

Revista Argentina de Salud Pública

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



ARTÍCULOS ORIGINALES

Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino entre proveedores de salud

Gabriela Luchetti, Mariana Romero

Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires

Mariana Heredia, Alejandra Barcala

Contenido de azúcares en bebidas no alcohólicas comercializadas en Argentina y Costa Rica

María Victoria Tiscornia, Katrina Heredia-Blonval, Lorena Allemandi, Adriana Blanco-Metzler, Miguel Ponce, María de los Ángeles Montero-Campos, Luciana Castronuovo, Verónica Schoj

Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: un análisis comparado en cinco jurisdicciones

Daniel Maceira, Alfredo Palacios, Marilina Urrutia, Natalia Espinola, Mariela Nieves

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 8 - N° 30 - Marzo 2017 Publicación trimestral
ISSN 1852-8724 - impreso
ISSN 1853-810X - en línea
Reg. Prop. Intelectual - En trámite
Fecha de publicación en línea: 07 de julio de 2017

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

EDITOR - PROPIETARIO

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

CORRESPONDENCIA A:

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

COMITÉ EDITORIAL

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

EQUIPO EDITORIAL

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

CONSEJO ASESOR

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

Acad. Dr. Fortunato Benaim. **Fundación Benaim.** Dr. Daniel Stambouljan. **Fundación Centros de Estudios Infectológicos.** Dr. Reinaldo Chacón. **Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer.** Lic. Silvina Ramos. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Dr. Pedro Cahn. **Fundación Huésped.** Dra. María Carmen Lucioni. **Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.** Dr. Horacio Lejarraga. **Hospital Garrahan.** Dra. Mercedes Weissenbacher. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Dr. José María Paganini. **Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud.** Dr. Paulo Buss. **Fundación Oswaldo Cruz.**

COMITÉ CIENTÍFICO: Edgardo Abalos. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP).** Mónica Abramzon. **Universidad de Buenos Aires (UBA).** Graciela Abriata. **Ministerio de Salud de la Nación (MSN).** Margarita Acosta. **MSN.** Patricia Aguirre. **Instituto de Altos Estudios Sociales-Universidad Nacional de San Martín.** Adriana Alberti. **UBA.** José Alfie. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Ricardo Allegri. **Instituto de Investigaciones Neurológicas (FLENI).** Fernando Althabe. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Juan Altuna. **MSN.** Marcelo Amable. **Universidad Nacional de Avellaneda.** Analía Amarilla. **MSN.** Paola Amiotti. **Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.** María Marta Andreatta. **Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC).** Marta Angueira. **MSN.** Sergio Arias. **ANLIS.** Federico Augustovsky. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** **ANLIS.** María Eugenia Barbieri. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Victoria Barreda. **UBA.** Waldo Belloso. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Daniel Beltramino. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Ricardo Bernztein. **MSN.** Mabel Bianco. **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.** Claudio Bloch. **Subsecretaría de Salud, Mun. de San Martín.** Rosa Bologna. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** José Bonet. **Fundación Favaloro.** Octavio Bonet. **Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil.** Marcelo Bortman. **Banco Mundial.** Juan Carlos Bossio. **Universidad Nacional del Litoral.** Carlos Bregni. **Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica.** Daniela Bruno. **Universidad Nacional de La Plata.** Marita Cadile. **MSN.** Guillermo Carroli. **CREP.** Natalia Casas. **MSN.** María Gracia Caletti. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Haroldo Capurro. **CREP.** Pedro Casserly. **UBA.** Yamila Comes. **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.** Mónica Confalone. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Ezequiel Consiglio. **Universidad Nacional de Hurlingham.** Lilian Corra. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Graciela Cortegoso. **Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.** Ernesto De Titto. **MSN.** Mario Deluca. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Pablo Durán. **Organización Panamericana de la Salud.** María Eugenia Esandi. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Patricia Evangelista. **UBA.** Silvia Faraone. **Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.** Diana Fariña. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Ana María Fernández. **UBA.** Daniel Ferrante. **Mtro. de Salud, GCBA.** Silvana Ferreira Bento. **Universidade Estadual de Campinas.** Liliana Findling. **Instituto de Investigaciones Gino Germani.** Juan José Gagliardino. **Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada.** Marcelo García Diéguez. **Universidad Nacional del Sur.** Ezequiel García Elorrio. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Bárbara García Godoy. **UBA.** Mónica Gogna. **UBA - CONICET.** Ángela Gentile. **SENASA.** Ángela Spagnuolo de Gentile. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Sandra Gerlero. **Universidad Nacional de Rosario.** Dante Graña. **Fundación "Avedis Donabedian".** Mabel Grimberg. **CONICET.** Eduardo Guarnera. **ANLIS.** Carlos Guevel. **MSN.** Nathalia Katz. **MSN.** Jonatan Konfino. **CEDES.** Karin Kopitowski. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Ana Lía Kornblit. **CONICET.** Pedro Kremer. **Universidad de California (EEUU).** Isabel Kurlat. **MSN.** Graciela Laplacette. **UBA.** Sebastián Laspiur. **OPS.** Roberto Lede. **ANMAT.** Rosa Liasovich. **Centro Nacional de Genética Médica.** Horacio Lopardo. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Elsa López. **UBA.** Luis Loyola. **Universidad Nacional de Cuyo.** Leandro Luciani Conde. **Universidad Nacional de Lanús.** Nora Luedicke. **MSN.**

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

Indizada en:



SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 8 - Nº 30 - Marzo 2017 - Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual - En trámite

Fecha de publicación en línea: 07 de julio de 2017

EDITORIAL	6	INTERVENCIONES SANITARIAS	33
LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA		EFFECTO DE LAS CAMPAÑAS Y DE LAS ADVERTENCIAS	
<i>Medicine's Feminization</i>		SANITARIAS DE CIGARRILLOS EN LA LÍNEA DE	
Kumiko Eiguchi		ATENCIÓN AL FUMADOR EN ARGENTINA	
		<i>Effect of Mass Media Campaigns and Health Warnings on</i>	
ARTÍCULOS ORIGINALES	8	<i>Cigarette Packs on Smokers' Quitline in Argentina</i>	
ENCUESTA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES DE LA		Brunilda Casetta, Alejandro J. Videla, Dolores Fenoy, Jonatan	
OFERTA E INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO		Konfino	
ENTRE PROVEEDORES DE SALUD			
<i>Regional Survey about Determinants of Supply and Insertion</i>		SALA DE SITUACIÓN	37
<i>of the Intrauterine Device among Health Providers</i>		DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Gabriela Luchetti, Mariana Romero		DE VIRUS RESPIRATORIOS EN LA PROVINCIA DE	
		CORRIENTES	
ARTÍCULOS ORIGINALES	13	<i>Diagnosis and Epidemiological Surveillance of Respiratory</i>	
REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE		<i>Viruses in the Province of Corrientes</i>	
PROFESIONALES DE LA GUARDIA DE UN HOSPITAL		Gerardo Andino, Natalia Ruiz Díaz, José Espinoza, Martín	
PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES		Cóceres, Ricardo Lezcano, María Susana Pisarello	
<i>Representations and Practices of On-Duty Professionals of a</i>			
<i>Pediatric Hospital in Buenos Aires City</i>		HITOS Y PROTAGONISTAS	40
Mariana Heredia, Alejandra Barcala		JULIETA LANTERI, UNA PIONERA	
		<i>Julieta Lanteri, a Pioneer</i>	
ARTÍCULOS ORIGINALES	20	Federico Pérgola	
CONTENIDO DE AZÚCARES EN BEBIDAS NO			
ALCOHÓLICAS COMERCIALIZADAS EN ARGENTINA Y		SALUD INVESTIGA	42
COSTA RICA		DESCRIPCIÓN DEL FINANCIAMIENTO OTORGADO	
<i>Sugar Content in Non-Alcoholic Beverages Marketed in</i>		POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA LA	
<i>Argentina and Costa Rica</i>		SALUD A INVESTIGACIONES CON PERSPECTIVA DE	
María Victoria Tiscornia, Katrina Heredia-Blonval, Lorena		GÉNERO	
Allemandi, Adriana Blanco-Metzler, Miguel Ponce, María de los		<i>Description of the Dirección de Investigación para la Salud's</i>	
Ángeles Montero-Campos, Luciana Castronuovo, Verónica Schoj		<i>funding for research projects with gender perspective</i>	
		Grisel Adissi, Ana Palmero, Anabel Fernández Prieto	
ARTÍCULOS ORIGINALES	26		
DESCENTRALIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LAS		SALUD INVESTIGA	46
REMUNERACIONES MÉDICAS EN ARGENTINA: UN		RESÚMENES DE INFORMES FINALES DE BECAS	
ANÁLISIS COMPARADO EN CINCO JURISDICCIONES		"CARRILLO-OÑATIVIA" 2014	
<i>Decentralization and Structure of Medical Salaries in Argentina:</i>			
<i>A Comparative Analysis in Five Jurisdictions</i>		INSTRUCCIONES PARA AUTORES	49
Daniel Maceira, Alfredo Palacios, Marilina Urrutia, Natalia			
Espinola, Mariela Nieves			

EDITORIAL

LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA

Medicine's Feminization

PALABRAS CLAVE: Recursos Humanos en Salud; Mujeres Trabajadoras; Internado y Residencia

KEY WORDS: *Health Manpower; Women Working; Internship and Residency*

El concepto de "feminización de la medicina" hace referencia al aumento de la cantidad de mujeres en relación a los varones en el ejercicio de la profesión médica. Se trata de una tendencia mundial a la que Argentina no es ajena, tal como ya ha sido demostrado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)^{1,2}, tanto en el nivel de grado como en el de postgrado. En Europa, por ejemplo, el 75% de la matrícula de estudiantes de Medicina corresponde a mujeres, mientras que en México, Estados Unidos y Canadá representan el 50%³.

Según los resultados del Censo 2011 de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Medicina tenía un 73% de mujeres estudiantes de grado y un 67,2% de posgrado⁴. Actualmente se estima que en la Facultad de Medicina de la UBA el 82% de la matrícula corresponde a estudiantes mujeres.

Por su parte, el número de mujeres ingresantes al Sistema de Residencias Médicas de CABA se incrementó, ya que mientras en 2005 representaban el 58% en 2012 alcanzaban el 66%. Esta situación podría explicarse tanto por los mejores puntajes obtenidos por las mujeres en los exámenes de residencia, y por ende en el orden de mérito, y por los mayores promedios de calificaciones obtenidos en la carrera respecto a los varones². Además, en el Examen Único de Residencias del Ministerio de Salud de la Nación de 2016, las mujeres fueron el 61% de los postulantes, el 63% de los que rindieron el examen y el 66% que adjudicaron cargos.

Muchos son los factores que han sido analizados en relación al proceso de feminización de la Medicina y sus posibles consecuencias. Por ello, es preciso contemplar los cambios que se están produciendo, en tanto que se observa que las mujeres, en general, prefieren jornadas de trabajo cortas y son menos dadas al pluriempleo. Asimismo, al mismo tiempo que aumenta sostenidamente el ingreso de médicas al sistema, se mantiene su segregación vertical y horizontal. En este sentido, por ejemplo, se ha estudiado la participación femenina en publicaciones científicas periódicas, y en el caso de Pediatría en los últimos 20 años se ha registrado un aumento de la proporción de autoras mujeres que ha llegado prácticamente a equiparar la de varones. Sin embargo, su participación en la autoría en los lugares de mayor preeminencia y prestigio es aún limitada en relación a los varones, a pesar de ser Pediatría una especialidad mayoritariamente femenina⁵.

Existen algunos detractores, que perciben a la

incorporación masiva de mujeres al ejercicio de la Medicina como una amenaza, debido a que consideran que en muchas ocasiones ellas no tienen la capacidad física y/o mental necesarias para soportar una excesiva carga laboral, y el estrés que implica, o por el aumento de ausentismo atribuido a que las mujeres son quienes habitualmente cuidan a sus hijos o a algún familiar enfermo. Otros de esos detractores se preocupan por los posibles embarazos y sus complicaciones, y algunos llegan hasta el extremo de "culpar" a la feminización de la Medicina por su pauperización o por la falta de cobertura en salud³. Sin embargo, en un estudio realizado en CABA⁶ no se encontraron diferencias de ausentismo entre médicos y médicas residentes, si bien se observó un aumento de embarazos generalmente en el último año de residencia, en coincidencia con los datos de las áreas de Recursos Humanos.

