

# Revista Argentina de Salud Pública

ISSN 1666-1708

VOL. 11, Nº 3  
Diciembre 2010  
Buenos Aires, Argentina

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



Imagen: Hospital El Cruce, Hospital General de Agudos de Cazarán, Provincia de Córdoba

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Obesidad en Argentina: epidemiología,  
distribución y riesgo asociado**

Gregorio Tellez-Rojo, Carlos Lavado, Daniel Caputo,  
Silvia Lombardi, María del Carmen San Gregorio

**Factores socioeconómicos en el proceso asistencial  
de pacientes con tuberculosis del Instituto  
Neurologico Hospital de la UNAM**

Roberto Landberg

**Estudios de violencia hacia las mujeres: análisis  
de situaciones del sistema de atención primaria de salud  
en Ciudad de Buenos Aires**

María Berón, Clara Berón, Graciela M. Pérez Berón, Julia Berón,  
Samantha Aguiar Berón, Norma Pérez, Lidia Berón

**Estudios de la formación en las escuelas de enfermería  
de las universidades de la República Argentina, 2007**

María Lavado, Graciela Lavado, Norma Berón, Graciela Lavado,  
María del Pilar Lavado, Rosa Norma Berón, Graciela Berón,  
Norma Lavado Berón, Norma Berón



100 AÑOS  
DE LA REPÚBLICA  
ARGENTINA



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

## EDITORIAL

## INVESTIGACIÓN EN MEDICINA Y SALUD: SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

Entre los días 28 y 30 de octubre próximo pasado se llevó a cabo en Santiago de Chile la *Conferencia de la Asociación de Academias Nacionales de Medicina de América Latina, España y Portugal* que se centró en dos temas básicos: Políticas de Salud en América Latina e Investigación en Salud. La Academia de nuestro país resolvió exponer este segundo tema a fin de contribuir a su desarrollo. Su relato –central en la Conferencia– encaró el tema desde su aspecto más actual, tal como lo expresa su título: *Investigación en medicina y salud: su implementación en la atención individual y comunitaria*, enfocando el problema que hoy ocupa y preocupa a todas las sociedades, cualquiera sea su grado de desarrollo, y que se explicita habitualmente con el eslogan “del conocimiento a la acción”. En consecuencia, abordó la problemática hoy vigente a través de los siguientes interrogantes: ¿cómo se aplica el conocimiento generado por las investigaciones a las prácticas para la mejor atención de la salud? ¿Cuáles son sus condicionantes? ¿Cuáles son las reglas del juego? ¿Cuáles son las circunstancias que favorecen este cometido? Tomando como punto de partida la definición vigente de investigación en salud caracterizada como la tercera ola,<sup>1</sup> en la ponencia se analizaron los procedimientos y mecanismos que hoy se disponen para la aplicación del conocimiento médico a la práctica clínica (pruebas clínicas controladas, colaboración Cochrane, capacitación profesional permanente), para señalar luego las líneas de fuerza y la problemática metodológica que plantea la investigación de servicios de salud, así como las variables que posibilitan su incorporación a la práctica en todos los servicios, insistiendo en la necesidad de institucionalizarla, según sus propias necesidades, y de difundirla con sus propias reglas y exigencias, diferentes a las de la investigación tradicional. Concepto este válido asimismo para la investigación sobre los sistemas de atención y las políticas respectivas.

Adquiere así vigencia el estudio de las variables contextuales, es decir del suprasistema formado por las variables políticas, culturales, económicas y geográficas de poder que caracterizan un sistema de salud determinado, lo que presupone un efectivo proceso de investigación.

En los últimos años, se ha difundido el término “traslacional” para significar el proceso que lleva a trasladar el conocimiento a la acción, es decir a la práctica, referencia que se extiende a todos los ámbitos de la investigación, inclusive a los más tradicionales, como la American Association for Advancement of Science de los EE.UU con su reciente publicación *Science Translational Medicine*.

Este es el panorama de hoy en la investigación en medicina y salud, tal como lo han entendido las Academias de Medicina Iberoamericanas en el cumplimiento de su objetivo de contribuir a la mejor salud de la población y el hecho especialmente auspicioso y prometedor para el futuro, ya que contribuye a efectivizar la Resolución N° 49/2009 de la Organización Panamericana de la Salud, *Política de Investigación en Salud*, que sintetiza la perspectiva para los próximos años: “La investigación sobre sistemas de salud es el campo multidisciplinario de investigación científica que estudia como los factores sociales, los sistemas de financiamiento, las estructuras y procesos institucionales, las tecnologías sanitarias y los comportamientos personales afectan el acceso a la atención de la salud, la calidad y el costo de esa atención y, en último término, la salud y el bienestar. Su ámbito de investigación son los individuos, las familias, las organizaciones, las instituciones, las comunidades y las poblaciones”.

Acad. Dr. Abraam Sonis

Director Científico

Revista Argentina de Salud Pública

<sup>1</sup> La primera ola consistió en la investigación biomédica, la segunda agregó a la investigación en servicios de salud, para culminar en la tercera que involucró a los determinantes de la salud.

## CORREO DE LECTORES EN LA RASP

La REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA convoca a sus lectores a participar de esta propuesta, cuya finalidad es conocer las impresiones, opiniones, inquietudes o reflexiones suscitadas a partir de la lectura de los artículos publicados.

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

ción incluya su dirección de correo electrónico, deberá manifestarlo expresamente al momento de escribir a la Revista.

La dirección para el envío de correos de lectores es: [rasp@msal.gov.ar](mailto:rasp@msal.gov.ar)

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

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## OBESIDAD EN ARGENTINA: EPIDEMIOLOGÍA, MORBIMORTALIDAD E IMPACTO ECONÓMICO

### Obesity in Argentina: epidemiology, morbimortality and economic impact

JORGE ELGART<sup>1</sup>, GUILLERMINA PFIRTER<sup>1</sup>, LORENA GONZALEZ<sup>1</sup>, JOAQUÍN CAPORALE<sup>1</sup>, ADRIÁN CORMILLOT<sup>2</sup>, MARÍA LUZ CHIAPPE<sup>3</sup>, JUAN GAGLIARDINO<sup>1</sup>

**RESUMEN.** OBJETIVO: obtener conocimientos aplicables al diseño de estrategias de prevención, control y tratamiento de la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), para la toma de decisiones basadas en evidencia local y para optimizar el uso de recursos humanos y económicos en entidades de financiamiento de salud. MÉTODOS: estudio observacional y cuantitativo. Se verificaron: a) asociaciones entre obesidad y características demográficas y epidemiológicas; b) eventos fatales, costo por muerte prematura y Años de Vida Saludables Perdidos atribuibles al sobrepeso/obesidad. RESULTADOS: la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad fue de 34,8% y 14,8%, respectivamente, con edades entre 35 y 64 años. Un tercio de la población obesa presentó obesidad severa a muy severa. El 16,2% de los obesos y el 15,1% de las personas con sobrepeso tenían Necesidades Básicas Insatisfechas. El 40,4% de las personas con obesidad presentaron otros FRCV asociados, siendo la hipertensión arterial el más frecuente (48,1%). Las muertes atribuibles al sobrepeso/obesidad fueron 14.776, con lo cual se perdieron 596.704 Años de Vida Saludables atribuibles al exceso de peso y con un costo total por muerte prematura de ARS 190,5 millones, del cual el 70% fue atribuible al sobrepeso. CONCLUSIONES: es necesario implementar estrategias efectivas de prevención y tratamiento del sobrepeso/obesidad para disminuir su alto costo económico y los Años de Vida Saludable perdidos por su causa.

**ABSTRACT.** OBJECTIVE: To gain knowledge that may be applied to the design of strategies for the prevention, control and treatment of obesity and other cardiovascular risk factors (CVRFs), to promote their use for local evidence-based decision making and to optimize the use of human and economic resources in health financing entities. METHODS: Observational and quantitative study recording: a) associations between obesity and demographic/epidemiological characteristics; b) fatal events, cost of premature deaths and lost healthy life years due to overweight and obesity. RESULTS: National prevalence of overweight and obesity: 34.8% and 14.8%, respectively; age range of the adult overweight/obesity population: 35-64 years; one third of the obese population presents severe to very severe obesity; unsatisfied basic needs: 16.2% and 15.4% in obese and overweight people, respectively; presence of other associated CVRFs: 40.4% of obese people, being hypertension the most frequent one (48.1%); deaths due to overweight/obesity: 14.776; cost of premature deaths: \$190.5 millions (70% due to overweight); lost healthy life years due to overweight: 596.704. CONCLUSION: Effective strategies for the prevention and treatment of overweight and obesity should be implemented to decrease the high socioeconomic costs and the lost healthy life years due to the disease.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad - Sobrepeso - Costos - Carga de enfermedad - Factores de Riesgo Cardiovascular

**KEY WORDS:** Obesity – Overweight – Costs – Disease burden – Cardiovascular Risk Factors

<sup>1</sup> Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA). Universidad Nacional de La Plata – CONICET. La Plata, Argentina

<sup>2</sup> Clínica de Nutrición y Salud. Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Obra Social OSPERYH. Buenos Aires, Argentina.

**FUENTES DE FINANCIAMIENTO:** Becas “Carrillo-Oñativía”. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 1 de junio de 2010

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 19 de noviembre de 2010

**CORRESPONDENCIA A:**

Juan José Gagliardino

Correo electrónico: direccion@cenexa.org

Rev Argent Salud Pública, 2010; 1(5):6-12.

## INTRODUCCIÓN

La salud de la población está condicionada por numerosos factores sociales y económicos. En ese contexto, la obesidad es un factor que afecta significativamente la salud de las personas.<sup>1</sup> Aunque la obesidad implica un aumento de la masa de tejido adiposo, las evidencias disponibles muestran que su impacto sobre la salud depende no sólo del volumen de grasa acumulada sino también de su distribución corporal.<sup>2</sup>

La obesidad es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías tales como: enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 (DMT2), diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios y artritis.<sup>3</sup> En función de los distintos grados de asociación con estas y otras condiciones, actualmente la obesidad puede considerarse no

sólo como un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) sino también como una enfermedad severa, particularmente en su forma mórbida y en algunos casos especiales de asociación con otras enfermedades.<sup>3</sup>

Diversos autores coinciden en que su patogenia es de carácter multifactorial ya que en ella participan factores biológicos, de comportamiento, culturales, sociales, medioambientales y económicos que establecen una red de interacción múltiple y compleja.<sup>4</sup> No resulta claro, sin embargo, el peso relativo de cada uno de ellos y la posible variación de su interacción en función de diferentes asociaciones.

Por otra parte, se sabe que la obesidad genera una carga socioeconómica y de enfermedad muy alta, que compromete tanto la salud de la población como las finanzas públicas y privadas actuales y futuras.<sup>5</sup> En este sentido, existen diversas estimaciones provenientes de países desarrollados, pero muy pocas de Latinoamérica en general, y de la Argentina en particular, que permitan determinar el impacto de la obesidad en términos epidemiológicos y socioeconómicos.<sup>6,7</sup> El objetivo de la mayoría de estos estudios fue alertar a la sociedad sobre las dramáticas consecuencias de no implementar intervenciones preventivas capaces de revertir la "epidemia mundial" de obesidad.<sup>5-8</sup> En Argentina, esta situación, asociada a su patogenia multifactorial, dificulta el diseño, la programación y la implementación de intervenciones efectivas de prevención y control de la obesidad y su morbilidad asociada a las instituciones prestadoras y financiadoras públicas y privadas.

En función de lo expuesto, los objetivos de esta investigación fueron: a) identificar y caracterizar las asociaciones entre sobrepeso/obesidad, FRCV y diversas características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas en Argentina, y b) estimar la carga económica del sobrepeso/obesidad.

## MÉTODOS

Para definir sobrepeso/obesidad se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>9</sup> que permite establecer su relación con diversos riesgos, unificar criterios diagnósticos y comparar los datos con el resto de países del mundo. Aunque esta clasificación no incluye dimensiones como edad, género y diferencias étnicas, consideradas relevantes para el diagnóstico adecuado de obesidad, para la práctica médica general se admite que el IMC, sumado al perímetro de cintura, es suficiente para establecer el diagnóstico de sobrepeso/obesidad en adultos.<sup>10,11</sup>

Las fuentes de información utilizadas en el estudio fueron la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2005), la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), las tablas de Vida/Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) y las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

La ENFR<sup>12</sup> es un estudio de corte transversal que estimó la prevalencia de diversos FRCV en personas adultas mayores de 18 años, residentes en localidades  $\geq 5000$  habitantes; su representatividad alcanza al 96% de la población urbana del país. Su utilización permitió evaluar asociaciones entre sobrepeso/obesidad, FRCV y diversas variables demográficas y epidemiológicas.

La combinación de datos provenientes de la base de mortalidad de la DEIS y la estimación de las fracciones atribuibles poblacionales (FAP),<sup>13,14</sup> obtenidas mediante revisión sistemática de la literatura local, internacional, literatura gris y consultas con expertos, proporcionó los insumos necesarios para estimar las FAP y los Años de Vida Saludables (AVISA)<sup>15</sup> perdidos atribuibles a la obesidad.

Las FAP se estimaron utilizando la siguiente fórmula general:  $P(RR - 1) / [P(RR - 1) + 1]$ ; donde "P" refleja la prevalencia de obesidad en una cohorte dada y "RR" es el riesgo relativo de la enfermedad, calculado entre la población obesa y la no obesa. Para ello se utilizaron las tasas de prevalencia de sobrepeso/obesidad de la población argentina y los riesgos relativos de cada una de estas condiciones para cada enfermedad considerada. Las tasas de prevalencia de sobrepeso/obesidad se obtuvieron de la primera ENFR (2005) y los riesgos relativos mediante una revisión bibliográfica de las asociaciones significativas entre obesidad y diversas condiciones de salud en diferentes cohortes.

Las causas de muerte específicas también se obtuvieron mediante revisión bibliográfica<sup>17</sup> y la mortalidad atribuible al sobrepeso/obesidad por rango etario y patologías se estimó en base a los datos de mortalidad del año 2007 provista por la DEIS.

Otros resultados estimados en este estudio fueron los siguientes:

- Eventos fatales atribuibles a la obesidad: muertes debidas a causas asociadas a la obesidad, estimadas a partir de eventos fatales y FAP.
- Los riesgos relativos del sobrepeso/obesidad/no obesidad de generar eventos fatales se verificaron mediante revisión sistemática de la literatura<sup>17</sup>: i) enfermedad cardiovascular (códigos I20-I25); ii) accidente cerebro vascular (ACV) (códigos I60-I69); iii) DMT2 (códigos E11, E14); iv) diversos tipos de cáncer (C50, C18, C21, C54); v) enfermedad de vesícula (códigos K80-K82); y vi) artritis (códigos M15-M19). La codificación pertenece al CIE-10.
- Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos: calculados como la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP) y los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), atribuibles al sobrepeso/obesidad en Argentina. Para esta estimación se consideraron: i) eventos fatales; ii) duración de la discapacidad; iii) ponderador de discapacidad; y iv) expectativa de vida residual para cada grupo etario y género por jurisdicción geográfica, estimados mediante el *software* de libre acceso DISMOD II y datos extraídos del estudio de *Carga global de enfermedad* de Murray y López.<sup>15</sup>

• Costo por muerte prematura atribuible al sobrepeso/obesidad: se calculó multiplicando el número de muertes atribuibles al sobrepeso y la obesidad por el valor estadístico de una vida (VEV). El VEV se estimó según el enfoque del capital humano. Para ello, se tomó como proxy al valor presente de los ingresos futuros (VPIF), calculado a partir de información de la EPH y de las tablas de sobrevivencia del INDEC.<sup>16</sup> A partir de este cálculo, se estimó el promedio del VEV en Argentina.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Los datos expresados en la Tabla 1 muestran que en Argentina el 3,5% de la población adulta presenta obesidad severa y muy severa. En este subgrupo, las mujeres representan el 57,3% y 65,9% para cada tipo. Algo más del 11% presenta obesidad clase 1, siendo en este caso mayoritariamente hombres. Esta tendencia se reproduce en la población adulta con sobrepeso (34,8%), en la que los hombres representan casi el 60% de los casos.

La Tabla 1 también muestra que el sobrepeso (porcentaje) aumenta en función de la edad hasta los 49 años, mientras que para la obesidad este límite se extiende hasta los 64 años. Posteriormente, ambos porcentajes

disminuyen gradualmente.

La obesidad clase 3 muestra un comportamiento distinto, dado que su mayor porcentaje (27%) se registró entre 34 y 64 años y después disminuyó hasta alcanzar su valor más bajo (13,2%).

La evaluación de la asociación entre obesidad, índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y nivel de educación, demostró que el 16,2% de las personas con obesidad y el 15,4% de aquellas con sobrepeso presentaban algún tipo de NBI (vivienda inadecuada, hacinamiento, hogar sin baño, etc.). Estos valores fueron significativamente superiores a los registrados en población con peso normal (ver Tabla 1). También se observó que las personas con sobrepeso/obesidad poseían un nivel de instrucción inferior al de la población con peso normal.

La obesidad generalmente se asoció con otros FRCV, como tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes. La Tabla 2 muestra que la obesidad aislada (sin otros FRCV asociados) en población adulta se verificó en el 31,2% de los casos, mientras que en el 40,4% estuvo asociada con uno de estos factores y en el 24,6% con dos. En el primer caso, la hipertensión fue el FRCV asociado más frecuente (48,1%), seguido por el tabaquismo (31,6%).

**TABLA 1.** Distribución poblacional según clasificación de peso corporal de la OMS\*. Total país 2005.

	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	TOTAL	OBESIDAD			TOTAL
					Clase 1	Clase 2	Clase 3	
GÉNERO								
Total †	2,9	47,5	34,8	14,8	11,3	2,7	0,8	100
Mujeres	82,4	58,2	40,3	48,4	45,1	57,3	65,9	51,2
Hombres	17,6	41,8	59,7	51,6	54,9	42,7	34,1	48,8
GRUPOS ETARIOS								
18 a 24	41,9	26,6	9,2	4,6	4,3	6,2	4,2	17,9
25 a 34	26,1	23,5	18,6	14,7	15,9	10,9	10	20,5
35 a 49	16,7	24,5	28,1	30,6	30,0	32,9	31,7	26,4
50 a 64	8,9	14,6	25,5	32,7	31,8	33,5	43,2	20,9
65 y más	6,4	10,7	18,5	17,3	18,0	16,5	10,9	14,3
NBI								
Sin NBI	78,7	84,6	84,9	83,8	83,3	85,6	83,7	84,4
Con NBI	21,3	15,4	15,1	16,2	16,7	14,4	16,3	15,6
EDUCACIÓN								
Sin instrucción	0,7	1,1	1,9	1,9	1,5	3,8	1,3	1,5
Primario incompleto	7,6	7,2	10,7	14,0	14,1	14,3	11,6	9,5
Primario completo	18,2	21,6	29,4	33,3	33,3	31,8	38,4	25,9
Secundario incompleto	19,9	17,1	16,1	16,9	17,1	16,2	16,8	16,8
Secundario completo	16,1	22,1	20,2	18,6	18,0	22,9	13,1	20,8
Terciario/universitario incompleto	23,4	16,1	9,4	6,5	6,5	6,1	8,0	12,6
Terciario/universitario completo	13,9	14,5	12,2	8,7	9,4	4,9	10,7	12,9
Educación especial	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

\* Clasificación de peso corporal de la OMS: Bajo Peso ( $IMC < 18,5$ ), Normal ( $18,5 \leq IMC < 25$ ), Sobrepeso ( $25 \leq IMC < 30$ ), Obesidad ( $IMC \geq 30$ ), Obesidad Clase 1 ( $30 \leq IMC < 35$ ), Obesidad Clase 2 ( $35 \leq IMC < 40$ ), Obesidad Clase 3 ( $IMC \geq 40$ ). † Porcentaje fila. Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005).



**TABLA 2.** Frecuencia de obesidad aislada y asociada a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Total país, ENFR, 2005.

Obesidad y FRCV	n	%
Obesidad (sin Tab, HTA, Col, DM)	1.012.759	31,2%
Obesidad + 1 FRCV	1.311.927	40,4%
Obesidad + HTA	630.670	48,1%
Obesidad + Tab	415.140	31,6%
Obesidad + Col	174.659	13,3%
Obesidad + DM	91.458	7,0%
Obesidad + 2 FRCV	797.250	24,6%
Obesidad + HTA + Col	323.447	40,6%
Obesidad + Tab + HTA	230.447	28,9%
Obesidad + HTA + DM	114.251	14,3%
Obesidad + Tab + Col	49.827	6,2%
Obesidad + Tab + DM	44.172	5,5%
Obesidad + Col + DM	35.106	4,4%
Obesidad + 3 FRCV	100.059	3,1%
Obesidad + Tab + HTA + Col	76.294	76,2%
Obesidad + Tab + HTA + DM	19.591	19,6%
Obesidad + Tab + Col + DM	4.174	4,2%
Obesidad + 4 FRCV	25.370	0,8%

DM: diabetes; Col: Colesterol; HTA: hipertensión arterial; Tab: tabaquismo.

Se identificaron 18 enfermedades asociadas al sobrepeso/obesidad, tales como DMT2, todas las enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, artritis y otras (Tabla 3).

Cuando estimamos la mortalidad atribuible al sobrepeso y la obesidad, siguiendo la metodología de Banegas JR *et al*<sup>14</sup> que las clasifica en: a) todas las causas de muerte, b) causas cardiovasculares, y c) neoplasias, los resultados mostraron que de las 32.153 muertes registradas en Argentina en el 2007 y atribuibles al sobrepeso/obesidad, 15.350 (48%) fueron por causas cardiovasculares y 4.599 (14%) por cáncer. En el grupo de todas las causas de muerte, el 28% fueron atribuibles al sobrepeso (9.061) y el 72% restante a la obesidad (23.092).

En cambio, cuando consideramos todas las enfermedades atribuibles al sobrepeso/obesidad identificadas en la revisión bibliográfica (Tabla 4), el número total de muertes atribuibles al sobrepeso/obesidad fue aproximadamente de 14.776, siendo la DMT2 responsable del 40% de ellas. Cabe destacar que del total de estas muertes el 70% fueron atribuibles al sobrepeso y el 30% restante a la obesidad. La estimación de las muertes atribuibles según rango etario (Figura 1a) mostró que la mayor proporción se concentró en los rangos superiores.

#### IMPACTO ECONÓMICO

Se estimó que el VEV en Argentina era de AR\$ 39.174. Además, se comprobó que el VEV aumenta en función

**TABLA 3.** Fracciones atribuibles poblacionales asociadas al sobrepeso y la obesidad.

DESCRIPCIÓN	Hombres (años)		Mujeres (años)			
	< 65	≥ 65	< 45	≥ 45	< 65	≥ 65
<b>SOBREPESO</b>						
Enfermedad coronaria (I20-I25)	0,1270	0,0000	-	-	0,0905	0,0000
ACV (I60-I69)	0,1270	0,0000	-	-	0,0801	0,0000
Diabetes (E10-E14)	0,2495	0,2844	-	-	0,1660	0,2495
Cáncer de colon y recto (C18-C21)	0,0767	0,0904	-	-	0,0474	0,0767
Cáncer de mama (C50)	-	-	0,0000	0,0000	-	-
Cáncer de endometrio (C54)	-	-	-	-	0,0000	0,0000
Enfermedad de vesícula (K80-K82)	0,1720	0,1989	-	-	0,1106	0,1720
Artritis (M15-M19)	0,1270	0,1481	-	-	0,0801	0,1270
<b>OBESIDAD</b>						
Enfermedad coronaria (I20-I25)	0,1093	0,0342	-	-	0,1167	0,0435
ACV (I60-I69)	0,0712	0,0259	-	-	0,0735	0,0351
Diabetes (E10-E14)	0,2522	0,2802	-	-	0,2252	0,2860
Cáncer de colon y recto (C18-C21)	0,0578	0,0661	-	-	0,0502	0,0679
Cáncer de mama (C50)	-	-	0,0259	0,0588	-	-
Cáncer de endometrio (C54)	-	-	-	-	0,0902	0,1202
Enfermedad de vesícula (K80-K82)	0,1870	0,2097	-	-	0,1654	0,2146
Artritis (M15-M19)	0,1767	0,1985	-	-	0,1561	0,2032

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005) y revisión sistemática de la literatura.

de la edad, alcanza su valor máximo entre los 30 y 34 años (AR\$ 74.995) y luego disminuye progresivamente en los rangos etarios siguientes.

Asimismo, se estimó que el costo por muerte prematura atribuible a la obesidad en Argentina fue de aproximadamente AR\$ 190,5 millones, de los cuales 133 (70%) correspondieron al sobrepeso (Tabla 4). Como se esperaba, el mayor costo se concentró en los rangos etarios medios, donde el valor estadístico de la vida es mayor (Figura 1b).

El análisis se completó con la estimación de los AVPMP, AVPD y los AVISA atribuibles al sobrepeso/obesidad en Argentina. La estimación realizada mostró que en 2007 en el país se perdieron 148.046 AVPMP y 448.657 AVPD, alcanzando un total de 596.704 AVISA (Tabla 5). Al igual que las muertes prematuras por sobrepeso y obesidad, los AVISA se concentraron mayoritariamente en los rangos etarios superiores, con un 74% del total a partir de los 55 años.

DISCUSIÓN

La dupla sobrepeso/obesidad y su asociación con otros FRCV muestran un aumento creciente que alcanza características de epidemia a nivel mundial.<sup>3-5</sup> Los resultados de este estudio demuestran que Argentina no escapa a esa realidad, dado que el sobrepeso/obesidad representa un serio problema de salud pública por su elevada prevalencia (50,5%);

FIGURA 1A. Muertes atribuibles al sobrepeso/obesidad, según rango etario. Total país 2007.

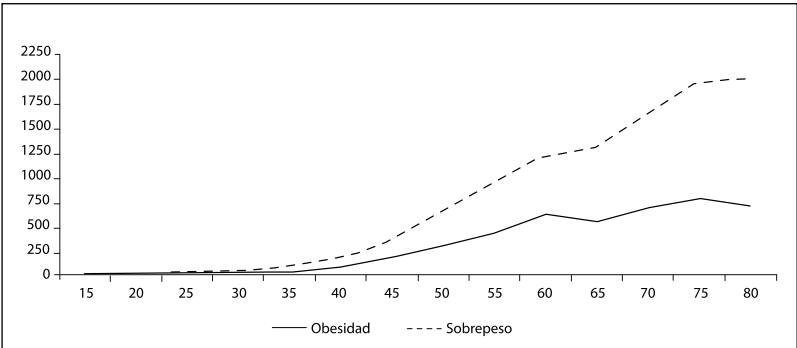
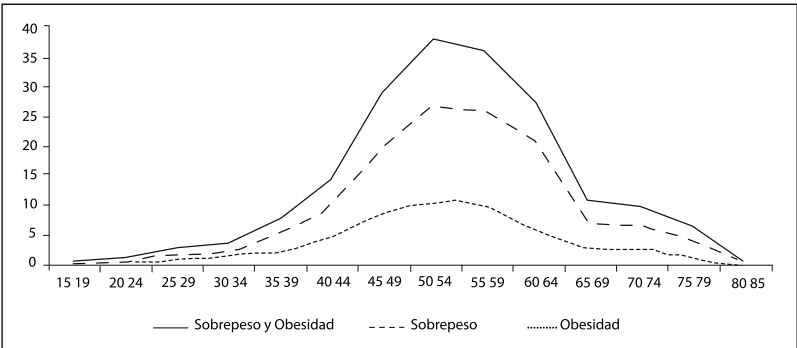


FIGURA 1B. Costo por muerte prematura atribuible a sobrepeso/obesidad, según rango etario. Total país 2007.



cabe mencionar que aunque el sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente,<sup>18</sup> su frecuente asociación con otros FRCV aumenta su morbilidad y, consecuentemente, su costo de atención.

