades diagnósticas y las diferencias de abordaje terapéutico.

• La falta de acciones en la educación universitaria.

• La necesidad de trabajar firmemente en campañas destinadas a las mujeres.

TABLA 4. Conocimiento de usuarias vinculado a enfermedad coronaria

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Síntomas percibidos como asociados a enfermedad coronaria*		
Palpitaciones	57 (77)	31 (46)
Falta de aire	52 (70)	41 (60)
Dolor de pecho	41 (55)	45 (66)
Desmayo/ Mareos/ Ausencias	34 (46)	19 (28)
Dolor de estómago/ Acidez	22 (29)	16 (23)
Otros	9 (12)	10 (15)
Factores de riesgo cardiovascular reconocidos*		
Hipertensión arterial	74 (100)	50 (73)
Tabaquismo	72 (97)	57 (84)
Obesidad	71 (96)	48 (71)
Estrés	71 (96)	39 (57)
Sedentarismo	70 (95)	39 (57)
Antecedentes familiares	64 (86)	34 (50)
Colesterol elevado	60 (81)	44 (65)
Diabetes	42 (29)	36 (53)
No sabe/ No responde	0 (0)	2 (3)
Es posible prevenir la enfermedad cardiovascular en mujeres		
Sí	69 (94)	66 (97)
No	0 (0)	2 (3)
No sabe/ No responde	5 (6)	0 (0)
Etapas de la vida de las mujeres en que se puede iniciar la prevención cardiovascular		
Etapas adulta joven	31 (42)	23 (34)
Adolescencia	15 (20)	16 (24)
Menopausia	12 (16)	5 (7)
Infancia	10 (14)	22 (32)
Después de los 65 años	1 (1)	0 (0)
No aplica/ No responde	5 (7)	2 (3)

*Variable de respuesta múltiple. Fuente: elaboración propia

• El escaso lugar otorgado a la planificación en salud pública, los atrasos continuos y la deuda de la planificación en el largo plazo.

• La importancia de los determinantes socioculturales y psicosociales.

• La necesidad de existencia de campañas como herramienta fundamental en educación poblacional en salud, con la necesidad de buscar campañas inteligentes y de incorporar la perspectiva de género.

• Las acciones por los derechos de la mujer que incluyen la prevención cardiovascular.

• La relevancia de la dieta y los hábitos saludables.

• El lugar de los/as ginecólogos/as en promoción de la salud cardiovascular de las mujeres.

• La importancia de la subjetividad en los procesos de salud/enfermedad/cuidados, con gran influencia en el riesgo cardiovascular de las mujeres.

DISCUSIÓN

Uno de los aportes originales de esta investigación es haber indagado las barreras de género en la prevención de la enfermedad cardiovascular en mujeres, analizándolas desde la perspectiva de los diversos actores involucrados en su posible solución.

Desde este entramado de puntos de vista se seleccionaron

algunos de los núcleos o ejes conceptuales indagados en la investigación, que forman parte de las barreras de género para la prevención.

En lo que respecta a las diferencias de género en la vulnerabilidad y enfermedad coronaria, se observó un mayor entrenamiento de los/as cardiólogos/as para identificar la importancia de la pertenencia a un sector social y su impacto en la enfermedad, con la simultánea subestimación del impacto de la dimensión de género, a la que cuesta identificar como un determinante social de la salud.

Esto se evidenció en varias oportunidades durante las entrevistas. Desde el paradigma de la igualdad, los/as cardiólogos hicieron hincapié en que no identifican diferencias de género en varios ítems de indagación, pero al mismo tiempo las reconocen en otras preguntas. De todos modos, se observaron avances en la visualización de esta temática con respecto a investigaciones anteriores, realizadas entre 1998 y 2004 (como una mayor atención sobre el impacto de las condiciones de vida y ciertas características psicológicas en el riesgo coronario).^{8,18} También aumentó la visibilización de las diferencias en la presentación del cuadro coronario en mujeres y en varones. El problema continúa siendo qué conducta tomar al respecto o cómo poner en práctica ese bagaje de nociones y pautas que provienen de otras disciplinas. Además, de acuerdo con los/as informantes clave, aunque

en la actualidad se han establecido criterios diferenciales acerca de la presentación de la enfermedad coronaria en varones y mujeres, la mayor parte de los estudios se han realizado en población masculina. Casi la totalidad de los/as entrevistados/as mencionan este hecho como indiscutible. Señalan que los estudios que incluyen varones y mujeres no han sido diseñados para comparar a unos y otras, sino que en general establecen descriptivamente la cantidad de sujetos de cada sexo. De este modo, los protocolos de atención y seguimiento basados en dichas investigaciones homogeneizan e invisibilizan las especificidades de género en relación con el riesgo, la vulnerabilidad y la enfermedad coronaria. Por lo tanto, la mayor parte de la información existente en la actualidad proviene de las experiencias, vivencias y observaciones personales de quienes asisten a las mujeres, sin que este conocimiento haya llegado a sistematizarse y comunicarse.

Asimismo, las entrevistas a los no cardiólogos evidencian que los/as profesionales tienen cierta información sobre factores de riesgo, vulnerabilidad y enfermedad coronaria en mujeres y que la cuestión está incorporada en sus discursos, pero muestran que en la lógica de la práctica²⁸ no suelen considerar las diferencias de género.

En relación a los modelos de consulta, las entrevistas a cardiólogos/as revelaron que las mujeres continúan siendo diagnosticadas tardíamente en su vulnerabilidad coronaria. Mientras que los/as profesionales en cuestión adjudicaron a los/as no cardiólogos/as parte de la responsabilidad porque las pacientes son referidas tardíamente a esa especialidad, los/as clínicos/as y ginecólogos/as afirmaban que practican rutinas de seguimiento y control de sus pacientes mujeres que podrían llevar al diagnóstico precoz de la enfermedad coronaria. Sin embargo, hay una discordancia entre la información, las prácticas y la derivación de las pacientes consignadas por los/as no cardiólogos/as, y la opinión al respecto de los/as cardiólogos/as.

También se observaron discordancias entre las creencias médicas de que las pacientes mujeres no consultan a tiempo y la información extraída de las encuestas a usuarias, que pone de manifiesto que en muchas consultas efectuadas oportunamente los síntomas no fueron diagnosticados como cardiovasculares.

Desde los imaginarios cardiológicos se considera que las mujeres tienden a retrasar la primera consulta. La comparación con las encuestas a usuarias reveló que los/as médicos/as presentan un subregistro de sus propias prácticas. Frecuentemente, cuando las mujeres consultan por síntomas inespecíficos o atípicos (en relación con los propios de varones); están muy expuestas a que se las envíe de regreso a su casa. Se les receta ansiolíticos, se les sugiere que descansen, se presume un problema digestivo, una alteración emocional, etc. Luego, en una ulterior consulta, con el cuadro más claro o ya definido, se considera que las mujeres "llegaron tarde".

Por su parte, los/as médicos/as no cardiólogos/as perciben que las propias mujeres, en general, no se consideran grupo

de riesgo coronario a edad temprana aunque si lo hacen después del climaterio. Cabe destacar que la información surgida de las encuestas a usuarias denota la aparición de un grupo de mujeres con conciencia de su riesgo coronario (70% de las usuarias del efector privado dijeron que consultaban por propia iniciativa o por control/chequeo).

Ambos grupos de profesionales coinciden en que las mujeres tienen una menor autopercepción del riesgo coronario, especialmente las que pertenecen al sector socioeconómico de menores recursos. No obstante, esto no se vio reflejado en los resultados de las encuestas a usuarias, ya que ambos grupos identificaron a la enfermedad coronaria como de mayor riesgo de muerte.

La discordancia entre los imaginarios de profesionales y usuarias podría constituirse en una barrera de accesibilidad al diagnóstico. Dentro de las perspectivas médicas, deconstruir la idea acerca de que el nivel socioeconómico es determinante de mayor o menor conocimiento sobre cuerpos y salud podría resultar relevante para mejorar los procesos de atención.

En este sentido, se verifica la importancia de adecuar los contenidos de información incluyendo perspectivas de contexto social, cultural y de género en relación a contenidos preventivos.²⁹

En cuanto a los modelos de subjetivación femenina en la modernidad tardía, sus impactos diferenciales y las biopolíticas de dominio,³⁰ en los sectores medios, medios-altos y altos se observa un predominio de la cultura *light*. En las entrevistas a cardiólogos/as y no cardiólogos/as surgen diversos aspectos relacionados con la subjetivación y disciplinamiento de este grupo de mujeres. De acuerdo con sus valoraciones, hay mujeres que asocian hábito tabáquico con conservación de la delgadez: prefieren seguir fumando para permanecer delgadas. Hacen referencia a la creciente proporción de mujeres que consumen productos *light* para alcanzar y mantener el estereotipo de figura femenina ideal, propuesto por los medios e incorporado por la sociedad. Sin embargo, consignan que aparentemente no se tiene en cuenta el alto contenido de sodio de dichos productos.

Uno de los hallazgos de la investigación es el posible impacto de la cultura *light* y del estereotipo de belleza asociado a la delgadez sobre la salud coronaria de las mujeres, que consumen ciertos productos "dietéticos" sin poder discernir si son los adecuados para su salud general, ya que en ellas tienen mayor presencia los imaginarios que asocian femineidad con delgadez. A su vez, los/as médicos/as también observan dificultades para que las mujeres incorporen rutinas de actividad física a su vida cotidiana.

En los sectores populares, se destacan la ferocidad de la pobreza y los cuerpos desgastados. La mayor prevalencia de amas de casa entre las usuarias encuestadas en el efector público indica una experiencia de vida ligada a un mayor número de hijos, con alta necesidad de que las mujeres trabajen en servicio doméstico o elevada probabilidad de que sus parejas no les permitan trabajar fuera de su casa. Estos cuerpos presentan un desgaste producido por con-

diciones socioeconómicas adversas, que se agudiza en momentos de crisis económica, tal como se ha observado en estudios anteriores.¹⁸

Los/as médicos/as no cardiólogos/as entrevistados consideran que la salud de las pacientes estaría fundamentalmente determinada por la pertenencia al sector social más vulnerable y no por su pertenencia de género. En este caso, se presenta una dificultad para articular ambos determinantes sociales de la salud.³¹

Los profesionales en cuestión también destacaron que las mujeres consultantes de este sector suelen relacionar la obesidad con abundancia-prosperidad y que eso generaría más problemas para cambiar sus hábitos alimentarios. De igual modo, remarcaron el impacto negativo de la "comida chatarra" en este sector social. Aquí se identifica el entrecruzamiento de género, salud e imaginarios sociales acerca de los sectores socioeconómicos de menores recursos. Sería importante que esto no se tradujera en una culpabilización de las mujeres por su obesidad, para poder desarrollar con ellas otras estrategias de valoración de una dieta relacionada con la buena salud.

Algunos profesionales del efector público refirieron que las consultantes que salen de sus casas para trabajar por salario han empezado a realizar actividad física, de acuerdo con las recomendaciones médicas. Por ello, consideraron que el ingreso al ámbito público hace a las mujeres más susceptibles de incorporar hábitos asociados a la valoración del autocuidado de la figura.

En lo que respecta a las coincidencias sobre el impacto del estrés (o factor psicosocial) entre ambos grupos de usuarias, resulta significativa su percepción como causa de vulnerabilidad coronaria en mujeres, sin que existan diferencias entre centros. Esto muestra que las mujeres de los sectores más vulnerables también consideran a su entorno psicosocial como factor de riesgo cardiovascular. Las usuarias del sistema de salud perciben incluso más (o al menos con antelación) que algunos profesionales la importancia del estrés como factor de riesgo psicosocial para sí mismas. En las entrevistas a cardiólogos/as se identificó una dificultad en incorporar las condiciones de vida y los factores psicológicos como parte de la vulnerabilidad coronaria, área en la cual en otros trabajos se evidenciaron grandes diferencias entre varones y mujeres.^{9,18,28} De esto se desprende que, si bien concuerdan con el consenso internacional en considerar a los factores psicosociales como uno de los determinantes de riesgo de la enfermedad coronaria reunidos en el indicador "estrés", en la práctica se los toma como una influencia pero no como un factor de igual índole que los factores biomédicos.

Esta información se refuerza con algunos comentarios en el mismo sentido expresados por informantes clave, quienes destacaron el impacto de la multiplicidad de roles en las mujeres como parte del estrés femenino y valoran su influencia en el marco de las variables psicosociales que afectan la salud coronaria. Refieren también que se han redefinido los modos de comportamiento y modelos de vida

de mujeres, hombres y familias. Sin embargo, aunque se ha incrementado el número de mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico, la mayoría sigue haciéndose cargo de sus hijos/as y su casa. En tal marco, es importante tener en cuenta que estos cambios inciden en los factores de riesgo. Los nuevos desafíos, las nuevas situaciones de estrés y la dificultad de tener tiempo disponible para el placer o la diversión plantean riesgos adicionales para las mujeres. Los informantes clave consideraron a estos asuntos como de gran importancia, ya que podrían repercutir en las actitudes femeninas respecto a los hábitos de cuidado de la salud y en la prevención, como la realización de actividad física, el cuidado de la dieta (autocuidado) y el cumplimiento de sus propios tratamientos. Destacaron que si bien el papel tradicional, establecido y habitual de las mujeres es el de cuidadora de la familia²¹ ("la mujer sabe cuidar muy bien a su familia, pero poco a ella misma"), "el hecho de saber cuidar a los otros implicaría que puede aprender a cuidarse a sí misma aunque aún no lo haya hecho". Consideraron que la etapa posterior a los 50 años, en la cual las mujeres en general ya no comparten el hogar con su progenie, podría ser una oportunidad para prestar más atención a los eventos que pudieran sucederles. Sin embargo, observaron que las mujeres suelen verse afectadas por los acontecimientos en las vidas de sus hijos/as y nietos/as, con gran sufrimiento ante las situaciones complejas o trágicas que no pueden resolver (dificultades económicas, laborales, divorcios, fallecimientos). Sostuvieron que esa es la principal causa de estrés en la vida de las mujeres en esa etapa etaria, que a su vez es la de mayor riesgo.

Asimismo, la mayoría de los informantes clave destacó la invisibilidad de los temas de género en los abordajes cardiovasculares, particularmente en el trabajo clínico y en la prevención.

En relación con el uso de los protocolos en la atención a mujeres con vulnerabilidad coronaria, cabe preguntar si puede tornarse un obstáculo en vez de servir como herramienta. Los/as informantes clave refirieron que – pese al cambio en la incidencia de enfermedad coronaria en las mujeres – los estudios utilizados para llegar a los diagnósticos continúan siendo iguales para ambos sexos.

Dada esta situación, sería necesario incorporar los conocimientos adquiridos sobre la especificidad de los cuadros coronarios en mujeres y las modalidades diferenciales por género en la configuración de la vulnerabilidad de los protocolos de intervención.

También cabe poner en consideración la importancia de instituir Unidades de Dolor Torácico en la mayor cantidad de efectores, con dispositivos de guardia para recibir a los/as pacientes en observación durante unas seis horas. El uso extendido de estas unidades, diseñadas para la atención de cuadros que se presentan como "grises" o no claramente definidos, sería beneficioso para las mujeres.

En conclusión, según lo observado a través de las opiniones y las conductas referidas por los/as profesionales y las usuarias, los imaginarios de género en relación con

la salud y algunas modalidades vinculadas a la atención operan como barreras para adoptar estrategias preventivas eficaces en enfermedad cardiovascular dirigidas a mujeres. La revisión de estos imaginarios contribuiría a lograr mayores grados de equidad de género en la calidad de la prevención y en el acceso a la atención.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En este trabajo se presentan hallazgos de utilidad para intervenciones sanitarias, educativas y de investigación. Entre ellos: la existencia de "barreras" en varios niveles que podrían interferir en la prevención; una brecha entre el saber y el hacer; las barreras en el acceso oportuno de mujeres en las guardias con presencia o ausencia de cardiólogos; el lugar de los/las ginecólogos/as en la atención en salud de las mujeres a lo largo de toda su vida; las dificultades en relación al escaso tiempo de la consulta y otros.

Esta información puede servir como materia tanto para profesionales como para sociedades científicas y decisores/as políticos/as, y ofrecida como insumo para jerarquizar en la agenda sanitaria la enfermedad coronaria de las mujeres y la incorporación del campo de la subjetividad a las políticas de promoción y prevención de la salud. Su abordaje a través de campañas, capacitaciones y otros dispositivos serviría para concientizar y desarrollar hábitos preventivos en mujeres, y en la población. Puede resultar conveniente considerar el efecto de la sobrecarga, la sobreadaptación y la sumatoria de roles en mujeres, en vistas a estimular modelos familiares más saludables, y el diseño de programas de empoderamiento para mujeres de sectores sociales más vulnerables.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Es esperable que los/as profesionales de la salud accedan a capacitaciones específicas en género y prevención cardiovascular, con hincapié en los/as ginecólogos/as, dado que se constituyen en los/as profesionales más cercanos en relación al cuidado de la salud de las mujeres a lo largo de sus vidas. Considerar y revalorizar al personal de enfermería como parte del equipo de salud para estas estrategias de prevención coronaria, así como reformular la capacitación médica, integrando conocimientos de las ciencias sociales en la atención de la salud, especialmente en lo referido a subjetividades y modos específicos de vulnerabilidad.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

En el mismo sentido y proyección futura de la temática, se identifica la conveniencia de profundizar diversos puntos como: la indagación sobre el lugar de la subjetividad en la vulnerabilidad coronaria, la incorporación de un marco de análisis de género en la investigación epidemiológica,³² el abordaje en prevención y atención cardiovascular en mujeres en la actualidad, la aplicabilidad de las experiencias y hallazgos en género, prevención y enfermedad coronaria. Además de la necesidad y conveniencia de avanzar en el conocimiento de las prácticas profesionales y el impacto de las modalidades y condiciones actuales de trabajo en salud. El auxilio de las ciencias sociales, la metodología cualitativa, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipos son herramientas fundamentales a estos fines.