Por otra parte, parecería ser un hecho que las mujeres eligen trabajar jornadas más cortas debido a su rol social, principalmente para conciliar la vida laboral con la familiar. Contrariamente a esta posición, otros autores argumentan que la elección de trabajar menos horas obedece más a una cuestión generacional (generación Y) que a una de género. Por consiguiente, consideran que tanto los varones como las mujeres que se dedican a la Medicina buscan obtener cada vez más un equilibrio entre su vida personal y laboral, de modo tal que en este aspecto estarían en igualdad de condiciones. A su vez, esto explicaría el aumento de los reclamos de los residentes, especialmente por el exceso de horas de guardias, frente a un sistema que parece no haber comprendido este cambio generacional. La sobrecarga horaria, la exigencia y las características locales de cada residencia según el servicio han llevado a mayores trastornos por estrés, razón por la cual el sistema de residencias de la mayoría de los países se encuentra en estudio⁷.

Para afrontar este nuevo escenario, resulta necesario el trabajo conjunto del sistema de formación con el sistema de atención de la salud, y principalmente requiere tener claro que el profesional en formación en servicio no subsana la falta de personal. Esta situación es percibida por los médicos residentes, especialmente por las mujeres, quienes consideran que sus tareas suplen las funciones de otros actores como: médicos de planta, enfermeras, camilleros y cadetes de correos, y que además las realizan solidariamente en función de acelerar procesos de gestión y de favorecer su formación.

La concepción de género nos permite echar luz sobre el análisis de la elección de las especialidades médicas e indagar acerca del papel diferencial que varones y mujeres desempeñan en el ámbito laboral/profesional médico. A partir de aquí, se pueden individualizar algunos rasgos definidos como femeninos o masculinos que constituyen subjetividades diferenciales y que estarían determinando, al mismo tiempo, las elecciones de los perfiles profesionales. Así, las especialidades médicas en las que se desempeñarán los y las profesionales de la Medicina es un punto de particular interés en la planificación de formación de Recursos Humanos, ya que es en la elección de la residencia a la que se postulan donde comienzan a perfilarse. En consecuencia, se observa que cirugía general, anestesiología, ortopedia y traumatología, oftalmología, urología y cardiología siguen siendo las residencias de mayor predominio masculino, mientras que la mayoría de las restantes residencias tienen mayor predominio de mujeres.

Distintos autores han dado diversas categorizaciones a las especialidades médicas de acuerdo a diferentes parámetros a través de los que se pueden identificar las elecciones de las especialidades en médicos y médicas⁸. Una posición plantea que "en la proporción de mujeres según la especialidad médica se reproduce la división sexual del trabajo en la sociedad: la mujer en el espacio doméstico para la reproducción (biológica y social) y en el espacio público para la producción de servicios, quedando reservado para el hombre el de producción de bienes y toma de decisiones"⁹.

Otros autores encuadran las especialidades dentro de un "estilo de vida controlable" (anestesia, dermatología, medicina de urgencias, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, patología, psiquiatría y radiología) o "estilo de vida no controlable" (neonatología, medicina interna, obstetricia y ginecología, cirugía ortopédica, pediatría, cirugía general y

urología). El concepto "estilo de vida controlable" comporta la consideración de ingresos económicos, horas de trabajo y años de formación de posgrado. Algunas investigaciones han concluido que tanto varones como mujeres eligen sus especialidades de acuerdo a este criterio.

Mientras tanto, diferentes estudios han demostrado una tendencia significativa a que las mujeres elijan medicina general o de familia, pediatría, medicina interna general y ginecología.³ Dichos estudios expresan, además, que las mujeres valoran más la relación con pacientes y colegas, y menos los ingresos y el prestigio en la elección de su especialidad. Otros factores que también influyen en las elecciones de la mujer son el estado civil, el tener hijos o no y la edad.

Para comenzar a revertir esta situación es hora de pensar en el cambio de los sistemas de atención médica, la duración de las guardias (con opción a 12 horas), incrementar la accesibilidad a guarderías y lactarios y la disponibilidad de espacios temporales para ateneos y actividades de capacitación continua y licencias por maternidad y paternidad que faciliten las actividades familiares de esa etapa y promuevan una equidad en ese sentido. Adecuada conectividad y accesibilidad a la capacitación por medio de la telemedicina o los cursos virtuales y acceso a bibliotecas virtuales como componentes necesarios del sistema de salud que faciliten la realización de los mismos dentro de la jornada laboral, contemplando la actual realidad de muchas mujeres que ocupan gran parte de su tiempo en sus actividades familiares, y se hallan imposibilitadas de formarse y desarrollarse profesionalmente.

Es un hecho que las mujeres pueden alcanzar éxito en su profesión y, al mismo tiempo, en su desarrollo personal si cuentan con apoyo y si se generan estructuras y medidas logísticas para que esto sea posible.

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi

Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud de la Nación

Cómo citar este artículo: Eiguchi K. La feminización de la Medicina [editorial]. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):6-7.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Neuman M, Questa U, Kaufmann R. Concurso de residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires: importancia del género y universidad. Educación Médica, Buenos Aires, Argentina, 2004; 7(2): 90-96.

² Neuman M, Eiguchi K, Maggiani A, Lemus JD. Accesibilidad a residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires: Importancia de la universidad de origen y otros factores asociados. Pren Méd Argent, 2011, 98:199-206.

³ Ortiz Gómez T. La feminización de las profesiones sanitarias en el siglo XXI. En Laurinda Abreu et al. (eds.) Dynamics of health and welfare: texts and contexts, Évora, Edições Colibri-Universidad de Évora, 2007, pp. 130-133.

⁴ Universidad de Buenos Aires. Coordinación General de Planificación y Estrategia Institucional. Censo de estudiantes 2011. Resultados Finales. Sistema de Información Permanente (SIP).

⁵ Ferrero F, Otero P. Participación de la mujer en publicaciones periódicas científicas: tendencias en la pediatría latinoamericana. Arch Argent Pediatr, 2007; 105(3):244-247.

⁶ Eiguchi K, Barroetaña M, Bolonese ME, Giorgi MJ, Rodríguez PF, Pérez Balaño N. Feminización, Sistema de Residencias Médicas, el desafío de la formación. Rev Fac Med UNNE, 2013; XXXIII: Supl.1 (XIII CAEM): 9-10.

⁷ Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud "Residencias médicas en América Latina" (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 5), Washington, DC, OPS, 2011.

⁸ Ng-Sueng LF, Vargas-Matos I, Maya-Tristán P, et al. Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in Countries in Latin America. Ciccozzi M, ed. PLoS ONE. 2016;11(8):e0161000. doi:10.1371/journal.pone.0161000.

⁹ Maglio F. La mujer discriminada en y por la medicina. Clínica Virtual Ginecológica, Buenos Aires, 2006. [Disponible en: <http://www.ginecologica.com/DISCRIM.HTM>] [Último acceso: 23/06/2017]

ARTÍCULOS ORIGINALES

ENCUESTA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES DE LA OFERTA E INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO ENTRE PROVEEDORES DE SALUD

Regional Survey about Determinants of Supply and Insertion of the Intrauterine Device among Health Providers

Gabriela Luchetti,¹ Mariana Romero²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El dispositivo intrauterino (DIU) es el método anticonceptivo más costo-eficiente entre los reversibles. Se reporta una baja utilización en Argentina y la región. Los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores pueden influenciar fuertemente la elección del método entre las usuarias. OBJETIVOS: Describir los CAP de los proveedores de salud en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario en relación con el DIU en 2013, para caracterizar los determinantes de su promoción y las posibles barreras. MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística de 335 ginecólogos, médicos generalistas y obstétricas. Se utilizó una encuesta en línea anónima. RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 31% (N = 103), con un 80% perteneciente al sector público. Los conocimientos fueron correctos, y hubo opiniones favorables al método. En 9 de 12 situaciones habituales planteadas, más de la mitad contestó que no lo recomendaría/insertaría. La mitad había insertado menos de 10 DIU en el año, y un 12% no había puesto ninguno. Dos de cada diez estaban preocupados por alguna de las razones indagadas. CONCLUSIONES: Los conocimientos y opiniones favorables al uso no se correspondieron con la baja cantidad de DIU insertados. Se visualizó poco aprovechamiento de intervenciones validadas por la evidencia. Se constataron barreras en la elegibilidad y el acceso.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The intrauterine device (IUD) is the most cost-efficient reversible contraceptive method. Low utilization is reported in Argentina and the region under study. Knowledge, attitudes and practices (KAP) of providers can strongly influence the choice of method among users. OBJECTIVES: To describe the KAP of healthcare providers in the urban conglomerate Neuquén/Plottier/Centenario as regards IUD in 2013, in order to characterize the determinants of promotion and possible barriers. METHODS: A descriptive observational cross-sectional study was performed with a non-probabilistic sample of 335 gynecologists, general practitioners and midwives, using an anonymous online survey. RESULTS: The response rate was 31% (N = 103), 80 of them working in the public sector. The knowledge was correct, and the opinions of providers were favorable to the method. In 9 out of 12 situations, more than 50% said they would not recommend or insert IUDs. Half of the people surveyed had inserted less than 10 IUDs in the previous year, and 12% had not inserted any. Two out of ten were concerned about some of the issues. CONCLUSIONS: The right knowledge and the favorable opinions do not correspond to the low number of IUDs inserted. There are barriers to eligibility and access, as well as little use of interventions validated by the evidence.

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar; Dispositivos intrauterinos; Proveedores; Barreras; Acceso

KEY WORDS: Family Planning; Intrauterine Devices; Providers; Barriers; Access

¹ Hospital Provincial Dr. Eduardo Castro Rendón, Neuquén.

² Centro de Estudios de Sociedad y Estado/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 10 de octubre de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27 de octubre de 2016

CORRESPONDENCIA A: Gabriela Luchetti
Correo electrónico: gluchetti56@gmail.com

Registro RENIS N°: IS000475

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción es una práctica médica, cuyos beneficios potenciales juegan un rol central en los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo el libre ejercicio de la sexualidad en ambos planos^{1,2}. Esta práctica permite a las usuarias la posibilidad de espaciar y planificar el número de embarazos con seguridad y eficiencia, lo que tiene consecuencias positivas sobre su salud.

Promover las opciones anticonceptivas de forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige brindar elementos para una elección informada. Sin embargo, las elecciones de las mujeres están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales. Estas elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural;

y son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. Por estas razones se requiere un intercambio fluido entre las/os usuarios y las/os proveedores/as, que según sus características puede influenciar fuertemente la elección del método³.

El dispositivo intrauterino (DIU), es un método de contracepción asequible, seguro, altamente efectivo y reversible^{4,5,6,7}. Su uso a largo plazo es altamente costo-efectivo^{4,5}. Su eficacia es comparable con la de la ligadura de trompas de Falopio a cinco años de uso⁷. Permite ser usado en la lactancia, y en mujeres que fuman o tienen riesgo cardiovascular. Se puede insertar en períodos posparto y posaborto, y puede usarse como anticonceptivo de emergencia. En general, requiere pocos controles de parte de la usuaria y de los proveedores^{8,9}. No interfiere con la espontaneidad de las relaciones sexuales y da autonomía y privacidad a sus usuarias⁸.

Actualmente el DIU es el segundo método de planificación familiar más usado en el mundo, después de la esterilización tubaria⁹. Sin embargo, del total de usuarias de DIU, sólo el 5% están en América Latina y el Caribe⁹. A pesar de las ventajas citadas y de que existen programas que lo proveen en forma gratuita, se reporta baja utilización de este método aunque en esta región hay una alta incidencia de embarazos no planeados, abortos inseguros y muertes maternas¹⁰.

En Argentina, el DIU se encuentra dentro de los insumos de la canasta básica de métodos anticonceptivos entregados gratuitamente por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR). Según la ley Nacional 25.673, las obras sociales y prepagas también deben cubrir a sus beneficiarias el uso de anticonceptivos. Los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2013¹¹ indican una prevalencia nacional de uso de DIU de 9,2%, frente al 50,2% de usuarias de anticoncepción hormonal y 30% de usuarias de métodos de barrera.