La morbilidad mencionada se refleja ulteriormente en una elevada tasa de muerte prematura, principalmente debida a causas cardiovascu-

lares (48%), pero también a otras patologías como el cáncer (14%). En este sentido, los resultados refuerzan el concepto de que el sobrepeso/obesidad no sólo se asocia con otros FRCV<sup>2,17,19</sup> sino también con otras patologías graves habitualmente no consideradas.<sup>20,21</sup>

Aunque no fue verificado directamente en esta investigación, la literatura

TABLA 4. Muerte prematura atribuible al sobrepeso/obesidad y su costo. Total país 2007

Causa de muerte	Mortalidad atribuible			Costo por mortalidad atribuible (AR\$ x 10.000)		
	Sobrepeso	Obesidad	Total	Sobrepeso	Obesidad	Total
Enfermedad coronaria (I20-I25)	521	940	1.461	2.835,5	1.673,9	4.509,4
ACV (I60-I69)	496	652	1.148	1.428,0	1.137,1	2.565,2
Diabetes (E10-E14)	3.737	2.082	5.819	3.659,2	1.987,8	5.647,1
Cáncer de colon y recto (C18-C21)	1.155	346	1.501	1.104,3	364,2	1.468,4
Cáncer de mama (C50)	-	266	266	-	425,4	425,4
Cáncer de endometrio (C54)	-	30	30	-	35,7	35,7
Enfermedad de vesícula (K80-K82)	2581	54	2.635	2.500,4	58,1	2.558,5
Artritis (M15-M19)	1909	6	1.915	1.837,3	1,8	1.839,1
Total	10.398	4.378	14.776	13.364,6	5.684,1	19.048,7

Fuente: elaboración propia en base a literatura, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2007) y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005).

TABLA 5. Años de vida perdidos atribuibles al sobrepeso/obesidad según rango etario.

Rango etario	Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVPD)	Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPMP)	Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)
0 a 14	9.147,8	2.861,4	12.009,2
15 a 24	11.811,7	1.909,2	13.720,8
25 a 34	16.141,1	4.117,0	20.258,1
35 a 44	23.274,8	9.518,8	32.793,6
45 a 54	50.666,4	28.518,3	79.184,7
55 a 64	97.451,2	46.971,2	144.422,4
65 a 74	118.390,8	30.035,6	148.426,4
Más de 75	121.774,2	24.114,6	145.888,9
Total	448.657,9	148.046,1	596.704,0

Fuente: elaboración propia.

tura muestra que la atención de los eventos responsables de estas muertes representan una carga adicional prevenible para el sector salud.<sup>6-8,22</sup> Vale recordar que algunos países, como Canadá, han alertado que la velocidad de crecimiento de estos costos supera a la de los presupuestos de Salud,<sup>23</sup> lo que atenta contra el equilibrio y efectividad del sistema.

Dado el carácter prematuro de estas muertes, y tal como fuera descrito previamente, el impacto del sobrepeso/obesidad afecta también al sector productivo.<sup>24</sup> La estimación del costo de las muertes prematuras atribuibles al sobrepeso/obesidad, los AVPMP, los AVPD y los AVISA confirman la elevada carga de esta patología para los sectores de la salud y la producción, así como para el conjunto de la sociedad. Cabe destacar que estos resultados muestran, de manera objetiva, que la mayor parte de esta carga proviene del sobrepeso, lo que constituye un dato a tener en cuenta al establecer programas de prevención y prioridades para la adjudicación de recursos.

La literatura señala que la entidad sobrepeso/obesidad es de causa multifactorial,<sup>4,25</sup> combinándose factores genéticos y ambientales. Mientras que para modificar los primeros actualmente no se dispone de herramientas efectivas, los factores ambientales se pueden modificar, al menos en parte. Aun asumiendo que los resultados del presente estudio provienen de

un análisis de datos retrospectivo y no de estudios prospectivos, los mismos mostraron una fuerte asociación entre frecuencia de sobrepeso/obesidad y niveles de instrucción y socioeconómico. Aunque asociada de manera inversa a la descrita en la población argentina, esta relación también se ha verificado en otros medios socioculturales diferentes.<sup>26</sup> Esta asociación sugiere que la adopción de una estrategia poblacional masiva y efectiva debería comprometer no sólo al área de Salud Pública, sino también, y fuertemente, a la educación formal e informal. Mientras que la educación formal permitiría actuar en un período de la vida en el que se establecen patrones y hábitos de conducta, la última, que depende en gran medida de los medios masivos de comunicación, sería su efectivo complemento. La evidencia de que la corrección de hábitos poco saludables (malnutrición y sedentarismo) permite controlar el sobrepeso/obesidad, al igual que otros FRCV asociados, y prevenir sus complicaciones refuerza la hipótesis del presente estudio.<sup>27</sup>

En conclusión, creemos que los resultados de la primera etapa de este trabajo de investigación brindan elementos objetivos útiles para establecer un diagnóstico de la situación de esta patología y su repercusión en Argentina; los que además sirven para facilitar la selección de estrategias futuras para su control y tratamiento y para prevenir sus consecuencias.

#### RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados de este estudio han permitido conocer distintos aspectos de la obesidad en Argentina, a saber:

- Las características clínico-epidemiológicas de la entidad sobrepeso/obesidad.
- La frecuencia de su asociación (según estratificación del IMC) con otros FRCV y sus diversas características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas.
- La cantidad de eventos fatales atribuibles a la obesidad, sus causas y, consecuentemente, su posible prevención.
- Los AVISA atribuibles al sobrepeso/obesidad por grupo etario y género.
- El costo por muerte prematura atribuible al sobrepeso/obesidad por grupo etario y género.

Consideramos que esta información permitiría a las autoridades sanitarias establecer normas regulatorias de prevención, atención y tratamiento basadas en evidencia local y, al mismo tiempo, optimizar el uso de los recursos humanos (formación de equipos interdisciplinarios) y económicos (provisión de fondos para su financiación) aplicados al cumplimiento de la Ley 24.754. En este sentido, la Superintendencia de Servicios de Salud podría promover la implementación de programas efectivos de prevención, control y tratamiento (promoción de hábitos



saludables) del sobrepeso/obesidad. Finalmente, los resultados de este estudio permitirían establecer áreas del conocimiento vacantes que requieren el desarrollo de investigaciones clave y prioritarias relacionadas con el campo del sobrepeso/obesidad.

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

Dado el carácter patológico y multifactorial del sobrepeso/obesidad, su prevención y tratamiento implican disponer de un equipo interdisciplinario, constituido, entre otros, por médicos, nutricionistas, profesores de educación física, especialistas en comportamiento, educadores y expertos en manejo de medios masivos de comunicación. Los datos surgidos de esta investigación pueden servir para seleccionar las áreas del conocimiento prioritarias para integrar e incorporar equipos de intervención eficientes en los programas de prevención y tratamiento.

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El aumento de la prevalencia del sobrepeso/obesidad, como así también de otros FRCV asociados, representa uno de los mayores desafíos para la salud pública nacional e internacional.

Este estudio brinda evidencias locales objetivas de que tanto la obesidad como el sobrepeso deben considerarse, por la magnitud de su impacto social y económico, al momento de identificar mecanismos subyacentes que permitan identificar alternativas de solución eficientes.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Enzo Rucci por el soporte informático y a Adriana Di Maggio por la asistencia de secretaría; al Dr. Hernán Galdeano, al personal de la Fundación Anónimos Luchadores Contra la Obesidad (ALCO) y a la Obra Social del Personal de Edificios de Renta y Horizontal (OSPERHY) por su aporte para el desarrollo del estudio.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** no hubo conflictos de intereses durante la realización del presente estudio.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of health economics*, Volumes 1A and 1B. New York, Elsevier, 2000.
- <sup>2</sup> Gagliardino JJ, Jadzinsky M, Cédola NV, Alvarías J, Hernández RE, Sereday M, y col. *Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular*. 1ra. Edición, 2005. Capítulo 3: Obesidad: diagnóstico y tratamiento. Braguinsky J., 39-58
- <sup>3</sup> U.S. Department of Health and Human Services. *The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office, 2001.
- <sup>4</sup> Dahlgren G, Whitehead M.. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. *Studies on social and economic determinants of population health*, 2006, (3).
- <sup>5</sup> Garrett NA, Brasure M, Schmitz KH, Schultz MM, Huber MR. Physical inactivity. Direct cost to a health plan. *Am Journal of Preventive Medicine*, 2004; 27:304-309.
- <sup>6</sup> Heithoff KA, Cuffel BJ, Kennedy S, Peters J. The association between body mass and health care expenditures. *Clin Ther*, 1997; 19:811-820.
- <sup>7</sup> Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can J Appl Physiol*, 2004; 29:90-115.
- <sup>8</sup> Lakdawala DN, Goldman DP, Shang B. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Aff (Millwood)*, 2005; 24(Suppl 2):W5R30-41.
- <sup>9</sup> WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 2004; 363:157-163.
- <sup>10</sup> Kragelund C, Omland T. A farewell to body-mass index. *The Lancet*, 2005; 366:1589-1591.
- <sup>11</sup> Cawley J, Burkhauser RV. Beyond BMI: the value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *NBER Working Paper No. [12291]*, 2006.
- <sup>12</sup> Ferrante D, Virgolini M: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. *Rev Argent Cardiol*, 2007; 75:20-29
- <sup>13</sup> Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
- <sup>14</sup> Banegas JR, Lopez-García E, Gutiérrez-Fisac JL, Gualar-Castillon P, Rodríguez-Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003; 57: 201-208.
- <sup>15</sup> Murray CJM, Lopez AD. *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2016*. Cambridge, Harvard University Press, 1996.
- <sup>16</sup> Conte Grand M, Perel P, Pitarque R, Sánchez G. Costos económicos de la mortalidad atribuible al tabaco en Argentina. Documento de Trabajo No. [253], UCEMA, Diciembre 2003.
- <sup>17</sup> Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2009; 9:88.
- <sup>18</sup> Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM and Castelli WP. Obesity as an Independent Risk Factor for Cardiovascular Disease: A 26-year Follow-up of Participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 1983; 67:968-977
- <sup>19</sup> Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, Garbagnati F, Cappuccio FP, Scalfi L. Excess body weight and incidence of stroke: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. *Stroke*, 2010; 41:418-426.
- <sup>20</sup> Liu CS, Hsu HS, Li CI, Jan CI, Li TC, Lin WY y col. Central obesity and atherogenic dyslipidemia in metabolic syndrome are associated with increased risk for colorectal adenoma in a Chinese population. *BMC Gastroenterol*, 2010; 10:51.
- <sup>21</sup> Kang HW, Kim D, Kim HJ, Kim CH, Kim YS, Park MJ y col. Visceral obesity and insulin resistance as risk factors for colorectal adenoma: a cross-sectional, case-control study. *Am J Gastroenterol*, 2010; 105:178-87.
- <sup>22</sup> Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev*. Article first published online: 27 Jan 2010. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x
- <sup>23</sup> Anis AH, Zhang W, Bansback N, Guh DP, Amarsi Z, Birmingham CL. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev*, 2010; 11: 31-40. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00579.x
- <sup>24</sup> Trogon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Dellea PS, Kamal-Bahl SJ. Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obes Rev*, 2008; 9:489-500.
- <sup>25</sup> Yaskin J, Toner RW, Goldfarb N. Obesity management interventions: a review of the evidence. *Popul Health Manag*, 2009; 12:305-16.
- <sup>26</sup> Von Lengerke T, John J, Mielck A, and the KORA Study Group. Excess direct medical costs of severe obesity by socioeconomic status in German adults. *Psychosoc Med*, 2010; 20:7.
- <sup>27</sup> Horton ES. Effects of lifestyle changes to reduce risks of diabetes and associated cardiovascular risks: results from large scale efficacy trials. *Obesity*, 2009; 17(Suppl 3):S43-48.

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL INSTITUTO VACCAREZZA DEL HOSPITAL MUÑIZ, 2009

Sociocultural factors in the health care process of patients with tuberculosis, of Vaccarezza Institute of Muñiz Hospital, 2009

ALEJANDRO GOLDBERG<sup>1</sup>

**RESUMEN. INTRODUCCIÓN:** este estudio propuso una aproximación etnográfica en torno a la incidencia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. **OBJETIVOS:** el objetivo general de la investigación fue construir un conocimiento complejo de los procesos de salud/enfermedad/atención relacionados con la tuberculosis. **MÉTODOS:** a través de la metodología etnográfica adoptada, se indagó en los factores de riesgo ligados a sus modos de vida y de trabajo, así como en los itinerarios terapéuticos seguidos para diagnosticar y tratar la enfermedad, en el ámbito laboral, de la unidad doméstica y de los servicios públicos de salud. Se consideraron las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas. **RESULTADOS:** dentro de los grupos más vulnerables a la tuberculosis, se pudo identificar al de inmigrantes bolivianos que trabajan en talleres textiles clandestinos del AMBA. Estos últimos funcionan como unidades productivas-habitacionales centrales de sus modos de vida y de trabajo, y por sus características constituyen espacios que posibilitan la emergencia de la tuberculosis, su contagio y su transmisión. **CONCLUSIONES:** debido a las condiciones de semi-esclavitud en las que estos sujetos trabajan y viven, su derecho a la atención sanitaria se encuentra relativamente limitado.

**ABSTRACT. INTRODUCTION:** This study proposed an ethnographic approach on the impact of socio-cultural factors in the health care process of patients with tuberculosis of the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA), at the Institute Vaccarezza-Muñiz Hospital. **OBJECTIVE:** The goal was to build an intricate knowledge of the health / disease / care processes of tuberculosis. **METHOD:** Through ethnographic methodology we investigate the ways in risk factors linked to lifestyles / labour as well as in the therapeutic paths to diagnose and treat the disease, of the work-place, of the household and of public care services. We considered the voices of different stakeholders linked to the phenomena, which we analyzed jointly with their practices. **RESULTS:** within the most vulnerable groups of tuberculosis patients, we identified bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops at AMBA. These work as the central housing production units, their ways of life and work, and because of their characteristics, they are spaces that enable the emergence of tuberculosis, its spread and transmission. **CONCLUSIONS:** Due to the semi-slavery conditions in which these individuals work and live, their right to health care is relatively limited.

**PALABRAS CLAVE:** Factores socioculturales - Antropología médica - Inmigrantes - Tuberculosis - Procesos asistenciales

**KEY WORDS:** Sociocultural factors - Medical anthropology - Immigrants - Tuberculosis - Care-assistance processes

<sup>1</sup> Instituto de Ciencias Antropológicas - CONICET.

### FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativía". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 21 de mayo de 2010

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 10 de Diciembre de 2010

### CORRESPONDENCIA A:

Alejandro Goldberg

Correo electrónico: alejandro.goldberg@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

### MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Este estudio se centró en el análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de sujetos pacientes con tuberculosis, usuarios de un centro de salud pública. Recuperando los aportes de Menéndez<sup>1</sup> y otros, una primera formulación al respecto sería: ¿a qué nos referimos cuando hablamos de factores socioculturales? Este interrogante adquiere una relativa importancia, si se tiene en cuenta que es común la confusión existente en el campo de la atención de la salud sobre lo que se entiende por social y por cultural. Por lo tanto, resulta fundamental definir que cuando se alude a determinantes sociales éstos atañen, por ejemplo, a una variedad de condiciones medibles, como son la inserción laboral y el ingreso, las características de la vivienda, el grupo doméstico, el género, el consumo alimentario o de alcohol. Pero también, como

parte de lo social, es posible encontrar de manera implícita otras dimensiones que apuntan hacia las relaciones sociales, tanto a nivel macro como micro: políticas sociales y migratorias, conflictividad de clase, redes sociales y cadenas migratorias, relaciones intra e interfamiliares, asociacionismo, organización y movimientos sociales, entre otros. Mientras que por cultural se comprenden factores muy variados: la pertenencia a un grupo étnico o religioso, el nivel educativo, los hábitos o prácticas de salud, las representaciones sociales de la enfermedad, con sus modelos explicativos en causalidad, prevención y atención, las connotaciones simbólicas de los padecimientos, etc.

En este sentido, lo sociocultural aparece en ocasiones como una bolsa donde meter todo aquello que no es considerado estrictamente biológico o ecológico (y no es que la epidemiología convencional omita el abordaje de lo social y lo cultural, sino que con frecuencia estas dimensiones son reducidas en sentido teórico y práctico hacia la caracterización y responsabilidad individual, omitiendo así que cada población tiene su propia historia, cultura, organización y división social y política). El énfasis en las condiciones de vida y de trabajo; en la situación de pobreza, marginación y exclusión; y en las inequidades sociales, permite reenfocar lo estructural, siempre ligado a los aspectos culturales, subjetivos, simbólicos y relacionales.

Una segunda cuestión pertinente a señalar para la lectura, interpretación y análisis de los resultados presentados en esta investigación, es la propuesta desde la Antropología, y mediante la metodología etnográfica, de no realizar estudios en abstracto, sino abordar problemas y realidades específicas, concretas, dentro de las cuales la distinción entre los dos ámbitos referidos anteriormente (lo social y lo cultural) cobra sentido, e identificando, además, la forma en que los factores determinantes se expresan en un contexto particular y en un conjunto social específico, en términos del proceso de salud/enfermedad/atención (SEA). De ahí la necesidad de atender a las relaciones entre los distintos actores y los diferentes factores interactuantes en el análisis de un problema de salud grave como es la tuberculosis.

Si bien tanto la Epidemiología como la Antropología Médica proponen una concepción multicausal de la enfermedad, la primera coloca el eje de la causalidad en lo biológico o en lo bioecológico, mientras que la segunda lo hace en los factores socioculturales, reconociendo y asumiendo la existencia de un medio ambiente patologizante, a partir del cual se desarrollan enfermedades específicas como la tuberculosis, incluyendo protagónicamente los factores sociales en dicho medio.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, y considerando que se trató de un estudio cualitativo, los resultados provisorios de esta investigación deben leerse e interpretarse entonces desde la óptica de la investigación social más que epidemiológica. No se pretende remarcar ni ahondar en el conjunto de diferencias –teóricas, epistemológicas, metodológicas, semánticas, etc.– existentes entre las

perspectivas epidemiológicas y salubristas, y las disciplinas/subdisciplinas englobadas en las ciencias sociales, como es el caso de la Antropología Médica. Por el contrario, sin dejar de reconocer la existencia e impacto de aquellas en el campo de la salud, lo que se busca es aportar críticamente al establecimiento de puntos de encuentro, puentes de comunicación y vías de colaboración, con el objetivo final puesto en el mejoramiento de los indicadores de salud de los conjuntos sociales y el incremento de la calidad de atención de los servicios públicos de salud.

En esta investigación, se propuso una concepción construccionista del padecimiento, de las estrategias de atención y de la vida cotidiana en la que se procesa el padecimiento. La línea de análisis desarrollada recupera la perspectiva del actor dentro de un enfoque relacional y procesual que incluye, no sólo al conjunto de los actores sociales, sus estructuras de significado e intereses, sino que considera también las relaciones asimétricas –en términos de hegemonía/subalternidad– y el contexto en el cual los sujetos están insertos. A partir de allí, se retoma el concepto de proceso de SEA como operando dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, reconociendo sus concepciones y prácticas, atendiendo al papel hegemónico de la biomedicina y tomando en cuenta las transacciones desarrolladas por ésta con los sectores subalternos.<sup>2</sup> Vinculado con lo anterior, se recupera el concepto de vulnerabilidad social como parte del mencionado enfoque, articulando el nivel macro de análisis de los procesos de desigualdad social con el nivel micro de la experiencia subjetiva.<sup>3</sup>

La relación entre modos de vida y de trabajo y la SEA de los conjuntos sociales ha sido abordada por diversos autores, tanto de aquellos provenientes de la Epidemiología Social, como de algunos de los principales referentes de la Antropología Médica. En este sentido, vale subrayar que, mediante la categoría de modos de vida, es posible reconstruir trayectorias y contextos de vida desde la perspectiva de los propios sujetos-actores, estableciendo los vínculos y las articulaciones entre los procesos macro-sociales y las historias individuales.<sup>4</sup> Aplicado al análisis de los procesos de SEA de los conjuntos sociales, distintos trabajos enfatizan en los modos de vida y en las características del proceso de trabajo como fuentes de enfermedades, padecimientos y malestares, como causas de muerte, en suma, como agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad.<sup>5,6,7</sup>

El enfoque relacional adoptado en la investigación supuso abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, proponiendo un abordaje integrador basado en una perspectiva holístico-relacional que tenga en cuenta el análisis de la salud laboral como relación social.<sup>8</sup> Planteado de esta forma, el análisis del proceso de trabajo, por ejemplo, en el caso de la incidencia de la tuberculosis (TBC) en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), implica la consi-

deración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan en la salud/enfermedad del trabajador, generando este tipo de padecimientos.

Asimismo, mediante la categoría de representaciones médicas, se analizaron aquellas categorizaciones-prescripciones que organizan las características de sus prácticas, mismas que incluyen los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido).<sup>9</sup> Algunas de estas representaciones refieren a la construcción biomédica del padecimiento y del sujeto como paciente, que conciben a éste como ignorante y, paradójicamente, como responsable de su enfermedad y de la eficacia del cumplimiento del tratamiento que se le prescribe para su curación. Construcción que asume a la enfermedad como desviación de una norma biológica; que adopta el axioma de que existe una etiología específica de las enfermedades (y que éstas son universales); que se apoya en la idea de que la medicina es neutral, para enumerar algunos elementos de ella. En consecuencia, dicha construcción no toma en cuenta las concepciones y prácticas del sujeto-paciente sobre la SEA, ni el marco del contexto social, político y cultural y de relaciones de poder que condicionan las conductas cotidianas de salud, incluyendo como parte del mismo el papel hegemónico de la biomedicina.

Es indudable entonces la presencia relevante de los factores materiales y físicos en los procesos de SEA de los sujetos, pero resulta igualmente importante una revaloración del papel que se adjudica a los factores no materiales, como son los simbólicos y culturales, los relacionales y sociopolíticos, y el papel de la subjetividad en el ámbito de la salud. Elementos que fueron abordados en el transcurso de la investigación, como la discriminación y el estigma, las representaciones sociales, los modelos explicativos populares y médicos, entre otros, se presentan como factores que también poseen una influencia decisiva en dichos procesos, más allá de que en este trabajo –por razones de disponibilidad de espacio– se analicen sólo algunos de estos factores.

El objetivo general de la investigación fue el de construir un conocimiento complejo de los procesos de SEA relacionados con la TBC en pacientes-usuarios del Instituto Vacarezza-Hospital Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en tanto que los objetivos específicos fueron los siguientes:

a. Describir y analizar las representaciones y las prácticas que poseen los pacientes alrededor de la TBC, recuperando sus vivencias sobre la enfermedad.

b. Realizar un seguimiento sistemático de los itinerarios terapéuticos de pacientes con TBC, a través del trabajo de campo en diferentes ámbitos de sus vidas cotidianas.

c. Describir y analizar representaciones y prácticas del personal sanitario respecto a los pacientes con TBC.

La investigación se centró particularmente en un conjunto social específico dentro del universo poblacional abordado: el de inmigrantes bolivianos en edad laboral, hombres y mujeres, en su mayoría indocumentados, que trabajan y viven –en muchos casos con sus hijos– en

talleres textiles clandestinos del AMBA. Lo anterior debido a razones de diverso tipo, a saber: la cantidad de personas pertenecientes a este grupo relevadas en el trabajo de campo; la especialidad del investigador dentro del campo temático de la disciplina (Antropología, migraciones y salud); y la complejidad que supone el abordaje antropológico y sociosanitario de esta problemática, partiendo del desconocimiento general existente sobre el fenómeno y la carencia de estudios realizados al respecto desde las distintas disciplinas.

La hipótesis principal de trabajo fue que en los padecimientos y muertes por TBC de los sujetos de estudio gravitan modos de vida y de trabajo específicos, consustanciales a sus condiciones de existencia, a sus procesos migratorios (en el caso de pacientes bolivianos), y a su inserción en la sociedad argentina. Como segunda hipótesis, se planteó que a través de un enfoque etnográfico es posible aproximarse, no sólo a la forma en que los sujetos padecen la enfermedad, sino a las maneras en que describen, interpretan, explican y actúan en relación a ella.

## MÉTODOS

### DISEÑO Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

El universo de observación abordado fue el de hombres y mujeres adultos residentes en el AMBA, que tuvieron TBC y se atendieron en el Instituto Vacarezza-Hospital F. Muñiz de la CABA durante 2009.

La perspectiva metodológica adoptada estuvo basada en un enfoque etnográfico focalizado en las dimensiones de la SEA. Este permitió una mejor aproximación al contexto de los modos de vida de los sujetos de estudio, así como al seguimiento y análisis de los itinerarios terapéuticos que desarrollaron en relación a la TBC. Se consideraron las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio (pacientes-usuarios, médicos y demás miembros del personal de salud, etc.) otorgándole un papel fundamental a los sujetos, recuperando sus saberes, sus prácticas, sus valoraciones, sus vivencias de la enfermedad, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas.

Las principales categorías y variables de análisis aplicadas fueron las de género, clase social, nacionalidad, condición migratoria, ocupación, nivel de educación, situación de la vivienda, medio familiar, alimentación, conductas de salud-hábitos de higiene, acceso a los servicios públicos de salud y experiencias con éstos, itinerarios terapéuticos, seguimiento/abandono del tratamiento de la enfermedad, entre otras.

El trabajo de campo etnográfico combinó la observación participante, las entrevistas en profundidad, grupos de discusión y el análisis de narrativas, con la recopilación y análisis bibliográfico y el uso de fuentes secundarias, aplicando el procedimiento de confrontar los datos obtenidos por vía de las entrevistas con aquellos captados mediante la observación, la participación y las conversaciones informales, en vistas de identificar las contradicciones y concordancias, y como técnica de control de los instrumentos de campo.



Las observaciones de campo se realizaron en los siguientes ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos de estudio: el laboral, el de la unidad doméstica, el de los servicios sanitarios, y el de las organizaciones sociales y políticas.

Respecto a las entrevistas en profundidad, se ha privilegiado el trabajo con narrativas biográficas, focalizando en las trayectorias migratorias, las condiciones de vida y de trabajo, los itinerarios terapéuticos por TBC y las experiencias con el sistema sanitario público. La selección de los sujetos de estudio se ha realizado a través de la estrategia de trabajo con informantes clave, articulada con la denominada técnica de trabajo en redes, desarrollada a partir del seguimiento de las redes familiares/laborales/migratorias de sujetos que concurrieron a atenderse a los consultorios externos de la unidad de observación, así como sobre la base de la relación construida por el investigador con organizaciones vinculadas al colectivo inmigrante boliviano.

Se efectuaron un total de 16 entrevistas en profundidad a pacientes-usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz, mayoritariamente inmigrantes bolivianos, hombres y mujeres residentes en el AMBA; 10 a miembros del personal sociosanitario de la red pública de salud de la CABA; y otras 10 entre inmigrantes bolivianos y personas "nativas" pertenecientes a organizaciones barriales, políticas, ONGs, asociaciones y demás entidades vinculadas a través de sus actividades, con el fenómeno de estudio.

Los grupos de discusión o grupos focales (GD) se realizaron como técnica de control de datos y con el fin de analizar el sentido de los significados colectivos otorgados por los actores sobre determinadas temáticas abordadas: representaciones sobre condiciones de vida y de trabajo, situación de salud, vivencias/experiencias en torno a la enfermedad de la TBC, itinerarios terapéuticos seguidos, relación con el sistema sanitario y su personal, representación social y/o estereotipación de pacientes, valoración del tratamiento para curar la enfermedad, etc. Con la realización de GD no se pretendió documentar la "realidad objetiva" como tal, sino más bien captar la percepción que los sujetos tuvieron de la misma a partir de su propia experiencia y puntos de vista.

Los GD desarrollados fueron los siguientes: 1) Mujeres con TBC internadas en el pabellón Koch del Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz; 2) Personal sanitario del Instituto: médicos, psicólogos, enfermeros; 3) Hombres con TBC en tratamiento; 4) Hombres y mujeres inmigrantes bolivianos que trabajaron más de un año en talleres textiles clandestinos del AMBA.

En cuanto al trabajo con fuentes secundarias, por un lado, se hizo una búsqueda y selección de bibliografía, y por el otro, de datos, para el análisis histórico, de caso y estadístico. Por una parte, la recopilación bibliográfica supuso la selección y lectura de libros, artículos de libros, revistas y otros materiales relativos a la enfermedad de la TBC. Por el lado de los datos estadísticos, se relevó información cuantitativa, tanto oficial como complementaria, sobre los distintos temas vinculados al problema de estudio.

Por último, vale señalar que para esta investigación se ha considerado más adecuado utilizar la estrategia de muestreo 'teórico'. Este tipo de muestra no pretende ser estadísticamente representativa, sino que busca seleccionar casos que sean teóricamente representativos de los tipos fundamentales de conductas, grupos, poblaciones y tópicos estudiados.