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

Cómo citar este artículo: Tajer D, Fernández A, Antonietti L, Chiodi A, Salazar A, Barrera I, Juárez L. Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):14-23.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica año 2013. Sistema estadístico de salud. Ministerio de Salud de la Nación; 2014. Disponible en www.deis.gov.ar
- ² Garduño AM. Determinación genérica de la mortalidad masculina. Salud Problema. 2001;6(10-11):29-36.
- ³ Fernández AM. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Biblos; 2007.
- ⁴ Fernández AM. El campo grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión; 1986.
- ⁵ Fernández AM, et al. Instituciones Estalladas. Buenos Aires: Eudeba; 1999.
- ⁶ Redberg FR. Coronary Artery Disease in Women: Understanding the Diagnostic Management Pitfalls. Medscape Women's Health. 1998;3(5):1-14.
- ⁷ Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the Use of Procedures between Women and Men Hospitalized for Coronary Heart Disease. Engl J Med. 1991;325:221-5.
- ⁸ Healy B. The Yentl Syndrome. New England Journal of Medicine. 1991;325(4):274-275.
- ⁹ Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, et al. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En: Vega López MG, Cabrera Pivaral CE, González Pérez G. (compiladores). Desigualdades sociales y equidad en salud: perspectivas internacionales. México: Universidad de Guadalajara; 2010. P. 73-102
- ¹⁰ Mariani J, Antonietti L, Tajer C, et al. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: Resultados del Registro Epi-cardio. Rev Argent Cardiol. 2013;81:307-315.

- ¹⁰ Knopp R. Risk Factor for Coronary Artery Disease in Women. *American Journal of Cardiology*. 2002;89(12)Supl.1:28-34.
- ¹¹ Kyker KA, Limacher MC. Gender Differences in the Presentation and Symptoms of Coronary Artery Disease. *Current Womens Health Report*. 2002;2(2):115-119.
- ¹² Jneid H, Thacker HL. Coronary Artery Disease in Women: Different, often Undertreated. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2001;68(5):441-448.
- ¹³ Brezinka V. Gender Bias in Diagnosis and Treatment of Women with Coronary Heart. *Z Kardiol*. 1995;84(2):99-104.
- ¹⁴ Keller KB, Lemberg L. Coronary Artery Disease - Ignored in Women. *American Journal of Critical Care*. 1998;7(1):77-79.
- ¹⁵ Alfredsson J, Swahn E. Management of Acute Coronary Syndromes from a Gender Perspective. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2010;24:719-728.
- ¹⁶ Risberg G, Hamberg K, Johansson E. Gender Perspective in Medicine: A Vital Part of Medical Scientific Rationality. A Useful Model for Comprehending Structures and Hierarchies within Medical Science. *BMC Medicine*. 2006;4:20.
- ¹⁷ Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.
- ¹⁸ Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, et al. Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares. *X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Vol. 215-222. Universidad de Buenos Aires; 2002.
- ¹⁹ Garduño AM. Determinación genérica de la mortalidad masculina. *Salud Problema*. 2001;6(10-11):29-36.
- ²⁰ Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar; 2012.
- ²¹ Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
- ²² Fernández AM. La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. (Reimpr.) Buenos Aires: Paidós; 2012.
- ²³ Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11(5-6):327-334. [Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&lng=es]. [Último acceso: 22 de octubre de 2014].
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. Las Mujeres y la Salud. 2009. [Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf]. [Último acceso: 22 de octubre de 2014].
- ²⁵ De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar; 1997.
- ²⁶ Dirección General de la Mujer, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Análisis de la Situación de Vulnerabilidad Coronaria y Género en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2013.
- ²⁷ Ferrante D, et al. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina: Estudio de corte transversal. *Rev Arg de Salud Pública*. 2011;2(6):34-41.
- ²⁸ Bourdieu P. El sentido práctico. México: Siglo XXI; 2009.
- ²⁹ Arouca S. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. Argentina: Salud Colectiva ; 2008.
- ³⁰ Fernández AM, Tajer D. "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres". En: Checa S. (compiladora) "Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto". Buenos Aires, Paidós, 2006.
- ³¹ Sen G, Östlin P, et al. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS; 2009.
- ³² Ruiz Cantero T, Vives Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García M, Miqueo C, et al. A Framework to Analyse Gender Bias in Epidemiological Research. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:46-53.

ARTÍCULOS ORIGINALES

DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE LEPTOSPIROSIS

Design and Application of a New Tool for the Evaluation of the National Network of Leptospirosis Laboratories

Paulina Jacob,¹ María Schmeling,¹ Yosena Chiani,¹ Noelia Landolt,¹ Bibiana Vanasco¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La leptospirosis es una enfermedad febril aguda, frecuentemente subdiagnosticada y subnotificada por su diversa presentación clínica, baja sospecha y falta de disponibilidad de métodos diagnósticos rápidos, simples y eficientes. El Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis (LNRL) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" produce antígeno termorresistente (TR) y lo distribuye a los laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Leptospirosis (RNLL). Luego, éstos realizan la técnica y envían las muestras positivas al LNRL para la confirmación del diagnóstico y las negativas para control de calidad (CC). Sin embargo, hasta la realización de este estudio no existía un control de uso de TR y envío de muestras. OBJETIVOS: Diseñar y aplicar una herramienta para evaluar operativamente la RNLL. MÉTODOS: Durante 2012 y 2013 se aplicó una planilla de registro de uso de TR, y se crearon y analizaron indicadores de eficiencia de uso, aplicación y reposición del TR y derivación de muestras. RESULTADOS: Se observó que entre 2012 y 2013 mejoró la participación en el CC y la eficiencia de uso del TR. La derivación de muestras positivas y la solicitud de reposición de TR se mantuvieron similares. CONCLUSIONES: La planilla diseñada permitió obtener información de cantidad y calidad de uso del TR, y calcular indicadores para evaluar su distribución y aplicación. Se observó que el desempeño de los laboratorios mejoró de un año al otro.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Leptospirosis is an acute febrile disease, often underdiagnosed and underreported because of its diverse clinical presentation, low suspicion, and unavailability of rapid, simple and efficient diagnostic methods. The National Leptospirosis Reference Laboratory (LNRL) of the National Institute of Respiratory Diseases "Dr. Emilio Coni" produces thermo-resistant antigen (TR) and distributes it to the National Network of Leptospirosis Laboratories (RNLL). These laboratories perform the screening, send the positive samples for confirmation and the negative ones for quality control. However, until this study there was no control of TR uses and shipment of samples. OBJECTIVES: To design and implement a tool to operatively assess the RNLL. METHODS: During the years 2012 and 2013, a registration form for the TR use was applied, also creating and analyzing indicators of use efficiency, application and replacement of TR, and referral of samples. RESULTS: It was noted that in the period 2012-2013, the participation in the CC and efficiency of use of TR improved. The derivation of positive samples and request for replacement TR remained similar. CONCLUSIONS: The designed form allowed for the first time to obtain information on the quantity and quality of use of the reagent, to design and calculate indicators to assess the distribution and application of TR during 2012 and 2013. In general, the performance of decentralized laboratories improved from one year to the next.

PALABRAS CLAVE: Leptospirosis - Antígeno termorresistente - Red Nacional de Laboratorios de Leptospirosis

KEY WORDS: Leptospirosis - Thermo-resistant antigen - National Network of Leptospirosis Laboratories

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G Malbrán (ANLIS).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: El presente estudio no tuvo financiamiento.

FECHA DE RECEPCIÓN: 1 de abril de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Paulina Jacob
Correo electrónico: paujcb@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad febril aguda de distribución mundial. Frecuentemente es subdiagnosticada y subnotificada debido a la diversidad de su presentación clínica, a la baja sospecha y a la falta de disponibilidad de métodos de diagnóstico rápidos, simples y eficientes.^{1,2} El diagnóstico e inicio de una terapia con antibióticos tempranos pueden evitar la evolución a formas más graves y reducir la letalidad.³

El método diagnóstico serológico de referencia es la microaglutinación (MAT), que permite detectar la presencia de anticuerpos antileptospira desde los 5-7 días del inicio de síntomas. Dado que requiere equipamiento específico, mantenimiento de un cepario de leptospiras vivas, y per-

sonal altamente entrenado, el diagnóstico se centraliza en laboratorios de referencia y, por lo tanto, el método no es de utilidad para realizar el diagnóstico temprano y oportuno de la enfermedad.¹

Con el propósito de aumentar la accesibilidad, oportunidad y calidad del diagnóstico en Argentina, el Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospiriosis (LNRL) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni" comenzó a trabajar desde 1997 para crear una red de diagnóstico y vigilancia de leptospirosis. La iniciativa se formalizó en 2006 en la Red Nacional de Laboratorios de Leptospiriosis (RNLL), dirigida a proporcionar un diagnóstico accesible, oportuno y de calidad para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad a nivel nacional.⁴ La herramienta esencial para su consolidación fue la distribución del reactivo de tamiz denominado de aglutinación macroscópica con antígeno termorresistente (TR), por ser económico, rápido y sencillo de realizar en laboratorios.⁵⁻⁷ El LNRL del INER produce y distribuye el TR en forma gratuita a todo el país, a excepción de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe.

Desde sus inicios, el laboratorio del INER trabajó también en el desarrollo y validación de otros métodos, principalmente enzoinmunoensayos (ELISA), con el fin de mejorar la eficiencia del tamiz diagnóstico de leptospirosis.^{8,9} Tras algunos años de aplicación en el INER, se comenzó también a distribuir ELISA a los laboratorios de la RNLL con mayor demanda diagnóstica. Actualmente, todas las jurisdicciones del país están incorporadas a la RNLL y tienen al menos un laboratorio en condiciones de recibir y realizar TR o TR y ELISA, que efectúa el tamiz diagnóstico y luego deriva al LNRL las muestras positivas a una o ambas técnicas para su confirmación.

A pesar de la amplia utilización en Argentina y de sus ventajas estratégicas, el TR presenta algunas limitaciones, como la elevada variabilidad intraoperador (repetibilidad) e interoperador (reproducibilidad), lo que dificulta la obtención de resultados comparables y reproducibles entre los diferentes laboratorios de la RNLL.¹ Sin embargo, su principal limitación es la baja sensibilidad (cerca al 71% en muestras menores a 10 días de evolución),⁷ que puede generar falsos negativos en etapas tempranas de la enfermedad, momento en que es fundamental iniciar la antibioticoterapia. Por ello, el LNRL del INER solicita las muestras que resultan negativas al TR en los laboratorios descentralizados, no sólo para el control de calidad (CC), sino también para identificar la presencia de falsos negativos y mejorar la detección de casos. No obstante, hasta el presente estudio, el pedido de reactivo se realizaba en base al uso y cuando ya estaba agotado, sin que hubiera un control cuantitativo y exhaustivo por parte del INER. No sólo no existía un sistema organizado de pedido y envío de reactivos y muestras, sino que tampoco había registros que permitieran calcular indicadores precisos sobre la eficiencia de uso del TR, lo que dificultaba un análisis de la operatividad de la RNLL. Además, aunque se recomendaba hacerlo al menos dos veces al año, el envío de muestras para CC desde los laboratorios de la Red al

LNRL se realizaba según la disponibilidad de transporte y el criterio de cada responsable de laboratorio.

Los objetivos del presente estudio fueron: 1) diseñar una planilla para la evaluación operativa de la RNLL; 2) crear indicadores que utilicen datos provistos por la misma; 3) evaluar operativamente el cumplimiento de los principales objetivos de la RNLL (oportunidad y calidad del diagnóstico) mediante el análisis de los indicadores; 4) complementar dicha evaluación con otras fuentes de datos disponibles en el INER.

MÉTODOS

- Diseño, descripción y funcionamiento de la "planilla inteligente"

Se diseñó una "planilla inteligente" con el software Microsoft Excel, en base a la experiencia de registros previos del LNRL del INER y con los datos mínimos necesarios para la posterior construcción de los respectivos indicadores. En la Figura 1 se observa la planilla, con el volumen de TR recibido y utilizado en cada determinación completados por el LNRL, aunque este último puede modificarse según corresponda. Si el laboratorio recibe además ELISA, la planilla contiene 4 columnas adicionales: densidad óptica (DO) de muestras incógnitas, DO promedio de los controles negativos, REL (relación DO muestras/DO promedio) y resultado. La planilla se diseñó de modo tal de realizar diferentes cálculos y emitir tres alertas posibles según: resultado de TR positivo ("Envíe la muestra con su correspondiente ficha epidemiológica al INER para su confirmación por MAT"), cinco determinaciones remanentes o menos ("Pida un nuevo lote de reactivo TR por correo electrónico para garantizar la continuidad del diagnóstico, adjuntando esta planilla") o cero determinaciones remanentes ("Imprima esta planilla y envíela junto a todas las muestras negativas al INER"). Esta planilla se remitió a cada referente de laboratorio para ser completada y devuelta al LNRL (ver figura 1).

- Indicadores y evaluación operativa de la RNLL

Se crearon los siguientes indicadores:

a) Eficiencia del uso del TR

Se empleó el volumen de reactivo utilizado por determinación y el uso de duplicados y controles por cada muestra procesada. El volumen recomendado de reactivo a utilizar por determinación fue de 7 µl. Sin embargo, cada operador pudo usar hasta 10 µl, según haya considerado necesario por no disponer de una micropipeta o según su experiencia en la lectura. El procesamiento de los controles dependió, entre otras cosas, de la frecuencia y cantidad de muestras y del criterio de cada operador.

Los datos para calcular el rendimiento ($R\% = n^\circ$ de muestras procesadas por cada laboratorio / n° máximo de muestras que puede procesar según el volumen enviado *100) se obtuvieron de las columnas 7, 8 y 9 de la planilla en la Figura 1.

Se consideró que la máxima cantidad de TR utilizada por muestra era el volumen de cuatro determinaciones (muestra, duplicado y dos controles), por lo que el R% mínimo

aceptable sería del 25%. Luego se interpretó el R% de la siguiente manera: 0-24% inaceptable; 25-49% aceptable; 50-74% bueno; ≥75% excelente.

b) Solicitud de reposición del TR en tiempo y forma

A fin de evitar la interrupción del tamiz diagnóstico por falta de reactivo, se configuró la planilla para calcular las determinaciones restantes (columna 11 en la Figura 1) en base a las determinaciones realizadas por muestra, el volumen utilizado en cada una de ellas y el enviado por el INER (y luego, automáticamente, emitir un alerta en la columna 12 al restar cinco determinaciones, notificando la necesidad de reponer reactivo).

Se construyó un indicador general, observando cuántos laboratorios habían cumplido y hecho el pedido de TR inmediatamente después de que la planilla emitiera el alerta (solicitud adecuada) y en cuántos se había interrumpido el servicio por efectuar el pedido con el reactivo ya agotado (solicitud retrasada). Además, se investigaron los casos particulares en los cuales quedaban más de cinco determinaciones e igualmente se había hecho el pedido de reactivo (solicitud anticipada).

La evaluación de la forma del envío de la planilla se concretó con el análisis del cumplimiento de todos los requisitos. Esto implicaba remitirla completa una vez terminado el lote, de modo tal que todas las muestras procesadas en un mismo lote figuraran en una misma planilla.

c) Derivación de muestras positivas para confirmación por MAT

Se elaboró el indicador “tiempo de derivación de muestras positivas” (TDM+) a partir de la diferencia entre la fecha de recepción de la muestra en cada laboratorio (columna 1 de la Figura 1) y la de recepción en el INER según la base de datos propia. Como periodo de tiempo de derivación oportuno se consideró un plazo de 10 días.

d) Derivación de muestras negativas para CC del TR y aumento de la detección de casos

Se seleccionó el 10% de las muestras negativas al TR enviadas al INER por los laboratorios descentralizados para realizar el CC, y todas las muestras de más de cinco días de evolución se procesaron por ELISA, cuyos positivos se confirmaron o descartaron luego por MAT (tal como indica el algoritmo de diagnóstico de la RNLL). Se corroboró el envío de todas las muestras negativas en el LNRL, comparando las recibidas con la cantidad que figuraba en la planilla. Además, se calculó el porcentaje de derivación de muestras negativas (%DM- = nº de muestras TR negativas derivadas / total de muestras TR negativas según planillas, *100), utilizando la información de las planillas y la base de datos del INER.

e) Control de aplicación del TR

Participaron todos los laboratorios de la RNLL que habían recibido reactivo y enviado la planilla con los resultados. La periodicidad dependió del envío de las muestras negativas y las planillas por parte de cada laboratorio descentralizado. El CC consistió en repetir la aplicación y lectura del TR al 10% de las muestras con resultado TR negativo en cada laboratorio descentralizado. Para ello, se enfrentó un volumen de reactivo y suero incógnita en una relación 1:1 y se observó aglutinación dentro de los cuatro minutos posteriores.

Se calculó la concordancia (C%) entre los resultados informados por cada laboratorio y los obtenidos en el LNRL del INER y se categorizó de la siguiente manera: 0-20% pobre; 21-40% débil; 41-60% moderada; 61-80% buena; 81-100% muy buena.

RESULTADOS

Entre el 3 de enero y el 26 de diciembre de 2012, se distribuyeron 18.150 µl (1.815 determinaciones) de reactivo TR lote 2011 a 17 laboratorios de Argentina, ubicados en

FIGURA 1. Captura de la planilla inteligente enviada a los referentes de los laboratorios descentralizados.

Planilla de seguimiento de la eficiencia del uso del TR en el diagnóstico de leptospirosis.
(herramienta de calidad)

Nombre y Apellido del Responsable:	
Localidad:	
Laboratorio:	
Fecha de recepción del reactivo TR:	
Volumen de TR recibido (µl):	
Volumen de TR utilizado por determinación (10 µl):	
Fecha de inicio del lote:	

Todas las columnas deben ser completadas de la siguiente manera:
Resultado del TR: pos o neg
Control positivo y control negativo: si o no
Repetición del TR: si o no
Columna muestra deberá colocar si la misma corresponde a 1° o 2° muestra.

Nombre y apellido	Inicio de síntomas	Muestra (1° o 2°)	Fecha toma de muestra	Resultado del TR	Control positivo	Control negativo	Repetición de TR	Volumen TR remanente	Determinaciones restantes

Fuente: elaboración propia

13 provincias. Entre el 7 de enero y el 14 de noviembre de 2013, se distribuyeron 22.600 µl (2.260 determinaciones) a 20 laboratorios de 15 provincias: 6.550 µl correspondían al lote 2011; el resto (16.050 µl), al lote 2013.

A todos los laboratorios se les envió la planilla inteligente. Sin embargo, el 35% de los laboratorios quedó excluido del estudio por no remitir la planilla con los resultados: 6 en 2012 (1, 6, 9, 10, 17 y 23) y 7 en 2013 (1, 9, 11, 17, 19, 21 y 23).