En la provincia de Neuquén la situación es similar en cuanto a la entrega gratuita por parte del Estado y al reconocimiento por ley de la cobertura por obras sociales y prepagas. A pesar de esta disponibilidad, los datos provinciales de 2010 indican que el 49% de las mujeres que se embarazaron y tuvieron un parto no lo habían planeado¹². El aborto en condiciones de riesgo es históricamente la primera causa de mortalidad materna en Neuquén. La última evaluación data de 2011 e indica una persistencia de necesidades insatisfechas de anticoncepción y de barreras en el acceso a los métodos anticonceptivos. Es por ello que adquieren relevancia los conocimientos, las opiniones y las prácticas de los proveedores de salud.

En general, las opiniones de los proveedores han recibido menos atención, aun cuando se reconoce su importancia como facilitadores de la política pública y del acceso de las mujeres a la anticoncepción^{1,9,12-15}: según la situación y las regulaciones de cada país, pueden ser médicos, obstétricas o enfermeras, y desempeñan un papel central en el asesoramiento, suministro, inserción y remoción de los DIU. Sus conocimientos, actitudes y prácticas influyen tanto en la

adopción de uno u otro método como en su uso correcto y en la continuidad en el tiempo¹⁵.

El acceso y las barreras son factores clave para la adopción de un método anticonceptivo^{14,15,16}. El acceso es un componente de la calidad, pero tiene su propio peso: permite que la usuaria haga contacto fácilmente con el proveedor. Las barreras se definen como políticas o prácticas, injustificadas científicamente y basadas en una racionalidad médica, que de manera inapropiada impiden el uso de un determinado método que la usuaria ha elegido o elegiría, o impone barreras innecesarias durante el proceso, que disuaden o retrasan el uso del método. Estas barreras pueden ser vistas como un subtipo especial de limitaciones al acceso, situadas a nivel de las regulaciones nacionales, las políticas de los programas o en el plano del proveedor individual^{14,15}.

Las barreras generadas por los proveedores en forma individual son un motivo importante de este análisis. Se han identificado y descripto varias categorías de barreras¹⁵. La mayoría de los estudios en este sentido hacen referencia a los conocimientos y actitudes de los proveedores¹⁴.

A los fines de este trabajo, las actitudes se definen como la forma de actuar de los proveedores, el comportamiento que emplean para realizar las actividades referentes a consejería, indicación e inserción del DIU. Responden a las creencias y cogniciones en general, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra del objeto del estudio, que predispone a una acción coherente con ella.

Dada la situación descripta para Argentina y la provincia de Neuquén, se planteó el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de salud en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario en relación con el DIU en 2013, para caracterizar los determinantes de su uso correcto y las posibles barreras.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo exploratorio transversal para indagar los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de DIU en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario. Se optó por este territorio porque alberga la mayor densidad poblacional de la provincia (66% de la población total) y se encuentran a menos de 18 kilómetros una de otra. Se realizó un censo de proveedores. Según los datos existentes en el área de estudio, al momento de la recolección de datos existían 321 proveedores de salud que cumplían los criterios de inclusión: médicos generalistas, tocoginecólogos, residentes de medicina general, residentes de gineco-obstetricia y obstétricas, que trabajaban en el sistema de salud pública, en el sistema de obras sociales y en el privado, que indicaban y/o insertaban DIU en su consulta habitual. La participación fue voluntaria y se solicitó a través de reuniones preliminares o contactos a la dirección de correo electrónico.

El trabajo de campo se inició con visitas a los servicios de tocoginecología y medicina general de las instituciones públicas y su área programática. Se realizó la presentación del protocolo y la entrega de los consentimientos informa-

dos y la obtención de los correos electrónicos personales. Para contactar a los profesionales del ámbito privado se hicieron visitas a distintas instituciones, y la investigadora concurrió a reuniones de la Sociedad de Ginecología de Neuquén y a dos cursos auspiciados por esta, donde se le permitió presentar brevemente el protocolo y obtener el consentimiento informado y los correos electrónicos de los concurrentes que cumplieran con los criterios de inclusión.

El instrumento fue volcado a una plataforma virtual, y cada participante recibió el enlace para acceder. Para el armado de la encuesta en línea, se contrató a una empresa especializada con amplia experiencia en estos desarrollos, que se ajustan a los requerimientos de la Ley de Datos Personales. El texto y el asunto que acompañaban la solicitud fueron redactados por la investigadora. En el texto se explicaba nuevamente el objetivo, las características del estudio y la garantía de anonimato. Se realizaron tres envíos a cada dirección con una diferencia de 15 días y un último envío a toda la lista, en el que se avisaba sobre la finalización de la recolección de datos (20 de diciembre de 2013).

La encuesta comprendió 36 preguntas de opción cerrada. La mayoría de ellas fueron adaptadas de un cuestionario publicado y validado³, que también había sido usado para explorar conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores respecto del DIU. Se desarrollaron preguntas adicionales para contextualizar y adaptar la encuesta a los objetivos que no figuraban en el cuestionario de referencia. Las preguntas estuvieron agrupadas en las siguientes categorías, según los objetivos planteados: perfil demográfico, profesional y laboral; conocimientos; actitudes; y prácticas. En las categorías citadas hubo preguntas dicotómicas o escalas valorativas tipo Likert.

Para la dimensión de los conocimientos se presentaron nueve aseveraciones correctas, basadas en evidencias sobre el DIU, y el proveedor debía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. También se indagó acerca del entrenamiento recibido durante la residencia en torno a la inserción del dispositivo.

En la evaluación de las actitudes se hicieron preguntas acerca de la opinión general sobre el método, el grado de comodidad al proveer la consejería, la percepción de obstáculos para recomendar DIU y las preocupaciones sobre el método y sobre la selección de candidatas para usarlo.

La dimensión de las prácticas se evaluó con preguntas referidas al número de DIU que insertaban por año, los efectos colaterales mencionados en la consejería, la indicación de estudios como requisito previo a la inserción, el número de visitas previas a la inserción, la posibilidad de insertar el dispositivo en determinadas situaciones, el uso de la ecografía para controles de rutina y el número de complicaciones en la inserción durante los últimos años. Por último, para detectar barreras al acceso, se hicieron preguntas relacionadas con la logística que requiere el método y las condiciones de prestación del servicio: necesidad de sacar turnos, disponibilidad de insumos, asistencia durante la inserción, trámites administrativos, presencia de un proveedor específico para el método y existencia de manuales o guías clínicas.

El cuestionario fue testeado en dos instancias: con dos grupos focales de profesionales y por correo electrónico con 23 profesionales.

Para analizar los datos de la encuesta, se utilizaron técnicas descriptivas y análisis bivariados.

RESULTADOS

En total se envió la encuesta a 335 proveedores. La tasa de respuesta fue de 31% (103/335 profesionales, 38 varones y 65 mujeres). Casi todos eran médicos, salvo 1 que se identificó como obstétrica.

La población fue estratificada por tipo de proveedor en tocoginecólogos, generalistas y obstétricas; con práctica pública, privada o ambas; y en dos substratos de residentes de medicina general y tocoginecología.

Entre los médicos, había 44 ginecólogos y 58 médicos generales. La inserción profesional se muestra en la Tabla 1. El 65% tenía más de 10 años de antigüedad en la profesión, y la edad media era de 44 años con un desvío estándar de 11,3. El total de los encuestados recomendaba DIU en su consulta habitual, y sólo 9 de ellos no insertaban el dispositivo.

El 49% de los encuestados respondió que tenía hasta cinco consultas de anticoncepción en una semana. La amplia mayoría había recibido capacitación sobre la inserción de DIU durante su residencia (91% y 94% de los ginecólogos y médicos generalistas, respectivamente). En cuanto a sus habilidades para la consejería y la inserción, 9 de cada 10 ginecólogos y generalistas las percibían como muy buenas.

La evaluación de los conocimientos respecto del mecanismo de acción, las fallas del método, el riesgo de expulsión, la potencial infertilidad y el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica fue adecuada en los dos tipos de profesionales definidos. Sin embargo, el nivel de conocimientos resultó escaso al evaluar el riesgo de embarazo ectópico, la visita de control posterior a la inserción, la no recomendación de visitas de seguimiento y del uso rutinario de la ecografía.

Las opiniones coinciden favorablemente (8-9 de cada 10) acerca del DIU en general, su efectividad anticonceptiva, su seguridad, su costo-eficiencia, la facilidad de la inserción y la posibilidad de colocación posparto o posaborto (Tabla 2).

Según la opinión de la mitad de las personas que respondieron, las mujeres no están interesadas en el método. Esta proporción no varía por especialidad ni por práctica en el sector público o privado.

Al indagar acerca de los posibles obstáculos para recomendar/insertar un DIU, sólo un 27% reportó preocupación por la falla del método y un porcentaje similar, por la posibilidad de perforación uterina en la inserción. Estas proporciones

TABLA 1. Especialidad e inserción profesional de los participantes.

Profesión/especialidad	Total	Pública	Privada	Ambas
Ginecólogos	44	24	14	6
Generalistas	58	55	1	2
Total	102	79	15	8

Fuente: Elaboración propia

aumentaron a 40% entre los profesionales que ejercen su práctica en el medio privado.

En el mismo sentido, al indagar actitudes y prácticas posibles en la elegibilidad para la indicación/inserción de un DIU, en 9 de las 12 situaciones listadas de la práctica diaria 4 de cada 10 encuestados, como mínimo, consideraron poco o nada probable recomendar e insertar un DIU (Tabla 2). Adicionalmente, los encuestados mencionaron la necesidad de realizar al menos dos visitas previas a la inserción y hasta tres (si se considera sólo aquellos con práctica privada). En estas visitas se solicita prueba de embarazo (44%) y test de Papanicolaou (28%). La mitad refirió usar siempre/frecuentemente la ecografía para el control del dispositivo, y esta proporción sube a 9 de cada 10 entre quienes tienen práctica privada.

Respecto de las prácticas profesionales, la mitad había colocado menos de 10 DIU en el último año, y un 12% no había puesto ninguno. Un 34% de los encuestados manifestó haber tenido complicaciones en los últimos cinco años en la inserción.

Para conocer la accesibilidad institucional, se interrogó a los profesionales sobre la logística y las actividades habituales en el lugar de trabajo. El 84% manifestó que se debe sacar turno para la inserción, el 80% que hay siempre insumos y material estéril y el 76% que hay siempre dispositivos disponibles. Sólo el 23% señaló que las usuarias deben realizar algún trámite administrativo, aunque con diferencias según respondieran ginecólogos o generalistas (40% y 7%, respectivamente) y según su actividad en la práctica pública o privada (8% y 8,7%, respectivamente).

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta de 31% está dentro de los valores aceptables para encuestas en línea según la literatura¹⁷⁻¹⁹. Se esperaba un mayor número de respuestas, habida cuenta de que estuvieron convocados el 99% de los proveedores que cumplían los criterios de inclusión.

Llama la atención la casi nula participación de las

obstétricas del área. Probablemente esto se deba a que el marco legal argentino no las habilitaba a insertar un DIU.

A pesar de que la mayoría indica haber recibido entrenamiento, y se autopercebe como bueno o muy bueno al momento de recomendar e insertar un DIU, de que posee los conocimientos adecuados, tiene opiniones favorables y manifiesta sentirse cómodo realizando consejería, más de un 50% inserta menos de 10 DIU por año.

Son claras las barreras a la elegibilidad del método, que se visualizan cuando se los interroga acerca de la probabilidad de recomendar o insertar a mujeres nulíparas o jóvenes. Al seleccionar las candidatas para el método, se restringe la recomendación e inserción a un grupo de posibles usuarias. En esta área es crítica la diferencia con las publicaciones^{4,5,8,9} y las evidencias reportadas, que han ampliado las indicaciones y mejorado los criterios de elegibilidad del método^{20,21}.