## RESULTADOS

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL), durante 2007 se registraron en Argentina alrededor de 10.000 casos de TBC, lo cual representó una tasa estimada de 27 casos cada 100.000 habitantes. Según estimaciones efectuadas por la OMS, en 2009 el país presentaba una tasa de 31 casos de TBC por 100.000 habitantes, lo cual implicaba un total de 12.172 casos.<sup>10</sup>

No obstante estos datos generales, las desigualdades al interior de Argentina según provincias son muy marcadas, siendo Jujuy, una de las provincias más pobres del país y con uno de los sistemas de salud más deficitarios, aquella que presenta la mayor tasa: 67 cada 100.000 habitantes. Asimismo, es preciso señalar que la forma predominante de TBC que se da en Argentina (lo mismo en la CABA) es la pulmonar, afectando a la población joven, en su mayoría hombres (58%), en edad laboral y más pobre, según el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Respecto a esto último, tenemos que el 20% más pobre de la población argentina concentra el 30% del total de casos de TBC del país.<sup>11</sup>

Algo similar sucedía y sucede al interior de la CABA si tomamos como unidad de análisis las distintas áreas programáticas de salud: mientras que la tasa promedio de la ciudad fue de casi 40 por 100.000 habitantes en el transcurso de 2009, en el área programática del Hospital Piñero, situado en la zona suroeste de la ciudad (Bajo Flores), la tasa triplicó la media, llegando a casi 134 cada 100.000 habitantes, tal como se observa en la Tabla 1.<sup>12</sup> Vale señalar que, además de constituir la región más empobrecida de la ciudad, en esta zona se localizan buena parte de los talleres textiles clandestinos de la CABA.

En lo que respecta a la unidad de observación principal de la investigación, el Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz, se trata del centro de salud con más casos de TBC atendidos (registrados) de todos los hospitales de la CABA durante 2009 (ver Tabla 2).

La aproximación cualitativa realizada a través del método etnográfico permitió identificar la heterogeneidad de perfiles socioculturales y sociodemográficos existentes entre los pacientes-usuarios de este centro de salud. Más allá de la mencionada variabilidad inter e intragrupal, estos conjuntos poseen, como rasgos compartidos, el impacto de distintos procesos estructurales en su salud: situación de marginación, exclusión y pobreza; precariedad e informalidad laboral; condiciones de vivienda marcadas por el hacinamiento. Estos factores, sumados a aquellos vinculados con determinadas conductas y hábitos de salud,



**TABLA 1.** Número y porcentaje de casos de TBC por área programática de residencia de CABA.

Área programática	Nº de casos	%	Tasa/100.000 habitantes
Htal. Álvarez	74	6,8	33,48
Htal. Argerich	93	8,5	58,49
Htal. Durand	63	5,8	18,63
Htal. Fernández	79	7,2	16,80
Htal. Penna	92	8,4	57,86
Htal. Piñero	384	35,1	133,79
Htal. Pirovano	24	2,2	5,66
Htal. Ramos Mejía	116	10,6	34,83
Htal. Santojanni	79	7,2	40,10
Htal. Tornú	22	2,0	20,00
Htal. V. Sarsfield	36	3,3	23,52
Htal. Zubizarreta	7	0,6	6,42
Sin datos	26	2,4	-
TOTAL	1.095	100	36,93

Fuente: Red para la atención de tuberculosis de la CABA, 2009.

**TABLA 2.** Número y porcentaje de casos de TBC atendidos por hospital. CABA, 2009.

Hospital	Nº de casos	%
Álvarez	58	2,6
Argerich	92	4,2
Clínicas	66	3
Durand	89	4,1
Elizalde	92	4,2
Fernández	56	2,5
Ferrer	79	3,6
Gutiérrez	114	5,2
Lalat	29	1,3
Muñiz	723	32,9
Otros	7	0,3
Penna	95	4,3
Pirovano	23	1
Piñero	234	10,7
Ramos Mejía	102	4,6
Rivadavia	45	2
Santojanni	58	2,6
Tornú	154	7
Vélez Sarsfield	59	2,7
Zubizarreta	22	1
Total	2.197	100

Fuente: Red para la atención de tuberculosis de la CABA, 2009

situaciones familiares y experiencias subjetivas específicas, impacto psicológico (depresión, angustia, etc.) y baja de defensas del organismo, emergen como interactuantes, ya sea en la infección como en la activación de la enfermedad de la TBC.

En este sentido, algunos de los factores socioculturales que se enumeran a continuación están presentes en los procesos de SEA de los sujetos de estudio:

- Alimentación deficiente.
- Consumo sistemático de alcohol y otras drogas.
- Trabajos insalubres, jornadas de trabajo intensas y prolongadas, en algunos casos bajo un régimen de semi-esclavitud.
- Situación de pobreza, marginación y exclusión social.
- Desempleo, sub-empleo.
- Familias disfuncionales, desestructuradas.
- Discriminación.
- Viviendas en condiciones precarias y de hacinamiento.
- Restricción en la accesibilidad a los servicios públicos de salud.

Si bien fue estadísticamente comprobable que la incidencia de la TBC en inmigrantes del AMBA aumentó significativamente en el transcurso de los últimos años, un primer elemento a remarcar, derivado de la información recogida hasta el momento, que sirve para refutar ciertos discursos sobre la inmigración limítrofe como "factor de riesgo sanitario", es que los padecimientos/enfermedades que sufren estos inmigrantes –bolivianos, paraguayos, peruanos– no difieren mayormente del conjunto de la población argentina del AMBA con modos de vida/trabajo semejantes. Éstos se caracterizan, en muchos casos, por las NBI, el hacinamiento, la informalidad y la precariedad laboral, entre otros elementos estructurales; a lo que se le suman factores interactuantes de índole familiar, psicológicos, de trastornos alimenticios, de determinadas conductas de riesgo, etc.:

"La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza. Si, es gente que viene de la villa, gente pobre que viene de la provincia, que no se alimenta bien, que trabaja mucho y entonces la falta de alimentación lo lleva a ser un factor de riesgo para la tuberculosis". (Entrevista a A, enfermero del equipo de salud del Instituto).

"El problema económico ayuda (...) aparecen muchos pacientes que vienen de la villa, que no tiene que ver la nacionalidad, para mí tiene que ver el medio social de donde vienen: la villa 1-11-14, la villa 21, la villa Zabaleta... esos son los pacientes que tenemos, de ese medio social, no importa si son bolivianos; porque son bolivianos, son argentinos, son paraguayos..." (Entrevista a S, médica del Instituto).

Un segundo elemento a subrayar es que los extranjeros, en general, y los inmigrantes bolivianos, en particular, a pesar del aumento progresivo de casos de TBC desde la década de 1990 en adelante, no constituyen la mayoría de casos: ni a nivel del país, ni en el AMBA; ni siquiera en

las áreas programáticas de la zona Sudoeste de la CABA, ni en la unidad de observación principal abordada en este estudio.

Por este motivo, más que asociar TBC con inmigración boliviana, en términos de enfermedad "importada", "cultural", etc., el fenómeno se vincula con los modos de vida/trabajo de estos inmigrantes en Argentina. Apoyando la afirmación anterior, estudios realizados desde la biología molecular por médicos especialistas, tanto del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" (UBA)-Hospital Muñiz como del Instituto Malbrán (CONICET), coinciden en que no existen evidencias científicas de transmisión de cepas extranjeras autóctonas andinas a pacientes argentinos ("nativos") a través de los inmigrantes que llegan enfermos o contraen la enfermedad en el país; pero sí a la inversa: la cepa M, dominante en el AMBA, comenzó a propagarse entre muchos de los inmigrantes bolivianos que contrajeron la enfermedad en los talleres textiles clandestinos.

#### VIVIR Y TRABAJAR EN UN TALLER TEXTIL CLANDESTINO: SU IMPACTO EN LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN.

Una parte de los inmigrantes bolivianos residentes en el AMBA se inserta en el ámbito de la economía sumergida trabajando en talleres textiles clandestinos. Muchos de estos trabajadores fueron traídos desde Bolivia por los dueños de los talleres —en buena medida, también bolivianos— con falsas promesas de trabajo estable y salarios en dólares. En su mayoría se trata de hombres y mujeres jóvenes, de entre 20 y 30 años de edad y con un nivel de instrucción medio-bajo. En una alta proporción, imaginan que harán suficiente dinero de forma rápida como para enviar buena parte del mismo periódicamente a sus familias en origen y, luego de unos años de "sacrificio", retornar a Bolivia. Eso explica, en parte, la falta de interés por regularizar su situación migratoria en Argentina; las otras razones refieren al desconocimiento y los obstáculos para tramitar la documentación, pero sobre todo, al régimen de esclavitud al que son sometidos por sus propios paisanos, dueños de los talleres.

El modo de vida de los inmigrantes bolivianos del AMBA que trabajan en talleres textiles clandestinos está marcado por condiciones que en algunos casos se aproximan a la esclavitud: sin relación contractual, en un ambiente de insalubridad, mediante jornadas intensas, de sobrecarga y con descanso nulo, y sin que se efectúe la correspondiente revisión médica ocupacional de las personas que trabajan y, con frecuencia, también viven en los talleres, en algunos casos con sus hijos.

El trabajo se realiza en condiciones de hacinamiento, en habitaciones sin ventilación, plagadas de retazos de tela, hilos, polvillo en el ambiente y pelusas que producen las máquinas. La cantidad de horas trabajadas —entre 10 y 15— y las características del trabajo, provocan, en general, serios problemas posturales, respiratorios y de la vista. Al respecto, según las Normas de Higiene y Seguridad Laboral

(Instituto Nacional de Tecnología Industrial) el corte de la tela con la máquina se debe realizar en un ámbito ventilado, utilizando guantes y barbijos (para prevenir la afectación de las vías respiratorias como consecuencia de la pelusa que se genera y que se esparce por todo el ambiente). En cuanto a la pérdida de la visión, a las condiciones ya mencionadas se suma la poca iluminación que hay en el recinto del taller; un serio problema si se tiene en cuenta que el trabajo en la máquina requiere que el trabajador fije permanentemente la vista en el corte.

En el caso de las embarazadas, la intensidad del trabajo, sumada a la escasa y deficiente alimentación, ha producido, además de riesgo de vida para la madre y el bebé, anemias crónicas y una baja en las defensas que puede llevar a contraer enfermedades como la TBC.

En consecuencia, enfermar en las condiciones de vida y de trabajo descritas resulta un hecho frecuente y recurrente para estas personas. Dadas sus características, el taller textil clandestino constituye un espacio que posibilita la emergencia de la TBC, su contagio y su transmisión. En este marco, en el transcurso del trabajo de campo realizado se ha podido relevar que los inmigrantes bolivianos experimentan y sufren una serie de modalidades de vida y trabajo en un contexto migratorio específico: angustia y depresión que acompañan a la situación de duelo migratorio<sup>18</sup> derivada del cambio —a nivel personal, familiar, residencial, cultural, etc.— que supone la nueva situación de emigrar; la fatiga en el trabajo, debida a los ritmos intensos y sin descanso; el hacinamiento en el trabajo y en la vivienda (la cual, en la mayoría de los casos, se encuentra en el mismo recinto del taller textil clandestino); la inhalación permanente de polvo y polvillo (incluso al dormir) por falta de una adecuada protección en los talleres; la alimentación deficitaria y diferente a la de origen; y las altas tasas de consumo de alcohol (bebidas destiladas) que se registran en algunos casos.

Las diversas situaciones descritas suponen la interacción de un conjunto de experiencias que generan un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud/enfermedad de los trabajadores y sus hijos, que puede llevarlos a accidentes de trabajo, a la muerte por enfermedades infecciosas, como la TBC; o a lo sucedido en 2006 con los dos trabajadores y los cuatro niños bolivianos fallecidos en el incendio de un taller textil clandestino de la calle Viale (CABA).

Como parte de los datos recopilados, se ha constatado que una proporción importante de los bolivianos y las bolivianas que trabajaron en estos talleres y que padecieron la TBC antes de ello no conocían la enfermedad:

"Trabajaba en un taller de costura en Capital, en la villa 1-11-14... Y había una persona que tenía tuberculosis ahí, si, y yo de seguro me contagié ahí porque había una pieza de 5 x 4, ahí dormíamos 4 personas (...) Primero me dolía la espalda, luego me afectó el corazón, me dolía ahí, y no me di cuenta que era tuberculosis; luego de un tiempo se pasó eso, luego tosí, empecé a toser mucho,

luego boté flema con sangre... Mi marido me trajo aquí, al Muñiz, ahí me dijeron que tenía tuberculosis, que me tenía que internar, pero antes no me di cuenta, no sabía de la enfermedad, no sabía adónde ir..." (NE, inmigrante boliviana con tuberculosis internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, extraído del GD).

Del otro lado, la TBC es valorada por aquellos que saben de su existencia como un problema grave, en ocasiones conocido desde origen, provocado "por el trabajo duro y la falta de alimentación". En general, asocian el padecimiento con los siguientes síntomas: tos, sudor nocturno, pérdida de peso, falta de fuerzas, etc., y en algunos casos, directamente con la muerte:

"Yo sabía algo de la enfermedad, el único conocimiento que yo tenía de esta enfermedad era que por el 94, más o menos, por el 93, que yo estaba chica todavía allá en Bolivia, murió mucha gente, porque esta tuberculosis también afectó allá y yo sabía eso: que murió mucha gente o sea que cuando entré acá dije me voy a morir, cuando fui a terapia intensiva dije yo me muero..." (CE, inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, extraído del GD).

Ya mencionado anteriormente, el polvillo que despiden de la tela al trabajarse es aspirado constantemente por todos los que están en el recinto cerrado, ya sea durante las intensas jornadas laborales como al dormir, y a éste se le atribuyen los problemas respiratorios que vinculan con la TBC:

"El polvillo... lo vas aspirando y el pulmón tira mucho, jala mucho polvillo ahí del taller (...)

Al hacer la tela, el polvillo siempre sale y sale más cantidad (...) En cinco minutos ya tenés la cara toda llena de polvillo: si en cinco minutos tenés la cara llena de polvillo, imagínate cuánto estás aspirando, ¡es un montón!". (SE, inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, ex trabajadora de un taller textil clandestino del AMBA, extraído del GD).

En función de lo hasta aquí expuesto, es posible afirmar que un segmento vulnerable de la población del AMBA, entre los cuales sobresalen los inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos, enferman de TBC como consecuencia directa de los modos de vida y de trabajo que caracterizan su situación en esta sociedad.

#### EL PROCESO ASISTENCIAL POR TUBERCULOSIS.

En el caso del Instituto de Tisiopneumología "Prof. Dr. Raúl Vacarezza"-Hospital Muñiz, las concepciones de buena parte del personal de salud entrevistado se orientan al reconocimiento del modo de vida/trabajo de estas personas, de su situación de irregularidad administrativa-migratoria y de los factores de riesgo en relación a la TBC vinculados al trabajo en los talleres textiles clandestinos:

"El que no viene infectado desde Bolivia se infecta acá por la comida, la alimentación que lleva, mal nutrición, el trabajo malo... En este momento lo que se ve, lo que prevalece es en los talleres... tiene que ver con las condiciones y medidas de higiene..." (Entrevista a F, médica del Instituto).

"(...) La gente boliviana que vienen de trabajar en un taller todo el día y los tienen hacinados (...) Entonces cómo trabajan ellos, cómo están hacinados, la falta de alimentación y demás... Están sin ventilación adecuada y todo eso, los lleva a enfermarse y cuando se enferma uno de ellos, se contagian todos los que están en los talleres. Entonces vienen unos tras otros a internarse. A veces hay 4 o 5 bolivianos que son del mismo taller y otros que siguen con el tratamiento, los que pueden, con el tratamiento ambulatorio..." (Entrevista a A, enfermero del Instituto).

Focalizando en el tema del tratamiento para curar la enfermedad, si bien los médicos entrevistados consideran que entre los pacientes bolivianos no existe una tasa mayor de abandono en relación a los pacientes nativos, que se calcula globalmente en un 20%, las dificultades que se presentan son variadas: desde los problemas de comunicación, pasando por la dosificación de los fármacos, hasta la falta de recursos para acercarse al hospital donde los entregan. Esto último como variable ligada a sus condiciones de vida y de trabajo en esta sociedad: prohibición de salida que se les impone en los talleres y temor por la situación de indocumentación en la que muchos están:

"Lo que por ahí produce la mayoría de los abandonos son los contactos, como están sanos, es más difícil que durante seis meses tomen la medicación porque en realidad están sanos, es preventivo... y ahí sí, porque tal vez los primos o los hermanos puede ser que aparezcan internados unos años después (...) Es decir, que más o menos se trata de gente que por algún síntoma o dolor de espalda, como ya lo tiene presente el tema de la tuberculosis acude por prevención, digamos, y otra gente que ya viene porque no puede trabajar más, porque escupe sangre... ¿no? Mas o menos son este tipo de síntomas (...) Pero no es que no quieren venir... son problemas relacionados con el trabajo, o dificultades para venir... entonces eso hace que dejen, que no puedan cumplir estrictamente con el tratamiento". (Entrevista a L, médica del Instituto).

Uno de los principales problemas identificados, relacionado con la posibilidad de que los pacientes bolivianos con TBC puedan seguir con el tratamiento de manera completa y durante los meses que éste exige, refiere a que en muchos casos no saben de qué tipo de sustancias se trata, por qué se las medican, qué repercusiones tienen en su vida o qué efectos les producen (en esto, como en otros tantos aspectos, igual que los pacientes "nativos"). Suele pasar que, o bien abandonan la medicación cuando comienzan a sentirse mejor, o lo hacen cuando se acaba la primera caja de comprimidos, en ambos casos sin completar el tratamiento y generando la reincidencia del problema de salud; o, posteriormente, derivando a veces en un caso de TBC multirresistente.

"Con la tuberculosis tenemos en este sentido un inconveniente médico, que es que la tuberculosis lleva muchos meses de tratamiento. Entonces, es a veces difícil convencer al que ya se siente bien, que tiene que seguir igual, tomando las pastillas y viniendo a controlarse... Es

distinto a una neumonía, que vos le das antibiótico y se cura en una semana. Por eso nosotros, a pesar de que él se siente bien, tenemos que convencerlo de que tiene que seguir viniendo porque el tratamiento dura seis meses o más... un problema que le pasa a la gente no inmigrante también. Aparte, dentro de esos meses se tienen que hacer controles, que es un poco lo que yo hago de remarcar la importancia de estar controlado por el médico y no que es tomar medicamentos y ya". (Entrevista a R, médica del Instituto).

Diego Aruquipa Fernández, boliviano de 19 años de edad, murió de TBC el 25 de agosto de 2006. Fue uno de los 36 muertos por esta enfermedad de los 2.078 casos que se registraron ese año en la ciudad. Trabajaba 19 horas diarias, de lunes a sábado, en un taller textil clandestino de la calle Chivilcoy, CABA, actualmente clausurado. De acuerdo a los relatos de un ex compañero del taller, Diego comenzó a sentirse mal en julio: "en esa época estaba sin poder hablar, doblado, no podía caminar, tenía fiebre y transpiraba mucho".<sup>13</sup> El itinerario terapéutico de Diego lo condujo por diferentes centros de salud hasta que terminó en el Hospital Muñiz, donde ingresó el 4 de agosto y falleció el día 25 del mismo mes. Como tantos otros inmigrantes bolivianos en Argentina que carecen de documentación, este joven no tenía información respecto al derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita en la red de hospitales públicos de la ciudad, incluyendo, para el caso de la TBC, los estudios radiológicos y la entrega gratuita de la medicación correspondiente para su tratamiento. Del mismo modo que le sucede a otros compañeros en los talleres a quienes se les prohíbe salir, fue obligado a seguir trabajando aún con síntomas de enfermedad. El caso relevado del hijo de S, de 23 años, confirma lo expuesto: él también siguió trabajando con fiebre alta y tos continua, hasta que un día ya no pudo levantarse de la cama porque se mareaba, tosía y esputaba sangre; falleció días después en un hospital de la ciudad por un cuadro agudo de tuberculosis.

## DISCUSIÓN

Todos los autores coinciden en que la TBC es una enfermedad de la pobreza. En opinión de Farmer,<sup>14</sup> esto implica con total claridad que el "mundo subalterno" de los pobres constituye un escondite adecuado para las enfermedades infecciosas, especialmente cuando se trata de situaciones de segregación, subordinación y marginación social, como sucede con el caso particular abordado en este estudio.

Investigaciones como la que se ha presentado se relacionan con la necesidad de generar nuevos conocimientos sobre la población de estudio, sus procesos de SEA por TBC –vinculados a sus modos de vida/trabajo– y el contexto de interacciones sociales (con énfasis en el ámbito sociosanitario); es decir que el enfoque adoptado está en directa relación con la producción de información y con la generación de conocimiento para la acción. En tal sentido, la investigación ha tenido como meta llegar a tener un impacto a largo plazo en cuatro niveles interrelacionados:

1) el de las competencias "socioculturales" del personal sanitario, dirigidas a una atención integral más eficaz de los pacientes con TBC; 2) el de la adquisición y el manejo de cantidad y calidad de información por parte de los sujetos pertenecientes a los grupos más vulnerables (población en general y la inmigrante boliviana que trabaja en talleres textiles clandestinos del AMBA en particular), relativa a la prevención de la TBC y al proceso asistencial para su curación; 3) el del diseño de políticas de intervención sociosanitaria con una perspectiva preventivista, implementadas alrededor de la TBC y la población más vulnerable a esta enfermedad; y 4) el del ámbito de la atención de la salud de los conjuntos sociales, con el objetivo puesto en mejorar sus índices de morbilidad por TBC.

"Los riesgos de contraer tuberculosis disminuirían en estas personas del 4 al 6% anual, a lo que habría que añadirle una disminución adicional del 7 al 9% con un tratamiento adecuado. La mejora en las condiciones socioeconómicas parece implicar la erradicación de los talleres clandestinos y en facilitar la documentación de los inmigrantes indocumentados, lo que permitiría desde exámenes pre-ocupacionales, condiciones dignas de trabajo, agremiación de los trabajadores para su autodefensa, prevención, tratamiento en etapas tempranas, control gubernamental de la infraestructura, con la repercusión inmediata en las condiciones sanitarias. La inclusión en el sistema hace la diferencia...".<sup>15</sup>

## RELEVANCIA PARA POLÍTICAS

### E INTERVENCIONES SANITARIAS

Conocer los valores, significados, sentidos y prácticas de los distintos actores implicados en el proceso asistencial en torno a padecimientos como la TBC, resulta de singular importancia para la aplicación exitosa de programas de atención médica sanitaria.

Se acuerda con Ramírez Hita,<sup>16</sup> cuando afirma que la complejidad de la realidad sociosanitaria no puede ser abordada en exclusividad a través de datos numéricos, sino que los aspectos económicos, políticos, ideológicos y socioculturales, no reducibles a ellos, son necesarios para detectar y analizar las patologías y las problemáticas de mayor incidencia en una población determinada. Se remarca así, la importancia de realizar diagnósticos de salud e implementar programas de intervención sanitaria desde una metodología cualitativa que implique la recolección del dato a través de la etnografía.

## RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN

### DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Resulta básico e indispensable el reconocimiento del pluralismo asistencial existente en el contexto sociosanitario argentino, tanto por parte de las autoridades sanitarias locales/nacionales, como por el personal de salud de los centros públicos y privados. Uno de los principales problemas detectados, ha sido la desinformación y el desconocimiento por parte de los profesionales médicos respecto de



la situación de salud de la población inmigrante boliviana en origen, así como en relación al conjunto de representaciones y prácticas que ellos poseen en torno a la SEA. Se plantea la necesidad no sólo de reconocer la presencia de diversos sistemas médicos de atención interactuando entre la población (en este caso, el de autoatención, el tradicional indígena quechua o aymará y el biomédico); sino también de garantizar que la comprobación empírica de lo anterior por parte de los médicos no constituya un obstáculo para una "adecuada" terapia biomédica ni un mecanismo de culpabilización del paciente.

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Enfermedades respiratorias como la TBC han sido estudiadas desde enfoques clínicos y epidemiológicos, pero fueron poco abordadas como problemas de estudio desde la perspectiva antropológica-médica del padecimiento. En general, los estudios efectuados en el campo de la salud no reflexionan en torno a los procesos de cambio que, en términos de fenómeno sociocultural total, genera un proceso complejo como la migración, en este caso, focalizando en el proceso de SEA y el ámbito de la salud pública.

Tanto desde el plano teórico, como a través de estudios

de caso, por su énfasis holístico y su enfoque etnográfico y cualitativo, desde la Antropología se plantea la necesidad de articular los niveles micro y macro en el análisis de los problemas de salud. El marco teórico-conceptual de la Antropología Médica, aplicada a fenómenos como los procesos migratorios, permite una cierta capacidad explicativa que posibilita relacionar dichos procesos con las manifestaciones de morbilidad que presentan algunas poblaciones,<sup>17</sup> tal como lo demuestra el caso de la incidencia de la TBC en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del AMBA.

De esta manera, se podría lograr un puente interdisciplinar para obtener un conocimiento más completo sobre este tipo de problemas y los grupos vulnerables de la sociedad que los sufren, y aportar al diseño de mecanismos participativos de intervención sociosanitaria. Se subraya así la relevancia del método etnográfico para la recolección del dato epidemiológico.

Por último, dentro de la metodología cualitativa que utiliza la Antropología, el enfoque narrativo de la enfermedad intenta superar los límites de la aproximación epidemiológica basada en cuestionarios, recuperando al sujeto y situándolo en el centro del análisis contextualmente.

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

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. *Estudios Sociológicos*, 1998; 46: 37-67.
- <sup>2</sup> Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar, 2009.
- <sup>3</sup> Grimberg M. Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 2003; 17: 79-100.
- <sup>4</sup> Grimberg M. Prácticas sexuales y prevención al VIH-Sida en jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Un análisis antropológico de género. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 2004; 47:21-44.
- <sup>5</sup> Franco Agudelo S. La salud y el trabajo. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1986; 35:15-25.
- <sup>6</sup> Laurell AC. El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1986; 37:3-17.
- <sup>7</sup> Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 1992; 59: 3-18.
- <sup>8</sup> Goldberg A. Fábricas de padecimientos. La salud laboral de los inmigrantes en los invernaderos del poniente almeriense. En: Comelles JM et. al. (comps.), *Migraciones y Salud*, Publicaciones Universidad Rovira y

Virgili, Tarragona, 2009, pp. 442-448.

<sup>9</sup> Grimberg M. VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía. En: *Seminario-taller de capacitación de formadores*. LUSIDA, Buenos Aires, 1998.

<sup>10</sup> WHO Report 2009, *Global Tuberculosis Control*, 2009.

<sup>11</sup> *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*, Ministerio de Salud de la Nación, 2007.

<sup>12</sup> *Red para la atención de tuberculosis de la CABA*, 2009.

<sup>13</sup> *Testimonio de "Juan"*. Disponible en: [www.renacerboliviano.com](http://www.renacerboliviano.com)

<sup>14</sup> Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging infectious diseases journal*, 1996; (2) 4:259-269.

<sup>15</sup> Boccia C, et. al. Tuberculosis: reflexiones después de la tragedia. *El Muñiz Hoy*, marzo de 2007, pp. 4-5.

<sup>16</sup> Ramírez Hita S. *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. OPS/OMS, La Paz, 2009.

<sup>17</sup> Romani O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la Antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2002; 9(7):498-504.

<sup>18</sup> Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdigüero E y Comelle JM (Comps). *Medicina y cultura*, Barcelona, Bellaterra, 2000.



# ARTÍCULOS ORIGINALES

## DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CIUDAD DE BUENOS AIRES

Detection of gender based violence. Analysis of the situation on the primary health care system on the city of Buenos Aires

MARÍA ALEMÁN<sup>1</sup>, DIANA VERNAZ<sup>1</sup>, GRACIELA TILLI<sup>1</sup>, VIVIANA MAZUR<sup>2</sup>, BELÉN ROSSI SAMMARTINO<sup>2</sup>, AGUSTINA MARCONI<sup>2</sup>, KARINA PANNIA<sup>2</sup>, JULIÁN ANTMAN<sup>1</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: la justificación del presente estudio se basa en la consideración de la violencia basada en género (VBG) como un problema de salud pública y del sector salud como un espacio privilegiado para su detección. La VBG es todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. OBJETIVO: realizar un análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en relación a su capacidad de respuesta frente a la VBG. MÉTODOS: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó un análisis de situación para caracterizar, analizar e interpretar cada centro frente a la VBG. Se aplicaron dos encuestas. Los sujetos fueron todos aquellos profesionales que atienden a mujeres de 21 años y más en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la CABA. RESULTADOS: respondieron 512 participantes, 415 eran mujeres, edad promedio de 44 años. El 49,7% refirió tener conocimientos poco o nada suficientes en esta problemática. Entre el 81,7 % y el 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en detección de VBG. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debe realizarse en forma sistemática. CONCLUSIONES: los resultados indican la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud para mejorar su práctica en la detección de la VBG.