Se calcularon los indicadores para cada laboratorio participante:

a) Eficiencia del uso del TR

Durante 2012, se registró un R% inaceptable en dos laboratorios (8 y 13), aceptable en dos (15 y 18) y bueno en tres (2, 7 y 14), mientras que los laboratorios 12, 16, 20 y 22 tuvieron un rendimiento del reactivo excelente. Los laboratorios 1, 6, 9, 10, 17 y 23 no reportaron uso del TR enviado mediante las planillas. En 2013, el R% no fue inaceptable en ningún laboratorio, y resultó aceptable en siete (5, 7, 8, 10, 13, 14 y 16), bueno en cinco (2, 15, 18, 20 y 22) y excelente en uno (12). En 2013, y con respecto al año anterior, cinco laboratorios (2, 8, 13, 15 y 18) aumentaron su R% y siete (7, 10, 12, 14, 16, 20 y 22) lo disminuyeron (Tabla 1). En la tabla se observará que por falta de envío de reactivo al laboratorio o porque éste no envió la planilla en algunos casos no se pudo calcular el R%.

b) Solicitud de reposición del TR en tiempo y forma

En 2012 hubo 4 pedidos realizados como solicitud ade-

cuada y 5 como solicitud anticipada. Aunque a 3 de ellos, según planilla, les quedaban de 5 a 12 determinaciones, se indicó que no poseían más reactivo. Los 2 restantes pidieron reactivo cuando les quedaban 170 y 282 determinaciones, respectivamente. Por último, hubo otros 2 laboratorios que hicieron una solicitud retrasada, ya que la planilla indicaba que las determinaciones restantes eran menores a cero. Esto significa que en 2012 se alcanzó la continuidad en el abastecimiento del reactivo en 9 de 11 laboratorios (82%) que enviaron las planillas, aunque algunos de ellos lo hicieron cuando restaban más de 5 determinaciones. Mientras tanto, en 2013, este porcentaje fue del 85% con un total de 27 pedidos, de los cuales 17 fueron solicitudes sugeridas y 10 anticipadas (5 cuando quedaban entre 8 y 15 determinaciones y 5 con más de 20 determinaciones). Sólo 2 de los 10 indicaron las razones: a uno se le derramó el reactivo y otro indicó que se le había secado.

Ningún laboratorio envió la planilla totalmente completa después de que se terminara el lote de TR. En los casos en que se les agotó el reactivo (7 en el primer año y 19 en el segundo), no fue necesario el nuevo envío de planilla.

c) Derivación de muestras positivas para confirmación por MAT

Se recibieron 121 y 175 muestras TR positivas de los diferentes laboratorios en 2012 y 2013, respectivamente.

En 2012, de los 11 laboratorios que enviaron las planillas, en sólo 3 (27%) pudo calcularse el indicador TDM+. En

TABLA 1. Volumen de TR enviado y utilizado según planilla inteligente y rendimiento (R%) por laboratorio, 2012 y 2013.

Nº laboratorio	2012			2013		
	Volumen enviado (µl)	Estimación del volumen utilizado de TR (µl)	R (%)	Volumen enviado (µl)	Estimación del volumen utilizado de TR (µl)	R (%)
1	250	-	-	250	-	-
2	700	380	54	900	620	69
5	/*	/	/	350	150	43
6	500	†	-	/	/	/
7	300	210	70	600	210	35
8	600	120	20	500	180	36
9	600	-	-	300	-	-
10	300	-	-	300	80	26
11	/	/	/	250	-	-
12	1.200	1.080	90	1.400	1.130	81
13	3.300	340	10	2.400	930	39
14	900	630	70	1.400	620	44
15	2.850	1.050	37	2.600	1.710	66
16	300	240	80	600	290	48
17	300	-	-	200	-	-
18	500	160	32	800	430	54
19	/	/	/	6.000	-	-
20	200	170	85	300	150	50
21	/	/	/	600	-	-
22	4.500	4.190	93	1.500	1.040	70
23	200	-	-	300	-	-

*No se envió reactivo al laboratorio.

†El laboratorio no envió la planilla.

Fuente: Elaboración propia.

2013 se observó un mejor desempeño de los laboratorios, ya que se pudo calcular el indicador en 9 (69%) de los 13 laboratorios que habían remitido planillas. Los resultados obtenidos fueron variables. En 2012 hubo un laboratorio que no derivó ninguna de sus muestras en el tiempo definido, otro lo hizo en menos de la mitad de los casos y uno lo hizo en más del 90% de los casos. En el resto (73%) no se pudo efectuar el cálculo por diversas razones, a veces justificadas: laboratorios que no tuvieron muestras positivas al TR y, por ende, no las enviaron (7, 16 y 20). Sin embargo, se observó un mal uso de la planilla cuando no registraron muestras positivas al TR aunque sí las habían enviado para confirmación (8, 13, 18) o no registraron la fecha de recepción de la muestra (14). En 2013, el TDM+ no pudo calcularse sólo en 4 laboratorios: 2 de ellos (5 y 8) no registraron muestras positivas que, sin embargo, habían sido enviadas; el laboratorio 7 remitió muestras diferentes a las consignadas en la planilla; y el 18 no envió la muestra que figuraba en la planilla como positiva al TR. (Tabla 2)

d) Derivación de muestras negativas para CC del TR y aumento de la detección de casos

Sólo el 53% de los laboratorios en 2012 y el 65% en 2013 enviaron las muestras negativas.

e) Control de aplicación del TR

En los dos años se realizaron 25 controles de calidad de aplicación del TR a todos los laboratorios que enviaron planillas y muestras.

En 2012, siete (78%) de los laboratorios participantes (2, 7, 12, 13, 14, 20 y 22) tuvo concordancia muy buena, uno buena (15) y uno moderada (18). En 2013, el 84% de los laboratorios (2, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 20 y 22) tuvo concordancia muy buena y el 16% restante (8 y 13) concordancia buena.

DISCUSIÓN

La planilla única de registro de TR no sólo sirvió para obtener por primera vez información acerca de la cantidad y calidad de uso de este reactivo en cada laboratorio de la RNLL, sino que además permitió diseñar y calcular indicadores y esquemas de análisis para evaluar la distribución y aplicación del TR en los primeros dos años de su implementación (2012 y 2013).

En lo que respecta a los indicadores calculados, se observó que la derivación de muestras negativas para CC mejoró del primer al segundo año de estudio. Además, el indicador de derivación de muestras positivas para confirmación del diagnóstico (%TDM <10 días) se pudo calcular en mayor cantidad de laboratorios en 2013 que en 2012. Excepto aquellos laboratorios que no enviaron muestras por no haber tenido casos sospechosos o positivos al TR, uno de los principales inconvenientes a la hora de realizar los envíos de muestras negativas para CC y positivas para diagnóstico fue la falta de recursos económicos para el transporte, de acuerdo a lo expresado por los responsables de laboratorio a la hora de generar el pedido de nuevo reactivo.

Aunque los laboratorios de la RNLL participan de las actividades de la misma y comparten sus objetivos, pocos enviaron la totalidad de las muestras positivas al TR en el tiempo adecuado para un diagnóstico precoz/oportuno y de calidad. Cabe aclarar, sin embargo, que esta conclusión se basa en la información obtenida de las planillas y que puede haber habido envíos de muestras sin registro. Los laboratorios que más muestras enviaron podrían estar favorecidos por la menor distancia al LNRL y/o mayor frecuencia de envíos de muestras (aunque uno de los laboratorios con valor alto no está cerca del LNRL ni es de los que envían mayor cantidad de muestras, lo que sugiere que existe la posibilidad de

TABLA 2. Cantidad de muestras positivas al TR según las planillas y recibidas en el INER para confirmación del diagnóstico, porcentaje de muestras recepcionadas dentro de los 10 días de recibidas en cada laboratorio (%TDM+<10 días) y porcentaje de muestras negativas enviadas para control de calidad (%DM-), 2012 y 2013.

Nº laboratorio	2012				2013			
	Muestras TR+ según planilla	Muestras TR+ enviadas	%TDM+ <10 días	%DM-	Muestras TR+ según planilla	Muestras TR+ enviadas	%TDM+ <10 días	%DM-
2	3	3	0	157	11	11	56	68
5	/*	/	/	/	0	1	0	77
7	0	0	‡	85	3	7	0	200
8	0	1	0	0	0	2	0	100
9	//†	0	-	-	//	13	0	-
12	16	25	37,5	101	41	33	45	85
13	0	17	0	33	11	15	25	21
14	3	6	s/d§	28	10	11	60	43
15	7	10	0	171	24	10	0	73
16	0	0	-	0	3	2	100	14
18	0	1	0	92	1	0	-	85
20	0	0	-	100	3	2	50	58
22	58	51	90,2	98	32	53	100	100

*No se envió reactivo al laboratorio.

† El laboratorio no envió la planilla.

‡ El laboratorio no envió muestras positivas y/o negativas.

§ Sin datos, el laboratorio envió la planilla sin registro de fecha.

Fuente: Relevamiento realizado en Argentina entre 2012 y 2013.

mejorar el indicador en cualquiera de los otros laboratorios).

La solicitud de reposición del TR en tiempo y forma se mantuvo en valores similares en ambos años. Sin embargo, sería interesante modificar la planilla para que la misma genere alerta del pedido de reactivo cuando quedan más determinaciones (al menos 10), debido a que en algunos laboratorios se perdió reactivo por evaporación o por arrastre de más volumen cada vez que se extrajo con micropipeta y esto condujo al agotamiento antes de que la planilla indicara el pedido de reposición.

Por último, en 2013 se obtuvieron mejores resultados de participación del CC que en 2012. Además, aunque la eficiencia de uso del reactivo (R%) fue similar en ambos años, el dato destacado es que en 2013 ninguno tuvo un rendimiento inaceptable. Esto es atribuible, en parte, al mayor control que incorporó la planilla y al hecho de que los registros del primer año de su uso pudieron estar incompletos debido a que en algunos laboratorios había comenzado a utilizarse en el mes de octubre. Los rendimientos mayores al 100% indicarían la falta de registro de muestras en las planillas o el envío de muestras de lotes anteriores. Como cabría esperar, el fenómeno en cuestión se evidencia más notablemente en 2012, al comienzo del uso de la planilla.

En términos generales, el desempeño de los laboratorios descentralizados mejoró de un año al otro. Esto podría deberse en parte a la incorporación de la planilla, aunque no se descarta la influencia de otros factores (por ejemplo, el mayor control desde el LNRL, vinculado a la implementación de la nueva herramienta).

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio mostró la importancia de la planilla inteligente no

sólo para obtener información relacionada con la sospecha de leptospirosis y, por ende, con la demanda diagnóstica en Argentina, sino también para alertar sobre los posibles problemas existentes en los diferentes laboratorios de diagnóstico de leptospirosis del país. A partir de la presente investigación se pueden optimizar los recursos y dirigir los esfuerzos para intentar solucionar esos problemas. Dado que un cierto porcentaje de laboratorios no enviaron la planilla completa, debe trabajarse desde el LNRL para lograr una mayor motivación y participación. Además, es necesario insistir en el envío de las planillas completas al terminar el lote del reactivo, a fin de contar con la información de la totalidad de las muestras en los que ha sido aplicado y calcular correctamente los indicadores.

Otro punto a destacar es la necesidad, desde el LNRL, de disponer de un sistema de transporte único, rápido, eficiente y seguro para todos los referentes provinciales o regionales.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En el campo de la formación de profesionales de la salud, el principal logro del presente estudio consistió en unificar criterios en cuanto a la aplicación y lectura de la técnica de TR, además de generar conciencia sobre la importancia del envío de muestras, especialmente las TR positivas, al LNRL para la confirmación de leptospirosis.

AGRADECIMIENTOS

A todos los referentes provinciales/regionales por su colaboración y su disposición para la mejora continua del diagnóstico de leptospirosis.

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

Cómo citar este artículo: Jacob P, Schmeling M, Chiani Y, Landolt N, Vanasco B. Diseño y aplicación de una nueva herramienta para la evaluación de la Red Nacional de Laboratorios de Leptospiriosis. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21): 24-29.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Levett PN. Leptospiriosis. Clin Microbiol Rev. 1 de abril de 2001;14(2):296-326.
- Hartskeerl RA, Collares-Pereira M, Ellis WA. Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world: Hartskeerl et al. Clin Microbiol Infect. abril de 2011;17(4):494-501.
- Bharti AR, Nally JE, Ricaldi JN, Matthias MA, Diaz MM, Lovett MA, et al. Leptospiriosis: a zoonotic disease of global importance. Lancet Infect Dis. diciembre de 2003;3(12):757-71.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. E. Coni". RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE LEPTOSPIROSIS [Internet]. 2013 [citado 3 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.anlis.gov.ar/cnrl/wp-content/uploads/2014/10/RED-NACIONAL-DE-LABORATORIOS-DE-LEPTOSPIROSIS.pdf>
- Mailloux M, Mazzonelli J, Dorta de Mazzonelli GT. Thermoresistant antigen in

leptospiriosis. Possibility of a macroscopic diagnosis of leptospirosis with a single antigen. Zentralbl Bakteriol Orig A. 1974;229(2):238-41.

⁶ Mazzonelli J, Dorta de Mazzonelli G, Mailloux M. [Thermoresistant antigen in Leptospira (author's transl)]. Ann Microbiol (Paris). enero de 1974;125A(1):125-6.

⁷ Vanasco NB, Schmeling MF, Chiani Y, Lottersberger J, Tarabla HD. Diagnóstico de leptospirosis humana: evaluación de la aglutinación macroscópica en diferentes etapas de la enfermedad. Salud Pública México. 2012;54(5):530-6.

⁸ Vanasco NB, Lottersberger J, Schmeling MF, Gardner IA, Tarabla HD. Diagnóstico de leptospirosis: evaluación de un ensayo inmunoquímico en fase sólida en diferentes etapas de la enfermedad. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(6):388-95.

⁹ Signorini ML, Lottersberger J, Tarabla HD, Vanasco NB. Enzyme-linked immunosorbent assay to diagnose human leptospirosis: a meta-analysis of the published literature. Epidemiol Infect. 2013;141(01):22-32.

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES CONDICIONANTES DE LA ELECCIÓN Y PERMANENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

Factors Conditioning the Choice and Permanence in the Practice of General and Family Medicine as a Medical Specialty

Pedro Kremer,¹ Daniela Daverio,² Olga Pisani,¹ Silvia Nasini,³ Gabriela García,⁴ Paz Bossio,⁵ Karina Barrionuevo⁶

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En Argentina, hay insuficientes médicos que eligen formarse en residencias de Medicina General o Familiar. Además, una proporción importante tiende a abandonar la práctica después de la formación. OBJETIVOS: Identificar las razones que llevan a elegir la Medicina General por sobre otras alternativas de formación en las residencias nacionales. Explorar los factores que motivan el abandono de la Medicina General por parte de los profesionales ya formados. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas implementadas sobre dos poblaciones: a) la que había efectuado la preinscripción para residencias nacionales en 2012 y b) los médicos que habían iniciado sus residencias en Medicina General o Familiar entre 2001 y 2004, teniendo siempre en cuenta las provincias de Jujuy, Tucumán, Santa Fe y Neuquén. RESULTADOS: Los preinscriptos que habían optado por la Medicina General esgrimieron principalmente cuestiones relacionadas con lo comunitario y el compromiso social. Se mostraron menos preocupados por el prestigio social y por el bienestar económico. Sin embargo, después de unos años de práctica, la baja valoración económica y simbólica de la especialidad, las condiciones de trabajo y el techo en el desarrollo profesional fomentaron la emigración hacia otra actividad. CONCLUSIONES: El estudio provee recomendaciones para diseñar y monitorear políticas destinadas a reforzar la elección y permanencia de los médicos generalistas en la práctica. Esto comprende el pregrado en las universidades y el mercado de trabajo en las respectivas jurisdicciones.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Argentina has a lack of physicians who choose to be trained in General or Family Medicine residencies. In addition, a significant proportion tends to leave the practice after training. OBJECTIVES: To identify the reasons that lead physicians to choose General Medicine instead of other training possibilities in national residencies. To explore the factors that lead trained professionals to quit practicing General Medicine. METHODS: A descriptive, cross-sectional study was performed. It used a combination of quantitative and qualitative techniques implemented on two populations: (a) the population that had pre-registered for residencies in 2012, and (b) physicians who had started their residencies in General or Family Medicine from 2001 to 2004, considering the provinces of Jujuy, Tucumán, Santa Fe and Neuquén. RESULTS: The professionals who had chosen General Medicine mainly based their decisions on issues related to community and social commitment, while social prestige and economic welfare were not as important. However, after a few years of practice, the low economic and symbolic value of the specialty, the poor working conditions and the limited professional development opportunities led them to migrate to another activity. CONCLUSIONS: The study provides recommendations for the design and monitoring of policies, which are useful to strengthen the choice and permanence of general practitioners in their activity. This involves undergraduate university programs and labor market in the respective jurisdictions.

PALABRAS CLAVE: Recursos humanos - Medicina General - Medicina Familiar - Residencias

KEY WORDS: Human resources - General Medicine - Family Medicine - Residencies

¹ Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.

² Ministerio de Salud de la Nación.

³ Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

⁴ Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

⁵ Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

⁶ Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán.

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 18 de octubre de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de abril de 2015

CORRESPONDENCIA A: Pedro Kremer
Correo electrónico: pedro.kremer@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Argentina presenta un sistema de salud que resulta único por varias características, entre ellas el acceso universal y la extensa red de prestadores públicos en el primer nivel de atención. Esta red se encuentra compuesta por más de 7.000 centros de salud y debe constituirse como la puerta de entrada al sistema. Allí se produce el primer contacto a través de las consultas con los equipos de salud, se entregan medicamentos e insumos básicos, se aplican vacunas y se realizan actividades de prevención y promoción de la salud, entre otras. Para que las actividades puedan desarrollarse, es necesario contar con recursos humanos capacitados y comprometidos con la tarea. Dentro de este contexto, el rol del médico general o de familia resulta crítico.

Aunque no existe un único número o tasa de generalistas por habitante que resulte apropiado para las distintas regiones del mundo, se espera que una proporción de los profesionales médicos formados en las universidades seleccione, espacios de residencia o posgrado orientados a adquirir las capacidades antes mencionadas. Según datos aún no publicados del Ministerio de Salud de la Nación, apenas el 6,5% de los postulantes a residencias en el examen único nacional de 2014 concursaron para Medicina General o Familiar.