En cuanto a la competencia de los proveedores, la mayoría de ellos no había insertado un número suficiente de DIU por año. Esta frecuencia no permite conservar las habilidades para la inserción^{4,5} y podría tener un efecto negativo en las actitudes proactivas para la recomendación e inserción.

En el área de los procesos para garantizar la accesibilidad institucional, si bien no se detectan barreras, el acceso no está asegurado. Hay necesidad de sacar turnos y de realizar dos visitas como mínimo. Estas situaciones contrastan con la existencia de material estéril, dispositivos y otros insumos necesarios, que están disponibles en la mayoría de los casos.

Las conclusiones más relevantes de este estudio son las siguientes:

- Hay una contradicción entre los conocimientos adecuados, las opiniones favorables, la predisposición para la consejería y la escasa referencia a preocupaciones y obstáculos indagados con la efectiva recomendación y/o inserción de DIU en la práctica diaria de los proveedores de la región.
- El escaso número de dispositivos insertados por proveedor por año no alcanza para mantener las competencias

TABLA 2. Opiniones sobre DIU por especialidad e inserción profesional.

Opiniones	Especialidad			Práctica profesional		
	General % (N)	Ginecólogo % (N)	Generalista % (N)	Pública % (N)	Privada % (N)	Ambas % (N)
Método excelente	92,2 (95)	86,4 (38)	96,4 (54)	97,5 (78)	73,3 (11)	75 (6)
Muy efectivo	95,1 (98)	93,2 (41)	96,4 (54)	97,5 (78)	86,7 (13)	87,5 (7)
Costo-eficiente	92,9 (95)	90,9 (40)	94,6 (53)	93,8 (75)	86,7 (13)	87,5 (7)
Muy seguro	93,2 (96)	86,4 (38)	98,2 (55)	98,8 (79)	66,7 (10)	87,5 (7)
Las mujeres no lo eligen	52,4 (54)	54,5 (24)	50 (28)	53,8 (43)	40 (6)	62,5 (5)
Inserción fácil	87,4 (90)	93,2 (41)	82 (46)	86 (69)	93,3 (14)	87,5 (7)
No es abortivo	91,3 (94)	93,2 (41)	89,3 (50)	91,3 (73)	86,7 (13)	100 (8)
Necesita visitas de seguimiento	76,6 (82)	79,5 (35)	78,6 (44)	73,8 (59)	100 (15)	100 (8)
Se puede insertar posparto	76,6 (82)	75 (33)	86 (47)	83,6 (67)	53,3 (8)	87,5 (7)
Posaborto	78,6 (81)	79,5 (35)	78,6 (44)	82,5 (66)	46,7 (7)	100 (8)
Como anticoncepción de emergencia	42,7 (44)	36,4 (16)	46,4 (26)	41 (39)	60 (9)	37,5 (3)
Probable juicio por mala praxis	45,7 (47)	45,5 (20)	48,2 (27)	41,3 (33)	60 (9)	62,5 (5)
Total	103	44	58	80	15	8

Fuente: Elaboración propia

requeridas y puede determinar barreras al uso difundido y correcto.

- Un grupo importante de proveedores considera poco probable ofrecer o insertar un dispositivo a mujeres con alta necesidad de un método seguro, costo-eficiente y generador de autonomía, como las solteras, las nulíparas, las menores de 20 años, las que no tienen pareja estable o las que viven con VIH.

- Se visualiza un escaso aprovechamiento de intervenciones validadas por la evidencia^{4,5} como de alta adherencia y efectividad: inserción en nulíparas, posparto, posaborto y como anticonceptivo de emergencia^{20,21,22,23}.

- No se detectan problemas en la provisión del método, pero el acceso no está garantizado debido a la exigencia de un exceso de controles, el uso de la ecografía como rutina, el mayor número de visitas y requisitos de inserción, la necesidad de sacar turnos y de hacer trámites administrativos.

- Existe una notable diferencia entre las actitudes y prácticas de los proveedores que tienen práctica pública exclusiva y los que tienen práctica privada exclusiva.

El número de encuestados no fue suficiente entre los proveedores del medio privado para generalizar las conclusiones. Se trata de una limitación, porque en ese estrato se encontraron las características más probables de generar barreras para el uso correcto y difundido del DIU.

Sorprende asimismo la actitud de las obstétricas de la región, ya que apenas una contestó el cuestionario.

Cómo citar este artículo: Luchetti G, Romero M. Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del Dispositivo Intrauterino entre proveedores de salud. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):8-12.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundez A, Glassier A, Innis J. Planificación Familiar: la agenda inconclusa. Serie Salud Sexual y reproductiva. *The Lancet*. 2006;368:1810-27.
- Stubbs E, Schamp A. The Evidence Is In. Why Are IUDs Still Out? Family Physicians' Perceptions of Risk and Indications. *Canadian Family Physician*. 2008;54(4):560-566.
- Harper C, Blum M, Heinke de Bocanegra T, Darney P, Speidel J, Policar M, et al. Challenges in Translating Evidence into Practice. The Provision of Intrauterine Contraception. *Obstetric & Gynecology*. 2008;111(6).
- Long Acting Reversible Contraception (LARC): The Effective and Appropriate Use of Long Acting Reversible Contraception. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*; 2005. [Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/resources/longacting-reversible-contraception-975379839685>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Intrauterine Contraception. Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Guidance. *FSRH*; 2007. [Disponible en: <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Weir E. Preventing Pregnancy: A Fresh Look at the IUD. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;169(6):585-585.
- Crosignani PG, et al. The ESRE Capri Workshop Group. Intrauterine Device and Intrauterine System. Update. *Human Reproduction Update*. 2008;14(3):197-208.
- Thonneau PF, Almont TE. Contraceptive Efficacy of Intrauterine Devices. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:248.
- Salem R. Se renueva la atención en el DIU. Baltimore John Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. *Population Reports*. 2006 [Disponible en: <https://www.k4health.org/sites/default/files/b7spanish.pdf>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, When, Where and Why? On Behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. *The Lancet*. 2006;368(6).
- Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Presentación de resultados 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Ministerio de Salud de la Nación*.
- Comunicación Personal Dirección General de Información, Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.
- Bertrand J, Hardee K, Magnani R, Angle M. Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs. *Int Family Planning Perspectives*. 1995;21:63-69874.
- Campbell M, Nalan N, Potts M. Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature. *Studies in Family Planning*. 2009;37(2):87-98.
- Shelton J. The Provider Perspective: Human After All. *International Family Planning Perspectives*. 2001;27(5).
- Shelton J, Angle M, Jacobstein R. Medical Barriers to Access to Family Planning. *International Family Planning Perspectives*. 1992;340(8831):1334-35.
- Robling M, Ingledew D, Gillespie D, Greene G, Ivins R, Russell J, et al. Mode of Data Elicitation, Acquisition and Response to Surveys: A Systematic Review. *Health Technology Assessment*. 2012;16(27).
- Van Geest JB, Johnson T, Welch VL. Methodologies for Improving Response Rates in Surveys of Physicians. *Evaluation Health Professions*. 2007;30(4):303-21.
- Kellerman SE, Herold J. Physician Response to Surveys. A Review of the Literature. *Am J Prev Med*. 2001;20(1):61-7.
- World Health Organization. Reproductive Health. (2010). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. World Health Organization. [Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1] [Último acceso: 21/10/2016]
- Canadian Contraception Consensus. SOGC Clinical Practice Guideline. *JOGC*. 2004;219-232.
- Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper Containing, Framed Intra-Uterine Devices for Contraception. *Cochrane Database Sys Reviews*. 2007;CD005347.
- Grimes D, Lopez L, Manion C, Schultz K. Cochrane Systematic Reviews of IUD Trials: Lesson Learned. *Contraception*. 2007;75:55-59.

ARTÍCULOS ORIGINALES

REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE PROFESIONALES DE LA GUARDIA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

*Representations and Practices of On-Duty Professionals of a Pediatric Hospital in Buenos Aires City*Mariana Heredia¹, Alejandra Barcala²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) dio inicio a un proceso de reforma en la atención de personas con padecimiento mental. Los hospitales psiquiátricos deben sustituirse por servicios comunitarios, y las internaciones por Salud Mental se harán sólo en hospitales generales. Para niños, niñas y adolescentes existe en la ciudad de Buenos Aires un solo hospital pediátrico, que interna en salas generales a través de una admisión por Guardia. OBJETIVOS: Describir representaciones y prácticas de profesionales de guardia del citado hospital vinculadas a la atención de niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad con padecimiento mental, identificando modificaciones a partir de la Ley. MÉTODOS: Se efectuó un estudio exploratorio descriptivo de corte retrospectivo. Se utilizaron, como técnicas cualitativas, entrevistas semiestructuradas a profesionales de diferentes disciplinas (Enfermería, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Toxicología) efectuadas en 2014-2015. Se realizó un análisis de contenido. RESULTADOS: Según los profesionales, sus prácticas concuerdan con el paradigma de la Ley, y los obstáculos en la atención e implementación se deben a insuficiencias en los recursos intra y extrahospitalarios, en especial en las internaciones en salas generales. CONCLUSIONES: La transformación de prácticas según la Ley debe ser acompañada de la participación de distintos actores sociales y de políticas públicas en Salud Mental.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Since the approval of the Mental Health National Law No. 26.657 (2010), a process of reform has started for the care of people with mental illnesses. Psychiatric hospitals must be replaced by community services, and admissions will only be carried out in general hospitals. For children and adolescents there is only one pediatric hospital in Buenos Aires city that admits them in general rooms through the emergency room. OBJECTIVES: To describe representations and practices of on-duty professionals from the above mentioned hospital related to the care of children and adolescents aged 0-18 years with mental disorders, identifying changes triggered by the Law. METHODS: A retrospective, exploratory and descriptive research was performed. It used qualitative techniques: semi-structured interviews to professionals from different fields (nursing, pediatrics, psychology, psychiatry, social work and toxicology) conducted during 2014-2015. Content analysis was performed. RESULTS: According to the professionals, their practices are in line with the paradigm proposed by the Law, and the obstacles in care and implementation are due to insufficient intra and extra hospital resources, especially in general admission rooms. CONCLUSIONS: The transformation of practices according to the Law should be accompanied by the participation of the different social actors and public policies in mental health.

PALABRAS CLAVE: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Políticas Públicas

KEY WORDS: Mental Health National Law No. 26.657; Mental Health; Mental Health Services; Public Policies

¹ Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

² Universidad Nacional de Lanús.

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de diciembre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 12 de abril de 2017

CORRESPONDENCIA A: Mariana Heredia

Correo electrónico: mariana.heredia@gmail.com

Registro RENIS N°: 000730

INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en diciembre de 2010 y reglamentada en 2013¹, responde a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al enfoque de derechos humanos inserto en la normativa constitucional y destacado en la Declaración de Caracas de 1990², acordada por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, además de otros documentos internacionales.

Entre los puntos principales de la Ley, que adquieren relevancia a los fines de esta investigación, se destacan: la inclusión de las adicciones como parte integrante de las políticas en salud mental (artículo 4); la promoción para la atención de la constitución de equipos interdisciplinarios

(artículo 8); la realización del proceso de atención fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de salud (artículo 9); y la internación como recurso terapéutico restrictivo, que debe aplicarse en último término y únicamente en hospitales generales (artículo 28), evitando internaciones en hospitales psiquiátricos y asegurando su inclusión en la comunidad³. Estos lineamientos la convierten en exponente de un cambio de paradigma en materia de atención en salud mental⁴.

Las guardias de los hospitales generales, donde se reciben personas inmersas en episodios de crisis, se convierten en lugares privilegiados para elaborar estrategias de intervención que cuiden desde el inicio la atención integral de la salud (incluida la dimensión social, familiar y escolar/laboral) y eviten la cronificación provocada por las internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos⁵. En este sentido, la intervención oportuna puede detener el proceso de deterioro y generar ahorros a largo plazo^{6,2}.

Previo a la sanción de la ley 26.657, en 2000 se promulgó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) la Ley de Salud Mental N° 448⁷, que ya planteaba transformaciones en las prácticas desde una perspectiva de derechos humanos y que delineaba la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, pero cuya aplicación plena aún se demora⁸.