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: the justification of the present study is based on the consideration of gender based violence (GBV) as a public health issue and the health sector as a privileged space for its detection. GBV is understood as any act or threat that has or could have as a result injuries or physical, sexual or psychological suffering for a woman. OBJECTIVES: To perform an analysis of the situation in the Primary Health Care System, on the City of Buenos Aires in relationship to its responding capacity to Gender based Violence (GBV). METHODS: Descriptive study on transversal cut. The analysis allowed characterizing, understanding and interpreting the situation of each centre in relationship to GBV. Two polls were carried out. The subjects were all those professionals who attend to women over 21 years of age on the Health and Community Centers in CABA. RESULTS: 512 participants responded. 415 were women; average age was 44 years old. The 49.7% acknowledged having little or no knowledge regarding the problematic. Between the 81.7 % and 88.6% recognized themselves as being medium or little qualified on detecting GBV. The 72.3 % considered that GBV detection in health appointments should be done systematically. CONCLUSIONS: the results indicate the importance of health professional's qualification in order to improve their practice in detecting GBV.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia familiar - Detección - Atención Primaria de Salud - Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sanitarias.

**KEY WORDS:** Family Violence - Detection - Primary Health Care - Knowledge, attitudes and health practices.

<sup>1</sup> Sociedad Argentina de Medicina Interna General.

<sup>2</sup> Sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 9 de noviembre de 2010

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 10 de diciembre de 2010

### CORRESPONDENCIA A:

María Alemán

Correo electrónico: licmariaaleman@ciudad.com.ar

## INTRODUCCIÓN

La Convención de Belém do Pará,<sup>1</sup> aprobada en la República Argentina mediante Ley 24.632, define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Naciones Unidas se refiere a la violencia contra la mujer como "violencia basada en género" (VBG), y destaca la necesidad de comprenderla dentro del contexto del status de subordinación en que viven las mujeres dentro de la sociedad.<sup>2</sup>

Algunos datos ilustran la magnitud del problema. En los Estados Unidos, entre dos y cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente; 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja o ex pareja.<sup>3</sup> En Francia, una de cada 10 es víctima de violencia conyugal, la violencia en

la pareja causa la muerte de seis mujeres por mes y es la principal causa de femicidio.<sup>4</sup> En Europa, una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada.<sup>5</sup>

Asimismo, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que entre el 20% y el 60% de las mujeres que viven en América sufren situaciones de violencia.<sup>6</sup> En una encuesta reciente, realizada en el Uruguay, el 35,6% de las mujeres entrevistadas indicó haber padecido violencia psicológica y el 10,8% violencia física o sexual en su hogar.<sup>7</sup> En Argentina, se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida.<sup>8</sup>

#### EL SECTOR SALUD FRENTE A LA VBG

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema mayor de salud pública. En consecuencia, a partir de la obligación contraída por los Estados firmantes en relación al sector salud y la problemática de la violencia familiar, la implementación de medidas para sensibilizar y capacitar al personal en la temática se volvió urgente, ya que los programas de educación médica de pre y posgrado no brindan entrenamiento formal sobre esta problemática.<sup>9-10</sup>

Un estudio realizado por integrantes del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), describió que los médicos no interrogan regularmente a sus pacientes mujeres acerca de VBG y que en promedio han diagnosticado menos de un caso mensual.<sup>11</sup> Por su parte, la Sociedad Argentina de Medicina Interna General adaptó y validó dos encuestas elaboradas por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), publicadas en el estudio denominado *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género*.<sup>12</sup>

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la CABA son un espacio privilegiado para la detección de situaciones de VBG padecidas por las mujeres que concurren a consulta.

El análisis de la situación del sistema de Atención Primaria de la Salud (APS) de la CABA en su capacidad de respuesta a la temática de VBG, permite visibilizar una problemática con importantes efectos sobre la salud de las víctimas, aumentar la detección y derivación, mejorar la calidad del vínculo paciente-equipo de salud y mejorar la calidad de vida de las mujeres, con el efecto que esto implica sobre toda la sociedad.

El objetivo de este estudio fue analizar la situación del sistema de APS de la CABA en relación a su capacidad de respuesta frente a la problemática de la VBG.

#### MÉTODOS

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, e incluyó la realización de un análisis de situación en dos etapas:

1) Descripción de la situación de cada CeSAC en relación

a la problemática de la VBG en la atención de mujeres de 21 años y más. Se administró una encuesta al jefe de cada centro a fin de obtener una comprensión preliminar del contexto institucional del CeSAC y su personal de salud en relación a la problemática.

2) Descripción de los conocimientos, prácticas y creencias del equipo de salud de cada centro. Se administró una encuesta a sus profesionales para conocer su posicionamiento frente a la problemática de la VBG.

- Población y muestra: el estudio se realizó en 37 de los 38 CeSAC dependientes de los 11 hospitales generales de agudos de la CABA, que atienden mujeres de 21 años y más.

- Universo o población objetivo: se encuestó a todos los profesionales de la salud de los CeSAC que reciben en consulta a mujeres de 21 años y más.

- Criterios de exclusión: negativa a participar, haber participado en la prueba piloto durante la etapa de validación de la encuesta, pertenecer al sistema de Residencias o Concurrencias o estar de licencia durante el periodo de realización de las encuestas.

- Variables: para indagar sobre el dominio y los conocimientos de los profesionales sobre el tema, se consideraron dos grupos de variables: a) ordinales y b) nominales.

a) Ordinales: conocimiento individual y ocurrencia de eventos de VBG. En relación a las prácticas, se usaron las variables obstáculos para la asistencia y ocurrencia de eventos de VBG.

b) Nominales: conocimiento de la Ley 24417, de Protección contra la Violencia Familiar, e implicancias legales para el sector salud. Para indagar sobre las creencias, se empleó la variable uso de sistema de salud por parte de víctimas de VBG (ver Tabla 1)

- Instrumentos: para la realización del trabajo de campo se diseñaron dos encuestas:

1) Contexto institucional de la organización de salud: estructurada en ocho preguntas destinadas a conocer la capacidad de respuesta de cada CeSAC en relación con la VBG.

2) Conocimientos, creencias y prácticas del equipo de salud en relación con la VBG: disponía de 19 preguntas, que abarcaban cinco dominios: conocimientos generales, relación paciente-equipo de salud, conocimientos acerca de la legislación vigente, prácticas y creencias. A fines operativos, los cinco dominios se analizaron reunidos en tres variables: conocimientos, prácticas y creencias.

#### PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos recolectados fueron volcados en una base de datos del programa Excel, diseñada de acuerdo a las variables estudiadas, para su posterior procesamiento.

Al tratarse de un estudio descriptivo, se realizaron análisis univariados de frecuencia y frecuencia acumulada y, en una segunda instancia, se efectuaron análisis bivariados simples para describir las diferentes variables a partir de algunas dimensiones en particular.

TABLA 1. Variables analizadas

Dominios	Variables	Tipo de respuesta	Tipo de variable
Conocimientos	Conocimiento individual	Escala ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
	Conocimiento de la Ley 24.417	SI/NO	Nominal
	Implicancias legales para el sector salud	SI/NO/NS	Nominal*
Prácticas	Obstáculos para la asistencia	Escala ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
Creencias (Incluye prejuicios)	Uso del sistema de salud por parte de víctimas de VBG	SI/NO	Nominal

\* Se analiza como numérica según validación. Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. Resultados de la encuesta sobre contexto institucional. n=36.

PREGUNTA	SI	NO	NO SABE	TOTAL
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº
Dentro de su institución, ¿existen experiencias de trabajo relacionadas con la violencia contra la mujer o alguna de sus manifestaciones?	27 (75)	7 (20)	2 (5)	36
¿Existen personas dentro de su institución con capacitación específica para el trabajo en el área violencia contra la mujer?	23 (64)	11 (31)	2 (5)	36
¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema de la violencia contra la mujer, disponibles para el personal de su institución?	13 (36)	20 (56)	3 (8)	36
Dentro de su institución, ¿existen acciones orientadas al tema de la violencia contra la mujer?	20 (55)	15 (42)	1 (3)	36
Su institución, ¿ha trabajado junto a otras instituciones en la atención de la violencia contra la mujer o alguna de sus expresiones?	25 (70)	9 (25)	2 (5)	36
¿Cuenta su institución con alguna herramienta o procedimiento específico para la entrevista de detección, recolección de pruebas, registro/documentación del caso, denuncia, atención y referencia, en materia de violencia contra la mujer?	10 (28)	24 (67)	2 (5)	36
¿Cuenta su institución con asesoría legal propia o de fácil acceso en el abordaje de la violencia contra la mujer?	15 (41)	20 (56)	1 (3)	36
¿Considera que existen posibles barreras dentro de su institución para implementar un plan de atención de violencia contra la mujer?	10 (10)	26 (72)	0 (0)	36

Fuente: elaboración propia.

El estudio fue aprobado por los comités de Ética de diferentes hospitales de los que dependen los CeSAC de la CABA. Los participantes de la encuesta recibieron y firmaron un formulario de consentimiento informado. La encuesta fue anónima, a fin de garantizar la confidencialidad de los participantes.

## RESULTADOS

• Contexto institucional: se encuestaron 36 CeSAC sobre un total de 37. De los 36 jefes que respondieron, 20 fueron mujeres y 16 varones, 20 eran médicos y la edad promedio fue de 52 años. El 64% llevaba más de siete años trabajando en la institución y el 50% refirió no realizar

tareas asistenciales en su centro. Los resultados de esta encuesta se expresan en la Tabla 2.

• Conocimientos, prácticas y creencias en relación a la VBG: se encuestó a 512 profesionales, 415 mujeres (81,1%) y 97 varones (18,9%), cuya edad promedio fue de 44 años. Los datos demográficos de los profesionales entrevistados se pueden observar en la Tabla 3.

El 43,4% llevaba más de siete años trabajando en la institución y el 53,5% refirió haber atendido a más de 20 mujeres por semana.

• Dominio de conocimientos: el 49,7% de los encuestados señaló tener pocos o insuficientes conocimientos relacionados con la VBG, el 33,3 % dijo desconocer la

**TABLA 3.** Datos demográficos de los encuestados sobre conocimientos, prácticas y creencias del sector salud acerca de la VBG. n=51

Variable	Valor	Total	%
Sexo	Mujeres	415	81,10
	25 a 35	102	20
Edad	36 a 45	189	37,10
	46 a 55	161	31,60
	56 a 65	1	0,20
	56 a 68	57	11,20
	Medicina	137	27
Profesiones	Enfermería	112	22
	Psicología	72	14,20
	Trabajo social	54	10,60
	Obstetricia	39	7,70
	Odontología	16	3,10
	Nutrición	11	2
	Otros	77	15,20
Antigüedad	7 años o más	222	43,40
Nº mujeres atendidas por semana	> 20	273	53,50

Fuente: elaboración propia.

existencia de grupos de ayuda mutua para víctimas de VBG en el área de referencia de su centro asistencial. El 32,9% desconocía la disponibilidad de refugios o albergues públicos para la protección de las víctimas y el 39,9% lo propio pero con respecto a programas de protección para menores. Sin embargo, el 84% manifestó conocer la existencia de instancias de asesoría legal en el área de influencia de la institución donde realiza sus prácticas. Con respecto a los aspectos legales, el 32,5% refirió desconocer la existencia de alguna ley específica sobre violencia familiar en Argentina. Además, el 72,5% de los entrevistados desconocía –respuesta “no sabe” (ns) o respuesta errónea – cuáles son las obligaciones legales del personal de salud cuando atiende en consulta a una mujer adulta que ha sido víctima de VBG.

En relación a la autopercepción del nivel de capacitación de los profesionales, se exploró acerca de su capacidad para: hablar con las pacientes sobre violencia familiar, detectar casos de violencia física, emocional, sexual y/o abuso sexual en la niñez, asistir a mujeres víctimas de VBG, valorar el nivel de riesgo en que se encuentra una mujer que sufre violencia familiar, realizar con la paciente un plan de seguridad, registrar los casos detectados, detallar el caso en la historia clínica, orientar a la mujer afectada a distintas opciones de ayuda o asistencia y realizar acciones de derivación para la asistencia de la mujer afectada. Entre

el 81,7 % y el 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en estas áreas.

- Dominio de prácticas: el 80,7% consideró que las situaciones de violencia contra la mujer ocurren con mucha o extrema frecuencia, predominantemente bajo la forma emocional (68,7%). El 88,6% evaluó como muy importante que el equipo de salud trabaje en esta problemática y el 84,8% refirió haber indagado en la consulta durante el último año. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática.

En relación a los obstáculos que se presentan en la consulta para la detección de VBG, los profesionales encuestados señalaron como los más preocupantes los pocos recursos disponibles en la comunidad para realizar derivaciones (60,1%), la falta de capacitación en la temática (57,9%), sentir que se puede hacer poco para ayudar (57,8%) y las limitaciones de tiempo en cada consulta (47,8%). Por otra parte, la falta de apoyo del equipo de trabajo y el temor a las represalias por parte de los agresores o a involucrarse en acciones judiciales no fueron señalados como obstáculos.

En lo referente a las acciones realizadas por los profesionales en la consulta relativas a la problemática de la VBG, el 52,4% nunca realizó las acciones descritas en la encuesta, en tanto que el 78,4% sólo lo hizo en algunas ocasiones.

- Dominio de creencias: el 59,6% manifestó no sentirse incómodo al preguntar a las mujeres que consultan acerca de situaciones de violencia familiar, el 46,6% lo mismo con respecto a situaciones de violencia sexual y el 45,4% frente a las de abuso sexual infantil (ASI).

Prácticamente la mitad (50,9%) contestó negativamente a la pregunta acerca de si las víctimas de VBG utilizan más el sistema de salud en relación a las mujeres que no padecen situaciones de violencia de género. En las preguntas que evaluaron las creencias en relación a la VBG con respecto a la práctica, el 59,1% manifestó que las víctimas no se ofendían si se les preguntaba acerca de la situación padecida, el 53,3 % dijo que los profesionales de la salud deben intervenir cuando se trata de una situación de VBG y el 51% consideró la detección de estas situaciones como parte de su práctica. El 43,3% dijo creer que las víctimas no negarían su situación si fuesen preguntadas.

Los restantes ítems evaluaron los preconceptos habituales alrededor de la problemática de la VBG que influyen y determinan el curso de las acciones en la práctica profesional. En ese sentido, un alto porcentaje consideró que no son las mujeres las que generan las situaciones de violencia con su comportamiento inapropiado (86,5%), que no es porque les guste ser golpeadas que no abandonan a sus parejas (84,8%), que los relatos de ASI por parte de las niñas no suelen ser fantaseados (91,3%), que los hombres que cometen incesto no lo hacen porque se encuentren insatisfechos sexualmente (93,5%) y que las mujeres no son culpables del abuso de sus hijas por no cuidarlas en forma debida. (79,3%). También un alto porcentaje manifestó que la VBG no tiende a disminuir a través del



tiempo (87,8%), que los hombres violentos no cesan con sus agresiones cuando sus mujeres se encuentran embarazadas (92%) y que el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación (94,5%).

Por otra parte, el 45,5% cree que el alcohol y las drogas son la causa de las conductas violentas, solo el 36,4% dijo que los varones deben hacerse responsables de su propia conducta sexual, el 65,2% consideró que los niños que son testigos de violencia sufrirán consecuencias físicas y/o emocionales y el 64% que repetirán estas conductas en su vida adulta.

Por último, más de la mitad de la población encuestada (63,5%) evaluó que los hombres violentos son enfermos mentales, que el momento de mayor riesgo es cuando la mujer intenta finalizar la relación con la pareja abusiva (59,1%) y que cuando logra finalizar la relación se encuentra fuera de peligro (49,4%). Es dable destacar que el 39,3 % refirió desconocer si hay una mayor prevalencia de suicidios entre las mujeres víctimas de VBG que entre quienes no la padecen (Ver Tabla 4).

## DISCUSIÓN

El hecho de que casi la mitad de los encuestados (49,7%) admitiera su poco o insuficiente conocimiento sobre el tema constituye un reclamo velado sobre la necesidad de contar con capacitación acerca de VBG.

En cuanto a la autopercepción de los profesionales de sus conocimientos, sólo el 20% se reconoció en condiciones de detectar casos de violencia y detallarlos en una historia clínica, atender a una mujer en consulta pudiendo hablar con ella acerca de la violencia que padece o, muchos menos, de elevar un informe a un juzgado. La capacitación de los profesionales, que debería centrarse en indicadores para la detección de maltrato y/o abuso y conocimiento

del perfil de la mujer víctima de VBG, serviría para que adquirieran las competencias necesarias para enfrentarse a este tipo de casos en la consulta.

Respecto al conocimiento de los profesionales sobre los recursos de asistencia psicológica y sociales disponibles en la ciudad de Buenos Aires para la atención de esta problemática, aproximadamente dos tercios de los encuestados refirió saber que existen grupos de ayuda mutua para mujeres víctimas de violencia de género y albergues o refugios en el radio de referencia de su lugar de trabajo.

Por otra parte, en lo referido a la existencia de asesoría legal, social o psicológica, el 84% de las personas encuestadas dijeron estar en conocimiento de dónde se brindan estos recursos. Este dato permitiría pensar que lo más factible para una elevada proporción de los profesionales sería derivar a sus pacientes hacia estos servicios. Sin embargo, un alto porcentaje de ellos (48,6%) dieron cuenta de su imposibilidad de disponer de los datos necesarios para derivar a las víctimas (direcciones, números telefónicos, personas referentes, etc.)

Es de destacar el alto porcentaje de los consultados (72,5%) que desconocía –respuesta “no sabe” (ns) o respuesta errónea– cuáles son las obligaciones legales del personal de salud cuando recibe en consulta a una mujer adulta que ha sido víctima de VBG. Es de suponer entonces, que si los profesionales recibieran información acerca del alcance de la Ley 24.417 –que establece que en los casos de violencia familiar cuando la víctima es una mujer adulta la denuncia sólo puede realizarla la propia damnificada–, estarían en condiciones de informales a sus pacientes acerca del derecho a denunciar la situación padecida, lo que podría determinar un importante aumento en el registro de casos de VBG. En este sentido, un dato de relevancia es que el 72,3% consideró que

**TABLA 4.** Encuesta “Conocimientos, prácticas y creencias del sector salud acerca de la VBG”: resultados relevantes.

DOMINIOS	RESPUESTAS	%
Conocimientos	Poco o nada suficientes	49,7
	Desconocimiento acerca de los alcances de la Ley de Violencia Familiar (24.417)	72,5
	Escasa o mediana capacitación para detección y derivación	81,7 - 88,6
Prácticas	Considerar la VBG como de mucha o extrema frecuencia	80,7
	Necesidad de realizar detección sistemática en la consulta	72,3
	No realizaron nunca o solo algunas veces acciones relativas a la VBG	52,4 - 78,4
Creencias	NO considerar que las víctimas de VBG utilizan en mayor medida el sist. de salud	50,9
	Creer que NO son las mujeres las que con su comportamiento generen situaciones de VBG	86,5
	Creer que la VBG no disminuye con el tiempo	87,8
	El sexo forzado dentro del matrimonio es violación	94,5
	El alcohol y las drogas son causas de la conducta violenta	45,5
	Los hombres violentos son enfermos mentales	63,5
	Desconocimiento de mayor prevalencia de suicidios entre las mujeres víctimas de VBG	39,3

Fuente: elaboración propia.



la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática.

En cuanto a los datos derivados de las respuestas obtenidas en el dominio de creencias, surgió que la mitad de los encuestados no cree que la mujer víctima de VBG utilice con más frecuencia los servicios de salud en comparación con aquellas que no la sufren. Sin embargo, es habitual que estas mujeres consulten por síntomas, tanto físicos como psicológicos, que aparentemente no se relacionan específicamente con su situación de victimización. La dificultad, tanto de la víctima como del profesional interviniente, para relacionar la existencia de estos síntomas con posibles situaciones de VBG tendría como consecuencia un aumento en la utilización del sistema de salud por parte de estas pacientes. Por lo tanto, preguntar puntualmente sobre este tema, a partir de una capacitación específica, aumentaría la detección.

Además, existen una serie de mitos alrededor de la VBG, así como creencias y patrones culturales que atraviesan a la sociedad y que favorecen su naturalización e invisibilización. Estos valores se convierten muchas veces en verdaderos obstáculos para las tareas de asistencia y protección a las víctimas.

Un alto porcentaje (63,5%) sostiene que los hombres que abusan de sus parejas son enfermos mentales, cuando en realidad, según la bibliografía especializada, sólo en un 10% de los casos, aproximadamente, los agresores son personas con trastornos psicopatológicos.

En conclusión, la capacitación de los profesionales de la salud en lo relativo a VBG aumentaría sus conocimientos sobre los efectos físicos y psicológicos que ésta acarrea en las víctimas, les permitiría conocer los factores de riesgo, y facilitaría la revisión de los mitos y los prejuicios que obstaculizan sus intervenciones y prácticas de atención. De

esta manera, también se estaría contribuyendo al reconocimiento del papel clave que estos profesionales cumplen en la detección del problema.

#### RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Las limitaciones de tiempo o la escasez de recursos comunitarios e institucionales para poder derivar y asistir correctamente a las víctimas de la VBG, entre otros obstáculos verificados en este estudio, deberían ser considerados para la implementación de políticas sanitarias que a través de acciones concretas favorezcan la tarea de atención de este problema de salud pública.

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

Según la literatura especializada en la temática, las acciones de sensibilización y capacitación aumentan considerablemente la posibilidad de detección y, con ello, la asistencia adecuada. Los resultados expuestos resultan de suma importancia para la formación de recursos humanos en salud, por lo que es dable sostener que toda capacitación del primer nivel de atención en la CABA debiera tener en cuenta los resultados de la presente investigación.

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

A partir de los datos obtenidos en esta investigación se abren nuevas líneas para futuros proyectos de igual relevancia en Argentina, como una evaluación acerca de los índices de detección de VBG a partir de la detección sistemática, la elaboración de una guía de recursos para asistencia y derivación e, incluso, la formulación de un protocolo de detección y actuación en VBG para el sector salud adecuado a nuestro país.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, Brasil), 9 de junio de 1994.
- <sup>2</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. *Medidas del Plenario N° 85*. Ginebra, 20 de dic., 1993.
- <sup>3</sup> Violence by intimate partners. *World report on violence and health*. WHO, Gineve, 2002.
- <sup>4</sup> Kulakowska E. Brutalidades sexistas en la intimidad familiar. *Le Monde Diplomatique*, julio 2002.
- <sup>5</sup> Algañaraz JC. Informe oficial sobre agresiones domésticas. *Clarín*, 5 de febrero de 2000.
- <sup>6</sup> Guedes A. *Integrating screening and services for gender-based violence within sexual and reproductive health programs in Latin America and the Caribbean*. Presentation to Global Health Council, May 2001.

<sup>7</sup> Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Región del Hemisferio Occidental (RHO) Detección sistemática de violencia basada en género. Boletín sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. *FORO IBASTA!*, verano 2000.

<sup>8</sup> Ferreira G. *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, 1989.

<sup>9</sup> Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Violence education in family practice residency programs, United States, 1989. *MMWR*, 1991; 40:428-430.

<sup>10</sup> *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*: Resumen. Ginebra, 1996

<sup>11</sup> Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*, 2000; 60:591-594.

<sup>12</sup> Alemán M, Marconi A, Alemán P. *Adaptación y validación de dos herramientas para el diagnóstico rápido de situación de un centro de salud en relación a su capacidad de respuesta ante situaciones de violencia basada en género*. Beca Carrillo-Oñativia 2007-2008, Informe Final.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA TERCIARIAS NO UNIVERSITARIAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, 2007

## State of the education in tertiary non university nursing schools of Argentina, 2007

ALBERTINA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, CLAUDIA CASTRO<sup>2</sup>, SILVANA MOREIRA<sup>3</sup>, SANDRA CERINO<sup>4</sup>, MARÍA DEL VALLE CORREA ROJAS<sup>5</sup>, RAMONA ATZEMIAN<sup>5</sup>, GRACIELA PATRITO<sup>1</sup>, FRANCISCO CASTILLO NUÑEZ<sup>6</sup>, MARCELA ROJAS<sup>7</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: la formación en enfermería en Argentina se realiza en universidades públicas y privadas (título de enfermero/a y de licenciado/a) y en escuelas de enfermería terciarias no universitarias (título de enfermero/a). El informe de la Federación Argentina de Enfermería (FAE, 2004) señala que la formación en enfermería se caracteriza por la falta de un sistema de acreditación profesional y por un diseño curricular que se centra en la enfermedad en detrimento de la salud comunitaria. También refiere la existencia de una deficiente información sobre los programas de formación. OBJETIVOS: el objetivo del estudio fue describir la situación de la formación de las escuelas de enfermería terciarias no universitarias, principalmente a partir de indicadores de estructura, recursos y planes de estudios. MÉTODOS: estudio descriptivo de tipo cuantitativo. Se realizó un relevamiento de las escuelas de enfermería terciarias existentes en Argentina. Posteriormente, se encuestó a los directivos, docentes y alumnos de 66 de los 109 establecimientos identificados, los que fueron seleccionados según criterios de factibilidad y accesibilidad. RESULTADOS: 27 (40,9%) instituciones pertenecían al estado provincial y 39 (59,1%) eran de dependencia privada. El 51% de los directores señaló que los planes de estudios no están orientados hacia la Atención Primaria de la Salud. Sólo el 38% de los establecimientos tienen convenios firmados con universidades estatales o privadas para la obtención del título de licenciado en enfermería. El 76,8% del personal docente posee la licenciatura en enfermería. CONCLUSIONES: los resultados muestran la necesidad de revisar y ordenar los planes de estudio, a través de una formación innovadora, interdisciplinaria, centrada en los intereses de los alumnos y orientada también a las problemáticas de salud comunitaria.

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: Nursing education in Argentina takes place in public and private universities (title of nurse and licensed) and nursing school non-university tertiary (diploma nurse). The report of the Argentina Federation of Nursing (FAE, 2004) notes that nursing education is characterized by the absence of a system of professional accreditation and a curricula that focuses on the disease at the expense of community health. He also notes the existence of poor information on training programs. OBJECTIVE: The aim of this study was to describe the situation of vocational nursing school non-university tertiary, mainly based on indicators of structure, resources and curricula. METHODS: A descriptive quantitative study. We conducted a survey of existing tertiary nursing schools in Argentina. Subsequently, we interviewed the principals, teachers and students from 66 of the 109 facilities identified, which were selected on the basis of feasibility and affordability. RESULTS: 27 (40.9%) belonged to the provincial government institutions and 39 (59.1%) were private agency. 51% of the directors noted that the curricula are not oriented towards primary health care. Only 38% of establishments have signed agreements with state and private universities to obtain a bachelor's degree in nursing. 76.8% of teachers has a degree in nursing. CONCLUSIONS: The results show the need to review and organize the curriculum through innovative training, interdisciplinary, focusing on student interests and aimed also to community health problems.

**PALABRAS CLAVE:** Escuelas de Enfermería – Establecimientos no universitarios - Investigación en educación de enfermería

**KEY WORDS:** Nursing schools - Non university schools - Nursing education research

<sup>1</sup> Fundación Docencia e Investigación para la Salud. Buenos Aires.

<sup>2</sup> Sociedad Argentina para la Investigación y Desarrollo de la Educación Médica.

<sup>3</sup> Instituto del Profesorado en Enfermería Padre Luis Tezza.

<sup>4</sup> Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba.

<sup>5</sup> Escuela de Enfermería. Universidad Nacional de Salta.

<sup>6</sup> Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud de Misiones.

<sup>7</sup> Hospital Sor María Ludovica. La Plata.

#### FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 6 de noviembre de 2010

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 9 de diciembre de 2010

**CORRESPONDENCIA A:** Albertina González

Correo electrónico: albertinagonzalezdea@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2010; 1(5):28-32.

#### INTRODUCCIÓN

En Argentina la formación en enfermería se desarrolla en el nivel superior de enseñanza en establecimientos universitarios y terciarios no universitarios.<sup>1</sup> En el país existen 43 escuelas de enfermería universitarias, de las cuales 30 corresponden a universidades nacionales públicas y 13 a universidades o institutos universitarios privados.