La percepción de que los equipos de salud entrenados en Medicina General/Familiar constituye un recurso imprescindible ha dado lugar a estudios relevantes en países como Canadá, Inglaterra y Estados Unidos,^{1,2,3} entre otros. Estas investigaciones tienen un hilo conductor común: explorar las variables que condicionan la elección de la especialización en Medicina General y las que podrían incidir en la falta de correspondencia entre la inserción laboral de los profesionales médicos y la formación generalista de posgrado recibida.

Un estudio realizado en seis escuelas de Medicina de Ontario a través de la *Canadian Residency Matching Service* (CaRMS)¹ reveló que los factores sociales, geográficos y académicos intervienen fuertemente al momento de seleccionar la primera opción de residencia. Los que eligen Medicina Familiar como primera alternativa, valoran la variedad clínica en la atención de pacientes, mientras que los que optan por otra especialidad enfatizan elementos académicos, tales como las oportunidades de investigación o el valor simbólico del programa. Otros factores como el género, los incentivos financieros o el horario de trabajo tienen un bajo impacto sobre los graduados.

Por el contrario, en un estudio efectuado a través de la *Association of American Medical Colleges*² entre graduados de 1995, se observó que las intenciones de seguir una carrera de generalista estaban asociadas con factores tales como género, edad, hábitat rural, presencia de un departamento de Medicina Familiar en la facultad y experiencias de cuidado ambulatorio durante el tercero y cuarto años.

Entre los trabajos de investigación sobre el tema, resulta de especial interés el realizado entre los 1.334 graduados de 1998-2004 en la *Brody School of Medicine* de la Universidad del Este de Carolina y los de la *New York Medical College*, quienes completaron un cuestionario sobre especialidad preferida en relación con los ingresos y un estilo de vida amigable (ocio, tiempo libre, otras actividades por fuera del trabajo). Este artículo pone en evidencia que "muchos factores combinados en forma compleja y a menudo escasamente comprendidos inciden en las elecciones de una especialidad médica"³ y que el potencial estilo de vida en el futuro es reconocido cada vez más como un factor importante en la elección de la especialidad.

Por último, como se señala en un meta-análisis,⁴ la pregunta "¿Qué determina la elección de la especialidad en atención primaria?" no es nueva. Sin embargo, existe

consenso en los Estados Unidos acerca de que su importancia es cada vez mayor, habida cuenta de que el número de médicos en atención primaria es inadecuado respecto de las necesidades sanitarias del país. El meta-análisis de 73 artículos permite concluir que los estudiantes entran a la facultad de Medicina con una preferencia por las carreras de atención primaria, pero que esa predilección se diluye en los años de práctica clínica.

En el plano institucional, han mostrado tener una influencia significativa cuestiones tales como las experiencias de atención primaria a lo largo de la carrera de grado, la cantidad de semanas que requiere la práctica de atención y la cultura institucional de los efectores vinculados a la formación.⁵

El objetivo del estudio fue analizar los factores sociodemográficos, económicos e institucionales que condicionan la elección de las especialidades médicas en Argentina frente a la etapa de la residencia, en particular de la Medicina General/Familiar. La investigación también indagó acerca de los factores que motivan el abandono o la permanencia en el ejercicio de la especialidad entre los recursos humanos ya formados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo de corte transversal, que tomó dos poblaciones diferentes: la de médicos de toda la Argentina que habían realizado la pre-inscripción para residencias nacionales a partir de 2012; y la de médicos que habían iniciado sus residencias en Medicina General o Familiar entre 2001 y 2004 en las provincias de Jujuy, Tucumán, Santa Fe o Neuquén, y que se encontraban dentro o fuera de la práctica seleccionada.

La primera parte de la investigación indagó sobre los factores que condicionan el interés por la elección de una cierta especialidad. La técnica cuantitativa del relevamiento de la información utilizó como instrumento una encuesta cerrada. Se solicitó a los candidatos la distribución del 100% teórico de la motivación. De esta forma, cada encuestado debía repartir el total en un set de categorías definidas previamente (razones geográficas, beneficio económico, prestigio, compromiso social, vocación por la investigación, etc.); podía asignar el 100% a una única categoría o distribuirlo como lo creyera conveniente y representativo de su decisión.

La segunda parte, de técnica cualitativa a través de entrevistas en profundidad a médicos generalistas, se orientó a explorar los factores que motivan el interés por permanecer o no en la práctica y sede elegidas, luego de al menos cuatro años de alcanzada la especialización. Las categorías analizadas incluyeron: antecedentes de formación de los entrevistados, mirada propia y percepción de la mirada ajena sobre la especialidad, y valoración por cuestiones asociadas al estilo de vida que la especialidad determina o condiciona. Estas categorías fueron seleccionadas a partir de la bibliografía consultada y quedaron definidas con anterioridad al relevamiento en terreno.

En la primera etapa de la investigación (abordaje cuantitativo), la población bajo estudio estuvo integrada por todos los médicos de ambos sexos aspirantes a residencias nacionales, sin restricción de edad, que se habían preinscripto para iniciar sus programas en 2012 en alguna especialidad (en particular, aquellos orientados a Medicina General).

En la segunda etapa la población bajo estudio estuvo constituida sólo por los egresados en Medicina General o Familiar pertenecientes a las cohortes 2001-2004 y radicados en las provincias de Neuquén, Santa Fe, Tucumán o Jujuy, independientemente de la práctica desarrollada.

La selección de los casos que integraron la muestra teórica respondió al siguiente criterio: a partir de datos suministrados por las autoridades provinciales, se confeccionó un padrón de egresados disponibles en cada jurisdicción para las cohortes definidas y se seleccionó aleatoriamente el 10% de cada padrón, buscando obtener proporciones iguales de varones y mujeres. En los casos en que el universo era menor a 100 casos, se estableció igualmente un mínimo de 10 generalistas a encuestar. Cuando el caso seleccionado no radicaba ya en la jurisdicción de pertenencia, se lo reemplazó por otro con características similares (sexo, sede). El proyecto del presente estudio fue aprobado por el Comité Provincial de Bioética de la Provincia de Jujuy.

RESULTADOS

1) Análisis de la encuesta implementada a los preinscriptos en el examen de residencia de 2012

El formulario fue cargado en línea por la totalidad de los preinscriptos al examen. El cuestionario formó parte del proceso de preinscripción, desde el cual fue exportado a un archivo de Excel, que contenía solamente la primera elección de cada aspirante y luego fue analizado en SPSS Statistics.

La base de datos incluyó 3.603 registros, de los cuales 2.821 eran preinscripciones de profesionales médicos (80% del total). El 6,7% eran egresados de Psicología, seguidos por Enfermería y otras carreras.

El 67,4% del total eran mujeres (62,5% si se consideran sólo los candidatos a especialidades médicas; 76,9% si se consideran los candidatos a Medicina General o Familiar).

Con relación a la proporción de preinscriptos en Medicina General o Familiar desde las distintas provincias, se observó una gran diversidad, más allá de que la media nacional correspondió al 13,2% de los preinscriptos.

Respecto de la proveniencia según financiamiento público o privado de las instituciones formadoras, las instituciones públicas comprendían el 83,2% del total de preinscriptos, en tanto que para el subgrupo de los candidatos a Medicina General, esta proporción ascendía al 90,6%, lo que denota una relación de este subgrupo de médicos con lo público. (Tabla 1)

Teniendo en cuenta solamente las especialidades que acumularon más de 10 casos en total, la categoría con el mayor promedio de valoración fue la del compromiso social;

los 35,37 puntos alcanzados implican que, para el total de los candidatos, al menos un tercio de la motivación estaba signada por esta causa. Luego, con promedios más bajos (entre 8 y 11 puntos) aparecieron las categorías de afinidad por la investigación, cuidado del tiempo compatible con otros aspectos de la vida, bienestar económico y prestigio social. En el otro extremo, la selección determinada por la oferta de cargos (3,25) y la tradición familiar (2,38) fueron los motivos menos valorados. (Tabla 2)

En particular, entre quienes seleccionaron la Medicina General o Familiar, el compromiso social acumuló el 44% de la motivación, seguido por el cuidado del tiempo para otras actividades.

En el caso de la preferencia por el bienestar económico, los candidatos a Medicina General o Familiar figuraron en el extremo inferior de la distribución. Este es un dato esperado, en tanto se trata de una especialidad que se encuentra entre las de menor beneficio remunerativo. La Pediatría mostró un comportamiento similar: fue valorada por compromiso social, y no económicamente. La Anestesiología y el Diagnóstico por Imágenes, por su parte, exhibieron el perfil inverso.

El prestigio social como motivación para la elección de la especialidad mostró a la Medicina General en el extremo de las menos convocadas. Aquí también se observó un correlato con la Pediatría y la Salud Mental. En cambio, en especialidades quirúrgicas como la Neurocirugía o la Anestesiología, y la Anatomía Patológica, esta cuestión resultó más valorada.

Los candidatos a Medicina General o Familiar ocuparon el segundo lugar entre quienes más valoraron la relación entre oferta y demanda esperada de cupos para seleccionar la especialidad. La opción se basaba en la especulación sobre las chances de conseguir un puesto y posiblemente se asociaba a un mayor abandono posterior de la práctica. De todas formas, este estudio no está diseñado para demostrar dicha asociación.

Al igual que en la categoría anterior, la Medicina General y la Clínica Pediátrica (dos especialidades muy relacionadas) ocuparon los dos lugares de mayor puntuación en la motivación vinculada con cambios en el espacio geográfico de residencia o trabajo. Esta categoría fue pensada para aquellos que en la selección de la especialidad incorporan un plan con la expectativa de cambiar de entorno. Se trata de dos especialidades que guardan mucha relación con la ruralidad.

Los preinscriptos en Medicina General o Familiar figuraron entre quienes menos señalaban la investigación como motivación para la elección de especialidad, nuevamente

TABLA 1. Tipo de universidades de proveniencia de los preinscriptos.

Preinscriptos	Pública		Privada		Total
	n	(%)	n	(%)	n
Generalistas	337	90,6	35	9,4	372
Total	2.346	83,2	475	16,8	2.821

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de preinscripción.

TABLA 2. Motivación para la selección de las especialidades.

		Bienestar económico	Prestigio social	Compromiso social	Razones geográficas	Oferta de cargos	Investigación	Compatibilidad de tiempos	Tradición familiar
Especialidad	Casos	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Gastroenterología	11	8,64	8,64	28,18	8,18	0	20	15,45	6,82
Hematología	12	7,5	6,67	32,92	6,67	5,42	13,75	6,67	1,67
Gastroenterología (posbásica)	14	6,07	10	15,71	4,29	1,43	29,64	21,79	0,79
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)	14	7,86	6,43	38,57	4,71	3,57	18,57	13,93	0,71
Neurología	16	12,31	8,75	37,06	3,19	1,25	15,63	9,63	2,19
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	18	7,06	7,83	38,94	8,39	3,11	13,44	8,06	3,33
Neonatología (posbásica)	18	13,44	7,83	35,00	7,83	3,94	13,61	6,17	6,94
Epidemiología	18	9,44	6,11	38,33	2,78	4,44	28,89	8,06	0
Clínica Pediátrica	18	8,06	8,89	33,61	10,28	5,83	13,33	7,5	0,89
Neurocirugía	20	13,1	11	24,65	5,25	0,25	15,5	4	8,5
Neonatología	21	10,48	8,57	46,67	4,76	2,86	8,1	7,62	5,24
Otorrinolaringología	23	8,48	3,7	33,04	8,7	1,74	10,43	25,65	0
Salud Mental	25	3,64	2,84	54,2	5,64	3,84	13	6,24	1,6
Anatomía Patológica	25	9,4	11,2	15,6	5,4	3	30,4	13,2	0,04
Terapia Intensiva	27	11,52	8,19	25,59	5,96	3,89	13,7	6,3	0,41
Dermatología	28	10,89	11,96	21,61	4,82	1,25	16,71	20	6,79
Oftalmología	52	16,81	7,21	24,52	3,85	2,23	8,08	22,69	2,23
Diagnóstico por Imágenes	56	14,73	7,05	20,89	5,32	1,7	10,36	23,21	5,21
Psiquiatría	57	8,54	5,56	42,56	5,05	1,14	12,02	13,56	0,7
Cardiología	70	12,77	9,29	33,07	5,23	2,24	10,44	12,41	3,5
Ortopedia y Traumatología	112	11,83	12,77	25,85	6,12	2,86	9,82	9,71	3,3
Tocoginecología	237	10,2	7,16	40,25	4,59	2,6	9,63	8,75	1,29
Cirugía General	252	10,86	10,42	35,95	5,69	1,83	11,65	6,68	2,25
Anestesiología	362	15,54	11,68	24,16	6,04	3,15	9,91	13,4	3,45
Medicina General y/o Medicina de Familia	372	6,51	4,59	44,17	9,5	5,71	9,48	12,83	0,84
Pediatría	385	6,65	4,98	44,91	5	3,6	8,86	10,22	3,59
Clínica Médica	414	8,82	8	35,59	6,15	3,51	13,48	10,32	1,77
Total	2.821	9,93	8,05	35,37	6,15	3,25	11,55	11,38	2,38

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de preinscripción.

con un perfil similar al de Pediatría.

Al efectuar una comparación entre quienes habían seleccionado la especialidad y quienes no lo habían hecho, un test T para muestras independientes reveló que existían diferencias estadísticamente significativas, con probabilidad de azar menor al 1% en general. La selección de la especialidad reflejó mayor preocupación por el compromiso social y menor por el bienestar económico y el prestigio. Asimismo, tanto la disponibilidad de cargos como el factor geográfico se hallaron asociados en forma estadísticamente significativa con la elección de la especialidad. (Tabla 3)

Menos de la mitad de los preinscritos (42,1%) pensaba que en un lapso de ocho años se encontraría practicando la especialidad seleccionada en el mismo lugar al que entonces se orientaba. Este porcentaje ascendía al 47,3% entre quienes habían seleccionado la Medicina Familiar o General. Un 32,2% del total de la muestra pronosticó que estaría practicando una subespecialidad. Este valor cayó drásticamente al 17,7% en el subgrupo de los generalistas. Un porcentaje algo mayor en el grupo de los generalistas

creía que se encontraría en otro sitio, y muy pocos en ambos grupos se veían trabajando en gestión o administración de servicios, así como fuera del sector salud. Respecto de la media, los generalistas mostraron entonces expectativas no definidas en torno a cambiar de sitio laboral, pero presentaron muchas menos expectativas de subespecializarse, lo cual coincide con la perspectiva macro que, se supone, presenta esta población (ver Tabla 4).

Equiparando teóricamente ingresos y modalidades de contratación, un 34,1% de los relevados manifestó preferencia por desarrollar actividades en el subsector público. Dicho porcentaje se incrementó al 52,7% en el caso de los generalistas, lo que apoya la hipótesis de una mayor cercanía del grupo con ese espacio de desarrollo y trabajo.

2) Identidad profesional de los generalistas: resultados y tendencias según provincia

NEUQUÉN

Independientemente del lugar de formación, los entrevistados coincidieron acerca de la inexistencia de

TABLA 3. Análisis estadístico de las diferencias halladas en la valoración .

Categoría de motivación	Generalista	No generalista	T test Valor p
	n=372 media	n=2.449 media	
Prestigio social	4,59	8,57	0,01
Bienestar económico	6,51	10,45	0,01
Compromiso social	44,17	34,04	0,01
Razones geográficas	9,5	5,64	0,01
Oferta de cargos	5,71	2,87	0,01
Investigación	9,48	11,87	0,01
Compatibilidad de tiempos	12,83	11,16	0,05
Otra razón	4,79	11,2	0,01

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de preinscripción.

contenidos curriculares y prácticas ligadas a la salud colectiva, la Medicina General y la Salud Pública durante los estudios de grado. Se observó una tendencia generalizada a preinscribirse en diferentes especialidades y sedes, a fin de aumentar la probabilidad de ingresar a una residencia rentada.

De cada 10 entrevistados, 9 realizaban guardias activas y pasivas, que completaban sus ingresos y representaban hasta el 40% del total percibido.

El lugar de ejercicio de la práctica marcó diferencias significativas en cuanto al modo de trabajo. En los hospitales de la zona metropolitana, según la percepción de los entrevistados, el médico generalista opera como un simple derivador de pacientes.

"Eso se ve claramente, no sólo desde afuera, sino en la mirada intrasistema de salud. Yo llamo al Castro Rendón, hablo con un pediatra cualquiera y le digo que soy un médico general de Las Ovejas; me atienden mucho mejor que si fuera un médico general del Castro Rendón".

Las oportunidades de capacitación son escasas. El único camino es cambiar de especialidad o ejercer una subespecialidad (Diabetología, Emergentología, Cuidados Paliativos, etc.).

¿Hacia dónde va la especialidad?

"Cuando yo rendí la residencia, éramos 180 para 16 cargos, y actualmente quedan cargos vacantes. Eso es un indicador de que la formación en Medicina está llevando hacia otro lado y de que la visión desde afuera de la Medicina General hace que los chicos quieran otra cosa".

"Cuando vine en 2002 a rendir, se inscribieron 170 personas; este año, para cubrir 12 cargos, tuvieron que hacer dos concursos. Todos los años va disminuyendo".

Según los entrevistados, la declinación del interés por la especialidad en Medicina General responde a diversos factores: por un lado, el poco desarrollo de la estrategia de atención primaria en la provincia; en segundo lugar, la valoración social negativa de la especialidad frente a otras; por último, la escasa retribución económica.

"En el país todavía no está armada la Medicina General como una especialidad básica y necesaria a través de la atención primaria... Hay un montón de especialidades,

TABLA 4. Perspectiva de trabajo futuro de los preinscritos.

Expectativa laboral luego de ocho años	Total		Generalista	
	n	%	n	%
Practicando la especialidad en la cual se inscribe, en el mismo lugar	1.187	42,1	176	47,3
Practicando la especialidad en la cual se inscribe, en otro sitio	466	16,5	74	19,9
Practicando una subespecialidad	907	32,2	66	17,7
No lo sabe	209	7,4	47	12,6
Practicando otra especialidad	45	1,6	7	1,9
Trabajando en gestión o administración de servicios	6	0,2	2	0,5
Total	2.821	100	372	100

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de preinscripción.

subespecialidades y superespecialidades mejor vistas por la gente en general y, además, mejor pagas".

SANTA FE

La mayoría de los entrevistados, graduados en la Universidad Nacional de Rosario, consideraron que habían conocido los alcances de la especialidad en el quehacer mismo.