En lo referido a la atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental, en particular de aquellos en situación de mayor vulnerabilidad social, distintos estudios señalan que la respuesta sanitaria en CABA ha sido insuficiente y que en ocasiones no hizo más que excluir de los ámbitos de salud a quienes ya estaban fuera de los ámbitos escolares y comunitarios^{9,10}. Por otra parte, la ausencia de información epidemiológica en el país invisibiliza estas problemáticas y evidencia que la planificación de acciones en salud mental no se realiza sobre la base de datos precisos, sino en función de percepciones¹¹.

A partir de la reglamentación de la Ley 26.657 y del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental, comenzaron a realizarse estudios que analizan su implementación¹²⁻¹⁵, las representaciones y significaciones de los trabajadores del sector acerca de su viabilidad y efectos en CABA^{16,17}, su incidencia en la atención de niños, niñas y adolescentes^{18,19}, y que hacen referencia a las internaciones en hospitales generales^{19,20}.

Para comprender la implementación de una normativa y las modalidades de abordaje, es necesario incluir diferentes niveles de análisis, ya que se trata de procesos complejos donde intervienen las tensiones entre las nuevas legislaciones y las políticas públicas existentes, las respuestas institucionales y el rol de los profesionales que deben brindar una atención que respete el paradigma de protección integral de las personas.

En este sentido, resulta importante también relevar la perspectiva de los profesionales, ya que su lectura y análisis del problema a abordar, sus representaciones y sus valoraciones²¹ tienen efectos en sus intervenciones y, por

lo tanto, pueden convertirse en agentes de exclusión social y reproducir las tendencias incluyentes o excluyentes de los servicios donde se desempeñan²².

La construcción de conocimientos en este campo motivó la realización del estudio que aquí se presenta. Su objetivo fue explorar y analizar las representaciones y prácticas de los profesionales de la guardia de un hospital pediátrico general dedicados a la atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental, evaluando la incidencia de la ley en sus intervenciones y los obstáculos para su aplicación.

MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo a través de un diseño exploratorio descriptivo enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo^{23,24}. Se trató de un estudio de caso y se seleccionó como efector clave a un hospital público general pediátrico de alta complejidad y centro referente de desintoxicación, que cuenta las 24 horas con un equipo de guardia interdisciplinaria de Salud Mental compuesta por las siguientes disciplinas: Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

Es el único hospital pediátrico del subsector público de CABA que recibe niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con padecimiento mental a través de la guardia de Pediatría, y que realiza las internaciones en salas de Clínica Médica. Dadas estas características, presenta un gran caudal de derivación de otros efectores públicos y privados, así como una demanda espontánea de familias provenientes de distintos puntos de Argentina y países limítrofes, tanto para el área médica como para atención en Salud Mental.

Tomando el período comprendido entre junio de 2014 y mayo de 2015, se evaluaron desde la perspectiva de los profesionales los modos de atención de los problemas de salud mental en la guardia del hospital y su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental.

El estudio tomó una muestra no probabilística e intencional, e incluyó a hombres y mujeres, tanto de planta permanente como suplentes, que realizaban guardias de 24 horas en diferentes días de la semana y tenían una antigüedad en el cargo mayor a 3 años.

La muestra estuvo conformada por profesionales pertenecientes a las disciplinas que participan de consultas en Salud Mental: Pediatría (n=3), Psicología (n=2), Psiquiatría (n=2), Trabajo Social (n=2), Enfermería (n=1) y Toxicología (n=1). Los 11 profesionales entrevistados tenían una antigüedad promedio en la guardia de 17 años (r: 4-31), las de más reciente incorporación al equipo eran las trabajadoras sociales (4 años).

Se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos: entrevistas semiestructuradas. Sobre las entrevistas se efectuó un análisis de contenido basado en técnicas destinadas a interpretar el contenido latente²⁵. Una vez definido el conjunto de textos, se construyó un esquema de codificación (coding frame) según las categorías establecidas previamente a partir de las opciones teóricas^{26,27}. Para su análisis se agruparon en: 1) características de la atención a niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental (particularidades de las consultas,

intervenciones, recursos y obstáculos para la atención); 2) representaciones acerca del trabajo interdisciplinario y la necesidad de formación en Salud Mental (percepción sobre incumbencias y especificidad de las disciplinas, el trabajo conjunto y la capacitación); 3) conocimiento e impacto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (percepción de obstáculos en la implementación y cambios atribuibles a ella en la práctica diaria).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital. Todos los profesionales firmaron un consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de sus datos personales y de la información proporcionada durante la participación.

RESULTADOS

1. Características de la atención a niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental

Al ingresar al hospital, las familias acuden al sector de Orientación Médica, en donde médicos pediatras se ocupan de realizar una primera evaluación del motivo de consulta (triage) para derivarlas al servicio correspondiente. Esta es una de las puertas por las que pueden llegar a la guardia. Fuera del horario de atención habitual, todas las consultas acuden directamente a este servicio. En la guardia los pacientes son recibidos por los pediatras, independientemente del motivo de consulta.

Para los entrevistados, las consultas más frecuentes son las que se realizan por sospechas de maltrato y abuso sexual infantil y, en segundo lugar, por conductas autolesivas en adolescentes. Este hospital, al ser además un centro referente en Toxicología, recibe numerosas consultas de niños, niñas y adolescentes por consumo problemático de sustancias. A la hora de evaluar las de mayor complejidad o más significativas por las dificultades que presentan, 8 de 11 entrevistados hicieron referencia a los chicos en situación de calle:

Llegan traídos compulsivamente acá, donde no hay ningún tipo de demanda [...] muchas veces en estado de excitación psicomotriz por el consumo o empiezan a tener excitación aquí después de un período que les genera abstinencia [...] Me genera interrogante en el sentido de cuál sería el mejor dispositivo para estos chicos. Creo que en el hospital se los contiene, se hace todo lo posible para que estén acá de la mejor manera. Son chicos que muchas veces se van. (Trabajadora social)

La internación por razones de salud mental siempre es indicada por los profesionales del equipo de salud mental de la guardia, aunque haya sido evaluada previamente por otros profesionales del hospital u otras instituciones. Una vez decidida la internación, el equipo consulta al jefe de clínica de la guardia de ese día si hay disponibilidad de camas.

Los profesionales entrevistados señalaron que realizaban una internación por salud mental cuando interdisciplinariamente valoraban la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Sin embargo, muchas internaciones

se hacían sin ese criterio, por falta de contención familiar:

No todos los chicos que se internan corren riesgo cierto e inminente [...] A veces es como si fuera una medida cautelar, preventiva. (Psiquiatra)

Cuando no hay lo que sería la familia ampliada [...] lo que prima es el cuidado de ese niño, niña o adolescente. (Trabajadora social)

Según lo manifestado, un obstáculo reiterado para efectivizar la internación se relaciona con la falta de disponibilidad de camas en el hospital. Dado que las internaciones se realizan en salas de Clínica General y no hay un número estipulado para problemas de salud mental, la disponibilidad varía. Por ejemplo, en invierno disminuye por el aumento de patologías propias de esa estación.

No obstante, todos los entrevistados hicieron referencia a la disposición general de favorecer la internación en el hospital y no derivar a otras instituciones:

Tratamos de hacer siempre lo mejor para que el chico se interne; si la gente de psicopatología necesita una cama y no hay cama en el hospital, tratamos de hacer lo imposible para que en algún lugar del hospital se quede, si no queda duda que no lo podemos mandar a la casa. (Pediatra)

Cuando hay camas, no hay resistencia para internar. (Trabajadora social)

Los pediatras, si hay camas, jamás me negaron una internación. (Psiquiatra)

Por otro lado, los entrevistados coincidieron en que había dificultades para la internación por las características propias de las salas generales: no todas están en planta baja, no hay rejas en las ventanas, tienen habitaciones compartidas con niños, niñas y adolescentes con patología orgánica y office de enfermería abiertos con instrumentos cortantes:

El hospital no está preparado para esto, ni siquiera desde el punto de vista edilicio [...] no hay mayor seguridad, si es un pibe con un intento de suicidio, si no lo ponés en planta baja, no tenés en donde ponerlo. (Pediatra)

[...] adolescentes con patologías graves que son violentos, que son de muy difícil manejo, porque los tenés que internar al lado de los bebés con bronquiolitis que están con fiebre... (Pediatra)

[Con respecto al consumo problemático de sustancias] no hay una sola cama, una habitación que cumpla esos requisitos: las rejas, las luces bajas, la disminución de estímulos, en todo el hospital no se creó todavía algo relacionado con la patología que está cada vez más en crecimiento en adolescentes. (Toxicóloga)

Los entrevistados manifestaron que se realizaban derivaciones cuando no había camas disponibles en el hospital y cuando se trataba de adolescentes agresivos o con conductas autolesivas. Se destacaron importantes obstáculos en este

sentido y, según lo relevado, el efector público al que más se derivaba era el Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García":

Es cosa harto difícil de lograr porque nunca tienen camas y además [...] ellos piden siempre que no tenga nada clínico el chico. Que sea puramente [un padecimiento mental] yo creo que la persona es un todo. (Pediatra)

Es muy trabajosa la derivación, la solicitud de una internación, que nuestro criterio sea aceptado. (Psicólogo)

Cuando los niños, niñas y adolescentes poseen obra social, las derivaciones también resultan complejas. Debido a una tardanza de 36 horas para encontrar un lugar de internación para dos adolescentes y a la gran distancia respecto de su hogar y sus referentes afectivos, el equipo interdisciplinario de guardia interviniente decidió no derivarlas e internarlas en el hospital cuando hubo camas disponibles.

Los entrevistados sostuvieron que también encuentran importantes dificultades en la articulación con los organismos de protección de derechos y del Ministerio de Desarrollo Social: la lentitud en la intervención y en la gestión de recursos impide acompañar y mejorar el abordaje terapéutico, ya sea para evitar una internación, durante esa internación o para favorecer el proceso de externación con acompañamientos terapéuticos.

Falta mucho también a nivel de respuesta del Estado para poder responder con los recursos que hacen falta (...) que acompañen esa inserción o ese regreso a su vida cotidiana (...) el recurso lo necesitás con urgencia y el programa no contempla las urgencias, el de acompañantes hospitalarios y terapéuticos. Funcionan en un horario hábil y ya está. (Trabajadora social)

2. Representaciones acerca del trabajo interdisciplinario y la necesidad de formación en Salud Mental

Se destacó en todas las entrevistas el trabajo interdisciplinario de psicólogos y psiquiatras, entre sí y con los pediatras, desde su inclusión en la guardia. En tal sentido, los psicólogos y psiquiatras resaltaron la importancia de su formación en psicoanálisis y el recorrido de trabajo compartido con los pediatras del hospital.

En general en las consultas los pediatras nos llaman a nosotras (...) la trabajadora social, como es más nueva, no, salvo que sea una cosa estrictamente de trabajo social (...) A mí sola me convocan sobre todo cuando hay alguna situación de desborde de algún paciente que con la palabra sola no se tranquiliza (...) Igual cuando hay cualquier situación vamos siempre las dos. (Psiquiatra)

Están siempre juntas, yo siempre he hablado con las dos todo el tiempo, nunca me manejé por separado con ninguna de las dos. Llamás independientemente a una u otra al teléfono si no están en el lugar físico donde estás vos y siempre vienen las dos. (Pediatra)

Con respecto a los obstáculos, se encontraron tensiones entre lo que las trabajadoras sociales consideran su rol y el que le atribuyen los demás profesionales (psicólogos, psiquiatras y médicos). Estos últimos consideran que su intervención es pertinente en situaciones específicas: cuando hay niños, niñas o adolescentes judicializados o en situación de riesgo y se deben solicitar recursos como intervención de Defensorías o del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Por su parte, las trabajadoras sociales manifestaron que sus incumbencias no se limitan a la gestión de recursos y sostuvieron que deben intervenir frente a cualquier situación de padecimiento mental, incluso una crisis de angustia, pero que esperaban a ser convocadas por el resto del equipo. Hicieron referencia a su reciente inserción como una de las explicaciones posibles para estas tensiones.

Otra dificultad mencionada por el equipo de Salud Mental y los pediatras fue en el trabajo con los enfermeros. Esto se atribuyó a una insuficiente capacitación en la materia. Todos los entrevistados notaron un déficit importante en la formación en Salud Mental de enfermeros de la guardia y salas de internación, lo que se traducía en rechazo, miedo o prejuicios hacia los niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental.