El informe N° 43 de la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) menciona que en el año 1995 había 78 escuelas no universitarias en Argentina.<sup>2</sup> Por su parte, la Asociación de Escuelas de Enfermería Terciarias no Universitarias (ACETERA) indica en su informe de 2004 que en el período 1995-2002 el número de escuelas se redujo de 78 a 54, lo que representa un descenso del 31%.<sup>3</sup>

El informe de la OMS/OPS y el de ACETERA coinciden en que en el sistema de formación de las escuelas predominan los contenidos y metodologías de estudios tradicionales, centrados en el docente y en las disciplinas específicas de la carrera y, a la vez, débilmente relacionados con la problemática de salud de la población. Estos documentos señalan que los planes de estudio no incluyen conocimientos vinculados con las estrategias de Atención Primaria de la Salud o con el reconocimiento de programas de salud nacionales enmarcados dentro del perfil epidemiológico de cada región.

El informe de la Federación Argentina de Enfermería (FAE. 2004) indica que la formación en enfermería se caracteriza por la falta de un sistema de acreditación profesional y por un diseño curricular que se centra en la enfermedad en detrimento de la salud comunitaria. También se refiere a la existencia de una deficiente información sobre los programas de formación.<sup>4</sup>

Dado que se desconoce los aspectos organizativos de las escuelas terciarias, como el perfil de los docentes (cantidad, sexo, edad promedio, titulación, etc.) y de los alumnos (cantidad, distribución por sexo, abandono de los estudios, etc.), financiamiento, convenios de articulación con universidades, entre otros; el objetivo propuesto para esta investigación fue describir la situación de la formación en las escuelas de enfermería terciarias no universitarias dependientes de organismos estatales o privados, utilizando indicadores de estructura, recursos, formación y diseño de planes de estudios.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, que permitió obtener datos acerca de la situación de la formación en las escuelas de enfermería de nivel terciario no universitario. Para conocer el número de escuelas de enfermería terciarias inscriptas en todo el país, se solicitó por nota dicha información a los ministerios de Educación de todas las jurisdicciones y mediante consultas a los ministerios de Salud de las provincias y a las asociaciones profesionales. Se identificaron 109 escuelas terciarias no universitarias, pertenecientes a 13 provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), conjunto que se constituyó en la muestra para este estudio, siendo entonces una muestra obtenida por un mecanismo no probabilístico e intencional.

Se establecieron criterios de factibilidad y accesibilidad a los que se ajustaron 84 escuelas (78,5%). Se autoexcluyeron cinco escuelas de la provincia de Córdoba, una de CABA y ocho de la provincia de Buenos Aires. Se excluyó a dos escuelas de Neuquén intervenidas por razones legales. Finalmente, de las 84 escuelas posibles se pudo acceder en el tiempo disponible para el relevamiento a 66 (60,5%) de las inicialmente registradas. La distribución por provincias fue la siguiente: Buenos Aires 17 sobre 49, Catamarca 2 de 2, CABA 11 de 12, Chaco 1 de 1, Córdoba 7 de 12, Corrientes 3 de 3, Entre Ríos 2 de 3,

Formosa 1 de 1, Neuquén 1 de 3, Salta 2 de 2, Santa Fe 11 de 11 y Tucumán 3 de 3. Se entrevistaron a todos sus directivos, además de 801 alumnos y 334 docentes repartidos entre todas ellas.

La técnica de recolección de información se basó en la utilización de una encuesta estructurada aplicada a los directores o responsables de la carrera y dos cuestionarios estructurados aplicados a docentes y alumnos de cada institución participante. Cabe destacar que los instrumentos fueron testeados en pruebas piloto en tres de las escuelas incluidas en el estudio.

Los cuestionarios de alumnos y docentes fueron anónimos y sólo debían identificar la institución de pertenencia. En todos los casos se respetó la confidencialidad de la información brindada por los sujetos participantes.

Para describir la organización de las escuelas se tomó como referencia el análisis de la legislación educativa compuesta por las leyes 24521, de Educación Superior;<sup>5</sup> la Ley 26058, de Educación Técnico Profesional;<sup>6</sup> y por el Decreto/Ley 1469/68, de la Enseñanza de la Enfermería No Universitaria<sup>7</sup>. Además, se consultó a las autoridades educativas y de salud de las diferentes jurisdicciones del país.

Las variables estudiadas fueron operacionalizadas mediante la desagregación de los siguientes indicadores:

- Características de la estructura: denominación, ubicación, dependencia, título que otorga, validez del título, año de creación, inscripción en el Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional,<sup>8</sup> existencia de convenios de articulación académica con universidades, estructura administrativa y organigrama.
- Características de los docentes: cantidad por institución, edad y sexo, título, antigüedad en el cargo, criterios de ingreso a los cargos, formación continua, relación docente-alumno, estabilidad laboral, estilo de desempeño y mecanismos de evaluación del desempeño.
- Características de los alumnos: matrícula (cantidad de alumnos inscriptos), edad y sexo, ocupación, requisitos de ingreso a la carrera, cantidad por ciclo, cantidad de egresados, número de alumnos recursantes, deserción y asignación de becas.
- Organización académica: existencia de plan de estudios y de proyecto educativo institucional (PEI), tipo de formación (tradicional o innovadora), carga horaria (porcentaje de horas teóricas y prácticas), ámbitos de prácticas de los alumnos, existencia de materias optativas, disponibilidad de pasantías, estrategias de enseñanza utilizadas con mayor frecuencia, sistemas de evaluación y seguimiento de alumnos y egresados.
- Recursos didácticos e infraestructura: aulas, espacios para actividades recreativas, infraestructura para actividades administrativas, bibliotecas y sistemas de comunicación interna.

La tabulación y análisis de los datos fue realizada en una base de datos del programa Excel. Los formularios de los cuestionarios aplicados a los alumnos y docentes se procesaron mediante lectura óptica.

## RESULTADOS

Analizados los resultados de encuestas y cuestionarios la información obtenida es la siguiente:

### CARACTERÍSTICAS DE ESTRUCTURA

a) Distribución geográfica: en la Tabla 1 se presenta la distribución porcentual de las instituciones incluidas en el estudio por jurisdicción. El relevamiento realizado permitió disponer de información sobre la existencia de establecimientos en provincias como Catamarca, Mendoza, Santa Fe y Córdoba.

b) Financiamiento: de las 66 instituciones relevadas, el 40,9% (27) pertenecen al estado provincial y el 59,1% (39) son de dependencia privada (institutos privados, fundaciones, sindicatos y Cruz Roja). El 72,7% (52) recibe financiamiento público a través de los ministerios de Salud y de Educación de cada jurisdicción. Desde el punto de vista administrativo, el 68% (45) dependen de los ministerios de Educación, el 21,2% (14) de los de Salud y un 11,6% (7) de convenios entre ambas áreas.

### ORGANIZACIÓN ACADÉMICA

#### a) Planes de estudio:

1. Marco legal: para la elaboración de los planes de estudio las autoridades de todas las jurisdicciones consideraron como marco de referencia al Decreto-Ley 1469/68 y la Reglamentación 35/69 correspondiente, con excepción

de la provincia de Buenos Aires, que dispone de un plan de estudios único para todas sus escuelas de acuerdo con la Resolución 5011/2004.<sup>9</sup> Las otras provincias disponen de diferentes planes, sobre la base del Decreto 1469/68 aprobadas en oportunidad de la solicitud de cada institución.

2. Carga horaria: en promedio presentan una carga horaria de 3.129 horas cátedra. Se observó disparidad en la relación entre las horas teóricas y prácticas del plan de estudios. Cada provincia adopta un criterio diferente.

3. Proyecto educativo: los distintos planes reflejan disparidad con relación a los objetivos y al tipo de formación que ofrecen, ya que mientras algunos –la mayoría– están centrados en el docente y las disciplinas específicas de la carrera (sistema tradicional), otros contienen un diseño innovador, integral y focalizado en los intereses de los alumnos. En este sentido, todos los directivos y el 90% de los alumnos (801) y de los docentes (334) coincidieron en manifestar que en las escuelas predomina el dictado de clases tradicional.

También se observaron diferencias en la variedad de materias, ofertas de aprendizaje, ejes integradores, criterios de evaluación y formación continua de los docentes, entre otros aspectos. Se pudo conocer que el 38% de las escuelas relevadas posee convenios de articulación con universidades para continuar la formación del alumnado en el ciclo de la Licenciatura en Enfermería.

En relación a la realización de demostraciones y/o prácticas de gabinete del alumnado, el 60% de las instituciones refiere realizarlas. La encuesta efectuada también reveló que la totalidad de estas actividades es supervisada por los docentes. En el 60% de las escuelas (39) el personal de enfermería de los servicios hospitalarios y comunitarios participa en la preparación del campo de práctica, y en el 44% (29) se elige a la comunidad y a los centros de salud como espacios para la práctica de los estudiantes.

Cuando se interrogó a los responsables de las escuelas acerca de ejes integradores, contenidos de cursos de formación continua o modificaciones a realizar en los planes de estudio vigentes, en el 51% de las instituciones sus directivos mencionaron la necesidad de que estos incluyan temas relacionados con la enfermería comunitaria, enfermería laboral y Atención Primaria de la Salud (APS).

#### 4. Recursos e infraestructura didáctica

En cuanto a la disponibilidad de recursos para el desarrollo de las actividades de enseñanza-aprendizaje, el 40,5% de las escuelas considera tener el material necesario para las prácticas y un 21,5% refiere contar con biblioteca. Por otro lado, en el 45,5% de las escuelas, los directivos expresaron que no cuentan con presupuesto propio para afrontar gastos de funcionamiento menores.

Los directivos del 48,4% (32) de las escuelas de gestión privada informaron que sus establecimientos disponen de becas para los alumnos, que son provistas por las propias instituciones o por sus cooperadoras o comisiones directivas y también por órdenes religiosas. Las becas consisten especialmente en la eximición parcial o total del arancel

**TABLA 1.** Distribución porcentual de las escuelas de enfermería incluidas en el estudio por jurisdicción.

Jurisdicción	Relevadas	Incluidas	%
Buenos Aires	49	17	26
CABA	12	11	17
Catamarca	2	2	3
Chaco	1	1	1,5
Córdoba	12	7	10,5
Corrientes	3	3	4,5
Entre Ríos	3	1	1,5
Formosa	1	1	1,5
Jujuy	1	1	1,5
Mendoza	5	5	7,5
Neuquén	3	1	1,5
Río Negro	1	0	0
Salta	2	2	3
Santa Fe	11	11	16,5
Tucumán	3	3	4,5
TOTAL	109	66	100

Fuente: elaboración propia sobre relevamiento realizado en el estudio.



o cuota mensual. Por su parte, en el 18% (12) de las escuelas públicas este beneficio es financiado por las provincias o los municipios.

#### PERFIL DE RECURSOS HUMANOS

a) Personal directivo: el 71% (47) de las escuelas están dirigidas por personal licenciado en enfermería, que además ha recibido formación didáctica en el ciclo de grado. Pero también, el 50% de los encuestados mencionó que en sus equipos técnicos disponen de asesoría pedagógica, ya sea a través de personal de planta con licenciatura en Ciencias de la Educación (3 escuelas), o bien mediante la presencia de asesoras en las regiones sanitarias o en los departamentos de enfermería de las provincias (30 escuelas).

b) Docentes: en el 22,7% (15) de los establecimientos educativos los docentes informaron que cursaron la carrera docente; y en el 7,7% (5) manifestaron que realizaron el profesorado en enfermería en el Instituto Padre Luis Tezza de la CABA. Además, en el 40,9% (27) de los centros educativos, los docentes hicieron cursos específicos de formación docente. Sin embargo, en el 28,7% de las instituciones (19) los docentes no tienen formación pedagógica. Cabe recordar que el sistema de evaluación de los mismos considera al desempeño pedagógico como uno de los criterios de valoración, a lo que se suma el hecho de que los instrumentos de evaluación varían según cada escuela. El 76,8% del personal docente posee la licenciatura en enfermería. La edad promedio fue de 42 años. La relación docente/alumno en la teoría es de un docente cada 40 alumnos y en la práctica de uno cada 20.

#### PERFIL DE LOS ALUMNOS

Al caracterizar el perfil del estudiante de enfermería, se observó que de los 801 alumnos entrevistados el 50% tiene entre 18 y 25 años de edad y el 30% son mayores de 30 años. En cuanto a distribución por sexo, fue clara la predominancia de las mujeres, que representan al 77% del alumnado. El 62,9% de los estudiantes trabaja y el 47% lo hace en actividades relacionadas con la enfermería.

El 60,6% (40) de las escuelas informaron acerca de los egresos de 2005. De esta información se desprende que en 18 instituciones (45%) egresaron menos de 20 alumnos por año; en 7 escuelas (17,5%) egresaron entre 21 y 30 alumnos; en 9 (22,5%) entre 31 y 60, y en 6 establecimientos (15%) se graduaron entre 70 y 220 estudiantes. De este último grupo, hubo dos escuelas (Mendoza y Salta) de las que egresaron 120 alumnos en cada una y en otras de CABA se recibieron 220.

Pocas escuelas aportaron datos sobre deserción, sin embargo, en aquellas que lo hicieron (46), se observó que el valor promedio de la cantidad de alumnos que comenzaron la carrera en 2003 y la finalizaron en tiempo y forma en 2005 fue del 46,1%.

Cabe destacar que en la misma encuesta se mencionó que el 62% de los estudiantes abandona o interrumpe

los estudios por problemas económicos y/o familiares. En ningún caso se mencionó a la organización de la escuela como razón del abandono.

#### DISCUSIÓN

El análisis de los resultados presentados permite concluir que el 90% la de las escuelas de enfermería terciaria no universitarias estudiadas utiliza el sistema de enseñanza tradicional, es decir centrado en el docente y en las disciplinas, y sólo un 10% adopta o se basa en una modalidad integral orientada a las necesidades del estudiante.

Estas cifras ponen en evidencia la carencia de estrategias de enseñanza innovadoras, que utilicen distintas herramientas para la formación en enfermería, como el aprendizaje basado en problemas, el estudio a distancia y la existencia de tutores que acompañen, asesoren y orienten a los alumnos durante el proceso formativo. En relación a este tema, otra de las falencias observadas es la ausencia de una formación interdisciplinaria que disponga de un diseño curricular flexible –con materias troncales y de orientación–, para que los estudiantes puedan generar trayectorias de aprendizaje acordes a sus necesidades e intereses, favoreciendo así su autonomía personal y el entrenamiento en la toma de decisiones.

Asimismo, dado que sólo el 38% de las escuelas estudiadas tiene convenios firmados con universidades que les permitan a los alumnos obtener la licenciatura, se hace necesario desarrollar acciones tendientes al incremento de articulación con las casas de altos estudios.

A pesar de la diversidad de la oferta curricular de las escuelas, se observó que sus planes de estudios no consideran los problemas de salud de la población que los futuros graduados deberán atender en su desempeño profesional. Por lo tanto, es fundamental promover la participación de los servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en la formación de alumnos, para lo que se sugiere revisar las formas de integración entre la docencia y los servicios de salud.

Las escuelas de enfermería terciarias no universitarias representan un aporte indiscutible en la provisión de recurso humano profesional a las instituciones asistenciales. Por tal motivo, es necesario analizar la organización de las escuelas para definir estrategias de apoyo orientadas a la formación de egresados de enfermería, cuyo perfil pueda dar respuesta a las necesidades de salud de la población, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud.

Si bien el 72,7% de las escuelas estudiadas recibe algún tipo de ayuda económica, fundamentalmente para pagar los sueldos de los docentes, la ayuda no es suficiente, tal como lo demuestra la falta de disponibilidad de espacios y recursos didácticos para el desarrollo de las actividades de enseñanza y aprendizaje, especialmente la falta de bibliotecas.

Por último, se evidenció un incremento del 100% en el número de escuelas de enfermería terciarias no universitarias con respecto a la medición realizada



por ACETERA, que en su informe de 2004 señalaba la existencia de 54 establecimientos, y, al mismo tiempo, la existencia de una importante oferta educativa para la formación en enfermería en este nivel de enseñanza.

#### RELEVANCIA PARA POLITICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian que es necesario poner en marcha intervenciones tendientes a revertir el problema de la escasez de recurso humano en enfermería, considerando especialmente los factores referidos a la organización de las escuelas que pueden incidir en la deserción de alumnos. En este sentido, se considera que este es el camino adecuado para colaborar con el cumplimiento de las metas regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, establecidas por la OPS/OMS, uno de cuyos objetivos es que la razón de enfermeros calificados con relación a los médicos sea de uno a uno en todos los países.<sup>10</sup>

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Cabe destacar la importancia que tiene este estudio sobre la situación de la formación de las escuelas de enfermería terciarias no universitarias, en cuanto a que constituye uno de los primeros antecedentes de investigación en el área. Dada la escasez de estudios sobre esta temática en Argentina, se sugiere la necesidad de continuar desarrollando nuevas investigaciones, especialmente en lo relacionado con la problemática de la pérdida y deserción de alumnos en este tipo de carrera.

#### RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El estudio menciona factores a considerar en la organización de las escuelas y el desarrollo de los planes de estudios. Los resultados obtenidos deben ser informados a las autoridades de Salud y de Educación de las jurisdicciones participantes, a fin de que los utilicen como insumos para la toma de decisiones orientadas a que las escuelas realicen los ajustes necesarios para que el perfil de los graduados en enfermería se adecue a las necesidades de salud locales.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> *Estudio exploratorio sobre las escuelas de enfermería*. Dirección Nacional de Recursos Humanos. Oficina Sanitaria Panamericana Representación Argentina. Documento de Trabajo. Buenos Aires, Argentina, 1989.

<sup>2</sup> OPS/OMS Representación Argentina. *Desarrollo de la enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo*. Buenos Aires, 2005; N° 43:34.

<sup>3</sup> Diéguez N. Escenarios y perspectivas desde la formación del recurso humano de Enfermería. En: *XVII Congreso Argentino de Enfermería*, Rosario, Argentina, octubre de 2004.

<sup>4</sup> Federación Argentina de Enfermería. *Informe sobre políticas de enfermería*. Presentado ante la Comisión de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 2004.

<sup>5</sup> Ley Nacional de Educación Superior N° 24521/95. *Boletín Oficial* N° 28.204.

<sup>6</sup> Ministerio de Educación de la Nación. Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058, 8 de septiembre de 2005.

<sup>7</sup> Decreto Ley 1469/68, *Reglamento de la Enseñanza de la Enfermería*. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Secretaría de Salud. Buenos Aires, 1968.

<sup>8</sup> Resolución 250/05 *Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional*. Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) Ministerio de Educación de la Nación, Argentina, 2005.

<sup>9</sup> Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. *Diseño curricular de la carrera Tecnicatura Superior en Enfermería*. Resolución N° 5011. La Plata, Argentina, 30 de diciembre de 2004.

<sup>10</sup> OPS/OMS, Metas regionales de Enfermería para América Latina. En: *XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana Washington*, EEUU, octubre 2007.

## REVISIONES

# REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN RUTINARIA DE HIERRO DURANTE EL PUERPERIO

## A systematic review about routine administration of iron during postpartum

HAROLDO CAPURRO, ROBERTO LEDE, MARÍA TERESA ROSANOVA, PABLO COPERTARI, VIRGILIO PETRUNGARO

Área de Evaluación de Tecnologías en Salud (AETS). Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación

### INTRODUCCIÓN

La anemia es un problema nutricional frecuente en el mundo, aunque predomina en países en vías de desarrollo; y el 90% de los casos se debe a falta de hierro (Fe). La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> encontró que el 50% de mujeres y niños de estos países padecen anemia. El embarazo y el puerperio son períodos vulnerables en los que la anemia y la deficiencia de Fe han contribuido al 10% de las muertes maternas y al 20% de las perinatales.

Los controles de la anemia durante el puerperio son poco frecuentes y las intervenciones recién se implementan cuando aparece sintomatología, en general inespecífica, como fatiga, debilidad y/o palpitaciones, momento en que ya las reservas de Fe son escasas o inexistentes, lo que compromete la lactancia y las tareas para el cuidado de la descendencia.

El Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los Estados Unidos<sup>2</sup> recomienda la pesquisa periódica en poblaciones vulnerables. Por otro lado, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Academia Americana de Pediatría<sup>3</sup>, el Centro de Control de Enfermedades<sup>4</sup> y el Instituto de Medicina<sup>5</sup> han desarrollado guías para la prevención primaria y secundaria, consideradas controversiales y no siempre avaladas por la evidencia científica. Por estas razones, el grupo de trabajo decidió hacer esta revisión con el objetivo de fortalecer, modificar o rechazar las recomendaciones vigentes.

El objetivo de la presente revisión fue determinar si la administración suplementaria de hierro rutinaria durante el puerperio previene la anemia post-parto.

### MÉTODO

- Participantes: mujeres puérperas sin diagnóstico de anemia con o sin lactancia.
- Intervención: administración diaria de suplementación de Fe por vía oral por un mínimo de tres meses durante el puerperio.
- Medidas de resultado principales: incidencia de anemia y del status de Fe evaluados al comienzo y al final del estudio.
- Medidas de resultados secundarias: presencia de anemia clínica y factores adversos en el mismo período de tiempo.
- Criterios de elegibilidad: estudios clínicos con nivel de evidencia 1b (una Investigación Clínica Controlada Aleatorizada -ICCA- apropiada y con estrecho intervalo de confianza) o 2b

(un estudio de cohortes apropiado o una ICCA con algunos problemas metodológicos). La palabra "apropiada" hace referencia a un estudio que cumple satisfactoriamente con las pautas metodológicas habitualmente requeridas a ese diseño.

Para calificar las evidencias se utilizaron los criterios del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia<sup>6</sup> de la Universidad de Oxford.

- Estrategia de búsqueda: (iron) AND (postpartum OR puerperium) AND (anemia OR anaemia).
- Fuentes de búsqueda: Medline, Cochrane, Lilacs y búsqueda libre con buscador de Google.

### PROCEDIMIENTOS

Se revisaron los resúmenes de los artículos procedentes de la búsqueda bibliográfica. Si cumplían los criterios de elegibilidad o generaban dudas se solicitaban los artículos a texto completo. Los revisores analizaron los artículos por separado y la aceptación o rechazo de los mismos fue por consenso. Se efectuó el análisis cuali y cuantitativo de los estudios seleccionados.

### RESULTADO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente se obtuvieron 314 artículos y se seleccionaron 13 luego de la lectura de sus resúmenes. Los demás fueron excluidos por tratarse de estudios en animales, estudios básicos, epidemiológicos o diagnósticos. De los 13 seleccionados, 10 fueron excluidos por no responder a la pregunta formulada o por ocuparse de cuadros clínicos tratados, ya sea con transfusiones de sangre, administración de antianémicos o haber tenido importante pérdida de sangre durante el nacimiento o por carecer de grupo control, quedando solamente tres para el análisis ulterior. Los estudios seleccionados cumplían con los criterios de elegibilidad preestablecidos e incluyeron 326 puérperas, de las cuales 244 fueron randomizadas y finalizaron el estudio (137 casos y 107 controles). Dichos estudios analizan el efecto de la suplementación de hierro sobre las reservas de hierro y la anemia en mujeres con parto espontáneo (Mara); en mujeres con deficiencia de hierro no anémicas (Krafft) y sobre las madres con lactancia exclusiva y en sus hijos (Baykan). Debido a la heterogeneidad de los estudios y sus diferentes puntos finales no fue posible realizar un metanálisis.

MARA, 2001 <sup>7</sup>	
OBJETIVO: determinar la ocurrencia de la deficiencia de Fe y anemia en mujeres con parto espontáneo y su posible control con antianémicos.	
MÉTODO: estudio randomizado que asignó aleatoriamente 90 gestantes en el tercer trimestre del embarazo a 3 grupos. Por diferentes razones se excluyeron 30, por lo que el estudio fue comenzado y finalizado por 60 pacientes (20 por grupo). Se efectuaron pruebas de laboratorio relacionadas con anemia y metabolismo del hierro. Se compararon los promedios entre el comienzo y final del estudio. El estado de salud se midió mediante una escala integrada con parámetros subjetivos de bienestar.	
PARTICIPANTES: no hubo diferencias entre las 60 mujeres que comenzaron y finalizaron el estudio en cuanto a edad, paridad, índice de masa corporal ni en el promedio de pérdida de sangre durante el nacimiento. Todas fueron examinadas en el tercer trimestre del embarazo (randomización), al cuarto día del puerperio (comienzo del estudio) y al final del primero, segundo y tercer mes (fin del estudio), se efectuaron estudios de laboratorio y se valoró el estado de salud.	
INTERVENCIÓN: un primer grupo recibió diariamente sulfato ferroso oral (80 mg de Fe elemental); el segundo grupo, sulfato ferroso y ácido fólico; y un tercero, placebo.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: método de sobres cerrados.	
NIVEL DE EVIDENCIA: 2b.	Doble ciego: NO
Randomizado: SI (cuasi-randomizado).	Se describe método de enmascaramiento: NO ENMASCARADO.
Describe el método empleado: SI (sobres cerrados).	Se describen las pérdidas y retiros: SI (33%).

KRAFFT, 2005 <sup>8</sup>	
OBJETIVO: investigar el efecto de la suplementación de Fe vía oral en puérperas no anémicas con deficiencia de los depósitos de Fe.	
MÉTODO: estudio randomizado, placebo controlado, doble ciego. Las participantes debían presentar deficiencia de Fe sin anemia, fueron randomizadas entre las 24 y 48 horas posteriores al nacimiento (comienzo del estudio) y finalizó a las 12 semanas. Se excluyeron las mujeres que recibieron transfusiones o medicación antianémica o presentaban enfermedades hematológicas o inflamatorias. Se analizaron (media y desvío estándar) mediante el test de Student "t". Los eventos adversos se compararon entre ambos grupos mediante el riesgo relativo (RR).	
PARTICIPANTES: de 68 mujeres previamente seleccionadas, 16 fueron excluidas y 52 completaron el estudio; 28 fueron asignadas al grupo intervenido y 24 al placebo. Ambos fueron similares en cuanto a edad, edad gestacional al parto, peso del niño y pérdida de sangre. Previo al inicio de la intervención, se recolectaron muestras de laboratorio para valorar la eritropoyesis, el status de Fe y la respuesta inflamatoria.	
INTERVENCIÓN: el grupo intervenido recibió una tableta diaria de 80 mg de sulfato ferroso y el grupo control placebo. El inicio fue entre 24 y 48 horas postparto (visita 1) y los controles fueron a la semana 1, 4, 6 y 12 (fin del estudio). La respuesta eritropoyética, inflamatoria y el status de Fe fueron medidas 6 veces durante el período del estudio.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: adecuada	
NIVEL DE EVIDENCIA: 1b.	Doble ciego: SI
Randomizado: SI	Se describe método de enmascaramiento: SI
Se describe método empleado: SI (lista generada por computación).	Se describen las pérdidas y retiros: SI (23%).

BAYKAN, 2006 <sup>9</sup>	
OBJETIVO: investigar la eficacia de la suplementación con Fe en el puerperio, sobre las madres con lactancia exclusiva y en sus hijos.	
MÉTODO: estudio prospectivo randomizado, placebo controlado, doble ciego, cuya randomización fue realizada entre los 10 y 20 días postnacimiento, de acuerdo con el número de expediente (par o impar). Criterios de inclusión fueron haber tenido un hijo sano y madres con intención de amamantar un mínimo de 4 meses. Los criterios de exclusión fueron el no cumplimiento de la lactancia, no concurrir a la evaluación, haber recibido transfusiones y haber tenido un sangrado prolongado postparto. No hubo diferencias entre las variables demográficas basales de madres y niños. Se compararon los resultados de laboratorio al comienzo (10-20 días) y final del estudio (cuarto mes). Los eventos adversos se compararon entre ambos grupos mediante el riesgo relativo (RR).	
PARTICIPANTES: de las 168 madres sanas pre-seleccionadas (no anémicas), con hijos nacidos a término, sanos y con peso >2.700 g, fueron excluidas 36 por diferentes razones. Comenzaron y finalizaron el estudio 132: 69 del grupo intervenido y 63 del placebo.	
INTERVENCIÓN: el grupo intervenido recibió diariamente (270 mg de sulfato ferroso, aportando 80 mg de hierro elemental) y el grupo control, placebo. Se obtuvieron muestras para laboratorio al comienzo y finalización del estudio. El monitoreo fue por vía telefónica y las preguntas se referían a si cumplían con la medicación, si continuaban con lactancia exclusiva y si habían tenido efectos adversos. Se completó con una evaluación clínica.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: historia clínica par o impar.	
NIVEL DE EVIDENCIA: 2b.	Doble ciego: SI
Randomizado: SI (cuasi-randomizado).	Se describe método de enmascaramiento: SI (comprimidos similares).
Se describe método empleado: SI (número de expediente par o impar).	Se describen pérdidas y retiros: SI (21%).