"Uno, en realidad, nunca sabe del todo dónde se está metiendo hasta que está inmerso en la residencia; teníamos distintas visiones de lo que era ser un médico generalista".

Dentro de sus familias, la mayoría de los entrevistados formaban parte de la primera generación que había obtenido un título universitario.

Las médicas mujeres, a excepción de un solo caso, habían optado por la medicina generalista como única especialidad y se habían preinscripto a lo sumo en dos sedes, una de ellas por proximidad a su lugar de residencia familiar. Entre los hombres, apareció como un factor decisivo la necesidad de asegurar una plaza rentada para hacer la residencia.

Una vez concluida la residencia, todos los profesionales entrevistados habían desarrollado su práctica médica en centros de salud periurbanos y/o rurales, además de realizar guardias hospitalarias para completar sus ingresos.

Interrogados sobre la relevancia institucional de la estrategia de atención primaria, se señalaron varios logros obtenidos: a) en el sector público es posible hacer tareas de prevención y promoción de la salud por fuera de la consulta; b) la presencia de médicos generalistas y de residentes en Medicina General en los centros de salud ha permitido desarrollar acciones sanitarias en las localidades rurales; c) en Rosario, la cantidad de centros de salud se ha duplicado en el término de unos pocos años, al igual que la cantidad de recursos humanos, insumos y equipamiento.

Entre las falencias institucionales y organizativas, los entrevistados enumeraron las siguientes: falta de recursos humanos no médicos o trabajo en soledad, que impide proporcionar una atención integral al paciente; coexistencia de modelos de atención, caracterizada por prácticas de los médicos más antiguos que entran en colisión con el

trabajo en equipo y con los abordajes interdisciplinarios; falta de cargos para ampliar la planta y abrir el centro de salud por la tarde; homologación de Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) con el primer nivel de atención por parte de algunos funcionarios e incluso de los propios generalistas; obstáculos burocráticos para la contrarreferencia.

En términos generales, los especialistas consideraron que la remuneración recibida era insuficiente. De todas maneras, se señaló que en Rosario los sueldos eran buenos y que ya no había diferencia con otras jurisdicciones más favorecidas.

¿Hacia dónde va la especialidad?

"El médico general sigue siendo mano de obra barata, resuelve más que un pediatra, un clínico, un tocoginecólogo. Creo que aún no tiene un reconocimiento, está como para salvar las papas en algunos lugares".

Las tareas de gestión, tanto a nivel de gobierno provincial como de centros de salud a cargo de algunos generalistas, han implicado el abandono o la reducción significativa de las horas dedicadas a la práctica médica.

TUCUMÁN

La totalidad de los entrevistados había realizado sus estudios de grado en la Universidad Nacional de Tucumán. A diferencia de otras provincias, las pasantías en centros de atención primaria de la salud (CAPS) rurales en el nivel de grado fue un espacio motivante para elegir la especialidad.

Sólo los hombres mencionaron la cantidad de cupos disponibles como un factor influyente en la decisión.

Salvo un caso, nadie tenía profesionales universitarios en su familia de origen. Por lo general, los padres eran empleados u obreros, y los entrevistados habían sido los primeros médicos.

El Programa de Médicos Comunitarios iniciado en 2003 se tradujo en la presencia de médicos comunitarios en CAPS periurbanos y rurales. Si bien algunos profesionales continuaban trabajando en esos CAPS, otros ya no lo hacían y se encontraban en tareas de gestión a nivel gubernamental o en alguna subespecialidad. Entre los 10 entrevistados, 4 estaban realizando tareas de gestión tras haber abandonado la práctica asistencial, 3 ejercían una subespecialidad y apenas 2 mantenían la práctica de la Medicina General en centros de salud.

Los médicos presentes en los servicios manifestaron disconformidad respecto de la retribución, al punto de que algunos de ellos estaban haciendo una subespecialidad para aumentar sus ingresos.

¿Hacia dónde va la especialidad?

La formación de grado supuso una experiencia significativa en CAPS, que puso en contacto a los profesionales con la especialidad de Medicina General. El Programa de Medicina Social y Comunitaria representó un refuerzo. Sin embargo, el ejercicio de la especialidad se vio debilitado por el hecho de que los cuadros así formados desembocaron en la gestión a nivel ministerial o en el desarrollo de alguna subespecialidad.

JUJUY

La mayoría de los entrevistados había cursado sus estudios de grado en la Universidad Nacional de Tucumán, institución que forma a gran parte de los egresados médicos de la región del noroeste argentino.

En todos los casos se mencionó la relevancia de la TUJUME (Tucumán, Jujuy, Medicina) respecto de la posterior elección de la especialidad. TUJUME es una iniciativa de una organización no gubernamental jujeña que, en acuerdo con la Universidad Nacional de Tucumán y el Gobierno Provincial de Jujuy, ofrece rotaciones en áreas rurales de esta provincia para los alumnos del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina de la universidad interviniente. La experiencia, muy valorada por los entrevistados, resultó determinante en algunos casos para la elección de la especialidad.

En cuanto a la ocupación en curso de los entrevistados, la mayoría se había insertado en prácticas por fuera de la asistencia en Medicina General y en territorios urbanos o periurbanos. La cuestión económica apareció como condicionante.

"Después de esa, de mi experiencia en Medicina General, tuve que hacer una especialidad lineal porque sinceramente como médica generalista no ganás plata y no conviene porque vivís de guardia..."

Según lo consignado, entre el común de los profesionales médicos prevalece una mirada despectiva sobre la especialidad, ya que el generalista es considerado como aquel que hace un poco de todo. Asimismo, se mencionó la desvalorización sufrida por la práctica general en un contexto de mucha penetración de la industria y las tecnologías duras.

"Con todo el mercado de medicamentos, con todo el mercado de instrumentos de diagnóstico, es como que el médico generalista ha quedado totalmente desjerarquizado desde sus propios colegas, desde su propia institución".

Los entrevistados coincidieron en cuanto a la mirada del Estado provincial sobre la figura del generalista. En uno de los casos, se mencionó una discordancia entre el apoyo discursivo a la estrategia de atención primaria de la salud y el real apoyo prestado a especialidades críticas para dicha estrategia.

¿Hacia dónde va la especialidad?

"Cuando nosotros terminamos, nos dimos cuenta qué éramos... no era un recurso humano que se tenía en cuenta. Lamentablemente no entrábamos en ningún lado como médicos generalistas, ni para cargos, porque en los cargos por ahí necesitaban pediatras o clínicos para hacer consultorios. Mucha gente emigró al Sur".

Una vez en ejercicio de la especialidad, se presentaban cambios y dificultades que iban generando la búsqueda de oportunidades de desarrollo por fuera de la práctica generalista. En términos generales, no se registró interés por la gestión, la investigación, ni la docencia, como un camino orientado a la salida de la práctica.

DISCUSIÓN

Las tendencias encontradas en este estudio han sido las siguientes:

- Los preinscriptos que optan por la Medicina General tienen mayor afinidad por cuestiones relacionadas con lo comunitario y el compromiso social. Asimismo, se muestran menos preocupados por el prestigio social y el bienestar económico. Sin embargo, luego de la especialización, los problemas económicos relacionados con la baja remuneración de la especialidad condicionan el abandono de la práctica.

- La base de preinscriptos refleja que la feminización de la práctica es extrema en el caso de quienes seleccionan la Medicina General (76% de mujeres).

- No hay una relación significativa entre la elección de la especialidad y los antecedentes de profesionales médicos en la familia primaria; lo mismo se observa en el análisis de los preinscriptos.

- Al momento de elegir la especialidad, una gran parte de los aspirantes desconoce el campo de incumbencias de la Medicina General.

- Los residentes de Medicina General suelen preinscribirse en varias especialidades, sin que parezca haber una elección definida al egresar de la facultad.

- En la mayoría de los casos, los entrevistados constituyen la primera generación de universitarios en la familia.

- En el caso de las mujeres, la posibilidad de compatibilizar horarios y vida familiar tiene un peso importante para permanecer en la especialidad.

- Existe una percepción común en cuanto a la desventaja de prestigio, de potencial desarrollo profesional y de expectativas de renta de esta especialidad frente a otras.

- El potencial desarrollo profesional es una preocupación más masculina que femenina. No obstante, al realizar maestrías o especializaciones posteriores a la residencia, ambos géneros se orientan hacia lo no asistencial: Epidemiología, Gestión de Servicios de Salud, Salud Pública. Cabe destacar que, al elegir la especialidad, casi ningún candidato cree que se ocupará de la gestión de servicios luego de la residencia; sin embargo, 10 años después, esa resulta una práctica frecuente.

- El Programa de Medicina Social y Comunitaria en Tucumán fue percibido como una oportunidad para capacitarse e ingresar al primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales. Sin embargo, no logró la sostenibilidad, dado que la mayoría buscaba una actividad más rentable y para ello hacía cursos en subespecialidades.

- Las rotaciones en zonas rurales realizadas a través de TUJUME en Jujuy son valoradas como positivas para que los alumnos de grado se acerquen a los contenidos de la Medicina General. La experiencia resulta relevante para la elección de la especialidad en esta provincia.

- Ante la desvalorización económica de la especialidad, los generalistas se ven obligados a realizar guardias, que en algunos casos representan una importante proporción del ingreso mensual.

- Más allá de que muchas veces la residencia se elige sin conocer la especialidad, la realización de una subespecialidad suele ser motivada por la búsqueda de mayores ingresos.

- La especialización en Medicina General, a diferencia de otras, se percibe con un techo para su desarrollo. Aparece la necesidad de aumentar la capacidad resolutive de la especialidad.

- El desarrollo de actividades de gestión a nivel de los organismos provinciales y/o municipales es visto como una alternativa laboral con mayores ingresos y mayor reconocimiento, aunque en los hechos eso signifique el abandono de las tareas asistenciales.

Entre las limitaciones y sesgos del estudio, debe mencionarse que la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos no permite efectuar una estricta triangulación de datos para el análisis, ya que se trata de poblaciones con diferencias significativas (principalmente en el aspecto temporal de sus carreras y en sus áreas de residencia). Cabe también señalar que la encuesta dirigida a la sección cuantitativa del estudio fue de carácter obligatorio para los preinscriptos. Si bien se trató de un instrumento breve y sencillo, puede haberse generado un sesgo de respuesta basado en algunos individuos, que sólo contestaron a efectos de avanzar en la preinscripción, quizás sin siquiera leer o evaluar las alternativas.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El estudio permite establecer las siguientes líneas de acción orientadas a los decisores en políticas de recursos humanos en salud, tanto en lo que respecta al nivel formativo como a la capacidad regulatoria sobre el mercado de trabajo.

- Acercar la formación de pregrado a las necesidades que presenta la sociedad en cuanto a cobertura de profesionales de la salud y sus especialidades.

Dado que la formación universitaria en Medicina no coincide con la visión general esperada y los egresados no cuentan con una idea acabada del quehacer de la Medicina General y su importancia para el colectivo, resultaría necesario profundizar el diálogo y la articulación con el sector educación, del cual dependen las instituciones formadoras.

- Remontar la asimetría informativa respecto de otras especialidades.

Se requiere una política comunicacional que contribuya a difundir el campo de incumbencia de la Medicina General entre los estudiantes de grado durante todos los años de la carrera.

- Generar condiciones institucionales que alienten la permanencia en la especialidad promoviendo: coordinaciones y/o direcciones de los efectores de salud reconocidas económicamente y a cargo de médicos generalistas; rotación de los equipos hospitalarios en los centros de atención primaria y viceversa; fortalecimiento de los equipos técnico-administrativos y de otros profesionales en los centros de atención primaria; condiciones específicas en los centros de salud rurales para favorecer el desempeño

del equipo médico (movilidad, vivienda, equipamiento, mantenimiento, etc.); valoración económica de la especialidad y la práctica, a modo de incentivo para la elección y la permanencia.

- Generar desde la formación de grado y posgrado, y desde las provincias y municipios, estrategias para garantizar la cobertura de generalistas en las zonas periurbanas y rurales, caracterizadas por una mayor necesidad.

En cuanto a la formación de pregrado, podría generarse en las universidades una cantidad de cupos protegidos para el ingreso, determinados no por el rendimiento académico, sino por el lugar de procedencia. De la misma manera, algunos cupos para realizar las residencias consideradas críticas en esas zonas geográficas podrían ser protegidos o reservados para profesionales provenientes de áreas seleccionadas por necesidad. Todo esto puede ser apoyado financiera y/o logísticamente por los municipios interesados, facilitando becas que permitan la formación de esos profesionales, que

quedarían contractualmente comprometidos a regresar a sus lugares de residencia y desempeñarse en el subsector público de allí durante una cierta cantidad de tiempo.

- Generar condiciones para la capacitación, incorporando tecnologías de información y comunicación en efectores del primer nivel de atención y proporcionando acceso a oportunidades de formación para las áreas más alejadas.

- Promover estrategias de formación permanente en la actualización de prácticas clínicas quirúrgicas, a fin de aumentar la capacidad asistencial y resolutoria del médico generalista y jerarquizar la especialidad.

- Generar condiciones favorables para un estilo de vida amigable, facilitando la inserción en el lugar a partir de ayudas económicas destinadas a la vivienda y la educación de los hijos.

- Promover el acceso a la residencia de Medicina General, ofreciendo cupos suficientes y mejorando la calidad de formación de posgrado.

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

Cómo citar este artículo: Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):30-37.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Lee J, et al. Choosing Family Medicine Residency Programs. What Factors Influence Residents' Decisions? Le Médecin de famille canadien. 2011;57.
- ² Bland C, et al. Determinants of Primary Care Specialty Choice: A Non Statistical Meta-Analysis of the Literature. Academic Medicine. 1995;70(7).
- ³ Newton D, Grayson M, Foster Thompson L. The Variable Influence of Lifestyle and Income on Medical Students' Career Specialty Choices: Data from Two U.S. Medical Schools, 1998-2004. Academic Medicine. 2005;80(9).
- ⁴ Kassebaum D, et al. Determinants of the Generalist Career Intentions of 1995 Graduating Medical Students. Academic Medicine. 1996;71(2).
- ⁵ Lareo M. Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud. En: Barten F, Flores W, Hardoy A (comp.). La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral. Buenos Aires: IIED-América Latina; 2008.

SALA DE SITUACIÓN

PREVALENCIA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN ARGENTINA Y SU POTENCIAL IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Prevalence of Congenital Anomalies in Argentina and its Potential Impact on Health Services

El mayor control de las infecciones y la desnutrición en Argentina dio lugar a un incremento relativo de las anomalías congénitas (AC), que son actualmente una de las causas principales de mortalidad infantil. El objetivo del trabajo fue evaluar el impacto de las AC más frecuentes mediante la descripción de la prevalencia al nacimiento y la estimación del número de casos esperados por año.

PALABRAS CLAVE: Argentina - Anomalías congénitas - Mortalidad infantil - Reducibilidad de las anomalías congénitas

KEY WORDS: Argentina - Congenital anomalies - Infant mortality - Preventable congenital anomalies

María Paz Bidondo,¹ Boris Groisman,¹ Juan Gili,² Rosa Liascovich,¹ Pablo Barbero¹

¹ Centro Nacional de Genética Médica, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

² Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas (AC) se definen como todas las alteraciones morfológicas o funcionales, de etiopatogenia prenatal, que se presentan desde el nacimiento,¹ aun cuando se detecten más tardíamente. Representan un grupo heterogéneo de afecciones, que involucran diferentes órganos y sistemas, y obedecen a una etiología mixta, tanto multifactorial, genética, o predominantemente ambiental.² A nivel global, la prevalencia de AC en recién nacidos es del 1 al 5%, según los criterios de inclusión y el momento del diagnóstico, que puede ser al nacimiento o más tardíamente.³

Al igual que en otros países de la región,⁴ la mortalidad infantil (MI) en Argentina se redujo en las últimas décadas y llegó en 2012 a 11,1 por cada 1.000 nacidos vivos. Paralelamente, al haberse mejorado el control de otras causas de MI (como infecciones y desnutrición), se registró un incremento de la mortalidad proporcional por "malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas" (capítulo Q ICD 10), que en 1980 era de aproximadamente un 10% y entre 1998 y 2012 ascendió de 17,9% a 26,3%. En este último período las AC pasaron a ser la segunda causa de MI detrás de las afecciones perinatales (prematurez y bajo peso, entre otras). De un total de 8.227 defunciones infantiles ocurridas en 2012, 2.175 (26%) se debieron a AC, es decir, alrededor de 1 de cada 4.⁵⁻⁸ Por otra parte, si bien la distribución espacial de la tasa de MI por AC es prácticamente uniforme, sin diferencias estadísticamente significativas entre provincias (incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) ni regiones, la mortalidad proporcional por AC muestra una amplia variación geográfica interprovincial e interregional, así como una correlación con indicadores sociodemográficos

y económicos. Los mayores porcentajes de mortalidad proporcional por AC se observan en las regiones centro y sur de Argentina, con mayor desarrollo socioeconómico y, concomitantemente, con menor peso relativo de las otras causas de MI.⁶

Dada la creciente importancia relativa de las AC en la morbimortalidad infantil, en 2009 se creó en Argentina el Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC). El RENAC está coordinado por el Centro Nacional de Genética Médica (CNGM) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) y es un componente del Programa Nacional de Genética Médica del Ministerio de Salud de la Nación. Los propósitos del RENAC son monitorear las frecuencias de las AC a lo largo del tiempo y en el espacio geográfico, contribuir al cuidado y atención de los recién nacidos afectados, e investigar causas de las AC.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el impacto en Argentina de las AC más frecuentes mediante la descripción de la prevalencia al nacimiento y la estimación del número de casos esperados por año, a partir de los datos recogidos por el RENAC en el período 2009-2013.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de prevalencia, de tipo descriptivo y observacional. La población fueron los recién nacidos examinados en el RENAC entre noviembre de 2009 y diciembre de 2013 en los hospitales que participaron en ese período.

El RENAC se inició en 4 hospitales y ha ido incorporando en forma progresiva nuevas instituciones al registro, alcanzando al final del período de este trabajo un total de 133 establecimientos. En el RENAC, la definición de caso incluye

recién nacidos con AC estructurales mayores, externas o internas, identificadas desde el nacimiento hasta el alta del hospital y detectadas al examen físico, por estudios complementarios o autopsia. Se incluye a todos los recién nacidos vivos (RNV) y los fetos muertos con un peso de 500 gramos o más; se excluye a los que sólo presentan AC menores (como mamelón preauricular) o funcionales (como hipoacusias) y a los nacidos en otras instituciones y luego derivados a la maternidad reportante. La fuente de los datos es primaria.