No hay enfermería especializada, eso es un tema, porque cuando el paciente entra en crisis, no se lo puede contener. (Trabajadora social)

Hay gente que les tiene miedo, y se ponen a la defensiva y no quieren saber nada [...]. Yo creo que es un defecto en la formación. (Psiquiatra)

Según el enfermero entrevistado, lo que más preocupa y genera debate entre sus colegas está relacionado con cómo hacer una contención física.

No hay una norma de contención charlada acá en el hospital sobre cómo se va a contener a este chico, cuáles son los cuidados que hay que tener (...) te pueden lastimar y hay que buscar la manera, que no se te vaya la fuerza y tengas un problema después.

Los pediatras también consideraron que era insuficiente su capacitación en Salud Mental, aunque manifestaron que por la formación en esa especialidad y en ese hospital en particular contaban con herramientas para poder comprender y pesquisar situaciones vinculadas al padecimiento mental y la importancia del entorno familiar.

El pediatra de por sí, a diferencia de otros médicos y especialidades, tiene una cosa muy especial para percibir estas cosas (...) el abuso, el maltrato, el Munchausen, el by proxy, nosotros en la formación lo estudiamos como la meningitis esto (...) le damos mucha bolilla a eso, la familia y todo lo que sea el desarrollo. (Pediatra)

Acá se trabaja mucho con el concepto familia (...) Dentro de la pediatría, creo que en este hospital esto es una cosa

que está muy machacada, y etapas evolutivas psiquiátricas de los pibes que no sé si todos los pediatras de todos lados lo saben. (Pediatra)

3. Conocimiento e impacto de la Ley Nacional de Salud Mental

Sólo el enfermero y uno de los pediatras desconocían la Ley Nacional 26.657. El resto de los profesionales entrevistados la conocía incluso más que a la Ley N° 448 de CABA, sancionada una década antes que la normativa nacional; en especial, las trabajadoras sociales dijeron comulgar y adherir con la 26.657, y participaron en la elaboración de los protocolos de intervención que se desprenden de ella para el funcionamiento de la guardia en el hospital.

Tanto los psicólogos y psiquiatras como los pediatras opinaron que venían trabajando de acuerdo con los lineamientos principales de esta Ley o su espíritu desde antes de la sanción, y que los cambios acaecidos en la práctica a partir de ella estaban más vinculados a un aspecto burocrático:

A mí me parece que las leyes estas no modifican en gran medida el funcionamiento que tiene este hospital. Siempre hemos sido criteriosos, siempre hemos sido cuidadosos, me parece que esas leyes comprometen más a la gente que trabaja en hospitales psiquiátricos de adultos [...] porque creo que en ellos por ahí se cometían algunos excesos, como la psiquiatrización de los pacientes. (Psicólogo)

Salvo las cuestiones burocráticas, que ahora hay que hacer otros llamados y siempre hay que avisar si un chico está en situación de vulnerabilidad o de internación o en riesgo o demás, después, en cuanto al manejo hospitalario, no he visto [cambios] (Pediatra)

El enunciado de la Ley de que la internación debe ser siempre en salas generales y como último recurso fue considerado como el de más difícil aplicación. Diez de los entrevistados coincidieron en que esto se debe a la falta de adecuación de las salas de los hospitales generales, y algunos de ellos plantearon el debate acerca de la necesidad de una sala específica para Salud Mental.

Acá es inaplicable porque nosotros no tenemos sala, es muy complicado, ¿viste? Si querés cumplir con la Ley, bueno, poneme una sala. (Psiquiatra)

Por ahí sería conveniente que hubiese salas específicas, por la cuestión de situaciones que pueden generar posible daño a otras personas, no depender de si hay cama o no hay cama, que haya una sala con personal capacitado, con acompañantes, que son fundamentales. (Trabajadora social)

También destacaron la inexistencia de dispositivos extrahospitalarios, que en el marco de la atención primaria de la salud y según lo estipulado por la misma Ley 26.657 puedan funcionar como alternativa: servicios de inclusión social, atención domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, entre

otros. Y señalaron que eso influye en la decisión de internar:

En teoría puede sonar muy bien, en la práctica alguna de estas cosas [...] a ver, que en ningún caso la internación pueda indicarse para resolver problemas sociales o de vivienda, nosotros sabemos que hay un montón de pibes que se internan por esto. (Pediatra)

DISCUSIÓN

En la atención a niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental realizada en la guardia del hospital pediátrico, los profesionales valoran que las internaciones por razones de salud mental tengan la mayor brevedad posible, el abordaje integral e interdisciplinario, y la inclusión del entorno familiar. Estos aspectos coinciden con el espíritu de la ley 26.657, y los entrevistados los vienen sosteniendo en la práctica como modo de trabajo conjunto aun antes de su sanción.

Desde su punto de vista, las mayores dificultades para desarrollar la tarea aparecen en las consultas de adolescentes con adicciones, niñas y niños en situación de calle con o sin consumo problemático de sustancias, y adolescentes que consultan con crisis agudas y conductas autolesivas. Los entrevistados vinculan esas dificultades a las limitaciones en los recursos, tanto intra como extrahospitalarios, para dar respuesta a la complejidad que presentan estas situaciones. Entre los primeros incluyen las inapropiadas características de las salas generales, que en ocasiones determinan la derivación a hospitales monovalentes, y la falta de capacitación de enfermeros y médicos para poder responder principalmente a los requerimientos de la internación.

Respecto a los recursos extrahospitalarios, las dificultades en la articulación intersectorial que acompañan el abordaje de las consultas y la ausencia de dispositivos alternativos a la internación hacen que esta última sea a veces la única medida de tratamiento posible. En este sentido, todos los entrevistados coinciden en que el lineamiento de la Ley 26.657 más difícil de aplicar es el que propone que las internaciones sean indicadas como último recurso y en hospitales generales.

La mayoría de los profesionales conoce los contenidos de dicha Ley. Incluso, respecto a los lineamientos principales, los psicólogos y psiquiatras (y también los pediatras de mayor antigüedad en la guardia) perciben una consonancia con su modo de trabajo previo. Estas recurrencias podrían explicarse en parte porque los psicólogos y psiquiatras, todos con formación psicoanalítica, han trabajado tradicionalmente con los pediatras en los distintos servicios del hospital y desde varias décadas antes de la conformación de los equipos en Guardia, con una transmisión particular del modo de hacer clínica con niños y sus familias.

Por lo tanto, estos profesionales relacionan los cambios producidos en su práctica con aspectos principalmente procedimentales, que se desprenden de su reglamentación y la obligación a informar a organismos de protección de derechos.

Si bien se valora y trabaja interdisciplinariamente en la guardia de Salud Mental, hay tensiones asociadas a las especificidades del rol de las trabajadoras sociales. Esto podría deberse a su reciente incorporación en equipos más antiguos, lo que implica que el campo de diálogo entre estas disciplinas se encuentra en construcción.

A partir del análisis realizado, cabe afirmar que la resistencia no se genera por el hecho de que las internaciones sean en los hospitales generales, sino que los obstáculos en la atención y para la implementación de la Ley se deben a las características de los recursos hospitalarios, la falta de dispositivos alternativos y la limitación en las articulaciones interinstitucionales, todo lo cual influye en los criterios de internación a la hora de intervenir.

La transformación de las prácticas y los modelos de atención y organización de los servicios destinados al cuidado de la Salud Mental que impulsa la Ley, más allá del esfuerzo de actores sociales, debe ir acompañada de políticas en este campo de la salud. Sin embargo, no ha habido avances en este sentido en CABA en lo que se refiere a niños y niñas y adolescentes con padecimiento mental.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Conocer la perspectiva de los profesionales y los fundamentos de sus prácticas resulta relevante para acompañar el proceso de implementación de las normativas y la planificación de estrategias apropiadas, que contribuyan a desarrollar prácticas más inclusivas acordes al nuevo paradigma. El estudio pone en evidencia la necesidad de implementar políticas de

Salud Mental que acompañen el proceso de adecuación de la atención. Los gestores deben considerar las características de los servicios de atención, las condiciones de internación, el impacto de la falta de articulación entre efectores y las dificultades en la intersectorialidad para mejorar la calidad de las intervenciones y cuidados y su adecuación a la ley.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las características de la construcción del trabajo interdisciplinario de los profesionales y la necesidad e interés en la capacitación en Salud Mental deben ser transmitidas a las autoridades sanitarias y formar parte de nuevas estrategias, que permitan mejorar las respuestas institucionales y el papel de estos aspectos en los procesos de salud-cuidado-atención.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este estudio es un primer paso para saber de qué modo la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ha impactado en la adecuación de las prácticas de atención de los problemas de salud mental en la niñez y en el ámbito de las guardias. Por esto mismo debe ser profundizado. Es necesario continuar las líneas de investigación vinculadas a la evaluación de servicios, la implementación de normativas y la perspectiva de los profesionales en la atención de personas con padecimiento mental. El recorrido de los actores, que incluye perspectivas subjetivantes y de derechos humanos, permitiría abrir nuevos interrogantes para profundizar algunas de las implicancias político-técnicas.

Cómo citar este artículo: Heredia M, Barcala A. Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):13-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. InfoLEG Información Legislativa, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2010. [Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>] [Último acceso: 04/05/2017]

² Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS); 1990. [Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf] [Último acceso: 04/05/2017]

³ La OPS promueve la aplicación de la Ley de Salud Mental. OPS; 2012. [Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1099&Itemid=236] [Último acceso: 04/05/2017]

⁴ Gorbacz L. La Ley de Salud Mental y el proyecto nacional. Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires: Eudeba; 2011.

⁵ Galende E. Conferencia y mesa redonda sobre desmanicomialización. *Psicoanálisis*. 2008;30(2/3).

⁶ Levav I. La alianza entre los movimientos de derechos humanos y la reforma de la atención en salud mental. Estrategia de superación de las transgresiones por comisión y por omisión. Derecho y Salud Mental. Buenos Aires: *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, Ed. Rubinzal-Culzoni; 2013.

⁷ Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, promulgada el 27 de julio de 2000 y reglamentada el 22 de abril de 2004 (DECRETO N° 635/004 BOCBA N° 1927 del 26/04/2004). [Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/salud_mental/ley448.pdf] [Último acceso: 27/05/2017]

⁸ Cohen H. Ley 26657. Fundamentos para la transformación. Derecho y Salud Mental. Buenos Aires: *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, Ed. Rubinzal-Culzoni; 2013.

⁹ Barcala A, Torricelli F, Álvarez Zunino P. Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario. Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en "Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología". Universidad de Buenos Aires; 2008.

¹⁰ Gómez P, Regueiro de Giacomini I, Rodríguez L, Spinelli G. Los diagnósticos como forma de discriminación. Los dispositivos para la externación de las personas menores de edad internadas por razones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires: Eudeba; 2011.

¹¹ Barcala A, Torricelli F, Brio MC, Vila N, Marotta J. Salud mental infantil: un análisis de la capacidad de respuesta de los servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires. En: Brio MC (ed.). *Psicofarmacología y neurociencia en pediatría*. Buenos Aires: Sciens; 2007.

¹² Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013. CABA. Ministerio Público Tutelar; 2013. [Disponible en: http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/fig_2007_2013_web.pdf] [Último acceso: 04/05/2017]

¹³ Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 21. Salud Mental. CABA.

Ministerio Público Tutelar; 2014. [Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf] [Último acceso: 04/05/2017]

¹⁴ Faraone S, Bianchi E, Giraldez S (compil.). Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. Buenos Aires: Editorial UBA, Facultad de Ciencias Sociales; 2015.

¹⁵ Derechos humanos en Argentina. Informe 2015. CELS. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI; 2015.

¹⁶ Zaldúa G, Bottinelli MM, Soprani MB, Nabergoi M, Lenta M, Tisera A, et al. Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Área de Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires; 2011. Publicado en CD-ROM. ISBN: 978-950-29-1322-3.