## RESULTADOS

### LABORATORIO

• Variables Eritropoyéticas: Hemoglobina (Hb), Hematocrito (Ht), Volumen Corpuscular Medio (VCM), hipocromía (%). Ver Tabla 1. En cuanto a las diferencias significativas registradas en las intervenciones, al comienzo del estudio, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, excepto en Hb y Ht en la investigación de Baykan. Al final del estudio, los grupos intervenidos tenían significativas diferencias en comparación con el placebo, en cuanto a Hb, Ht, Hipocromía (Krafft) y VCM (Baykan). Mara encontró que los reticulocitos estaban elevados en los grupos intervenidos y placebo al comienzo del estudio ( $> 1,5\%$ ), pero fueron normales al final (entre  $0,5\%$  y  $1,5\%$ ). No encontró diferencias en el número de eritrocitos ( $p > 0,05$ ).

En cuanto a la concentración de Hb, Mara señala que al final del estudio encontró resultados similares en el grupo que recibió sólo Fe en comparación con el que recibió Fe + ácido fólico.

• Variables de reservas de Fe: Ferritina (Fer), Saturación de la Transferrina (ST) y Receptor Soluble de la Transferrina (RSTF). Ver Tabla 2. En cuanto a las diferencias significativas registradas en las intervenciones, al comenzar el estudio, Baykan encontró diferencia significativa ( $p=0,04$ ) en la ST entre ambos grupos. Al finalizar el estudio, los grupos intervenidos mostraron diferencias significativas con los controles en Fer (Krafft, Mara), en ST% (Krafft, Baykan) y en RSTF (Krafft). Por su parte, Baykan destaca que encontró una mejoría significativa en la capacidad de unión del hierro sérico (SIBC –  $\mu\text{g/dL}$ ) en el grupo intervenidos, tanto en la madre ( $p=0,003$ ), como en sus hijos ( $p=0,01$ ).

### CLÍNICOS

Dos estudios (Krafft y Baykan) detallan los eventos adversos observados, que pueden agruparse en: gastro-intestinales (constipación, diarrea, flatulencia, náuseas,

dolor abdominal, vómitos), generales (síndrome gripal, cefaleas, mareos) y otros (gingivitis, pigmentación de dientes y heces). Su distribución puede observarse en la Tabla 3.

• De las 28 pacientes del grupo intervenido (Krafft), 12 (42,8%) tuvieron eventos adversos; y de las 24 del grupo placebo, 12 (50%) ( $p=0,71$ ). Del total de los 24 efectos adversos, 2 fueron severos.

• Baykan, encontró que de 69 puérperas del grupo intervenido, 24 (34,8%) tuvieron eventos adversos y de 63 del grupo placebo, 17 (27%) ( $p=0,33$ ).

• Mara observó que la sensación de bienestar fue más frecuente en los grupos intervenidos, al final del primero y segundo mes, pero no hubo diferencias en el tercero en comparación con el placebo ( $p > 0,05$ ). No hubo reacciones alérgicas ni efectos adversos severos.

Por otra parte, se realizó un metanálisis sobre los efectos adversos con los resultados de los estudios de Krafft y Baykan (ver Tablas 4 y 5). El meta-análisis mostró que no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la incidencia de efectos adversos ( $RR=1,08$ ;  $IC_{95\%}$  0,72 a 1,61), calculado por el método de Der Simonian & Laird.<sup>10</sup> La síntesis cuantitativa de la incidencia de eventos adversos no mostró diferencias entre los grupos ni heterogeneidad.

• Variables para el diagnóstico de inflamación

Al final del estudio, Krafft no encontró diferencias en los valores de neopterin, Proteína C Reactiva (PCR) y recuento leucocitario entre el grupo intervenido y el control. La PCR y los leucocitos disminuyeron en comparación con los registrados al comienzo.

### COSTO ECONÓMICO

Utilizando una base teórica de 100 puérperas y comparando los costos económicos directos de la intervención rutinaria con los de la selectiva, que incluyen la medicación con sulfato ferroso vía oral durante un mínimo de 90 días y los controles de laboratorio necesarios, no se observaron diferencias relevantes entre ambas estrategias. Por ello

**TABLA 1.** Resultados de las variables eritropoyéticas. Media ( $\pm$  DS). Nivel de significación estadística  $< 0,05$ . Intervalo de confianza (IC) 95%.

Variables de laboratorio (Autor)	BASAL		FINAL	
	Intervención (Fe) vs placebo		Intervención (Fe) vs placebo	
Hb g/dL (Krafft)	11,7 (1,2) vs 11,6 (0,8)	NS	13,2 (0,6) vs 12,7 (0,6)	S
Hb g/dL (Mara)	10,6 (1,3) vs 10,7 (1,5)	NS	12,4 (0,4) vs 12,7 (0,8)	NS
Hb g/dL (Baykan)	12,9 (1,2) vs 13,6 (1,2)	S	13,5 (0,1) vs 13,3 (0,1)	NS
Ht % (Krafft)	35,4 (3, 5) vs 35,3 (2,8)	NS	40,1 (2,2) vs 38,6 (1,8)	S
Ht % (Mara)	32,5 vs 32,2	*	37,9 vs 38,5	NS
Ht % (Baykan)	38,9 (3,8) vs 41,3 (3,5)	S	39,3 (0,3) vs 38,6 (0,3)	NS
VCM fL (Krafft)	85,3 (3,1) vs 86,3 (4,6)	NS	84,8 (2,5) vs 84,4 (4,2)	NS
VCM fL (Baykan)	88,3 (6,4) vs 89,6 (5,8)	NS	85 (0,5) vs 82,8 (0,5)	S
Hipocromía % (Krafft)	2,4 (2,5) vs 3,1 (4,0)	NS	1,5 (1,4) vs 3,8 (5,9)	S

DS = desvío standard; VCM = volumen corpuscular medio; NS = no significativo ( $p > 0,05$ ); S = significativo ( $p < 0,05$ ); fL = femtolitro; dL = decilitro

\* Mara no informa los desvíos estándares sobre Ht (%) en la etapa basal. Fuente: elaboración propia a partir de los tres estudios seleccionados.



TABLA 2. Resultados de las variables de reservas de Fe. Media (+- DS). Nivel de significación estadística < 0,05. Intervalo de confianza (IC) 95%.

Variables de laboratorio (Autor)	BASAL		FINAL	
	Intervención (Fe) vs placebo		Intervención (Fe) vs placebo	
Ferritina (ug/L)* (Krafft)	16,1 (9,5) vs 19 (10,6)	NS	47,6 (21,4) vs 24,0 (18,2)	S
Ferritina (ng/ml)‡ (Mara)	33,3 vs 32,9		49,5 vs 38,5	NS
Ferritina (ug/L) (Baykan)	41,6 vs 44,9	NS	45,3 vs 37,9	NS
STF % (Krafft)	13,5 (6,8) vs 12,6 (7,6)	NS	29,1 (9,9) vs 21,7 (9,8)	S
STF % (Mara)	3,51 (0,48) vs 3,47 (0,56)	NS	2,80 (0,27) vs 2,83 (0,42)	NS
STF % (Baykan)	14,9 (8,7) vs 18,5 (10,7)	S	23,6 (1,3) vs 21,0 (1,3)	S
RSTF (ug/ml)† (Krafft)	5,5 (1,4) vs 5,9 (1,9)	NS	5,1 (1) vs 5,9 (1,5)	S
RSTF (nmol/L)§ (Mara)	16,1 (9,5) vs 19 (10,6)	NS	15,7 (2,8) vs 15,17 (3,1)	NS

NS = no significativo (p> 0,05); S = significativo (p< 0,05); STF = saturación de la transferrina.; RSTF = receptor soluble de la transferrina.

\* (ug/L) = microgramo por Litro; † ug/ml = microgramo por mililitro; ‡ (ng/ml) = nanogramo por mililitro; § nmol/l = nanomol/litro

|| Mara no informa los desvíos estándares de la ferritina basal. Fuente: elaboración propia a partir de los tres estudios seleccionados.

TABLA 3. Incidencia de eventos adversos en cada uno de los estudios.

Eventos adversos	Grupo Intervención n = 97		Grupo Placebo n = 87		Total n = 184
	Krafft	Baykan	Krafft	Baykan	
Gastrointestinales	7/12	19/24	3/12	16/17	45
Generales	5/12	1/24	8/12	1/17	15
Otros	0/12	4/24	1/12	0/17	5
Total	12/28	24/69	12/24	17/63	65/184 (35,3%)

Fuente: elaboración propia a partir de estudios de Krafft y Baykan

TABLA 4. Eventos adversos en grupos intervenidos y placebo en el total de ambos estudios. Krafft y Baykan.

Eventos adversos	Grupos intervenidos n = 97	Grupos placebo n = 87	Total n = 184
Gastrointestinales	26 (26,8)	19 (21,8)	45
Generales	6 (6,2)	9 (10,3)	15
Otros	4 (4,1)	1 (1,1)	5
Total	36/97 (37,1%)	29/87 (33,3%)	65/184 (35,3%)

Fuente: elaboración propia.

se estimó que el costo económico del screening rutinario y el tratamiento ulterior de las mujeres con anemia detectada (20%), resulta equivalente al del tratamiento selectivo de las anémicas.

CONCLUSIONES

Las controversias existentes sobre si el Fe debe administrarse rutinariamente o selectivamente durante el puerperio no han sido resueltas por esta revisión, ya que los estudios incluidos no resultan suficientes para ello. De los tres estudios que la integran, consideramos que el de Krafft es el metodológicamente más sólido y sugiere beneficios con la intervención. Describe que después de tres meses de tratamiento una dosis de 80 mg por día de

sulfato ferroso fue efectiva y bien tolerada; los niveles de ferritina se triplicaron, la saturación de la transferrina se duplicó, mientras que el receptor soluble de la transferrina disminuyó, señalando la recuperación de los depósitos de Fe. Sin embargo, su pequeño tamaño muestral resta relevancia a la observación.

Por otro lado, el estudio de Mara sugiere que el ácido fólico asociado al Fe no produjo un impacto detectable. El método de asignación que utilizó no asegura el control del sesgo de selección ni el de información. Además, las intervenciones no estuvieron enmascaradas.

Finalmente, el estudio de Baykan, también con un deficiente método de asignación de las intervenciones y sin enmascaramiento, concluye que la administración de

TABLA 5. Eventos adversos en grupos intervenidos y placebo en el total de ambos estudios. Krafft y Baykan.

Eventos adversos	Grupos intervenidos	Grupos placebo	RR (IC95%)
Krafft	12/28	12/24	0,86 (0,48 a 1,54)
Baykan	24/69	17/63	1,29 (0,77 a 2,17)
Total	36/97	29/87	1,08 (0,73 a 1,59)

Krafft: Grupo intervenido (n=28); Grupo placebo (n=24). Baykan: Grupo intervenido (n=69); Grupo placebo (N=63). Estadístico Q de heterogeneidad: 1,06 (p=0,90). Fuente: elaboración propia

Fe en madres con lactancia exclusiva sin deficiencia de Fe no produce impacto, tanto en ellas como en sus niños.

En suma, dos de los estudios demostraron mayor nivel de ferritina sérica en los grupos intervenidos; mejoría clínica subjetiva; significativa mejoría en variables de laboratorio eritropoyéticas y del status de hierro; mientras el costo económico del screening rutinario y el tratamiento ulterior

de las mujeres con anemia detectada (20%), resulta equivalente al del tratamiento selectivo de las anémicas.

No hay dudas de que son necesarios nuevos estudios metodológicamente bien diseñados, en gran escala e implementados en poblaciones de moderada a alta prevalencia de anemia como para rechazar, modificar o aceptar las recomendaciones vigentes.<sup>11</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> OMS-World Health Report 2002. The prevalence of anaemia in women. Prevalencia de la Anemia y Embarazo en la República Argentina. Disponible en: [www.fundanemia.org.ar](http://www.fundanemia.org.ar)
- <sup>2</sup> US Preventive Services Task Force. Screening for iron deficiency anemia including iron prophylaxis. In: Guide to clinic preventive services. 2nd ed. Alexandria, VA: *Internacional Medical Publishing*, 1996: 231-46. Disponible en [www.cdc.gov/mmwr/preview/00051880.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/00051880.htm). Último acceso: mayo 2010.
- <sup>3</sup> American Academy of Pediatrics (AAP). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Guidelines of Perinatal care*. Elk Grove Village, IL; 2002. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/extract/100/6/1021>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>4</sup> Centers for Disease Control (CDC). Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR*, 1998; 47:1-36. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/mmwrsrc.htm>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>5</sup> Institute of Medicine Food and Nutrition Board. *Iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention detection and management among U.S. children and women of child bearing age*. Washington, DC: National Academy Press; 1993. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309049873>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>6</sup> Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Universidad de Oxford,

Reino Unido. Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1123>. Último acceso: mayo 2010.

- <sup>7</sup> Mara M, Zivny J, Eretova V, Kvasnicka J, Kuzel D, Umlaufová A, Marová E. Changes in markers of anemia and iron metabolism and how they are influenced by antianemics in postpartum period. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80:142-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11167209>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>8</sup> Krafft A, Perewusnyk G, Hanseler E, Quack K, Huch R, Breymann C. Effect of postpartum iron supplementation on red cell and iron parameters in non-anemic iron-deficient women: a randomized placebo-controlled study. *BJOG*, 2005; 112: 445-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777442>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>9</sup> Baykan A, Songul Yalcin S, Yurdakok K. Does maternal iron supplementation during the lactation period affect iron status of exclusively breast-fed infants? *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2006; 48: 301-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17290563>. Último acceso: mayo 2010.
- <sup>10</sup> Dersimonian-Laird R, Laird D. Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trial*, 1986; 7(3):177-88. Disponible en: [www.joplink.net/prev/200901/ref/08-014.html](http://www.joplink.net/prev/200901/ref/08-014.html). Último acceso: mayo 2010.
- <sup>11</sup> Lede R, Capurro H, Petrungraro V, Copertari P, Rosanova MT. *Evaluación Tecnológica: Administración rutinaria de hierro durante el puerperio (Revisión Sistemática)*. Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud Investiga, Área de Evaluación de Tecnologías en Salud (AETS). Buenos Aires, octubre 2010. En prensa.

## REVISIONES

# REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN RUTINARIA DE HIERRO DURANTE EL PUERPERIO

## A systematic review about routine administration of iron during postpartum

HAROLDO CAPURRO, ROBERTO LEDE, MARÍA TERESA ROSANOVA, PABLO COPERTARI, VIRGILIO PETRUNGARO

Área de Evaluación de Tecnologías en Salud (AETS). Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación

### INTRODUCCIÓN

La anemia es un problema nutricional frecuente en el mundo, aunque predomina en países en vías de desarrollo; y el 90% de los casos se debe a falta de hierro (Fe). La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> encontró que el 50% de mujeres y niños de estos países padecen anemia. El embarazo y el puerperio son períodos vulnerables en los que la anemia y la deficiencia de Fe han contribuido al 10% de las muertes maternas y al 20% de las perinatales.

Los controles de la anemia durante el puerperio son poco frecuentes y las intervenciones recién se implementan cuando aparece sintomatología, en general inespecífica, como fatiga, debilidad y/o palpitaciones, momento en que ya las reservas de Fe son escasas o inexistentes, lo que compromete la lactancia y las tareas para el cuidado de la descendencia.

El Grupo de Trabajo de Servicios de Prevención de los Estados Unidos<sup>2</sup> recomienda la pesquisa periódica en poblaciones vulnerables. Por otro lado, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Academia Americana de Pediatría<sup>3</sup>, el Centro de Control de Enfermedades<sup>4</sup> y el Instituto de Medicina<sup>5</sup> han desarrollado guías para la prevención primaria y secundaria, consideradas controversiales y no siempre avaladas por la evidencia científica. Por estas razones, el grupo de trabajo decidió hacer esta revisión con el objetivo de fortalecer, modificar o rechazar las recomendaciones vigentes.

El objetivo de la presente revisión fue determinar si la administración suplementaria de hierro rutinaria durante el puerperio previene la anemia post-parto.

### MÉTODO

- Participantes: mujeres puérperas sin diagnóstico de anemia con o sin lactancia.
- Intervención: administración diaria de suplementación de Fe por vía oral por un mínimo de tres meses durante el puerperio.
- Medidas de resultado principales: incidencia de anemia y del status de Fe evaluados al comienzo y al final del estudio.
- Medidas de resultados secundarias: presencia de anemia clínica y factores adversos en el mismo período de tiempo.
- Criterios de elegibilidad: estudios clínicos con nivel de evidencia 1b (una Investigación Clínica Controlada Aleatorizada -ICCA- apropiada y con estrecho intervalo de confianza) o 2b

(un estudio de cohortes apropiado o una ICCA con algunos problemas metodológicos). La palabra "apropiada" hace referencia a un estudio que cumple satisfactoriamente con las pautas metodológicas habitualmente requeridas a ese diseño.

Para calificar las evidencias se utilizaron los criterios del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia<sup>6</sup> de la Universidad de Oxford.

- Estrategia de búsqueda: (iron) AND (postpartum OR puerperium) AND (anemia OR anaemia).
- Fuentes de búsqueda: Medline, Cochrane, Lilacs y búsqueda libre con buscador de Google.

### PROCEDIMIENTOS

Se revisaron los resúmenes de los artículos procedentes de la búsqueda bibliográfica. Si cumplían los criterios de elegibilidad o generaban dudas se solicitaban los artículos a texto completo. Los revisores analizaron los artículos por separado y la aceptación o rechazo de los mismos fue por consenso. Se efectuó el análisis cuali y cuantitativo de los estudios seleccionados.

### RESULTADO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente se obtuvieron 314 artículos y se seleccionaron 13 luego de la lectura de sus resúmenes. Los demás fueron excluidos por tratarse de estudios en animales, estudios básicos, epidemiológicos o diagnósticos. De los 13 seleccionados, 10 fueron excluidos por no responder a la pregunta formulada o por ocuparse de cuadros clínicos tratados, ya sea con transfusiones de sangre, administración de antianémicos o haber tenido importante pérdida de sangre durante el nacimiento o por carecer de grupo control, quedando solamente tres para el análisis ulterior. Los estudios seleccionados cumplían con los criterios de elegibilidad preestablecidos e incluyeron 326 puérperas, de las cuales 244 fueron randomizadas y finalizaron el estudio (137 casos y 107 controles). Dichos estudios analizan el efecto de la suplementación de hierro sobre las reservas de hierro y la anemia en mujeres con parto espontáneo (Mara); en mujeres con deficiencia de hierro no anémicas (Krafft) y sobre las madres con lactancia exclusiva y en sus hijos (Baykan). Debido a la heterogeneidad de los estudios y sus diferentes puntos finales no fue posible realizar un metanálisis.

MARA, 2001 <sup>7</sup>	
OBJETIVO: determinar la ocurrencia de la deficiencia de Fe y anemia en mujeres con parto espontáneo y su posible control con antianémicos.	
MÉTODO: estudio randomizado que asignó aleatoriamente 90 gestantes en el tercer trimestre del embarazo a 3 grupos. Por diferentes razones se excluyeron 30, por lo que el estudio fue comenzado y finalizado por 60 pacientes (20 por grupo). Se efectuaron pruebas de laboratorio relacionadas con anemia y metabolismo del hierro. Se compararon los promedios entre el comienzo y final del estudio. El estado de salud se midió mediante una escala integrada con parámetros subjetivos de bienestar.	
PARTICIPANTES: no hubo diferencias entre las 60 mujeres que comenzaron y finalizaron el estudio en cuanto a edad, paridad, índice de masa corporal ni en el promedio de pérdida de sangre durante el nacimiento. Todas fueron examinadas en el tercer trimestre del embarazo (randomización), al cuarto día del puerperio (comienzo del estudio) y al final del primero, segundo y tercer mes (fin del estudio), se efectuaron estudios de laboratorio y se valoró el estado de salud.	
INTERVENCIÓN: un primer grupo recibió diariamente sulfato ferroso oral (80 mg de Fe elemental); el segundo grupo, sulfato ferroso y ácido fólico; y un tercero, placebo.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: método de sobres cerrados.	
NIVEL DE EVIDENCIA: 2b.	Doble ciego: NO
Randomizado: SI (cuasi-randomizado).	Se describe método de enmascaramiento: NO ENMASCARADO.
Describe el método empleado: SI (sobres cerrados).	Se describen las pérdidas y retiros: SI (33%).

KRAFFT, 2005 <sup>8</sup>	
OBJETIVO: investigar el efecto de la suplementación de Fe vía oral en puérperas no anémicas con deficiencia de los depósitos de Fe.	
MÉTODO: estudio randomizado, placebo controlado, doble ciego. Las participantes debían presentar deficiencia de Fe sin anemia, fueron randomizadas entre las 24 y 48 horas posteriores al nacimiento (comienzo del estudio) y finalizó a las 12 semanas. Se excluyeron las mujeres que recibieron transfusiones o medicación antianémica o presentaban enfermedades hematológicas o inflamatorias. Se analizaron (media y desvío estándar) mediante el test de Student "t". Los eventos adversos se compararon entre ambos grupos mediante el riesgo relativo (RR).	
PARTICIPANTES: de 68 mujeres previamente seleccionadas, 16 fueron excluidas y 52 completaron el estudio; 28 fueron asignadas al grupo intervenido y 24 al placebo. Ambos fueron similares en cuanto a edad, edad gestacional al parto, peso del niño y pérdida de sangre. Previo al inicio de la intervención, se recolectaron muestras de laboratorio para valorar la eritropoyesis, el status de Fe y la respuesta inflamatoria.	
INTERVENCIÓN: el grupo intervenido recibió una tableta diaria de 80 mg de sulfato ferroso y el grupo control placebo. El inicio fue entre 24 y 48 horas postparto (visita 1) y los controles fueron a la semana 1, 4, 6 y 12 (fin del estudio). La respuesta eritropoyética, inflamatoria y el status de Fe fueron medidas 6 veces durante el período del estudio.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: adecuada	
NIVEL DE EVIDENCIA: 1b.	Doble ciego: SI
Randomizado: SI	Se describe método de enmascaramiento: SI
Se describe método empleado: SI (lista generada por computación).	Se describen las pérdidas y retiros: SI (23%).

BAYKAN, 2006 <sup>9</sup>	
OBJETIVO: investigar la eficacia de la suplementación con Fe en el puerperio, sobre las madres con lactancia exclusiva y en sus hijos.	
MÉTODO: estudio prospectivo randomizado, placebo controlado, doble ciego, cuya randomización fue realizada entre los 10 y 20 días postnacimiento, de acuerdo con el número de expediente (par o impar). Criterios de inclusión fueron haber tenido un hijo sano y madres con intención de amamantar un mínimo de 4 meses. Los criterios de exclusión fueron el no cumplimiento de la lactancia, no concurrir a la evaluación, haber recibido transfusiones y haber tenido un sangrado prolongado postparto. No hubo diferencias entre las variables demográficas basales de madres y niños. Se compararon los resultados de laboratorio al comienzo (10-20 días) y final del estudio (cuarto mes). Los eventos adversos se compararon entre ambos grupos mediante el riesgo relativo (RR).	
PARTICIPANTES: de las 168 madres sanas pre-seleccionadas (no anémicas), con hijos nacidos a término, sanos y con peso >2.700 g, fueron excluidas 36 por diferentes razones. Comenzaron y finalizaron el estudio 132: 69 del grupo intervenido y 63 del placebo.	
INTERVENCIÓN: el grupo intervenido recibió diariamente (270 mg de sulfato ferroso, aportando 80 mg de hierro elemental) y el grupo control, placebo. Se obtuvieron muestras para laboratorio al comienzo y finalización del estudio. El monitoreo fue por vía telefónica y las preguntas se referían a si cumplían con la medicación, si continuaban con lactancia exclusiva y si habían tenido efectos adversos. Se completó con una evaluación clínica.	
ASIGNACIÓN OCULTAMIENTO: historia clínica par o impar.	
NIVEL DE EVIDENCIA: 2b.	Doble ciego: SI
Randomizado: SI (cuasi-randomizado).	Se describe método de enmascaramiento: SI (comprimidos similares).
Se describe método empleado: SI (número de expediente par o impar).	Se describen pérdidas y retiros: SI (21%).



## RESULTADOS

### LABORATORIO

• Variables Eritropoyéticas: Hemoglobina (Hb), Hematocrito (Ht), Volumen Corpuscular Medio (VCM), hipocromía (%). Ver Tabla 1. En cuanto a las diferencias significativas registradas en las intervenciones, al comienzo del estudio, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, excepto en Hb y Ht en la investigación de Baykan. Al final del estudio, los grupos intervenidos tenían significativas diferencias en comparación con el placebo, en cuanto a Hb, Ht, Hipocromía (Krafft) y VCM (Baykan). Mara encontró que los reticulocitos estaban elevados en los grupos intervenidos y placebo al comienzo del estudio ( $> 1,5\%$ ), pero fueron normales al final (entre  $0,5\%$  y  $1,5\%$ ). No encontró diferencias en el número de eritrocitos ( $p > 0,05$ ).

En cuanto a la concentración de Hb, Mara señala que al final del estudio encontró resultados similares en el grupo que recibió sólo Fe en comparación con el que recibió Fe + ácido fólico.

• Variables de reservas de Fe: Ferritina (Fer), Saturación de la Transferrina (ST) y Receptor Soluble de la Transferrina (RSTF). Ver Tabla 2. En cuanto a las diferencias significativas registradas en las intervenciones, al comenzar el estudio, Baykan encontró diferencia significativa ( $p=0,04$ ) en la ST entre ambos grupos. Al finalizar el estudio, los grupos intervenidos mostraron diferencias significativas con los controles en Fer (Krafft, Mara), en ST% (Krafft, Baykan) y en RSTF (Krafft). Por su parte, Baykan destaca que encontró una mejoría significativa en la capacidad de unión del hierro sérico (SIBC –  $\mu\text{g/dL}$ ) en el grupo intervenidos, tanto en la madre ( $p=0,003$ ), como en sus hijos ( $p=0,01$ ).

### CLÍNICOS

Dos estudios (Krafft y Baykan) detallan los eventos adversos observados, que pueden agruparse en: gastro-intestinales (constipación, diarrea, flatulencia, náuseas,

dolor abdominal, vómitos), generales (síndrome gripal, cefaleas, mareos) y otros (gingivitis, pigmentación de dientes y heces). Su distribución puede observarse en la Tabla 3.

• De las 28 pacientes del grupo intervenido (Krafft), 12 (42,8%) tuvieron eventos adversos; y de las 24 del grupo placebo, 12 (50%) ( $p=0,71$ ). Del total de los 24 efectos adversos, 2 fueron severos.

• Baykan, encontró que de 69 puérperas del grupo intervenido, 24 (34,8%) tuvieron eventos adversos y de 63 del grupo placebo, 17 (27%) ( $p=0,33$ ).

• Mara observó que la sensación de bienestar fue más frecuente en los grupos intervenidos, al final del primero y segundo mes, pero no hubo diferencias en el tercero en comparación con el placebo ( $p > 0,05$ ). No hubo reacciones alérgicas ni efectos adversos severos.

Por otra parte, se realizó un metanálisis sobre los efectos adversos con los resultados de los estudios de Krafft y Baykan (ver Tablas 4 y 5). El meta-análisis mostró que no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la incidencia de efectos adversos ( $RR=1,08$ ;  $IC_{95\%}$  0,72 a 1,61), calculado por el método de Der Simonian & Laird.<sup>10</sup> La síntesis cuantitativa de la incidencia de eventos adversos no mostró diferencias entre los grupos ni heterogeneidad.

• Variables para el diagnóstico de inflamación

Al final del estudio, Krafft no encontró diferencias en los valores de neopterin, Proteína C Reactiva (PCR) y recuento leucocitario entre el grupo intervenido y el control. La PCR y los leucocitos disminuyeron en comparación con los registrados al comienzo.

### COSTO ECONÓMICO

Utilizando una base teórica de 100 puérperas y comparando los costos económicos directos de la intervención rutinaria con los de la selectiva, que incluyen la medicación con sulfato ferroso vía oral durante un mínimo de 90 días y los controles de laboratorio necesarios, no se observaron diferencias relevantes entre ambas estrategias. Por ello

**TABLA 1.** Resultados de las variables eritropoyéticas. Media ( $\pm$  DS). Nivel de significación estadística  $< 0,05$ . Intervalo de confianza (IC) 95%.