La recolección de datos en el RENAC se realiza en un formulario especial adjunto a la historia clínica materna, que describe las AC de los casos detectados e incluye un conjunto de variables básicas, que se completan siguiendo procedimientos estandarizados en un manual operativo. En cada hospital el equipo responsable del RENAC, integrado mayoritariamente por dos médicos neonatólogos, supervisa la recolección de datos y los envía mensualmente a la coordinación en el CNGM, a través de una página web de acceso restringido. Asimismo, los responsables de cada hospital envían el número total mensual de nacidos vivos y fetos muertos, que corresponden a los denominadores para el posterior cálculo de la prevalencia. En la coordinación se revisa la calidad de las descripciones y el cumplimiento en la carga de las variables adicionales, y se realizan reparos en caso de información incompleta o confusa. La codificación de las AC, a cargo de médicos genetistas, sigue la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades, con la adaptación del Colegio Real de Pediatría y Salud Infantil del Reino Unido. Luego del análisis, la información se difunde a través de informes periódicos. La página web del RENAC, a su vez, permite adjuntar fotos y estudios complementarios y promueve el intercambio entre los participantes del sistema a fin de orientar a los neonatólogos en el manejo inicial de los recién nacidos afectados y colaborar en la derivación de los casos a los servicios de genética locales.

La prevalencia de AC al nacimiento se define como la proporción entre el número de RNV y fetos muertos con AC, y el número total de RNV y fetos muertos.⁹ Utilizando el software estadístico Stata, se calculó la prevalencia para el total de recién nacidos con AC y para siete categorías de AC seleccionadas, que cumplen el siguiente criterio: son pasibles de acciones de prevención primaria y/o requieren de tratamiento médico-quirúrgico. Las categorías de AC seleccionadas fueron síndrome de Down, fisuras labio-alveolo-palatinas, talipes o deformidades de los pies, cardiopatías severas,¹⁰ defectos de pared abdominal, atresias del sistema digestivo y espina bífida, independientemente de si los casos las presentaban en forma aislada o asociada con otra anomalía. Las prevalencias fueron calculadas según la distribución de Poisson, con un intervalo de confianza del 95%. Teniendo en cuenta la prevalencia de estas siete categorías de AC seleccionadas en cada provincia, se estimó el número de casos anuales esperados en base al total de nacimientos reportado en las estadísticas vitales para cada una de ellas.⁵

RESULTADOS

La cobertura anual del RENAC fue de 281.249 nacimientos (65% del subsector público y 38% del total de nacimientos del país). En lo referido al sector público, en 13 provincias el registro posee más del 70% en la cobertura de los nacimientos (Tabla 1).

Entre el 1 de noviembre de 2009 y el 31 de diciembre de 2013 se examinaron en el RENAC un total de 703.325 RNV y fetos muertos, de los cuales 11.373 presentaron AC mayores (prevalencia: 1,6%; 1,5-1,7) (Tabla 2).

Para cada una de las siete categorías de AC seleccionadas se calculó la prevalencia por cada 10.000 nacimientos y los casos anuales esperados para el total del país y por provincia (Tablas 3a y 3b). Los casos esperados para el total del país resultaron ser: 1.249 de síndrome de Down, 752 de talipes, 1.053 de fisuras labio-alveolo-palatinas, 745 de cardiopatías severas, 808 de defectos de pared abdominal, 672 de atresias del sistema digestivo y 372 de espina bífida.

En la mayor parte de los casos, las AC se presentaron en forma aislada (no asociada a otra AC mayor): talipes 61%, fisuras orales 66%, cardiopatías severas 72%, defectos de pared abdominal 79%, atresias digestivas 50% y espina bífida 80%.

DISCUSIÓN

El porcentaje de recién nacidos y fetos muertos con AC calculado a partir de los datos del RENAC se encuentra dentro de los valores consignados por la literatura.¹¹ Es importante considerar que los sistemas de vigilancia que amplían el período de detección a uno o varios años de vida, o que incluyen las terminaciones de embarazo electivas por anomalía fetal, muestran valores de prevalencia mayores.³ En una publicación previa de este mismo grupo se compararon los valores observados en el RENAC con los reportados por otros registros y se discutió qué diferencias podían ser reales y cuáles se debían a razones operativas.¹²

El presente trabajo, que abarcó un mayor período de tiempo y una mayor cobertura, permitió calcular para cada provincia argentina la prevalencia al nacimiento de siete categorías de AC seleccionadas. El correspondiente número de casos anuales esperado es una medida del impacto que supone el nacimiento de niños con estos problemas de salud.

El síndrome de Down fue la AC más frecuente, y se estima un total de más de 1.200 casos anuales para todo el país, los cuales requieren un manejo multidisciplinario. Esto incluye, además del pediatra, la evaluación por cardiología, genética y estimulación temprana en un período inicial, así como posteriores controles específicos de salud y educación especial según el grado de alteración cognitiva.¹³ En estos casos, la evaluación con estudio genético permite asesorar adecuadamente a la familia sobre las implicancias de la patología y los riesgos de recurrencia. Sin embargo, hay nueve provincias que actualmente no cuentan con la disponibilidad para realizar el estudio cromo-

sómico en el ámbito público.^{14,15} También se recomienda ofrecer la pesquisa prenatal del síndrome de Down en todas las gestantes, aunque en Argentina el 33,5% de los nacimientos en las maternidades del sector público corresponden a gestas con control prenatal insuficiente¹⁶ y, a su vez, la realización de la pesquisa específica para síndrome de Down es una práctica aún muy limitada en el ámbito público.¹⁷ Si bien este síndrome es una patología genética, muy frecuentemente no es hereditaria, y el factor de riesgo más importante es la edad materna avanzada. En Argentina, los nacimientos de madres mayores de 40 años representan el 2% del total,⁵ pero dan origen aproximadamente a un 25% de los casos con síndrome de Down.¹⁸ Por otra parte, la mayor proporción de embarazos no planificados ocurren en las edades extremas de la vida reproductiva de las mujeres; por lo tanto, una intervención orientada a reducir el número de embarazos no planificados en estos grupos de edades permitiría disminuir la prevalencia de la patología.

Con respecto a talipes, se estiman más de 700 casos anuales para todo el país. El tratamiento ortopédico precoz de estas patologías y su seguimiento adecuado permiten,

por lo general, una vida activa y normal. Detectados tempranamente, los defectos no suelen requerir un tratamiento quirúrgico mayor. Actualmente en varios países se han implementado programas orientados a capacitar a los profesionales que deben asistir a los niños con talipes, a fin de asegurar el tratamiento precoz de la patología.¹⁹

Las fisuras labio-alveolo-palatinas fueron las anomalías craneofaciales más frecuentes, con más de 1.000 casos anuales esperados. Estas patologías requieren un tratamiento interdisciplinario, que incluye a pediatras, odontólogos, fonoaudiólogos y cirujanos, entre otros. El tratamiento tardío de este defecto o la intervención parcial (por ejemplo, sólo la reparación quirúrgica) implican secuelas en los afectados. Desde 2014, el RENAC trabaja en conjunto con el Programa SUMAR (ex Plan NACER) en el diseño e implementación de una red federal para el tratamiento y seguimiento de niños afectados con fisuras labio-alveolo-palatinas, talipes y displasia del desarrollo de cadera.

Para las cardiopatías congénitas severas se estima un valor esperado cercano a 750 casos anuales. Sin embargo, se trata de una estimación mínima, ya que el RENAC sólo incluye las AC detectadas antes del alta. El impacto en la

TABLA 1. Cobertura anual del RENAC por provincia, según los nacimientos del subsector público y del total en Argentina, 2013.

Jurisdicción	Recién nacidos				Hospitales incorporados		Cobertura †	
	País*		RENAC					
	Subsector público	Total	Subsector público	Total	Subsector público	Total	Subsector público	Total
Buenos Aires	163.442	246.064	89.977	91.485	45	47	55,1	37,2
CABA	32.720	81.423	29.097	30.289	13	17	88,9	37,2
Catamarca	3.325	6.230	2.286	2.286	1	1	68,8	36,7
Chaco	14.780	22.168	9.841	9.841	3	3	66,6	44,4
Chubut	3.685	9.545	3.409	3.409	4	4	92,5	35,7
Córdoba	25.442	57.283	16.584	17.453	7	8	65,2	30,5
Corrientes	12.740	19.512	3.681	3.681	2	2	28,9	18,9
Entre Ríos	11.414	21.833	6.026	6.026	4	4	52,8	27,6
Formosa	8.265	11.972	3.458	3.458	1	1	41,8	28,9
Jujuy	8.860	12.958	6.660	6.660	4	4	75,2	51,4
La Pampa	2.638	5.221	2.423	2.423	2	2	91,8	46,4
La Rioja	3.021	6.200	2.388	2.775	1	2	79	44,8
Mendoza	16.251	33.106	14.862	14.862	5	5	91,5	44,9
Misiones	15.014	25.716	10.948	10.948	3	3	72,9	42,6
Neuquén	6.080	11.343	2.520	3.775	2	4	41,4	33,3
Río Negro	6.720	11.861	2.198	2.198	2	2	32,7	18,5
Salta	18.668	26.641	13.783	13.783	3	3	73,8	51,7
San Juan	7.758	14.417	7.148	7.676	1	2	92,1	53,2
San Luis	3.943	7.557	3.862	3.862	2	2	97,9	51,1
Santa Cruz	4.460	5.743	1.045	1.045	1	1	23,4	18,2
Santa Fe	25.356	53.919	19.879	19.879	10	10	78,4	36,9
Santiago del Estero	10.921	15.483	6.683	6.683	1	1	61,2	43,2
Tierra del Fuego	1.451	2.687	1.143	1.143	2	2	78,8	42,5
Tucumán	16.818	29.399	15.609	15.609	3	3	92,8	53,1
Total	423.776	738.318	275.510	281.249	122	133	65	38,1

* Datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

† Cobertura calculada como la proporción de los nacimientos examinados por el RENAC, sobre los reportados por la DEIS.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

morbimortalidad de estas cardiopatías severas es importante porque casi todas ellas requieren corrección quirúrgica en el primer año de vida.²⁰ En 2008 se creó en Argentina el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas con el objetivo de reducir la MI por esta causa a través del mejor diagnóstico prenatal y posnatal, la estabilización correcta en el lugar de nacimiento, la derivación oportuna y segura a los centros de referencia y el seguimiento posquirúrgico. En 2003 había en Argentina 6 centros de cirugía cardiovascular infantil. El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas aumentó el número a 17, situados en 10 provincias diferentes. A partir de 2010, la cirugía de las cardiopatías congénitas se incluyó entre las prestaciones del Programa SUMAR. Entre 2010 y 2013 el número de cirugías para las cardiopatías congénitas en el contexto del Programa fue de alrededor de 6.000, y la lista de espera para las cirugías fue eliminada.²¹

Los defectos de pared abdominal incluyen principalmente la gastrosquisis y el onfalocele, y se esperan aproximadamente 800 casos anuales para todo el país. Aunque estos defectos integran un mismo grupo de patologías, son claramente diferentes tanto en sus factores etiológicos como en la presentación clínica. La gastrosquisis aparece habitualmente aislada, mientras que el onfalocele suele ir acompañado de otras anomalías, formando parte de

entidades sindrómicas. Ambas patologías requieren intervención quirúrgica luego del nacimiento. La detección prenatal y un adecuado manejo perinatal de estas anomalías redundan en una menor morbimortalidad. En un trabajo aún no publicado, realizado por el presente grupo con datos de nacidos vivos en maternidades públicas de las 24 provincias, se observó que la detección prenatal de estas anomalías en los casos con presentación aislada fue del 74% para gastrosquisis y del 63% para onfalocele, es decir, porcentajes menores a los publicados en otros trabajos.^{22,23} La prevalencia de gastrosquisis en el RENAC es semejante a la de otras regiones del mundo, donde se está observando una tendencia en aumento, que ha significado una multiplicación de aproximadamente 20 veces en los últimos 50 años. Esta situación se describe como una pandemia, y el factor de riesgo más claramente asociado es la muy baja edad de la madre.²⁴ El onfalocele presentó una frecuencia más baja que la gastrosquisis, resultado que coincide con lo observado en otros registros. Desde 2013, el Plan SUMAR incluye entre sus prestaciones la cirugía correctiva de los defectos de pared abdominal. La sobrevida de gastrosquisis ha sido estimada en más de un 90% en países desarrollados; sin embargo, en países en vías de desarrollo, ese porcentaje es del 50%.²⁵ De acuerdo con resultados obtenidos por el presente grupo y aún no publicados, la letalidad neonatal es de aproximadamente 10,4%. Los defectos de pared abdominal tienen una alta tasa de detección prenatal por ultrasonografía. En consecuencia, la búsqueda activa de estas malformaciones fetales podría ayudar a reducir la morbimortalidad mediante la planificación del momento y la vía del nacimiento, así como la selección de la institución con la complejidad adecuada para el alto riesgo.

Dentro del grupo de atresias del tubo digestivo, para las que se esperan casi 700 casos anuales en todo el país, el defecto más frecuente es la atresia de esófago con o sin fístula. Esta anomalía puede presentarse en forma aislada o asociada, y su etiología es diversa. Las atresias digestivas se presentan en diferentes localizaciones; las más prevalentes son las que involucran al duodeno. Las atresias del tubo digestivo requieren atención en centros de alta complejidad. Sin embargo, por lo general, estas patologías no son detectadas prenatalmente, lo que dificulta un manejo perinatal adecuado. Desde 2013, el Programa SUMAR incluye entre sus prestaciones la cirugía correctiva de atresia de esófago, intestinal y la malformación anorrectal. Dentro de este grupo de defectos, la atresia de esófago es la anomalía más grave, aunque su pronóstico se ha modificado y ha permitido reducir la mortalidad a menos del 10% en centros de alta complejidad.²⁶

Dentro del grupo de los defectos del tubo neural, la espina bífida es la anomalía más frecuente, con cerca de 400 casos anuales esperados para todo el país. Desde hace años se sabe que el consumo periconcepcional de ácido fólico reduce el riesgo de defectos del tubo neural en la descendencia. Diferentes estrategias se vienen apli-

TABLA 2. Recién nacidos vivos y fetos muertos con AC mayores observados en el RENAC por provincia, Argentina, 2009-2013.

Jurisdicción	Recién nacidos con AC	Recién nacidos examinados	Porcentaje (IC 95%)
Buenos Aires	3.231	213.218	1,4 (1,5-1,6)
CABA	1.869	97.505	1,9 (1,8-2,0)
Catamarca	105	7.494	1,4 (1,1-1,7)
Chaco	406	27.686	1,5 (1,3-1,6)
Chubut	81	6.491	1,2 (1,0-1,6)
Córdoba	608	36.423	1,7 (1,5-1,8)
Corrientes	150	13.560	1,1 (0,9-1,3)
Entre Ríos	178	14.873	1,2 (1,0-1,4)
Formosa	171	13.917	1,2 (1,1-1,4)
Jujuy	231	15.425	1,5 (1,3-1,7)
La Pampa	65	4.979	1,3 (1,0-1,7)
La Rioja	198	5.311	3,7 (3,2-4,3)
Mendoza	572	27.324	2,1 (1,9-2,3)
Misiones	529	28.352	1,9 (1,7-2,0)
Neuquén	144	6.991	2,1 (1,7-2,4)
Río Negro	76	4.664	1,6 (1,3-2,0)
Salta	553	36.220	1,5 (1,4-1,7)
San Juan	174	16.406	1,1 (0,9-1,2)
San Luis	109	6.700	1,6 (1,3-2,0)
Santa Cruz	55	2.367	2,3 (1,8-3,0)
Santa Fe	722	48.039	1,5 (1,4-1,6)
Santiago del Estero	331	21.333	1,6 (1,4-1,7)
Tierra del Fuego	61	2.409	2,5 (1,9-3,3)
Tucumán	754	45.638	1,7 (1,5-1,8)
Total	11.373	703.325	1,6 (1,5-1,7)

Fuente: Elaborado con datos del RENAC

TABLA 3a. Prevalencia en nacidos vivos entre 2009 y 2013 y número de casos esperados anuales según categoría de AC seleccionada y por provincia.