¹⁷ Zaldúa G, Pawlowicz MP, Tisera A, Lenta MM, Lohigorry J, Romina Moschella R. Obstáculos y posibilidades de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En: Zaldúa G (coord.). *Intervenciones en psicología social comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2016. [Disponible en: <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria>] [Último acceso: 04/05/2017]

¹⁸ Barcala A, Luciani Conde L. Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2015.

¹⁹ Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones. Testimonio 2012-2014. Olmo P (coord.). Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación; 2015. [Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>] [Último acceso: 04/05/2017]

²⁰ Recursos para efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales de la CABA. Equipo Común de Intervención Extrajurisdiccional de primera instancia. Informe de actualización diciembre 2016. CABA. Ministerio Público Tutelar; 2016.

²¹ Llobet V. Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2006;4(1).

²² Barcala A. Los dispositivos de atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires: Eudeba; 2011.

²³ De Souza Minayo MC. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: De Souza Minayo MC (org.). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar; 2003.

²⁴ Vasilachis de Gialdino I (dir.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa; 2007.

²⁵ De Souza Minayo MC. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar; 2013.

²⁶ Piovani J, Archendi N, Marradi A. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé; 2007.

²⁷ Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Buenos Aires: Síntesis; 1999.

ARTÍCULOS ORIGINALES

CONTENIDO DE AZÚCARES EN BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS COMERCIALIZADAS EN ARGENTINA Y COSTA RICA

Sugar Content in Non-Alcoholic Beverages Marketed in Argentina and Costa Rica

María Victoria Tiscornia¹, Katrina Heredia-Blonval¹, Lorena Allemandi¹, Adriana Blanco-Metzler², Miguel Ponce¹, María de los Ángeles Montero-Campos², Luciana Castronuovo¹, Verónica Schoj¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El consumo de bebidas azucaradas está vinculado con un mayor riesgo de obesidad. OBJETIVOS: Comparar el contenido de azúcares declarado en el etiquetado nutricional de diferentes bebidas no alcohólicas comercializadas en Argentina y Costa Rica. MÉTODOS: Se recogieron datos de azúcares reportados en 13 categorías de bebidas no alcohólicas comercializadas en supermercados en 2012 y 2013. En ambos países se calculó la media de azúcares en una porción estándar de 200 ml. RESULTADOS: Dentro de las bebidas no alcohólicas comercializadas en Argentina (n=287) y Costa Rica (n=495) predominaron las azucaradas (77,6%), de las cuales la mayoría (56%; n=435) mostró contenidos de azúcares por encima del 20% del valor diario recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Costa Rica presentó en promedio niveles superiores a los de Argentina. Las categorías con mayor contenido de azúcares en Costa Rica fueron: néctares (24,7 g/200 ml), jugos de fruta (22,5 g/200 ml) y gaseosas regulares (22,5 g/200 ml). En Argentina, gaseosas regulares (20,9 g/200 ml), jugos de fruta (18,5 g/200 ml) y bebidas a base de soja (14,9 g/200 ml). CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que analiza y compara el contenido de azúcares de bebidas no alcohólicas en dos países latinoamericanos. El alto contenido observado y la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región evidencian la necesidad de establecer políticas públicas para reducir el consumo de bebidas azucaradas.

PALABRAS CLAVE: Bebidas; Azúcar; Enfermedad Crónica; Políticas Públicas; América Latina

ABSTRACT. INTRODUCTION: The consumption of sugar-sweetened beverages is associated with an increased risk of obesity. OBJECTIVES: To compare the sugar content on food labels of different non-alcoholic beverages marketed in Argentina and Costa Rica. METHODS: Sugar data were collected from 13 categories of non-alcoholic beverages available in supermarkets in 2012 and 2013. Mean sugar levels were calculated in both countries, considering a standard serving of 200 ml. RESULTS: Among non-alcoholic beverages available in Argentina (n=287) and Costa Rica (n=495), sugar-sweetened ones were predominant (77.6%). The majority of them (56%; n=435) had sugar contents that were over 20% of the daily intake recommended by the World Health Organization. Costa Rica showed average levels higher than Argentina. The categories with the highest sugar content in Costa Rica were nectars (24.7 g/200 ml), fruit juices (22.5 g/200 ml) and regular soft drinks (22.5 g/200 ml); in Argentina, regular soft drinks (20.9 g/200 ml), fruit juices (18.5 g/200 ml) and soy-based drinks (14.9 g/200 ml). CONCLUSIONS: This study is the first analysis and comparison of sugar content in non-alcoholic beverages in two Latin American countries. The high sugar content found in soft drinks and the high prevalence of overweight and obesity in the region show the need to implement public health policies to reduce consumption of sugar-sweetened beverages.

KEY WORDS: Beverages; Sugar; Chronic Disease; Public Policies; Latin America

¹ Fundación Interamericana del Corazón (FIC), Argentina.

² Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: *International Development Research Centre*, proyectos 106681-001 (Argentina) y 106888 (Costa Rica).

FECHA DE RECEPCIÓN: 7 de noviembre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15 de junio de 2017

CORRESPONDENCIA A: María Victoria Tiscornia

Correo electrónico: victoria.tiscornia@ficargentina.org

Registro RENIS N°: IS 001269

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado a un ritmo alarmante, lo que constituye un grave problema para la salud pública mundial. Cada año mueren, al menos, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o el sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, en la actualidad también incide en los países de ingresos bajos y medianos¹. América Latina tiene una de las prevalencias más altas: un 20-25% de niños y adolescentes y un 62% de los adultos están afectados por el sobrepeso o la obesidad². Argentina y Costa Rica no son la excepción, con respectivamente un 58% y 60% de la población adulta

que padece exceso de peso y obesidad. Además, tienen exceso de peso el 28,6% de adolescentes argentinos de entre 13 y 15 años y el 21% de los costarricenses de entre 13 y 19 años³⁻⁵.

El patrón de alimentación ha ido cambiando desfavorablemente. Según el último reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las comidas rápidas y las bebidas azucaradas están desplazando a los alimentos frescos y más nutritivos, contribuyendo al incremento mundial de la obesidad^{6,7}.

Numerosos estudios, especialmente los que se enfocan en bebidas, relacionan el consumo excesivo de azúcares con el aumento en la prevalencia de obesidad a largo plazo, el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares^{8,9}, diabetes tipo 2^{10,11} e hipertensión arterial¹². Con base en la evidencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda reducir el consumo de azúcares libres a lo largo del ciclo de vida. La nueva directriz sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños¹³, establece que se debería reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total. Esto equivale a 50 gramos diarios para una dieta promedio de 2000 kilocalorías. Señala incluso que una reducción por debajo del 5% de la ingesta calórica total produciría beneficios adicionales para la salud. Sin embargo, la tendencia de consumo y venta de bebidas azucaradas está en aumento en América Latina. Un estudio detectó un incremento del 33% en promedio entre 2000 y 2013. Se trata de la segunda región con mayor consumo de bebidas azucaradas, luego de América del Norte (Estados Unidos y Canadá)⁷. Esto se debe a que la industria de bebidas azucaradas está migrando de los países desarrollados a los de bajos y medianos ingresos¹⁴. Con respecto al consumo, Argentina es el cuarto país de la región con mayor ingesta calórica por día proveniente de bebidas azucaradas¹⁵, mientras que Costa Rica no cuenta con estos datos. En la actualidad no existen estudios publicados en América Latina que comparen el contenido de azúcares en bebidas no alcohólicas entre países de la región. Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue comparar el contenido promedio de azúcares reportado en las etiquetas nutricionales de los diferentes tipos de bebidas no alcohólicas comercializadas en dos países latinoamericanos: Argentina y Costa Rica.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva observacional de corte transversal para determinar el contenido de azúcares de bebidas no alcohólicas en la capital de dos países latinoamericanos: Argentina (Buenos Aires) y Costa Rica (San José). Este estudio se efectuó en el marco de la iniciativa internacional colaborativa The Food Monitoring Group liderada por el George Institute for Global Health de Australia, que monitorea el contenido de nutrientes en los alimentos procesados^{16,17}.

Según datos de distribución para América Latina en 2013, la venta de bebidas gaseosas y jugos en tiendas comestibles modernas (incluidos los supermercados) fue del 36% y del

38%, respectivamente. En relación con el año 2000 las ventas muestran una tendencia en aumento en este tipo de tiendas, principalmente en supermercados e hipermercados, a expensas de las tiendas tradicionales, con un incremento de ventas del 10,6% en jugos y del 2,4% en bebidas gaseosas⁷. Es por ello que en ambos países la recolección de datos se realizó en supermercados. En Argentina se recabaron datos de 287 bebidas no alcohólicas entre diciembre de 2012 y marzo de 2013, obtenidos en dos cadenas de supermercados líderes en venta según información de mercado disponible¹⁸. En Costa Rica se recogieron datos de 495 bebidas no alcohólicas entre mayo y agosto de 2013 en un supermercado de la cadena principal. El período de recolección se basó en la metodología estandarizada utilizada en estudios similares en el marco de la iniciativa internacional colaborativa *The Food Monitoring Group*^{16,19}.

En ambos países se incluyeron todas las marcas y presentaciones disponibles de los productos expuestos en las góndolas o exhibidores de los supermercados visitados (técnica de barrido)¹⁶. La metodología consistió en escanear el código de barras del alimento, tomar fotografías de las etiquetas y cargarlas a la base de datos por medio de una aplicación de teléfono inteligente llamada *Data Collector* (desarrollada por esta misma institución²⁰), introducir la información nutricional al sistema de gestión en línea, revisar datos digitados en una muestra del 10% de los productos para controlar la calidad de los datos y categorizar los alimentos.

Para cada producto se ingresó en un formulario digital el nombre y la marca, la empresa fabricante, la porción de referencia (ml) y la información nutricional declarada. La clasificación de las bebidas se basó en las categorías indicadas en la literatura y en las utilizadas por la industria alimentaria en el ámbito internacional. Se unificaron los criterios de categorización entre ambos países según la disponibilidad de productos. La clasificación final incluyó 13 categorías: aguas minerales, aguas saborizadas con azúcar, aguas saborizadas sin azúcar, bebidas a base de soja, gaseosas regulares, gaseosas dietéticas, aromatizadas regulares, aromatizadas dietéticas, bebidas con azúcar para deportistas, bebidas sin azúcar para deportistas, jugos de fruta, néctares, y concentrados y pulpas de frutas (ver Tabla 1).

Para el análisis de la información se tomó como punto de partida la definición de azúcares libres de la OMS: monosacáridos y disacáridos añadidos a los alimentos y las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, así como azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de fruta y los concentrados de jugos de fruta¹³. Se equiparó el término azúcares libres a azúcares.

Se analizó el contenido de azúcares a partir de su declaración en el rótulo nutricional. En los casos donde dicho contenido no se declaraba, se tomó como equivalente el contenido de carbohidratos totales, tanto en Argentina como en Costa Rica. La medida de referencia fue 200 ml, equivalente a un vaso según el Código Alimentario Argentino²¹. Se consideró el producto listo para el consumo, diluido según las instrucciones de preparación del envase y, cuando no

se especificaba, se calculó la dilución en 200 ml de agua. Se evaluó: 1) el tipo de bebidas no alcohólicas disponible en cada país; 2) el contenido medio de azúcares de las diferentes categorías de bebidas no alcohólicas para cada país; 3) la diferencia entre el contenido medio de azúcares para categorías compartidas de ambos países. Se utilizó la prueba de comparación U Mann-Whitney, por tratarse de variables que no seguían una distribución normal (no paramétrica). Además, se calculó el coeficiente de variación. Se excluyeron de este análisis las categorías que no aportan azúcares (gaseosas dietéticas, bebidas sin azúcar para deportistas, aguas minerales y aguas saborizadas sin azúcar) y las categorías con un producto recolectado o menos en alguno de los países (bebidas sin azúcar para deportistas, néctares, bebidas a base de soja, y concentrados y pulpas de frutas); 4) el aporte de azúcares de acuerdo con la recomendación de consumo diario de la OMS (10% del valor calórico total) de cada categoría de bebidas para cada país. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 20.0.