Variables de laboratorio (Autor)	BASAL		FINAL	
	Intervención (Fe) vs placebo		Intervención (Fe) vs placebo	
Hb g/dL (Krafft)	11,7 (1,2) vs 11,6 (0,8)	NS	13,2 (0,6) vs 12,7 (0,6)	S
Hb g/dL (Mara)	10,6 (1,3) vs 10,7 (1,5)	NS	12,4 (0,4) vs 12,7 (0,8)	NS
Hb g/dL (Baykan)	12,9 (1,2) vs 13,6 (1,2)	S	13,5 (0,1) vs 13,3 (0,1)	NS
Ht % (Krafft)	35,4 (3, 5) vs 35,3 (2,8)	NS	40,1 (2,2) vs 38,6 (1,8)	S
Ht % (Mara)	32,5 vs 32,2	*	37,9 vs 38,5	NS
Ht % (Baykan)	38,9 (3,8) vs 41,3 (3,5)	S	39,3 (0,3) vs 38,6 (0,3)	NS
VCM fL (Krafft)	85,3 (3,1) vs 86,3 (4,6)	NS	84,8 (2,5) vs 84,4 (4,2)	NS
VCM fL (Baykan)	88,3 (6,4) vs 89,6 (5,8)	NS	85 (0,5) vs 82,8 (0,5)	S
Hipocromía % (Krafft)	2,4 (2,5) vs 3,1 (4,0)	NS	1,5 (1,4) vs 3,8 (5,9)	S

DS = desvío standard; VCM = volumen corpuscular medio; NS = no significativo ( $p > 0,05$ ); S = significativo ( $p < 0,05$ ); fL = femtolitro; dL = decilitro

\* Mara no informa los desvíos estándares sobre Ht (%) en la etapa basal. Fuente: elaboración propia a partir de los tres estudios seleccionados.

TABLA 2. Resultados de las variables de reservas de Fe. Media (+- DS). Nivel de significación estadística < 0,05. Intervalo de confianza (IC) 95%.

Variables de laboratorio (Autor)	BASAL		FINAL	
	Intervención (Fe) vs placebo		Intervención (Fe) vs placebo	
Ferritina (ug/L)* (Krafft)	16,1 (9,5) vs 19 (10,6)	NS	47,6 (21,4) vs 24,0 (18,2)	S
Ferritina (ng/ml)‡ (Mara)	33,3 vs 32,9		49,5 vs 38,5	NS
Ferritina (ug/L) (Baykan)	41,6 vs 44,9	NS	45,3 vs 37,9	NS
STF % (Krafft)	13,5 (6,8) vs 12,6 (7,6)	NS	29,1 (9,9) vs 21,7 (9,8)	S
STF % (Mara)	3,51 (0,48) vs 3,47 (0,56)	NS	2,80 (0,27) vs 2,83 (0,42)	NS
STF % (Baykan)	14,9 (8,7) vs 18,5 (10,7)	S	23,6 (1,3) vs 21,0 (1,3)	S
RSTF (ug/ml)† (Krafft)	5,5 (1,4) vs 5,9 (1,9)	NS	5,1 (1) vs 5,9 (1,5)	S
RSTF (nmol/L)§ (Mara)	16,1 (9,5) vs 19 (10,6)	NS	15,7 (2,8) vs 15,17 (3,1)	NS

NS = no significativo (p> 0,05); S = significativo (p< 0,05); STF = saturación de la transferrina.; RSTF = receptor soluble de la transferrina.

\* (ug/L) = microgramo por Litro; † ug/ml = microgramo por mililitro; ‡ (ng/ml) = nanogramo por mililitro; § nmol/l = nanomol/litro

|| Mara no informa los desvíos estándares de la ferritina basal. Fuente: elaboración propia a partir de los tres estudios seleccionados.

TABLA 3. Incidencia de eventos adversos en cada uno de los estudios.

Eventos adversos	Grupo Intervención n = 97		Grupo Placebo n = 87		Total n = 184
	Krafft	Baykan	Krafft	Baykan	
Gastrointestinales	7/12	19/24	3/12	16/17	45
Generales	5/12	1/24	8/12	1/17	15
Otros	0/12	4/24	1/12	0/17	5
Total	12/28	24/69	12/24	17/63	65/184 (35,3%)

Fuente: elaboración propia a partir de estudios de Krafft y Baykan

TABLA 4. Eventos adversos en grupos intervenidos y placebo en el total de ambos estudios. Krafft y Baykan.

Eventos adversos	Grupos intervenidos n = 97	Grupos placebo n = 87	Total n = 184
Gastrointestinales	26 (26,8)	19 (21,8)	45
Generales	6 (6,2)	9 (10,3)	15
Otros	4 (4,1)	1 (1,1)	5
Total	36/97 (37,1%)	29/87 (33,3%)	65/184 (35,3%)

Fuente: elaboración propia.

se estimó que el costo económico del screening rutinario y el tratamiento ulterior de las mujeres con anemia detectada (20%), resulta equivalente al del tratamiento selectivo de las anémicas.

CONCLUSIONES

Las controversias existentes sobre si el Fe debe administrarse rutinariamente o selectivamente durante el puerperio no han sido resueltas por esta revisión, ya que los estudios incluidos no resultan suficientes para ello. De los tres estudios que la integran, consideramos que el de Krafft es el metodológicamente más sólido y sugiere beneficios con la intervención. Describe que después de tres meses de tratamiento una dosis de 80 mg por día de

sulfato ferroso fue efectiva y bien tolerada; los niveles de ferritina se triplicaron, la saturación de la transferrina se duplicó, mientras que el receptor soluble de la transferrina disminuyó, señalando la recuperación de los depósitos de Fe. Sin embargo, su pequeño tamaño muestral resta relevancia a la observación.

Por otro lado, el estudio de Mara sugiere que el ácido fólico asociado al Fe no produjo un impacto detectable. El método de asignación que utilizó no asegura el control del sesgo de selección ni el de información. Además, las intervenciones no estuvieron enmascaradas.

Finalmente, el estudio de Baykan, también con un deficiente método de asignación de las intervenciones y sin enmascaramiento, concluye que la administración de

TABLA 5. Eventos adversos en grupos intervenidos y placebo en el total de ambos estudios. Krafft y Baykan.

Eventos adversos	Grupos intervenidos	Grupos placebo	RR (IC95%)
Krafft	12/28	12/24	0,86 (0,48 a 1,54)
Baykan	24/69	17/63	1,29 (0,77 a 2,17)
Total	36/97	29/87	1,08 (0,73 a 1,59)

Krafft: Grupo intervenido (n=28); Grupo placebo (n=24). Baykan: Grupo intervenido (n=69); Grupo placebo (N=63). Estadístico Q de heterogeneidad: 1,06 (p=0,90). Fuente: elaboración propia

Fe en madres con lactancia exclusiva sin deficiencia de Fe no produce impacto, tanto en ellas como en sus niños.

En suma, dos de los estudios demostraron mayor nivel de ferritina sérica en los grupos intervenidos; mejoría clínica subjetiva; significativa mejoría en variables de laboratorio eritropoyéticas y del status de hierro; mientras el costo económico del screening rutinario y el tratamiento ulterior

de las mujeres con anemia detectada (20%), resulta equivalente al del tratamiento selectivo de las anémicas.

No hay dudas de que son necesarios nuevos estudios metodológicamente bien diseñados, en gran escala e implementados en poblaciones de moderada a alta prevalencia de anemia como para rechazar, modificar o aceptar las recomendaciones vigentes.<sup>11</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> OMS-World Health Report 2002. The prevalence of anaemia in women. Prevalencia de la Anemia y Embarazo en la República Argentina. Disponible en: [www.fundanemia.org.ar](http://www.fundanemia.org.ar)

<sup>2</sup> US Preventive Services Task Force. Screening for iron deficiency anemia including iron prophylaxis. In: Guide to clinic preventive services. 2nd ed. Alexandria, VA: *Internacional Medical Publishing*, 1996: 231-46. Disponible en [www.cdc.gov/mmwr/preview/00051880.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/00051880.htm). Último acceso: mayo 2010.

<sup>3</sup> American Academy of Pediatrics (AAP). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Guidelines of Perinatal care*. Elk Grove Village, IL; 2002. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/extract/100/6/1021>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>4</sup> Centers for Disease Control (CDC). Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR*, 1998; 47:1-36. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/mmwrsrc.htm>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>5</sup> Institute of Medicine Food and Nutrition Board. *Iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention detection and management among U.S. children and women of child bearing age*. Washington, DC: National Academy Press; 1993. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309049873>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>6</sup> Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Universidad de Oxford,

Reino Unido. Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1123>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>7</sup> Mara M, Zivny J, Eretova V, Kvasnicka J, Kuzel D, Umlaufová A, Marová E. Changes in markers of anemia and iron metabolism and how they are influenced by antianemics in postpartum period. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80:142-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11167209>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>8</sup> Krafft A, Perewusnyk G, Hanseler E, Quack K, Huch R, Breymann C. Effect of postpartum iron supplementation on red cell and iron parameters in non-anemic iron-deficient women: a randomized placebo-controlled study. *BJOG*, 2005; 112: 445-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777442>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>9</sup> Baykan A, Songul Yalcin S, Yurdakok K. Does maternal iron supplementation during the lactation period affect iron status of exclusively breast-fed infants? *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2006; 48: 301-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17290563>. Último acceso: mayo 2010.

<sup>10</sup> Dersimonian-Laird R, Laird D. Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trial*, 1986; 7(3):177-88. Disponible en: [www.joplink.net/prev/200901/ref/08-014.html](http://www.joplink.net/prev/200901/ref/08-014.html). Último acceso: mayo 2010.

<sup>11</sup> Lede R, Capurro H, Petrungraro V, Copertari P, Rosanova MT. *Evaluación Tecnológica: Administración rutinaria de hierro durante el puerperio (Revisión Sistemática)*. Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud Investiga, Área de Evaluación de Tecnologías en Salud (AETS). Buenos Aires, octubre 2010. En prensa.

# INTERVENCIONES SANITARIAS

## AUGE, EL PRIMER PASO A LA CONSAGRACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS SOCIALES EN CHILE

El Programa AUGE –Acceso Universal a Garantías Explícitas– es de esas reformas que marcan un hito. Más aún, insta en Chile el enfoque de los derechos sociales garantizados mediante ley y en el marco de la reforma del sistema de salud. El análisis de la brecha entre lo planificado y lo realizado permite señalar algunas de las principales falencias de implementación que ha tenido. Se concluye que es un proceso en marcha, que avanza, mejora y, al mismo tiempo, se complejiza. Sin embargo, dado que el tema en cuestión es la salud de la población y los derechos garantizados, compartimos la visión de que el sistema está compelido a seguir mejorando.

RENÉ FERNÁNDEZ MONTT<sup>1</sup>, ANDRÉS DÍAZ TRUJILLO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Chile

<sup>2</sup> Universidad Andrés Bello

### INTRODUCCIÓN

El Programa AUGE define a las Garantías Explícitas en Salud (GES) como derechos de los beneficiarios relativos al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones de salud. Las mismas son determinadas por decreto, en función de un listado de patologías que se amplía cada año.

Consideramos que se trata de una reforma que ha constituido un aporte significativo al desarrollo de las políticas públicas en Chile, debido a que ha instalado el enfoque de derechos sociales como asunto clave que permitirá dar continuidad a los programas de protección social.

**LA SALUD EN CHILE ANTES DEL AUGE**  
Es importante mencionar que Chile fue la primera nación latinoamericana que incluyó el derecho a la salud en su Constitución en 1925, aunque con referencia limitada a la salud pública.

El actual sistema de salud chileno es mixto y está constituido por el sector público y el privado. El subsistema público tiene 11,5 millones de beneficiarios, mientras que el privado posee 1,5 millones de afiliados. El sistema se sustenta por el pago de cotizaciones, las cuales se destinan al

subsistema público o privado según la voluntad del cotizante.

Este modelo funciona bajo el sistema de seguros de salud, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), en el caso del seguro público, e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) para el seguro privado. Estos seguros responden a lógicas diversas, ya que mientras que el primero se caracteriza por ser solidario y estar orientado a una política distributiva, el segundo se constituye a partir de una relación individual entre el cotizante-asegurado y la aseguradora.

Durante los años 90, se invirtió un monto promedio seis veces superior al de la década precedente para recuperar la capacidad productiva de la red pública de salud. Cabe destacar que tal inversión ha constituido un valioso aporte para el sector sanitario durante los últimos años, que ha tenido como marco de referencia a la salud bajo una doble concepción, por un lado, como un derecho ciudadano que contribuye a la libertad de la persona, y por otro lado, como una obligación de la sociedad, que quiere que las personas participen en las mejores condiciones en las actividades productivas que desarrollan.<sup>1</sup>

### AUGE-GES

La reforma del sistema de salud de 2004 tuvo dos ejes centrales:

- Reforma de la institucionalidad, en particular en lo referido a la gestión de salud.
- Reforma sanitaria, a través de la creación de un régimen que priorizó las enfermedades con mayor impacto sanitario.

A partir de la publicación de la Ley 19996 en 2005, durante el gobierno de Ricardo Lagos, el sistema de salud chileno avanzó en lo que respecta al derecho a la salud y a la modernización del sistema público de salud, con algunos alcances para el sector privado, pero por sobre todo con consecuencias para el paciente, ya que le permitió acceder en mejores condiciones a las patologías cubiertas. Cabe recordar que en sus comienzos este sistema sólo incluía 25 patologías que debían ser cubiertas con costos muy bajos para los pacientes.

### RESULTADOS ESPERADOS Y CONSEGUIDOS

No obstante la clara importancia del AUGE a favor de un mejoramiento del derecho a la salud en Chile, existen limitaciones e inconsistencias entre lo esperado y lo conseguido, que



**TABLA 1.** Evolución del cumplimiento regional para las patologías garantizadas.

REGIÓN	Nº de casos	GARANTÍAS		Retraso (%)
		Evalúadas	Retrasadas	
II	300	475	245	52
V	957	1.611	472	29
VI	437	780	211	27
VII	564	997	350	35
VIII	612	1.331	191	14
IX	262	478	98	21
X	406	540	297	55
RM	1.251	2.107	483	23
Total	4.799	8.319	2.347	28

RM: Región Metropolitana

Fuente: Documentos de fiscalización. Seguro de invalidez y sobrevivencia, 2008.

serán descritas a continuación a través del análisis del cumplimiento de las garantías GES:

#### I. GARANTÍA DE ACCESO

La garantía de acceso guarda relación con la obligación de asegurar las prestaciones de salud necesarias. Esta garantía, así como la de financiamiento, no presenta mayor cantidad de reclamos, puesto que solamente con su inscripción los beneficiarios del FONASA pueden acceder a las prestaciones a través del consultorio correspondiente. En consecuencia, los problemas que puede adolecer esta garantía son los referidos a las carencias y falencias estructurales, de gestión y financieras, entre otras, que presentan los propios consultorios. Otra de las posibles complicaciones se presenta en la consulta con el especialista, que aunque en ocasiones puede generar una distorsión en el tiempo de espera real para la aten-

ción, esto no afecta a la Garantía de Oportunidad.

#### II. GARANTÍA DE OPORTUNIDAD

La ley establece que se debe atender al paciente dentro del plazo máximo de espera establecido para cada patología. En este sentido, fueron atendidos el 77% de los casos de la Región Metropolitana en 2008. En la Tabla 1 se observa la evolución del resto de las regiones.

El origen de este incumplimiento se explica principalmente por la falta de profesionales que cubran las patologías con peores indicadores de desempeño.

Una alternativa de mayor robustez, ya que es útil para evaluar el grado de incumplimiento total del AUGÉ, es analizar los datos acumulados de retrasos desde su puesta en vigencia. De esta manera, es posible apreciar que el incumplimiento ha registrado un descenso progresivo del

proporcional de casos de garantías retrasadas, aun cuando el número de patologías cubiertas ha aumentado. Lo anterior permite concluir que, no obstante la agregación de patologías, es posible apreciar un aumento de la eficiencia del sistema, tal como se observa en la Tabla 2.

La referida disminución de la tasa de retrasos no es razón suficiente para evaluar en forma positiva el AUGÉ, ya que referirse al grado de incumplimiento de una garantía es inaceptable, y más aun considerando la trascendencia del impacto de estos retrasos en la población.

Ahora bien, entendiendo la progresividad que implica una mega reforma, es necesario sumar nuevos eslabones para cuando el grado de cumplimiento de los plazos estipulados para cada patología alcance el 100%. Por consiguiente, la implementación de políticas públicas de mejoramiento continuo sugeriría que tras cumplirse esta meta se agregasen nuevas patologías o se hicieran más exigentes los plazos de atención de las actuales.

#### III. GARANTÍA DE CALIDAD

En cuanto a la garantía de calidad, los problemas con los que se enfrentaba el sistema de salud antes de la reforma eran básicamente los mismos, aunque con un mejoramiento progresivo en la situación. Por ejemplo, se pretendía resolver el problema de la inseguridad financiera del sistema ISAPRE, dadas las características estructurales propias de un seguro a corto plazo.

Otro punto relevante para el análisis, es la segmentación del sistema de seguridad social entre los estratos público y privado. Son múltiples las barreras que impone esta segmentación para aprovechar a la competencia como elemento perfeccionador de la calidad desde el punto de vista de la equidad. Mientras que en el sistema público el "beneficiario" se encuentra cautivo de una oferta monopólica, que le garantiza la atención, aunque no siempre en plazos razonables, en el sistema privado, en cambio, los

**TABLA 2.** Evolución del cumplimiento nacional para las patologías garantizadas.

Año	Nº de PSD	Garantía acumulada				Total acumulado
		Cumplida	%	Retrasada	%	
2005	25	1.263.254	91,34	119.836	8,66	1.383.090
2006	40	2.776.714	93,52	192.414	6,48	2.969.128
2007	56	4.434.328	93,79	293.578	6,21	4.727.906
2008	56	6.734.892	96,85	219.247	3,15	6.954.139

PSD: Problema de Salud por Decreto. Fuente: Fondo Nacional de Salud.

“clientes” muchas veces son víctimas de su propia libertad de elegir, dada la ausencia de aseguramiento de la calidad técnica de los prestadores.<sup>2</sup>

Asimismo, la calidad tampoco está completamente asegurada en el sistema público, la que no siempre puede ser alcanzada por profesionales de la salud que trabajan bajo circunstancias que dificultan su cumplimiento.

En definitiva, las principales fallas en la calidad de atención son de gestión, de falta de regulación y, en algunos casos, por ausencia de financiamiento. Por lo tanto, resulta fundamental que el Ministerio de Salud de Chile genere una estrategia más allá de los manuales, que asegure el cumplimiento de la garantía de calidad establecida por ley, modificando la voluntariedad e imprimiendo obligatoriedad en la integración de este modelo.

IV. GARANTÍA DE PROTECCIÓN FINANCIERA

Esta garantía atiende la contribución máxima que deberá hacer un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas. Existen diferencias entre FONASA e ISAPRE, puesto que en el primero el pago es diferenciado según el grupo al cual pertenece el afiliado, mientras que para el segundo, se establece un copago del 20% de las prestaciones según el arancel de referencia. Sin embargo, tal como se aprecia en la Tabla 3, si consideramos el total de cuentas AUGE, la mayor parte de ellas presenta un copago igual a cero.

Es importante señalar que el sistema prevé procedimientos de resolución de conflictos ante el incumplimiento de protección financiera. En este contexto, es destacable que aunque los reclamos han experimentado un aumento significativo en los últimos años, sobretudo en 2007, la capacidad de respuesta y resolución de los mismos se ha mantenido por sobre el 95%.

DISCUSIÓN

Las principales problemáticas del sector privado están relacionadas con cláusulas de exclusión, transparen-

TABLA 3. Monto de copago en cuentas AUGE (Pesos Chilenos).

Cuentas copago AUGE	Nº de cuentas	Participación %	Monto total de copago
Copago = 0	208.404	82,41	0
Copago > 0	44.482	17,59	563.496.349
Total	252.886	100	563.496.349

Fuente: Boletín Estadístico AUGE. Primera edición.

cia en sus decisiones y con políticas abusivas con respecto a, por ejemplo, los aumentos unilaterales de tarifas de los planes. Por tanto, es fundamental ahondar en los derechos de quienes pertenezcan a este sector, con normativa que apoye o simplifique el trabajo de la Superintendencia de Salud referido a la supervisión y control de las ISAPRE.

Ahora bien, desde el punto de vista del sector público, la problemática radica en la falta de recursos y su consecuente impacto en el acceso de los beneficiarios. Las principales soluciones consistirían en aumentar el presupuesto y en alcanzar mejoras de gestión para incrementar las patologías que debiesen estar garantizadas.

Por otro lado, uno de los efectos colaterales de la reforma del sistema de salud, que afecta directamente a los más desposeídos, es el evidente aumento que se registra en los tiempos de espera para la atención de patologías no incluidas en el programa AUGE, las cuales pudiesen ser cubiertas mediante una ampliación del seguro catastrófico.

Otra problemática relevante del sector público, es el déficit de especialistas en las regiones y en los consultorios municipalizados. Son dos las medidas que permitirían enfrentar este problema. La primera sería aumentar la cantidad de especialistas, pues resulta paradójico que las universidades decidan la oferta de acuerdo a lo requerido por el país, cuando en otro tipo de postgrados, como las maestrías de administración de negocios (MBA, según su sigla en inglés), se intenta matricular a la mayor cantidad posible de alumnos, hasta incluso saturar el mercado. La segunda de estas medidas consistiría

en dirigir a los egresados recientes hacia el sector público de salud a través de un sistema de incentivos.

Es fundamental destacar cómo por medio de la mayor cobertura de un grupo de patologías de relevancia a través de las GES se dio el primer paso en la consecución de los derechos sociales de los beneficiarios y, en función de ello, en la potencial consolidación de la red de protección social, durante el gobierno de Michelle Bachelet.

No obstante, el aumento de las patologías incluidas por las GES depende de los recursos del Estado, además el sistema aún no cumple los estándares internacionales referidos a la correcta garantía de los derechos sociales, ya que la exigencia de su cumplimiento se cursa por vía administrativa y no por instancias judiciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Lagos R. *Conversaciones en el camino*, Ediciones B, Chile, 2003.
- <sup>2</sup> Fernández Montt R. ¿GES o No GES? Esa es la cuestión. *Revista Española de Economía de la Salud*, 2006; 5(6):361-368.

## SALA DE SITUACIÓN

# LABORATORIOS DE PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA: REGISTRO DE PLANTAS Y DE ESPECIALIDADES MEDICINALES EN ANMAT

El Programa de Producción Pública de Medicamentos y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación efectuaron, entre 2008 y 2009, un relevamiento integral sobre el estado de situación de los laboratorios de producción pública de medicamentos en Argentina. En cuanto al registro de plantas y especialidades medicinales ante la autoridad sanitaria, se observa que el mayor número de medicamentos registrados se concentra en pocos laboratorios.

JORGE ZARZUR<sup>1</sup>, TOMÁS PIPPO<sup>2</sup>, GASTÓN PALÓPOLI<sup>2</sup>, FEDERICO VIRGILIO<sup>2</sup> Y SEBASTIÁN MAROTZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

<sup>2</sup> Dirección de Economía de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

## INTRODUCCIÓN

La situación socio-económica de la Argentina en 2008 era marcadamente diferente a la observada durante la crisis desatada a comienzos de 2000, lo que se reflejó en los cambios significativos en los niveles de actividad económica y de indicadores sociales: disminución de los índices de desocupación, pobreza y exclusión, entre otros.

En el contexto antes expresado, el acceso a los medicamentos se comportó de manera similar, observándose una mejora evidente que se reflejó en los cambios de hábitos en el consumo que significó la expansión del mercado ético (receta médica indicando droga y marca sugerida). Del mismo modo, a través de las acciones aplicadas desde el Estado, como la implementación del Programa Remediar, entre otras, una amplia franja poblacional sin cobertura de salud pudo asegurarse la provisión del medicamento indicado en tiempo y forma adecuados. Cabe destacar que en este escenario de crisis, marcado por situaciones de mercado cambiantes que pueden ocasionar que la demanda no se atienda plenamente, los Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos (LPPM) contribuyeron

en asegurar la accesibilidad de los ciudadanos a medicamentos básicos esenciales.<sup>1</sup>

El Ministerio de Salud de la Nación dispone desde del Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos cuyo objetivo principal es coordinar las actividades productivas y de gestión de los laboratorios de producción ubicados en las distintas provincias argentinas, a fin de optimizar el aprovechamiento integral de su capacidad instalada, evitando la superposición de roles productivos e incentivando el desarrollo de líneas de producción estratégicas. Asimismo, dicho programa responde a los siguientes objetivos específicos:

a) Relevar el estado de situación de los laboratorios, b) Identificar la demanda pública de medicamentos, c) Definir y estimular líneas estratégicas de desarrollo y producción, d) Ejecutar acciones de capacitación destinadas a la mejora continua de los laboratorios y d) Promover la interacción en ámbitos intra e interministeriales entre los sectores públicos de producción y de ciencia y tecnología.

En función de tales objetivos específicos, el Programa llevó a cabo,

entre 2008 y 2009, un relevamiento integral de los laboratorios públicos, que se concretó a través de diversos mecanismos, entre los que se destacó la realización de una encuesta sobre diversos aspectos críticos relacionados con el funcionamiento integral propio de una industria farmacéutica, a saber: aspectos organizacionales, de habilitación de plantas, registro de productos, producción, Recursos Humanos, infraestructura, maquinarias y equipos, control de calidad, investigación y desarrollo, costos de producción y distribución de productos, entre otros.

## HABILITACIÓN DE PLANTAS Y REGISTRO DE PRODUCTOS

En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) es el organismo regulador responsable de realizar acciones de registro, control, fiscalización y vigilancia de medicamentos, alimentos y productos médicos, para garantizar el cuidado de la salud, así como también la calidad y seguridad de todos los productos, procesos y tecnologías que se consumen o utilizan en medicina, cosmética humana y alimentación. A partir del cumplimiento de las normativas regulatorias

vigentes, en primera instancia ANMAT aprueba la habilitación del establecimiento como elaborador para sí o para terceros y, en segundo término, hace lo propio pero con respecto a los productos elaborados. Respecto a este último aspecto, y en relación a los medicamentos, la norma indica la necesidad de registrar el producto y aprobar el primer lote productivo (lo que se conoce como certificado de primer lote) para después poder realizar su distribución en todo el territorio nacional.

Cabe consignar aquí que la norma de habilitación determina que los antibióticos betalactámicos deben elaborarse en áreas segregadas de aquéllas en las que se procesan otros principios activos.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos en el relevamiento sobre habilitación de plantas y registro de productos de los LPPM distribuidos en las diversas regiones geográficas de la Argentina.

### LABORATORIOS HABILITADOS

#### REGIÓN CENTRO

- Instituto Maiztegui: depende de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) y está localizado en la ciudad de Pergamino (provincia de Buenos Aires). Se encuentra habilitado por ANMAT para la elaboración de la vacuna contra el Virus de la Fiebre Hemorrágica Argentina (Virus Junín), con certificado de primer lote.
- Laboratorio de Hemoderivados: localizado en la provincia de Córdoba, y dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, se encuentra habilitado para la elaboración de concentrados de proteínas plasmáticas y parenterales de pequeño volumen (genéricos de uso hospitalario). Dispone un total de 20 certificados, 15 de ellos con primer lote aprobado.
- LIF S.E. (Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado): ubicado en la ciudad de Santa Fe, pertenece al Ministerio de Salud de la provincia homónima, está habilitado

para la elaboración de comprimidos y líquidos con principios activos betalactámicos. Se encuentra en proceso de habilitación de la planta de medicamentos generales –aquéllos cuyos principios activos no contienen betalactámicos, hormonales y citostáticos– bajo la forma física de sólidos. Dispone de 16 certificados, 5 de ellos con primer lote aprobado.

- LEM S.E. (Laboratorio de Especialidades Medicinales Sociedad del Estado): situado en Rosario (provincia de Santa Fe), funciona en el ámbito municipal y está habilitado para producir medicamentos generales bajo la forma de líquidos, semisólidos, comprimidos y polvos. Actualmente, se especializa en la producción de formas líquidas y semisólidas y dispone de siete certificados, de los cuales tres tienen primer lote productivo aprobado.