Provincia	Síndrome de Down*		Talipes†		Fisuras orales‡		Cardiopatías severas§	
	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados
Bs. As.	16,4 (14,7-18,2)	403 (362-447)	8,8 (7,6-10,1)	216 (186-249)	12,2 (10,8-13,8)	301 (266-340)	10,2 (8,9-11,6)	250 (218-286)
CABA	18,7 (16,1-21,6)	152 (131-176)	8,6 (6,9-10,7)	70 (56-87)	15,3 (12,9-17,9)	124 (105-146)	11,9 (9,8-14,3)	97 (80-116)
Catamarca	28 (17,3-42,8)	17 (11-27)	10,7 (4,6-21)	7 (3-13)	20 (11,2-33)	12 (7-21)	5,3 (1,5-13,7)	3 (1-9)
Chaco	18,8 (14-24,6)	42 (31-55)	15,5 (11,2-20,9)	34 (25-46)	9 (5,8-13,3)	20 (13-30)	6,1 (3,6-9,8)	14 (8-22)
Chubut	15,4 (7,4-28,3)	15 (7-27)	6,2 (1,7-15,8)	6 (2-15)	16,9 (8,5-30,3)	16 (8-29)	3,1 (0,4-11,1)	3 (1-11)
Córdoba	14,6 (10,9-19)	83 (62-109)	10,2 (7,2-14)	58 (41-80)	17,3 (13,3-22,1)	99 (76-127)	12,6 (9,2-16,8)	72 (53-96)
Corrientes	5,9 (2,5-11,6)	12 (5-23)	19,9 (13,1-29)	39 (26-57)	10,3 (5,6-17,3)	20 (11-34)	8,1 (4-14,5)	16 (8-28)
Entre Ríos	11,4 (6,7-18,3)	25 (15-40)	5,4 (2,3-10,6)	12 (5-23)	10,8 (6,1-17,5)	23 (13-38)	8,7 (4,7-14,9)	19 (10-33)
Formosa	8,6 (4,5-15,1)	10 (5-18)	24,4 (16,9-34,1)	29 (20-41)	12,9 (7,7-20,4)	15 (9-24)	0,7 (0,1-4)	1 (1-5)
Jujuy	20,7 (14,2-29,3)	27 (18-38)	7,1 (3,6-12,8)	9 (5-17)	22 (15,3-30,8)	29 (20-40)	11 (6,4-17,6)	14 (8-23)
La Pampa	14,1 (5,7-29)	7 (3-15)	6 (1,2-17,6)	3 (1-9)	10 (3,3-23,4)	5 (2-12)	18,1 (8,3-34,3)	9 (4-18)
La Rioja	15,1 (6,5-29,7)	9 (4-18)	50,8 (33,5-74)	32 (21-46)	13,2 (5,3-27,2)	8 (3-17)	9,4 (3,1-22)	6 (2-14)
Mendoza	17,9 (13,3-23,7)	59 (44-78)	7,3 (4,5-11,3)	24 (15-37)	15,4 (11,1-20,8)	51 (37-69)	9,9 (6,5-14,4)	33 (22-48)
Misiones	21,9 (16,8-28)	56 (43-72)	21,9 (16,8-28)	56 (43-72)	16,9 (12,5-22,4)	44 (32-58)	11,3 (7,7-15,9)	29 (20-41)
Neuquén	21,5 (12-35,4)	24 (14-40)	7,2 (2,3-16,7)	8 (3-19)	22,9 (13,1-37,2)	26 (15-42)	12,9 (5,9-24,4)	15 (7-28)
Río Negro	10,7 (3,5-25)	13 (4-30)	6,4 (1,3-18,8)	8 (2-22)	21,4 (10,3-39,4)	25 (12-47)	15 (6-30,9)	18 (7-37)
Salta	17,9 (13,9-22,9)	48 (37-61)	8,8 (6-12,5)	24 (16-33)	19,3 (15,1-24,4)	51 (40-65)	9,1 (6,3-12,8)	24 (17-34)
San Juan	17,7 (11,8-25,4)	25 (17-37)	4,9 (2,1-9,6)	7 (3-14)	8,5 (4,7-14,3)	12 (7-21)	8,5 (4,7-14,3)	12 (7-21)
San Luis	16,4 (8,2-29,4)	12 (6-22)	9 (3,3-19,5)	7 (2-15)	11,9 (5,2-23,5)	9 (4-18)	11,9 (5,2-23,5)	9 (4-18)
Santa Cruz	12,7 (2,6-37)	7 (2-21)	NR	NR	12,7 (2,6-37)	7 (2-21)	16,9 (4,6-43,3)	10 (3-25)
Santa Fe	13,9 (10,8-17,7)	75 (58-96)	6,7 (4,6-9,4)	36 (25-51)	12,1 (9,2-15,6)	65 (49-84)	8,5 (6,1-11,6)	46 (33-62)
Sgo. Estero	13,6 (9,1-19,5)	21 (14-30)	12,7 (8,3-18,4)	20 (13-29)	20,2 (14,6-27,2)	31 (23-42)	9,8 (6,1-15)	15 (9-23)
T. Fuego	33,2 (14,3-65,4)	9 (4-18)	NR	NR	8,3 (1,0-30)	2 (1-8)	8,3 (1-30)	2 (1-8)
Tucumán	21 (17-25,7)	62 (50-76)	10,5 (7,8-13,9)	31 (23-41)	15,6 (12,2-19,6)	46 (36-58)	11,8 (8,9-15,4)	35 (26-45)
Total	16,9 (16-17,9)	1249(1179-1322)	10,2 (9,4-11)	752 (698-809)	14,3 (13,4-15,2)	1053 (989-1120)	10,1 (9,4-10,9)	745 (691-802)

*Síndrome de Down (Q90). †Talipes: talipes equinovarus (Q66.0), talipes calcaneovalgus (Q66.4), talipes NE (Q66.8). ‡ Fisuras orales: paladar hendido (Q35), fisura de labio con o sin paladar (Q36-37). § Cardiopatías severas: coartación de aorta (Q25.1-Q25.19), corazón izquierdo hipoplásico (Q23.4), tetralogía de Fallot (Q21.3, Q21.82), transposición de los grandes vasos (Q20.3), tronco arterioso (Q20.0), doble entrada de ventrículo izquierdo (Q20.4), atresia tricuspídea (Q22.40), anomalía de Ebstein (Q22.5), arco aórtico interrumpido (Q25.2), atresia pulmonar (Q22.00), anomalía total del retorno venoso pulmonar (Q26.20, Q26.21, Q26.22), doble salida de ventrículo derecho (Q20.1).

Fuente: Elaborado con datos del RENAC

cando en el mundo, desde la suplementación vitamínica hasta la fortificación de los alimentos con ácido fólico.²⁷ En Argentina se fortifica la harina de trigo con una dosis de 2,2 miligramos de ácido fólico por kilo de manera obligatoria a través de la Ley Nacional 25630, promulgada en 2002. Asimismo, se recomienda la suplementación vitamínica periconcepcional con ácido fólico, eficaz en el caso de embarazos planificados.²⁸ Estudios realizados en Argentina han detectado, después de la fortificación, una disminución de la prevalencia al nacimiento de espina bífida de aproximadamente un 50%.²⁹ Con el objetivo de mejorar la asistencia de los pacientes con esta patología, se creó en el ámbito de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación el Grupo Nacional de Mielomeningocele, que ha elaborado las "Recomendaciones para neonatólogos sobre el manejo del mielomeningocele". El Programa SUMAR incluye entre sus prestaciones la cirugía de corrección de mielomeningocele e hidrocefalia.

En cuanto al impacto en la MI de las AC seleccionadas en este trabajo, los criterios de reducibilidad de las defunciones infantiles, recientemente revisados por el Ministerio de Salud de la Nación,³⁰ clasifican a las atresias digestivas, las cardiopatías severas, la espina bífida, los defectos de pared abdominal y el síndrome de Down, como "reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno, preferentemente en el recién nacido por tratamiento quirúrgico o médico". Por lo tanto, estas muertes podrían reducirse, en función del conocimiento científico actual y mediante intervenciones en los servicios de salud. Por otra parte, según esta clasificación, las fisuras labio-alveolo-palatinas y las deformidades de los pies no corresponden a causas básicas de defunciones neonatales.

Este trabajo proporciona estimaciones del número anual esperado de recién nacidos con alguna de las AC incluidas en las siete categorías de AC seleccionadas, con alto impacto en la morbilidad. El estudio tiene limitaciones. Por un lado, los intervalos esperados han sido estimados

TABLA 3b. Prevalencia en nacidos vivos entre 2009 y 2013 y número de casos esperados anuales según categoría de AC seleccionada y por provincia.

Provincia	Defectos de pared abdominal		Atresias intestinales¶		Espina bífida**	
	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados	Prevalencia x 10.000 (IC 95%)	RNV estimados
Buenos Aires	8,8 (7,6-10,2)	217 (187-250)	7,7 (6,6-9)	190 (162-222)	4,8 (3,9-5,8)	118 (96-143)
CABA	16,6 (14,2-19,4)	135 (115-158)	9,4 (7,6-11,6)	77 (62-94)	5,1 (3,8-6,8)	42 (31-55)
Catamarca	13,3 (6,4-24,5)	8 (4-15)	9,3 (3,8-19,2)	6 (2-12)	8 (2,9-17,4)	5 (2-11)
Chaco	14,8 (10,6-20,1)	33 (24-45)	9,4 (6,1-13,8)	21 (14-31)	6,9 (4,1-10,7)	15 (9-24)
Chubut	4,6 (1-13,5)	4 (1-13)	9,2 (3,4-20,1)	9 (3-19)	4,6 (1-13,5)	4 (1-13)
Córdoba	11,8 (8,5-15,9)	68 (49-91)	10,4 (7,4-14,3)	60 (42-82)	6 (3,8-9,1)	35 (22-52)
Corrientes	14,7 (9-22,8)	29 (18-44)	8,8 (4,6-15,5)	17 (9-30)	5,2 (2,1-10,6)	10 (4-21)
Entre Ríos	14,1 (8,7-21,6)	31 (19-47)	12,1 (7,2-19,1)	26 (16-42)	8,7 (4,7-14,9)	19 (10-33)
Formosa	10,8 (6-17,8)	13 (7-21)	7,2 (3,4-13,2)	9 (4-16)	2,9 (0,8-7,4)	3 (1-9)
Jujuy	13 (7,9-20)	17 (10-26)	11,7 (6,9-18,4)	15 (9-24)	7,1 (3,6-12,8)	9 (5-17)
La Pampa	8 (2,2-20,6)	4 (1-11)	12,1 (4,4-26,2)	6 (2-14)	2 (0,1-11,2)	1 (0-6)
La Rioja	5,6 (1,2-16,5)	4 (1-10)	13,2 (5,3-27,2)	8 (3-17)	1,9 (0-10,5)	1(0-7)
Mendoza	4,4 (2,3-7,7)	15 (8-25)	9,5 (6,2-13,9)	32 (21-46)	5,5 (3,1-9,1)	18 (10-30)
Misiones	13,4 (9,5-18,4)	34 (24-47)	8,5 (5,4-12,6)	22 (14-32)	4,6 (2,4-7,8)	12 (6-20)
Neuquén	11,4 (4,9-22,5)	13 (6-26)	14,3 (6,9-26,3)	16 (8-30)	10 (4-20,6)	11 (5-23)
Río Negro	15 (6-30,9)	18 (7-37)	6,4 (1,3-18,8)	8 (2-22)	NR	NR
Salta	10,5 (7,4-14,4)	28 (20-38)	9,7 (6,7-13,4)	26 (18-36)	4,4 (2,5-7,2)	12 (7-19)
San Juan	5,5 (2,5-10,4)	8 (4-15)	7,3 (3,8-12,8)	11 (5-18)	6,1 (2,9-11,2)	9 (4-16)
San Luis	4,5 (0,9-13,1)	3 (1-10)	7,5 (2,4-17,4)	6 (2-13)	3 (0,4-10,8)	2 (1-8)
Santa Cruz	21,1 (6,9-49,3)	12 (4-28)	12,7 (2,6-37)	7 (2-21)	NR	NR
Santa Fe	9,8 (7,2-13)	53 (39-70)	8,5 (6,1-11,6)	46 (33-62)	4,2 (2,5-6,4)	22 (14-35)
Santiago del Estero	9,8 (6,1-15)	15 (9-23)	12,7 (8,3-18,4)	20 (13-29)	8,9 (5,4-13,9)	14 (8-22)
Tierra del Fuego	4,2 (0,1-23,1)	1 (0-6)	20,8 (6,7-48,4)	6 (2-13)	NR	NR
Tucumán	11,2 (8,3-14,7)	33 (24-43)	9,6 (7-12,9)	28 (21-38)	6,8 (4,6-9,6)	20 (14-28)
Total	10,9 (10,2-11,7)	808 (752-867)	9,1 (8,4-9,8)	672 (621-726)	5,3 (4,8-5,9)	390 (352-432)

||Defectos de pared abdominal: onfalocelo (Q79.2), gastrosquisis (Q79.3), otras malformaciones de la pared abdominal (Q79.4-Q79.5). ¶Atresias digestivas: atresia de esófago (Q39.0-Q39.11), atresia intestinal (Q41.1-Q41.9), atresia duodenal (Q41.0), malformación anorrectal (Q42.0-Q42.3)... **Espina bífida (Q05).

Fuente: Elaborado con datos del RENAC

a partir de los valores obtenidos en el cálculo de las prevalencias, con una relación lineal que podría no ser correcta. A pesar de esta limitación, parece adecuado estimar un rango de valores y no un único número esperado de casos por anomalía. Cabe agregar que los valores de casos anuales proporcionados en este estudio no incluyen los fetos muertos con AC, cuyo impacto no debe subestimarse en términos de sus implicancias en la salud pública. Por otra parte, las prevalencias fueron estimadas a partir de datos hospitalarios con una cobertura del 38% de los nacimientos totales del país y correspondieron principalmente a instituciones públicas. Por lo tanto, algunos factores socioeconómicos y/o demográficos podrían modificar las prevalencias. Además, los resultados representan muy posiblemente una fracción del total de los afectados, ya que incluyen solamente los casos detectados al nacimiento, hasta el alta de la maternidad. Es preciso aclarar que la atención médica de estos niños no se restringe al tratamiento quirúrgico en los primeros días de vida, sino que supone el seguimiento de afecciones que suelen ser

crónicas. Los pacientes afectados por estas patologías tienen, por lo general, menor sobrevivencia, comorbilidad y requieren un gran número de hospitalizaciones y recursos especializados para tratamientos médico-quirúrgicos, así como apoyo social y familiar por su alto impacto emocional y económico.

Este estudio podría ser útil para identificar prioridades y diseñar nuevas intervenciones de prevención en sus diferentes niveles, tales como asegurar el acceso al diagnóstico y asesoramiento genético en familias en riesgo, evitar la exposición prenatal a agentes teratogénicos y mejorar la accesibilidad al diagnóstico prenatal de AC. Finalmente, se desea resaltar que la detección, tratamiento y prevención de las anomalías congénitas debe consolidarse como una política activa para continuar reduciendo la mortalidad infantil a valores inferiores 10 x 1.000 nacidos vivos. Se requiere de estrategias coordinadas tanto para la promoción de acciones de prevención como para mejorar el acceso a la salud que cada caso requiera según su complejidad.

AGRADECIMIENTOS

A los miembros del grupo de trabajo del Registro Nacional

de Anomalías Congénitas que contribuyeron a la realización de este estudio.

Cómo citar este artículo: Bidondo MP, Groisman B, Gili J, Liascovich R, Barbero P. Prevalencia de anomalías congénitas en Argentina y su potencial impacto en los servicios de salud. *Rev. Argent Salud Pública*. 2014; Dic;5(21):38-44.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Control of Hereditary Diseases. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organization Technical Report Series. PubMed PMID: 8952444. 1996;865:1-84.
- ² Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM. Human Malformation and Related Anomalies. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
- ³ Christianson A, Howson CP, Modell B. Global Report on birth defects. March of Dimes. The hidden toll of dying and disabled children. March of Dimes Birth Defects Foundation, White Plains, New York. 2006.
- ⁴ WHO special topic. The Ten Leading Causes of Death in Countries of the Americas. En *Health Statistics from the Americas*, 2006.
- ⁵ Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2011. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), 2012.
- ⁶ Bronberg R, Alfaro E, Chaves E, Dipierri J. Analysis of Infant Mortality from Congenital Malformations in Argentina during the 2002-2006 Period. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2009;107(3):203-11.
- ⁷ Bronberg R, Gili J, Chaves E, Dipierri J. Infant Mortality due to Congenital Malformation in Argentina (1998-2009): Temporal and Spatial Analysis of Neonatal and Postneonatal Components. *Journal of Community Genetics*. 2013;4(4):507-15.
- ⁸ Rosano A, Botto LD, Botting B, Mastroiacovo P. Infant Mortality and Congenital Anomalies from 1950 to 1994: An International Perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000;54(9):660-6.
- ⁹ Mason CA, Kirby RS, Sever LE, Langlois PH. Prevalence Is the Preferred Measure of Frequency of Birth Defects. *Birth Defects Research Part A. Clinical and Molecular Teratology*. 2005;73(10):690-2.
- ¹⁰ Mahle WT, Newburger JW, Matherne GP, Smith FC, Hoke TR, Koppel R, et al. Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association and American Academy of Pediatrics. *Circulation*. 2009;120(5):447-58.
- ¹¹ Rynn L, Cragan J, Correa A. Update on Overall 10 Prevalence of Major Birth Defects. Atlanta, Georgia, 1978-2005 Anuario 11, 2008 / 57(01):1-5. [Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5701a2.htm>] [Último acceso 5 de febrero de 2015].
- ¹² Groisman B, Bidondo MP, Barbero P, Gili JA, Liascovich R, Force RT. RENAC: National Registry of Congenital Anomalies of Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2013;111(6):484-94.
- ¹³ Kaminker P, Armando R. Down Syndrome: First Part: Clinical and Genetic Approach. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106(3):249-59.
- ¹⁴ Brun P. Relevamiento y análisis de los recursos para el diagnóstico genético en Argentina y desarrollo de una herramienta para la difusión de la información. Informe final, Proyecto Salud Investiga, 2014.
- ¹⁵ Programa Red Nacional de Genética Médica. Relevamiento de servicios de genética del sector público, Argentina [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/congenitas/servicios-de-genetica-en-argentina-2/>] [Último acceso: 16 de abril de 2015].
- ¹⁶ Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013. [Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/SIP-G_Anexos/home.html]. [Último acceso: 16 de abril de 2015].
- ¹⁷ New Recommendations for Down Syndrome Call for Offering Screening to All Pregnant Women. ACOG, 2006. [Disponible en: http://www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2006/New_Recommendations_for_Down_Syndrome]. [Último acceso: 16 de abril de 2015].
- ¹⁸ Groisman B, Gili JA, Bidondo MP, Barbero P, Liascovich R. Reporte Anual RENAC 2014, Ministerio de Salud de la Nación.
- ¹⁹ Nogueira MP, Pereira JC, Duarte PS, Lourenco A, Tedesco AP, Ferreira LA, et al. Ponseti Brasil: A National Program to Eradicate Neglected Clubfoot - Preliminary Results. *The Iowa Orthopaedic Journal*. 2011;31:43-8.
- ²⁰ Programa Nacional de Atención del Niño con Cardiopatía Congénita. [Disponible en http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/htm/nino_cardiopatia.htm] [Último acceso 15 de abril de 2015]
- ²¹ Salud destaca la cantidad de chicos que fueron operados del corazón en hospitales públicos. Departamento de Prensa, Ministerio de Salud de la Nación, 2014. [Disponible en: <http://prensa.argentina.ar/2014/02/13/47837-salud-destaca-la-cantidad-de-chicos-que-fueron-operados-del-corazon-en-hospitales-publicos.php>]. [Último acceso: 16 de abril de 2015].
- ²² Third Report of the Congenital Anomaly Register for Oxfordshire, Berkshire and Buckinghamshire (CAROBB). Birth 2005-2010. Oxford University, National Perinatal Epidemiology Unit, 2012.
- ²³ Campaña H, Ermini M, Aiello HA, Krupitzki H, et al. Prenatal Sonographic Detection of Birth Defects in 18 Hospitals from South America. *J Ultrasound Med* 2010;29: 203-212.
- ²⁴ Castilla EE, Mastroiacovo P, Orioli IM. Gastroschisis: International Epidemiology and Public Health Perspectives. *American Journal of Medical Genetics Part C, Seminars in Medical Genetics*. 2008;148C(3):162-79.
- ²⁵ Du L, Pan WH, Cai W, Wang J, Wu YM, Shi CR. Delivery Room Surgery: An Applicable Therapeutic Strategy for Gastroschisis in Developing Countries. *World Journal of Pediatrics*. 2014;10(1):69-73.
- ²⁶ Pinheiro PF, Simoes e Silva AC, Pereira RM. Current Knowledge on Esophageal Atresia. *World Journal of Gastroenterology*. 2012;18(28):3662-72.
- ²⁷ Crider KS, Bailey LB, Berry RJ. Folic Acid Food Fortification - Its History, Effect, Concerns, and Future Directions. *Nutrients*. 2011;3(3):370-84.
- ²⁸ Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
- ²⁹ Lopez-Camelo JS, Castilla EE, Orioli IM. Folic Acid Flour Fortification: Impact on the Frequencies of 52 Congenital Anomaly Types in Three South American Countries. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2010;152A(10):2444-58.
- ³⁰ Sistema Estadístico de Salud, Mortalidad Infantil según Criterios de Reducibilidad. Ministerio de Salud de la Nación, 2014 [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000193cnt-s03-criterios-reducibilidad.pdf>] [Último acceso: 16 de abril de 2015].