#### REGIÓN CUYO

- Laboratorio Puntanos: localizado en la ciudad de San Luis, depende del Gobierno de la provincia homónima. Está habilitado para la producción de comprimidos con y sin principios activos betalactámicos y para la elaboración de medicamentos generales semisólidos y líquidos sin betalactámicos; dispone de 25 certificados de productos, 3 de ellos con primer lote aprobado.

#### REGIÓN NEA

- Laformed S.A (Laboratorio Formoseño de Medicamentos Sociedad Anónima): el Gobierno de Formosa posee el 99% de las acciones. Con respecto a sus condiciones de habilitación, puede elaborar medicamentos generales bajo la forma de comprimidos. Cuenta con 17 certificados de producto y solamente uno con primer lote aprobado.
- LEMis (Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Provincia de Misiones): está localizado en Posadas y depende del Ministerio de Salud de dicha provincia. La habilitación que ha obtenido le permite producir medicamentos generales bajo la forma de comprimidos, líquidos y semisólidos;

dispone de tres certificados –todos bajo la categoría de fitoterápicos–, ninguno con primer lote aprobado.

### HABILITACIÓN ESPECIAL

- Laboratorio de Sanidad Conjunta de las Fuerzas Armadas: depende del Ministerio de Defensa de la Nación y cuenta con dos plantas habilitadas: Caseros, localizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que elabora medicamentos generales bajo la forma de sólidos y líquidos; y Palomar (provincia de Buenos Aires), destinada a la producción de betalactámicos bajo las formas de sólidos y líquidos. No tiene certificados de primer lote y la producción se destina a cubrir las necesidades sanitarias de las Fuerzas Armadas.

### LABORATORIOS EN PROCESO DE HABILITACIÓN

#### REGIÓN CENTRO

- Laboratorio Central de Salud Pública “Dr. Tomás Perón”: depende del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y posee una vasta experiencia en la provisión de medicamentos generales, en diversas formas farmacéuticas, e inmunobiológicos al sector público de dicha provincia. En la actualidad este laboratorio está adecuando el sector de elaboración de sólidos de su planta de medicamentos generales para obtener la correspondiente habilitación de ANMAT. Asimismo, tiene previsto iniciar el año próximo la construcción de una nueva planta de elaboración de sueros heterólogos con diversa especificidad: antiofídicos, antiarácnicos, antibotulínico, entre otros.

#### REGIÓN PATAGONIA

- Prozome (Laboratorio del Programa Zonal de Medicamentos): localizado en Viedma, provincia de Río Negro, depende del Ministerio de Salud provincial. Su planta de medicamentos generales se encuentra en proceso de habilitación y está construyendo una planta de producción de betalactámicos, lo que potenciará su capacidad como laboratorio público para atender la demanda de la Región Patagónica.



## COMENTARIOS

El análisis de lo expuesto precedentemente revela, como primer dato, que los laboratorios públicos disponen de un número reducido de certificados en comparación con el vademecum de productos que elaboran (en general relacionado con Medicamentos Básicos Esenciales)<sup>2</sup>; además, se observa que el mayor número de medicamentos registrados se concentra en pocos laboratorios. Esto se explicaría a partir del rol central que los laboratorios públicos han tenido hasta la actualidad, y que radica en ser una fuente relevante para atender la demanda del sistema de salud correspondiente a sus jurisdicciones, para lo cual requieren disponer de la habilitación provincial. La situación del Laboratorio de Hemoderivados constituye una excepción a esta generalidad, ya que además de no ser efector de ningún sistema de salud jurisdiccional, se maneja como una industria farmacéutica que compite en el mercado con las reglas que éste establece y de modo similar a una industria privada, con la diferencia

de que se trata de una institución sin fines de lucro.

Además, resulta pertinente comentar que si bien los medicamentos generales que elaboran los LPPM incluyen una amplia variedad de formas farmacéuticas (comprimidos, soluciones, suspensiones, cremas e inyectables, entre otros), en relación a los registros en ANMAT, el predominio corresponde a comprimidos, con las excepciones del Laboratorio de Hemoderivados, cuya producción está destinada a inyectables (genéricos de pequeño volumen o concentrados plasmáticos de mayor volumen), y el LEM en cuya producción predominan las cremas y las formas líquidas.

A partir de la evaluación de estos resultados, la coordinación del Programa de Producción Pública de Medicamentos del Ministerio de Salud considera clave reorientar la actividad productiva hacia líneas de producción específicas, con el propósito de racionalizar la producción, utilizar adecuadamente los recursos disponibles, reducir costos y evitar la superposición de roles productivos. De este modo,

y acorde a la especialización de cada laboratorio y la tendencia productiva de cada uno de ellos, considerando además la capacidad de gestión, a continuación se propone una primera aproximación hacia un esquema de especialización de plantas:

- Hemoderivados: parenterales de pequeño volumen y concentrados plasmáticos inyectables.
- LIF: comprimidos y líquidos con principios betalactámicos. En el futuro se agregarían medicamentos generales bajo la forma de sólidos.
- Puntanos: comprimidos con y sin principios betalactámicos, y comprimidos generales.
- LEM: líquidos y semisólidos (cremas).

Por su parte, Laformed y LEMis coordinarían la producción regional para atender las necesidades del NEA; mientras que Prozome, una vez habilitado por ANMAT, se encontraría en condiciones de abastecer la demanda de la Región Patagónica, al igual que el Laboratorio Central de la provincia de Buenos Aires cuyo objetivo central radica en cubrir la demanda de su jurisdicción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. El acceso a los medicamentos esenciales: una necesidad mundial. *Boletín de medicamentos esenciales*, OMS, 2003; (32):12-3.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. *Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007. Lo esencial son los países*. Documento WHO/ EDM/200, 2004.

# HITOS Y PROTAGONISTAS

## EL CÓLERA EN EL BUENOS AIRES DEL SIGLO XIX\*

FEDERICO PÉRGOLA

Profesor Consulto Adjunto y Director del Instituto de Historia de la Medicina y de los museos "Houssay" de Ciencia y Tecnología y "Risolia" de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

**T**al como ocurrió con la lepra –confundida con otras afecciones con manifestaciones en la piel–, el cólera debe haber dado motivo a diagnósticos erróneos, sospechado ante otras enfermedades gastrointestinales con diarreas y vómitos, lo que dificulta señalar con exactitud su verdadero comienzo como epidemia que diezma a las poblaciones. Fue conocida como cólera simple, cólera *nostras*, cólera europeo, cólera infantil y cólera morbo.

Sendrail<sup>1</sup> no hace mucho hincapié por dilucidar esa confusión: "Se llama *disentería* a todas las afecciones caracterizadas por exoneraciones sangrantes y flemonosas, inevitables y múltiples. Se trata de un grupo confuso que reúne diversas enfermedades todavía no individualizadas; es muy probable que muchas de ellas sean disenterías bacilares. En 1626, Senne afirma que son contagiosas. Frecuentemente asociadas al tifus, la disentería se observa sobre todo en los ejércitos en lucha".

### EL CÓLERA SIEMPRE RETORNA

El cólera apareció en Argentina en repetidas oportunidades durante la segunda mitad del siglo XIX: 1856 –brote de pequeña magnitud que pasó inadvertido–, 1867-1869, 1873-1874, 1886-1887 y 1894-1895.

El puerto de Buenos Aires, visitado con la frecuencia que le imponían las comunicaciones con el resto del mundo, y las amplias costas marítimas del país constituían condiciones inmejorables para que entrara en el territorio a través de personas que llegaban enfermas. Por ejemplo, el primer brote tuvo lugar en 1856 en la ciudad bonaerense de Bahía Blanca, pero no tardaría en manifestarse en Buenos Aires.

Todo cambió en 1867, cuando el



Antigua sede del Hospital Italiano en Buenos Aires.

cólera asentó sus reales durante dos años en la ciudad porteña y ocasionó la muerte de miles de habitantes. Luego llegaría la guerra contra Paraguay y la presunción de que los barcos brasileños la trajeron. La publicación médica más prestigiosa de la época, la *Revista Médico-Quirúrgica*,<sup>2</sup> se expresaba así en su primera aparición en la urbe: "La principal novedad de esta quincena es la aparición de una nueva enfermedad, desconocida antes en nuestro país, que hace algún tiempo reina en varios puertos del Brasil [...] El cólera morbus ha empezado a desarrollarse en Buenos Aires desde los últimos días de marzo: los primeros casos han sido violentos y su terminación fatal en pocas horas".

Thompson<sup>3</sup> dice que "el cólera representó un papel terrible en la guerra durante 1867. Apareció en Río de Janeiro en febrero y en el Paso de la Patria el 26 de marzo. En tres días el estrago fue horroroso en todo el ejército. En Curuzú fueron atacados 4.000 hombres, muriendo 2.400, incluso 87 oficiales –50 hombres se turnaban para trabajar día y noche en abrir sepul-

turas– y todo esto se veía con facilidad desde los mangrullos paraguayos. Porto Alegre se condujo muy bien visitando a sus enfermos de día y de noche.

"En Tuyutí no era tan intenso, sin embargo hizo muchas víctimas. A principios de mayo había 13.000 brasileños en los hospitales. Para ocultar lo mejor posible este desastroso estado de cosas, los corresponsales de diarios no tenían acceso en el campamento aliado".

El brote colérico registrado entre 1867 y 1869 tuvo efectos devastadores sobre la población de Buenos Aires y produjo más muertes que las ocasionadas por la Guerra de la Triple Alianza, caracterizada por haber sido sumamente cruenta. Se presentó en oleadas que fueron haciéndose cada vez más virulentas, como la que ocurrió en octubre de 1867. Buenos Aires estaba inermes. "Ante el cuadro –expresa Recalde<sup>4</sup>–, las autoridades difundían los consejos que ya conocemos; además 'recomendaron la desinfección e indicando sus principales agentes y los medios de usarlos'. El estado higiénico de la ciudad seguía

siendo lamentable: 'Desconociase la cremación de las basuras y se empleaban en rellenar las calles y paseos. Este servicio, como muchos otros, yacía en el abandono más completo. Las casas de inquilinato no estaban reglamentadas. Era preciso hacerlo todo, y de ello resultó que el trabajo acumulado desde tanto tiempo atrás, y la necesidad de organizar en breve término la policía sanitaria, aparecían en esos momentos como obstáculos enormes que debían ser acometidos por todas partes a la vez. El Riachuelo, los saladeros, que dieron tanto que hablar, los mercados, los cementerios, la insuficiencia de los hospitales, etc., he ahí otros tantos puntos de vista sanitarios que tenían que preocupar seriamente a los hombres colocados al frente de esa ardua campaña por la salud pública'.

La epidemia no sólo se circunscribió al Litoral y Buenos Aires, como es de comprender por la cuenca acuífera que venía de Paraguay, sino que también invadió las provincias de Santa Fe, Córdoba, San Juan, San Luis, Catamarca y Santiago del Estero.

Buenos Aires fue presa del terror y, como ocurre en todas las epidemias, pronto se produjo un desplazamiento poblacional. Con las limitaciones que tenía la exactitud de las cifras en esa época, Penna calculó en 15.000 el número de fallecidos en toda la provincia de Buenos Aires, 3.000 de ellos en la ciudad que todavía no era capital de la República.

Los enfermos infecciosos habitualmente eran internados en el Hospital de Hombres y en el Hospital de Mujeres, pero la magnitud de la epidemia y sus características de morbilidad y mortalidad hicieron que se levantara varias voces solicitando la creación de lazaretos. En primer lugar, las autoridades decidieron alquilar las instalaciones del Hospital Italiano. La idea gubernamental de instalar lazaretos en el centro de la ciudad fue rechazada por la opinión pública y la prensa,<sup>5</sup> e incluso se solicitó el traslado a extramuros del Hospital de Mujeres. La Sociedad de Beneficencia, por su parte, estableció un lazareto —de duración efímera— en la esquina de Tacuarí y Garay; luego de diez días de

funcionamiento los enfermos fueron trasladados al Hospital Italiano. Por otro lado, los enfermos de los batallones movilizados fueron internados en la sala de convalecientes del hospital del cuartel de la Barraca de Retiro.

Por aquel entonces, todavía Roberto Koch no había descubierto al agente productor del cólera —el vibrión colérico—, cosa que ocurrió en 1883. A pesar de este importante descubrimiento, cuando en 1887 apareció el tercer brote colérico en Buenos Aires, tampoco se tomaron las medidas higiénicas adecuadas, porque parte de los científicos ponían en duda el hallazgo. Cabe destacar también que en aquella oportunidad el Departamento Nacional de Higiene adoptó la misma posición nihilista. Sin embargo, por su parte, el notable higienista José Penna<sup>6</sup> aprobó el descubrimiento del sabio alemán. El control del agua para el consumo humano y el uso doméstico era primordial.

Recalde<sup>7</sup> compara las actitudes previas y posteriores al descubrimiento del vibrión colérico y dice: "En 1867 la medicación seguía siendo empírica y en gran medida ineficaz. En una confesión de impotencia, los médicos recomendaban que 'las gentes que puedan hacerlo desalojen las ciudades infectadas y no regresen hasta que haya desaparecido completamente la epidemia'.

"El siguiente ataque de cólera, en 1887, encontró a la ciencia mejor provista de conocimientos. Los progresos de la bacteriología permitían, por lo menos, un diagnóstico certero de los primeros casos. El conocimiento de la causa de la enfermedad no representó, en lo inmediato, mejores posibilidades de prevención y tratamiento. Por el contrario, esta epidemia fue la más cruel y difundida, determinando en las

provincias muchísimas víctimas, y constituye la más grande de cuantas han invadido nuestro territorio".

La observación médica había puesto de manifiesto que la epidemia de cólera se ensañaba con las clases sociales más bajas, los que vivían en la ribera y las personas poco aseadas. Dos medidas se tomaron en forma inmediata: se internaron a los enfermos en la Casa de Aislamiento y, a pesar del malestar que causó en la Iglesia, sobre todo por las medidas de secularización jurídica que había tomado el presidente Julio A. Roca, se estableció la cremación cadavérica.

No obstante lo aseverado, sostiene Recalde<sup>4</sup> que: "La epidemia de 1894-1895 había servido 'para poner de manifiesto la excelente organización sanitaria en la Capital Federal, en cuyo seno no es posible que se desarrolle ninguna de las afecciones exóticas pestilenciales'. Al respecto, el Departamento elogió la acción de la Asistencia Pública; esto no obstaba a que siguiera reclamando la centralización de las acciones defensivas, que debían quedar a su cargo.

"Lamentablemente, la situación sanitaria del interior de la República distaba de ser tan halagüeña, lo que lleva al Departamento Nacional de Higiene a reclamar la centralización en sus manos de toda la política sanitaria".

No fue sino a partir de la epidemia de cólera que suscitó la Guerra Tripartita, por una parte, y la epidemia de fiebre amarilla de 1871, por la otra, que las autoridades porteñas empezaron a preocuparse firmemente por los problemas sanitarios de Buenos Aires, por lo que procedieron a implementar soluciones para la potabilización del agua y para el sistema cloacal de la ciudad.

\* Fragmento del libro *Política y medicina en la Argentina (en prensa)*.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Sendrail M, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa Calpe, 1991.
- <sup>2</sup> *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, 8 de abril de 1867.
- <sup>3</sup> Thompson J, *La guerra del Paraguay* (tomo I), Buenos Aires, Talleres gráficos de L.J. Rosso, 1910.
- <sup>4</sup> Recalde H, "El cólera en la Argentina", *Todo es*

*Historia*, Buenos Aires, N° 286, pp. 11-41, abril 1991.

<sup>5</sup> Berruti R, "Los lazaretos establecidos en Buenos Aires durante el cólera de abril de 1867", *Primer Congreso de Historia de la Medicina*, Buenos Aires, 27 al 30 de noviembre 1968.

<sup>6</sup> Penna J, *El cólera en la República Argentina*, Buenos Aires, 1897.

<sup>7</sup> Recalde H, *Las epidemias de cólera. 1856-1895*, Buenos Aires, Corregidor, 1993.

## NOTICIAS

## HOSPITAL EL CRUCE "DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER": ALTA COMPEJIDAD EN RED

El Hospital está situado en Florencio Varela y su ubicación estratégica le permite ofrecer atención sanitaria de alta complejidad a los cerca de 1.800.000 habitantes de cuatro distritos del Sur del conurbano bonaerense: Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown. El Concejo Deliberante de esa localidad decidió denominarlo Hospital El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner", en honor al fallecido ex Presidente de la Nación, quien fue el principal impulsor de la obra.

DR. ARNALDO MEDINA<sup>1</sup>, DR. JUAN ESTEBAN MARINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Director Ejecutivo

<sup>2</sup> Director Médico Asistencial



Hospital El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner", Florencio Varela, provincia de Buenos Aires

El Hospital El Cruce es un centro asistencial público de referencia que presta atención especializada de alta complejidad en red a la población. Su trascendencia social en la región fue tomada en cuenta desde el momento en que el predio que hoy ocupa, situado en jurisdicción de Florencio Varela, fue adquirido en condominio por los municipios de Florencio Varela, Berazategui y Quilmes.

El diseño de su funcionamiento se basó en un modelo de "formulación en red" realizado acorde a criterios técnicos y a la decisión conjunta de las autoridades de los ministerios de Salud de la Nación y de la provincia de Buenos Aires, los intendentes municipales, los secretarios de Salud y directores de hospitales de los cuatro distritos (Florencio Varela, Almirante Brown, Quilmes y Berazategui).

Cabe destacar que dicho diseño constituye una experiencia inédita a nivel nacional y, además, le da fortaleza en cuanto a la sustentabilidad del proyecto.

El Hospital está situado en la localidad de "El Cruce", de Florencio Varela, ubicada en el segundo cordón del conurbano sur, que comprende los distritos de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown.



El crecimiento de la población de esa zona fue exponencial, reuniendo aproximadamente 1.800.000 personas, lo que representa el 20% del total del conurbano. Se estima que la asistencia en salud del 55% de la población de estos partidos está exclusivamente a cargo del sistema público provincial y municipal.

En los últimos 15 años, se construyeron y pusieron en marcha tres hospitales en la zona Sur del conurbano bonaerense: "Mi Pueblo", de Florencio Varela; "Evita Pueblo", de Berazategui; y "Oñativia", en Almirante Brown. Asimismo, se reformó el "Iriarte" de Quilmes. Forzado por la intensa demanda, el perfil asistencial de estos centros sanitarios se modeló en torno a cuidados de segundo nivel de complejidad (cuidados materno-infantiles, quirúrgicos y clínicos básicos), en tanto que las necesidades de cuidados complejos se continuaron derivando hacia las ciudades de La Plata, Avellaneda y Buenos Aires.

Ante esta situación, la solución propuesta para cubrir la demanda no satisfecha de cuidados de alta complejidad fue la construcción del Hospital "El Cruce" por parte del Estado nacional, para lo que destinó una inversión de 120 millones de pesos. Una de las fortalezas estratégicas para la formulación de esta red, es la ubicación equidistante (ver gráfico 1) del Hospital con respecto a los cinco hospitales de referencia, a saber: "Mi Pueblo", "Evita Pueblo", "Oñativia", "Dr. Oller" e "Isidoro Iriarte", los que representan un conjunto aproximado de 1.000 camas.

#### MODELO ORGANIZACIONAL

El Hospital "El Cruce" se basa en la concepción de un modelo de organización con capacidad de gestión descentralizada, fuertemente articulado en la red asistencial existente y financieramente sustentable. Entre los ejemplos de la historia sanitaria de Argentina, se rescató la figura técnico-sanitaria del Hospital Garrahan, cuyo sustento legal le ha permitido consolidarse como una de las instituciones de referencia por su excelencia, tanto

#### Áreas de atención

- Terapia intensiva pediátrica
- Terapia intensiva adultos
- Cardiología y Unidad coronaria
- Recuperación cardiovascular
- Hemodinamia
- Terapéutica Endovascular
- Electrofisiología
- Neurocirugía y Terapéutica Endovascular
- Oftalmología de alta complejidad
- Cirugía cardiovascular central adulto y pediátrica
- Unidad de Trasplante
- Unidad de Trasplante de médula ósea
- Gastroenterología de alta complejidad
- Hematología
- Laboratorio de alta complejidad
- Medicina nuclear
- Tomografía computada
- Resonancia Magnética Nuclear, entre otras

desde el punto de vista técnico-científico, como de organización y gestión.

El modelo de gestión descentralizada tiene por objetivo asegurar un alto alineamiento entre las dimensiones: económico, financiera y de gestión de recursos –incluidos los RRHH–, para el mejor logro de eficiencia organizacional y la prestación de servicios de calidad. Se busca que sea transparente en su manera de gestionar los recursos, en base a mecanismos de control adecuados y a una amplia participación de la red de servicios y la comunidad. Con el fin de garantizar una correcta utilización de los mismos, su Consejo de Administración tiene representación de los organismos financiadores del Hospital: la Nación y la provincia de Buenos Aires.

La elaboración de los compromisos de gestión entre la dirección y los servicios, como una manera de regular la actividad, garantizar el cumplimiento de la estrategia y asegurar los resultados esperados, tuvo como marco los siguientes antecedentes:

1) Que el Hospital sea de potente referencia a nivel nacional e internacional por su organización, la alta calidad de su recurso humano y el carácter innovador de su modelo de gestión.

2) Contar con una elevada productividad y eficiencia en el desarrollo de alta complejidad, en el marco de una respuesta asistencial de excelencia.

3) Disponer de una planta de personal compenetrada con los objetivos estratégicos del Hospital, donde predomine una cultura de gestión participativa y en equipos de trabajo.

Es de subrayar, que el desarrollo de estos compromisos es lo suficientemente importante para el impulso de una política de incentivos que retribuya al personal por el cumplimiento de los mismos.

#### INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

El Hospital cuenta con una superficie total de terreno de 47.000 m<sup>2</sup>, de los cuales 22.000 son cubiertos, repartidos entre 1.300 para espacios quirúrgicos, 1.980 para servicios de diagnóstico y 862 ocupados por el laboratorio. Dispone de 140 camas, el 50% de ellas para internación especializada en Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Recuperación Cardiovascular.

Su accesibilidad no solo está favorecida por encontrarse cercano a una de las vías terrestres de mayor circulación, como es la Ruta Nacional 2,



sino también porque posee un helipuerto con capacidad de operación diurna y nocturna

Asimismo, sus instalaciones están equipadas con la más alta tecnología disponible para su funcionamiento, entre las que se destacan el sistema de emergencias, los generadores y las redes de protección para los pacientes, que permiten garantizar la continuidad y la calidad de atención médica bajo cualquier circunstancia.

En el marco de un modelo de gobierno clínico, entendido como el cambio cultural que proporciona los

medios con los que desarrollar la capacidad organizativa necesaria para prestar una atención sanitaria con garantía de calidad, enfocada en el paciente, responsable y sostenible, se promueve el desarrollo del hospital digital. Siguiendo esta tendencia, actualmente el Hospital cuenta con historia clínica electrónica, sistemas digitales de identificación de pacientes, imágenes digitalizadas, prescripción clínica digital, así como gran parte de sus procesos administrativos y servicios centrales digitalizados.

Por otra parte, la docencia es una

actividad central del Hospital, en la que se apuesta a la formación continua de todo su personal y de la red, como mecanismo para lograr la mejor calidad de atención de los usuarios. Del mismo modo, la investigación, la calidad y la seguridad del paciente son partes inseparables para la mejor asistencia.

Por tratarse de una de las mayores obras hospitalarias de la provincia, por su complejidad y la alta tecnología que alberga, el Hospital fue abriendo sus servicios en la forma programada y hoy funciona a pleno con gran desarrollo de las áreas de alta complejidad.

# SALUD INVESTIGA

## CREACIÓN DE LA RED MINISTERIAL DE ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN ARGENTINA (REMINSa)

La Comisión Nacional Salud Investiga impulsa la creación de REMINSa con el propósito de colaborar en el fortalecimiento de las áreas de investigación ministeriales y sus actividades de producción, gestión y difusión de conocimientos. Al mismo tiempo, la Red promueve la integración de dichas áreas con vistas al desarrollo de los Sistemas Provinciales y Nacional de Investigación para la Salud (SNIS).

CAROLINA O'DONNELL<sup>1</sup>, BÁRBARA GARCÍA GODOY<sup>1</sup>, MARCELO BARBIERI<sup>1</sup>.  
Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

La noción de "red" alude a un conjunto de entidades conectadas entre sí que se define fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre sus integrantes y que se caracteriza por ser un sistema abierto, horizontal y participativo de trabajo conjunto. Además, es un dispositivo que permite potenciar recursos y contribuir a la resolución de problemas. En este sentido, existe consenso<sup>1</sup> en que en las organizaciones gubernamentales el trabajo en red constituye una forma innovadora de la gestión y la toma de decisiones públicas.<sup>1</sup>

REMINSa se propone como una red de cooperación integrada por los referentes de áreas de investigación de los ministerios de Salud nacional y provinciales de la Argentina. Es además, una estrategia que parte de considerar las diferentes necesidades e idiosincrasias regionales del país en lo que a la situación de investigación se refiere, y procura fortalecer dichas áreas mediante esfuerzos coordinados para la consecución de objetivos comunes. Esta estrategia requiere una estructura horizontal de participación y colaboración de cada uno de sus integrantes.<sup>2</sup>

Existe una disímil situación entre las distintas jurisdicciones en cuanto al desarrollo de sus áreas de investigación, que comprende desde provincias que actualmente cuentan con una ley



Reunión de presentación de REMINSa en el Ministerio de Salud de la Nación

provincial de investigación, otras con áreas de investigación en proceso continuo de expansión, e incluso con algunas que han decidido recientemente desarrollar una política tendiente a la creación del área.

En este marco de antecedentes, los referentes de 20 provincias se reunieron en el Ministerio de Salud de la Nación en diciembre de 2010 y expresaron su acuerdo con respecto a la creación de la Red. Los participantes de la convocatoria destacaron la importancia para sus jurisdicciones de promover articuladamente la actividad científica y, al mismo tiempo, de fortalecer las áreas de producción, gestión y difusión del conocimiento científico.

Por último, en esa instancia se acordó que la Comisión Nacional Salud Investiga asumirá el rol de coordinación de la Red. Para ello, la mencionada Comisión se comprometió a establecer los mecanismos que faciliten la comunicación y el intercambio entre todos sus miembros.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Uvalle Berrones R. Gestión de redes institucionales. Universidad Autónoma del Estado de México, México. *Convergencia*, 2009, Vol. 16, Núm. Esp, pp. 41-72.

<sup>2</sup> Sebastián J. Las redes de cooperación como modelo organizativo y funcional para la I+D. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina, *REDES*, agosto 2000, 7(15), pág. 5. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/907/90701503.pdf>

# INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

## 1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a: [rasp@msal.gov.ar](mailto:rasp@msal.gov.ar)

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

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

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

## 1.2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Consultar en: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

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

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

## 1.3. TABLAS

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

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

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

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

## 1.4. FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

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

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

Las letras, números y símbolos deben ser claros y de tamaño suficiente para permitir su lectura una vez que han sido reducidas. Los gráficos deben ser autoexplicativos y de alta calidad. Si fueran tomados de otra publicación, debe identificarse la fuente al pie de la imagen.

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

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

## 1.5. ABBREVIATURAS 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 Y REVISIONES

Los manuscritos de cualquiera de estos tipos de artículos deben tener una extensión máxima de 12.000 caracteres, contando espacios e incluyendo las referencias bibliográficas; y hasta 4 figuras, fotografías o tablas. Se sugiere seguir un orden narrativo conteniendo: introducción, desarrollo y conclusiones.

En la sección "Intervenciones Sanitarias" se presentan programas o planes sanitarios que: (a) hayan sido diseñados en base

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

## 3. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

El manuscrito debe ir acompañado de una carta al editor con los datos completos del autor responsable y en la cual conste lo siguiente: posibles solapamientos con información previamente publicada, declaración de consentimiento informado de los participantes del estudio, conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen con los criterios de autoría y que aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, el Editor adopta los requisitos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICME). La versión en español de estos criterios puede consultarse en: [http://www.msal.gov.ar/html/site/salud\\_investiga/recursos.html](http://www.msal.gov.ar/html/site/salud_investiga/recursos.html).

La estructura general del manuscrito deberá respetar el formato IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión. En esta última, se agregan secciones para las áreas de aplicación de los resultados.

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

## 3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

### 3.1.1. Portada

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

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

### 3.1.2 Resumen y Palabras clave

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

### 3.1.3. Introducción

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

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

### 3.1.4 Método

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

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

### 3.1.5. Resultados

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

### 3.1.6. Discusión

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

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

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

### 3.1.7. Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

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

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

### 3.1.9. Relevancia para la investigación en salud

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