HITOS Y PROTAGONISTAS

LOS HOSPITALES COLONIALES

Hospitals in Colonial Period

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

KEY WORDS: Public Health – Argentina – History of Medicine

Federico Pέργola

Miembro de Número de la Academia Nacional de Ciencias

El hospital San Martín, que aparentemente funcionó desde 1670 –cuando se habilitaron 20 camas– hasta bien avanzado el siglo XVIII, es tal vez el más conocido. Los testimonios son escasos y confusos, y suelen asentarse en el número de camas, que de tiempo en tiempo aumentaban. En 1748, 6 sacerdotes betlemitas autorizados por el rey se hicieron cargo del establecimiento. Una década después, el número de camas llegaba a 34. En 1784, se habían incrementado a 57, mientras que los betlemitas asistentes ya ascendían a 22.

Sin embargo, existe un testimonio que en cierto modo resulta inquietante: cuando Don Juan de Garay fundó la ciudad de la Trinidad, se ajustó a la Ley I de Indias que decía que "...en todos los pueblos de españoles e indios se funden hospitales, donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana". Esa institución debía situarse cerca de una iglesia, ser cuidada por el Cabildo y tener como patrono al de la ciudad. En sus inicios se llamó Hospital Militar de San Martín, porque el de Tours era el patrono de la ciudad y estaba destinado a los militares. Debieron pasar muchos años hasta el 7 de marzo de 1611, cuando los regidores decidieron "hacerle y fundarle en el camino que va al Riachuelo (la hodierna calle Defensa), donde está más cerca del comercio y a causa de que aquel es el paso por donde por la mayor parte vienen los pobres enfermos".

Vale la pena retornar al siglo XVIII y al primer párrafo. En esa época ya

había un competidor. En 1734, Ignacio Ceballos donó a los jesuitas una manzana de tierra en los altos de San Pedro, con un terreno en las inmediaciones para que fundaran una casa auxiliar a la Compañía. Así nació la chacra de Belén. En 1770, poco después de la expulsión de esta congregación, los betlemitas solicitaron trasladar allí el hospital de Santa Catalina. "Desde 1799 la Residencia de Belén fue destinada al Hospital de Convalecencia, Incurables, Locos y Contagiosos; los padres betlemitas constituyeron algún edificio en la parte más alta de la Chacra de Belén para sus convalecientes (edificio antiguo en el sitio del actual Hospital de Alienados, que desde entonces fue conocido como La Convalecencia).

"De esta manera, los betlemitas tenían en Buenos Aires a fines del virreinato tres hospitales bajo su dirección (porque el de Santa Catalina no se suprimió): el de enfermos agudos (Santa Catalina), el de incurables y locos (Residencia) y el de convalecientes (Convalecencia)".¹

En 1770, otro vecino, Melchor García Tagle, había donado a los jesuitas una Casa de Ejercicios para mujeres, en un terreno adyacente a la residencia de Belén. En ese lugar estuvo durante un tiempo la Casa de Expósitos.

La Orden de los Betlemitas era la misma que la de los Hermanos Hospitalarios de la América Latina. Remedaba con su nombre a la medieval Orden de los Caballeros Hospitalarios y había sido fundada por Pedro San José de Bethencourt. La congregación



Hospital Betlemita

fue convertida en orden en 1687 por el papa Inocencio XI.

En 1727, en la escasamente poblada Buenos Aires se produjo una epidemia de gran magnitud. Este hecho motivó a Juan Guillermo Gutiérrez González Aragón, quien había enviado y tomado los hábitos sacerdotales, a fundar la Hermandad de la Caridad de Nuestro Señor Jesucristo, con la finalidad de otorgar cristiana sepultura a los fallecidos por tal evento. Más tarde, probablemente antes de 1743 (a juzgar por la inauguración de una sala), construyó un Hospital de Mujeres. La congregación fue aprobada por el rey español en 1754. En 1767 se agregó una nueva sala al hospital; según Ruiz Moreno,² esa sería la fecha exacta de su fundación.

La obra caritativa de Manuel Basavilbaso permitió que en 1774 se

ampliaran aún más estas dependencias, algo que ya se había efectuado en diversas oportunidades a través de salas con 13 y 12, en 1768 y 1769, respectivamente.

"Los fondos que poseía el hospital eran realmente exiguos, la mayoría de los mismos provenían de suscripciones de los vecinos o de las mismas limosnas que pedían por las calles los Hermanos de la Santa Caridad. Tenía parte de lo producido por la venta de la estancia 'Las Vacas', como entrada fija. Para llevar fondos a las instituciones que estaban a cargo de la Hermandad de la Santa Caridad, presentó el 8 de enero de 1757, el hermano mayor Francisco Álvarez Campana un proyecto con el fin de establecer una recova en la plaza Mayor, para destinarla a la venta de comestibles de cuyo producto se destinaría una tercera parte para el Cabildo y el resto para ensanchar la sala del Colegio de Huérfanas, establecer un Hospital de Incurables y la Casa de Niños Expósitos".¹

El reglamento de esta Hermandad para el funcionamiento del hospital, dado a conocer en enero de 1738, definía una rigurosa igualdad entre las internadas: no se permitían ornatos de ninguna naturaleza, y tanto los colchones como las almohadas y la ropa de cama debían guardar una austera equidad. "La comida diaria de las pobres enfermas está regulada en \$5 diarios, supliendo la casa con criados, cocineras y demás a este efecto

necesario, que servirá para señalar el día del mes o semanas del año que guste. Hacer este beneficio a las pobres, con cuyo aviso se le pasará la correspondiente noticia del mes o semana del año en que debe tener ejercicio su caridad, por si tuviere a bien extenderla o ir a presenciarlo, y dar el consuelo de su visita a las desvalidas enfermas".³

Uno de los primeros hospitales se estableció en la extensa y escasamente poblada provincia de Córdoba. "Según el acta capitular del 8 de febrero de 1576, Lorenzo Suárez de Figueroa, teniente de gobernador, se presentó a los vecinos reunidos en cabildo diciendo 'querer fundar un hospital para servicio de Dios y amparo de los pobres y descargo de mi conciencia' y por Acta del 13 de septiembre de 1577 nombraba '[...] patrón del hospital a la bien aventurada Santa Eulalia, a mi propia persona y al cabildo de esta ciudad y por mi fallecimiento o ausencia lo sea el propio cabildo y no otra persona alguna'. Dice además donar tierras 'donde pudiese criarse ganado cuyos productos naturales sirvieran al propio consumo de los enfermos a la vez que el acrecentamiento del capital del hospital y de sus réditos'.⁴ Fundado por los vecinos, tuvo su primer mayordomo, en la figura de Juan Bautista Daniel, recién en 1638.

Con los testimonios obtenidos y la fecha de fundación de la ciudad de Santiago del Estero en 1553, Oddo⁵

concluye que la primera institución médico-asistencial argentina fue el Real Hospital de Santiago del Estero. "En este caso, y a muy poco de fundada, ciertamente la ciudad contaba con un modesto edificio habilitado a tal efecto; esto no sólo por la importancia a priori que se le concedió a la incipiente capital, y por cuanto es de suponer de él hubiere necesidad para el aislamiento de enfermos pestosos e indigentes [...]"

Casi todas las noticias sobre la fundación de hospitales en las ciudades coloniales están signadas por datos de dudosa veracidad, algunos de ellos basados en meras suposiciones: "El resto de las ciudades argentinas, tales como Mendoza, San Juan, Tucumán, Salta, Jujuy, Santa Fe, Corrientes y Paraná, fueron poco a poco teniendo sus hospitales, muchos de ellos encomendados a la solicitud de los betlemitas, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, en que por razón del considerable aumento de la población se hacía necesario el establecimiento real y no solamente nominal de los mismos, los que, por otra parte, debían contar además con adecuados locales".¹

Cabe resaltar la actitud de estos escasos pobladores del Virreinato del Río de la Plata. Con pocos recursos y una medicina que más que curar – como decían en sus edictos– lo poco que podía hacer era cuidar, ellos se animaron a fundar aquello que sería en realidad un asilo para pobres.³

Cómo citar este artículo: Pérgola F. Los hospitales coloniales. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):45-46.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Lartigue J. Consideraciones sobre hospitales coloniales. Quirón, La Plata, 12 (Nº 1 y 2), enero-junio de 1981.

² Ruiz Moreno A. El Hospital de Mujeres de Buenos Aires de 1822 a 1852. Sexto Congreso Nacional de Medicina, Actas y Trabajos, Rosario, 1938.

³ Pérgola F. Historia de la medicina argentina. Desde la época de la dominación hispánica hasta la actualidad. Buenos Aires: Eudeba; 2014.

⁴ Jankilevich Á. Hospital y comunidad. Buenos Aires: sin sello editor; 1999.

⁵ Oddo V. Historia de la primera institución médico-asistencial argentina: el Real Hospital de Santiago del Estero. Boletín de la Academia Nacional de Ciencias, Córdoba. 1972; 49(1-4):435-448.

SALUD INVESTIGA

RESÚMENES DE INFORMES FINALES BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA" 2012

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

Coordinación: Fabbro, Diana L. Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.
dianafabbro@yahoo.com.ar

Becarios: Olivera, Lorena V. Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral; Codebó Ramalho Luz, María O. Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatała Chaben"; Heredia, María C. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos G. Malbrán".

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 de sus hijos.

Resultados: Se detectó un 20% de hijos infectados por *T. cruzi* provenientes de mujeres no tratadas

DETECCIÓN DE POLIOVIRUS DERIVADOS DEL USO DE LA VACUNA SABIN EN MUESTRAS AMBIENTALES DE ARGENTINA

Coordinación: Vizzotti, Carla. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación. *cvizzotti@yahoo.com.ar*

Becarios: Freire, María C. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos G. Malbrán"; Cisterna, Daniel M. ANLIS; Lema, Cristina. ANLIS; Caparelli, Mariel. Ministerio de Salud de la Nación.

Introducción: En Argentina, el último caso de poliovirus salvaje ocurrió en 1984. Luego se identificaron dos casos de poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) en inmunodeficientes y un caso sin identificación de fuente (ambiguo). La vigilancia ambiental es de suma utilidad para detectar la posible circulación silenciosa de VDPV, que puede emerger por falencias en la vacunación y causar brotes de enfermedad paralítica.

Objetivos: Detectar la posible circulación silenciosa de VDPV.

Métodos: Se analizaron 188 paneles de muestras ambientales obtenidas en la provincia de Buenos Aires en forma retrospectiva y prospectiva. Se analizaron muestras recogidas en el Riachuelo (2005-2006: panel R1; 2012-2013: panel R2) y muestras de efluentes cloacales de la provincia de Buenos Aires (2011: panel E).

Resultados: La tasa de detección de enterovirus (HEV) en el Riachuelo fue de 96,8% y 41,7% (paneles R1 y R2, respectivamente). En las muestras de efluentes, la detección fue del 31%. La tipificación de los enterovirus detectados reveló la presencia de poliovirus en el 14,2% de las muestras analizadas. La tasa de detección de los poliovirus por área fue del 10,0% al 22,2%. Además, se identificaron los HEV de la especie C, con tasas del 3,5% (R1), 60% (R2) y 71,4% (E). La tipificación de las 17 cepas de poliovirus detectadas reveló poliovirus 1 (1 caso, 6%), poliovirus 2 (8 casos, 47%) y poliovirus 3 (8 casos, 47%). La caracterización se realizó en 13 (76,4%) de los poliovirus detectados; se identificaron en las muestras del Riachuelo (R1) 12 (91,2%) Sabin 2 y Sabin 3 y 1 VDPV2c (0,8%).

Conclusiones: El estudio permitió detectar por primera vez en Argentina una cepa de VDPV2a que circuló en 2006 y no persiste. También se demostró una elevada presencia de cepas de enterovirus no polio de la especie C (60%-71%), que pueden favorecer la emergencia de VDPV.

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.

SALUD INVESTIGA

RESÚMENES DE INFORMES FINALES BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA" 2012

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA SANITARIA EN LOCALIDADES SELECCIONADAS DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ, ARGENTINA

Coordinación: Wilner, Alejandro D. Facultad Regional Santa Cruz, Universidad Tecnológica Nacional. alejandro.wilner@gmail.com

Becarios: Campos Álvarez, María R.; Coggiola, Liliana N.; Covello, Magdalena; Hernández, Cecilia I.; Uanini, Cesar O. Facultad Regional Santa Cruz, Universidad Tecnológica Nacional.

Introducción: Es necesario abordar los vínculos entre planificación, programación y gestión desde una perspectiva estratégica, asumiendo la importancia de la gestión en la producción de cuidados.

Objetivos: Describir la programación local, analizar el impacto sobre las prácticas y la planificación, conocer los actores, su comportamiento y su implicación con los resultados, e indagar cuál es su vinculación con la responsabilización y con los resultados.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con enfoque cualitativo. Esto permitió lograr un abordaje integral del problema y promovió la comprensión y análisis de procesos caracterizados por la intervención de diferentes actores. No se pretendió encontrar explicaciones comunes acerca de las causas, ni generalizar estos procesos como universales.

Resultados: La programación no se realizó a partir del marco del Plan Estratégico Provincial de Salud. El punto de partida fueron los planes nacionales (con mayor determinación en función del condicionamiento de sus transferencias), la coyuntura asistencial, la participación de actores políticos (sobre todo a nivel local), la ley de arancelamiento y los deseos

MORTALIDAD POR HOMICIDIO Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA: MAGNITUD, CARACTERÍSTICAS Y CIRCUNSTANCIAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Coordinación: Pantelides, Edith A. Centro de Estudios de Población (CENEP). eap@cenep.org.ar

Becarios: Bruno, Matías. CENEP; Gaudio, Magalí. CENEP; Govea, Julián. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

Introducción: Dado el actual contexto, es necesario abordar la problemática de las muertes por homicidio y suicidio en jóvenes en la provincia de Buenos Aires.

Objetivos: Estimar la magnitud y describir la tendencia de la mortalidad por suicidio y homicidio de jóvenes de 10-19 años en Argentina y en la provincia de Buenos Aires. Analizar las fuentes de información disponibles y su accesibilidad, y describir las características y circunstancias de las muertes.

Métodos: Se analizaron datos secundarios mediante tasas y distribuciones. Se evaluó el contenido de entrevistas semiestructuradas realizadas a familiares de las víctimas de homicidio y a personas vinculadas con el suicidio en la adolescencia.

Resultados: Las víctimas de homicidio tenían dificultad para mantener la escolarización y ausencia de contención paterna/materna. Las sustancias psicoactivas estaban presentes, pero sin un papel claro. Los perpetradores, de edad similar a las víctimas, usaron armas de fuego, vivían en el vecindario y tenían relación previa con ellas. Las instituciones responsables (policía, justicia, servicios de emergencia, guardias hospitalarias) fueron evaluadas negativamente. Se observó falta de profesionales entrenados en la detección y derivación del suicidio adolescente, así como de una organización que los vinculara y facilitara el tratamiento y la derivación. Se señalaron factores de riesgo individuales, familiares y sociales. Se remarcó la invisibilidad del problema a nivel familiar, escolar, comunitario y de salud.

Conclusiones: Hubo factores estructurales, rasgos familiares y características personales y relacionales que pusieron a las víctimas de homicidio en riesgo de muerte. Las instituciones que deberían actuar para prevenir, auxiliar y contener no están cumpliendo sus funciones adecuadamente. En cuanto a los suicidios, es necesario incorporar profesionales de salud mental capacitados en la temática, que puedan detectar señales y realizar la derivación a tiempo.

de los actores del sistema de salud (sobre la base de su posición en los efectores). La falta de programación significó una débil asignación de responsabilidades en el sistema.

Conclusiones: Las tareas de programación (incluido el presupuesto),

monitoreo y evaluación son débiles. La mediación entre la planificación y las prácticas se naturaliza, y se implementa la planificación extrajurisdiccional sin adaptación local. La coyuntura asistencial es un fuerte organizador de los servicios de salud.

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/homepagee.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	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 explicitar 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/#sisa>.

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

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

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

- Título del artículo en español e inglés.
- El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos.
- Autor responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.
- Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc).
- Fecha de envío para publicación.

- Declaración de conflicto de intereses.
- Número de registro de investigación otorgado por el RENIS

3.1.2 Resumen y Palabras clave

En la segunda página, se incluirá el resumen y las palabras clave (abstract y key words) en idiomas castellano e inglés. La estructura del resumen deberá ser la siguiente: Introducción (contexto o antecedentes del estudio y objetivo); Métodos (procedimientos básicos -selección de sujetos, métodos de observación o medición, etc.); Resultados (los considerados relevantes con sus medidas estadísticas -si corresponde- y el tipo de análisis) y Conclusiones. Se observará el uso del tiempo pretérito en su redacción, especialmente al referirse a los resultados del trabajo. Al pie del resumen se deben especificar entre 3 y 5 palabras clave. La extensión máxima es de 1500 caracteres con espacios para cada idioma.

3.1.3. Introducción

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

En los estudios cualitativos, se recomienda incluir con subtítulos el marco teórico o conceptual del estudio y explicar cómo los autores posicionan al mismo dentro del conocimiento previo. La Introducción también debe contener los propósitos, objetivos y las hipótesis o supuestos de trabajo.

3.1.4 Método

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

- Justificación del diseño elegido.
- Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, 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.