RESULTADOS

Se analizaron 782 bebidas no alcohólicas, 63,3% correspondientes a Costa Rica (n=495) y 36,7% (n=287) a Argentina. En la Tabla 2 se indica la distribución de bebidas según categoría en cada país. Dentro del total de la muestra hubo un 77,6% (n=607) de bebidas no alcohólicas con azúcar y un 22,4% (n=175) sin azúcar (incluidas aguas saborizadas, bebidas para depor-

tistas, gaseosas dietéticas y aguas minerales). El 21% (n=130) de las bebidas no alcohólicas con azúcar (n=607) no declaraba el contenido de azúcares en el rótulo nutricional, y se tomó como equivalente el contenido de carbohidratos totales. Esto corresponde al 13% (n=81) y al 8% (n=49) de los productos relevados en Costa Rica y Argentina, respectivamente. 1) En el análisis del tipo de bebidas no alcohólicas disponibles, se observaron diferencias entre ambos países. En Argentina no se encontraron productos categorizados como bebidas sin azúcar para deportistas, néctares, y concentrados y pulpas de frutas, mientras que en Costa Rica no se hallaron aguas saborizadas sin azúcar (ver Tabla 2). 2) Las bebidas no alcohólicas con mayor contenido medio de azúcares en Costa Rica fueron los néctares (24,7 g/200 ml), jugos de fruta (22,5 g/200 ml), gaseosas regulares (22,5 g/200 ml), aromatizadas regulares (14,3 g/200 ml) y concentrados y pulpas de fruta (13,6 g/200 ml), mientras que en Argentina las categorías con mayor contenido de azúcares fueron las gaseosas regulares (20,9 g/200 ml), jugos de fruta (18,5 g/200 ml), bebidas a base de soja (14,9 g/200 ml), aromatizadas regulares (13,2 g/200 ml) y bebidas con azúcar para deportistas (12 g/200 ml) (ver Tabla 3). 3) Al comparar el contenido medio de azúcares en categorías de bebidas no alcohólicas compartidas, se encontraron diferencias significativas (p<0,05) en las bebidas con azúcar para deportistas entre Argentina (12,0 g/200 ml) y Costa Rica (11,6 g/200 ml); coeficiente de variación (CV): 13%. En el

TABLA 1. Definición de las categorías de bebidas no alcohólicas en Argentina y Costa Rica según categoría de bebida, 2012-2013.

Categoría de bebida	Definición
Aguas minerales	Agua obtenida del manantial y envasada cerca de este; se caracteriza por la presencia de determinadas sales minerales, oligoelementos u otros componentes ³⁴ .
Aguas saborizadas con azúcar	Bebida elaborada con agua mineral, adicionada de sustancias aromatizantes naturales de uso permitido y azúcares ³⁵ .
Aguas saborizadas sin azúcar	Bebida elaborada con agua mineral, adicionada de sustancias aromatizantes naturales de uso permitido. Sin adición de azúcares ³⁵ .
Bebidas a base de soja	Bebida elaborada con frijoles de soja secos remojados en agua, transformados en puré, hervidos y colados; o preparado con harina, concentrado, o aislado de soja, con o sin edulcorante. Incluye los productos denominados leche de soja ³⁶ .
Gaseosas regulares	Bebida obtenida por disolución de dióxido de carbono (anhídrido carbónico). Con edulcorantes energéticos ³⁵ .
Gaseosas dietéticas	Bebida obtenida por disolución de dióxido de carbono (anhídrido carbónico). Con edulcorantes no energéticos ³⁵ .
Aromatizadas regulares	Bebida elaborada con agua potable y con adición de una o varias de las siguientes sustancias: jugos o extractos de fruta; frutas, semillas, tubérculos; agentes aromáticos; y esencias naturales ³⁷ . Incluye productos a base de hierbas, bebidas en polvo y bebidas con jugo de frutas (diluidos o no). Con edulcorantes energéticos.
Aromatizadas dietéticas	Bebida elaborada con agua potable y con adición de una o varias de las siguientes sustancias: jugos o extractos de fruta; frutas, semillas, tubérculos; agentes aromáticos; y esencias naturales ³⁷ . Incluye productos a base de hierbas, bebidas en polvo y bebidas con jugo de fruta (diluidos o no). Con edulcorantes no energéticos.
Bebidas con azúcar para deportistas	Bebida isotónica, debido a que presenta misma osmolaridad de la sangre. Contiene de 6 a 8% de azúcares y electrolitos (sodio, potasio, calcio, magnesio y cloro) ³⁶ .
Bebidas sin azúcar para deportistas	Bebida isotónica, debido a que presenta misma osmolaridad de la sangre. Contiene electrolitos (sodio, potasio, calcio, magnesio y cloro). Sin adición de azúcares ³⁶ .
Jugos de fruta	Bebida sin fermentar pero fermentable obtenida de la parte comestible de frutas frescas sanas de madurez apropiada o de fruta que se ha mantenido sana por medios idóneos ³⁸ . Incluye jugos de fruta, 100% edulcorante.
Néctares	Bebida sin fermentar pero fermentable, se obtiene al añadir agua, con o sin edulcorantes al jugo de fruta, el jugo de fruta concentrado, los purés de fruta o purés de fruta concentrados o una mezcla de estos productos. Debe tener al menos 25% de pulpa de fruta ³⁶ .
Concentrados y pulpas de fruta	Bebida elaborada mediante eliminación física del agua en una cantidad que incremente el grado Brix hasta un valor superior por lo menos en un 50% al establecido para el jugo reconstituido de la misma fruta, con o sin edulcorantes ³⁶ .

Fuente: Elaboración propia.

caso de las categorías de aguas saborizadas con azúcar (CV: 53%), aromatizadas dietéticas (CV: 187%), aromatizadas regulares (CV: 59%), gaseosas regulares (CV: 25%) y jugos de fruta (CV: 45%), no hubo diferencias significativas ($p \geq 0,05$) en el contenido de azúcares entre ambos países debido a la gran variabilidad de estos contenidos dentro de la misma categoría (ver Tabla 3).

4) La mayoría de las bebidas no alcohólicas (56%; $n=435$) aportan más del 20% del valor diario de azúcares libres (g/per cápita/día) recomendado por la OMS en un vaso (200 ml), aunque se observaron variaciones según las categorías de cada país. En Costa Rica, el aporte de azúcares de un vaso es del 50% en néctares, 44% en jugos de fruta, 44% en gaseosas regulares, 29% en aromatizadas

regulares, 23% en bebidas con azúcar para deportistas, 23% en aguas saborizadas con azúcar, 12% en concentrados y pulpas de frutas y 4% en aromatizadas dietéticas. En Argentina, es del 42% en gaseosas regulares, 30% en bebidas a base de soja, 27% en jugos de fruta, 26% en aromatizadas regulares, 24% en bebidas con azúcar para deportistas, 20% en aguas saborizadas con azúcar y 4% en aromatizadas dietéticas (ver Gráfico 1).

GRÁFICO 1. Aporte de azúcares de bebidas no alcohólicas (% en 200 ml) comercializadas en Argentina y Costa Rica, según recomendación de la OMS, 2012-2013.

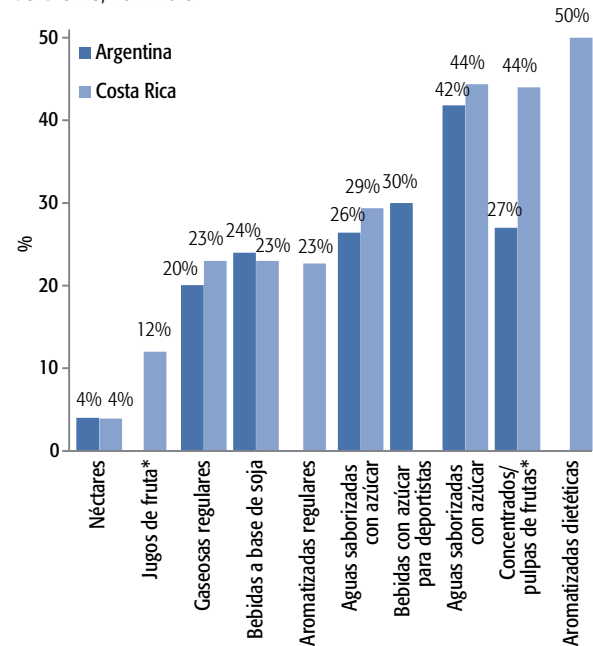


TABLA 2. Distribución de bebidas no alcohólicas en Argentina y Costa Rica, según categoría de bebida, 2012-2013.

Categoría de bebida	Argentina n (%)	Costa Rica n (%)	Total
Aguas minerales	34 (11,8)	28 (5,7)	62
Aguas saborizadas con azúcar	63 (22)	5 (1)	68
Aguas saborizadas sin azúcar	27 (9,4)	0 (0)	27
Aromatizadas dietéticas	32 (11,1)	32 (6,5)	64
Aromatizadas regulares	33 (11,5)	229 (46,3)	262
Bebidas a base de soja	7 (2,4)	1 (0,2)	8
Bebidas con azúcar para deportistas	18 (6,3)	21 (4,2)	39
Bebidas sin azúcar para deportistas	0 (0)	5 (1)	5
Concentrados y pulpas de frutas*	0 (0)	5 (1)	5
Gaseosas dietéticas	23 (8)	15 (3)	38
Gaseosas regulares	44 (15,3)	44 (8,9)	88
Jugos de fruta	6 (2,1)	27 (5,5)	33
Néctares	0 (0)	83 (16,8)	83
Total	287 (100)	495 (100)	782

* Se consideró el producto listo para el consumo, diluido según las instrucciones de preparación del envase y, cuando no se especificaba, se calculó la dilución en 200 ml de agua.

Fuente: Elaboración propia, base de datos de alimentos procesados de Argentina y Costa Rica, 2016.

* Se consideró el producto listo para el consumo, diluido según las instrucciones de preparación del envase y, cuando no se especificaba, se calculó la dilución en 200 ml de agua.

Fuente: Elaboración propia, base de datos de alimentos procesados de Argentina y Costa Rica, 2016.

TABLA 3. Comparación de medias del contenido de azúcares (g/200 ml) de bebidas no alcohólicas comercializadas en Argentina y Costa Rica, según categoría de bebidas, 2012-2013.

Categoría de bebida	Total azúcares		Argentina azúcares		Costa Rica azúcares		p	CV
	n	(g)	n	(g)	n	(g)		
Aguas minerales	62	0	34	0	28	0	NA	NA
Aguas saborizadas con azúcar	68	10,1	63	10	5	11,3	0,873	53%
Aguas saborizadas sin azúcar	27	0	27	0	0	0	NA	NA
Aromatizadas dietéticas	64	1,8	32	1,9	32	1,6	0,536	187%
Aromatizadas regulares	262	14,1	33	13,2	229	14,3	0,08	59%
Bebidas a base de soja	8	13	7	14,9	1	0	NA	42%
Bebidas con azúcar para deportistas	39	11,8	18	12	21	11,6	0,009*	13%
Bebidas sin azúcar para deportistas	5	0	0	...	5	0	NA	NA
Concentrados y pulpas de frutas†	5	13,6	0	...	5	13,6	NA	55%
Gaseosas dietéticas	38	0	23	0	15	0	NA	NA
Gaseosas regulares	88	21,7	44	20,9	44	22,5	0,276	25%
Jugos de fruta†	33	21,8	6	18,5	27	22,5	0,089	45%
Néctares	83	24,7	0	...	83	24,7	NA	27%
Total	782	13	287	9	495	15	...	...

* Diferencia significativa ($p < 0,05$) entre medias de azúcares; † Se consideró el producto listo para el consumo, diluido según las instrucciones de preparación del envase y, cuando no se especificaba, se calculó la dilución en 200 ml de agua; Abreviaturas: p = valor p CV = coeficiente de variación, NA = no aplica.

Fuente: Elaboración propia. Base de datos de alimentos procesados Argentina y Costa Rica, 2016.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que analiza y compara el contenido de azúcares de las bebidas no-alcohólicas en dos países latinoamericanos. Tanto en Argentina como en Costa Rica, las gaseosas regulares y los jugos de fruta se encuentran entre las tres categorías con mayor contenido de azúcares. Este hallazgo es relevante, ya que los jugos de fruta suelen ser percibidos como saludables por la población²² y en Argentina, de hecho, son los productos más consumidos dentro del mercado de bebidas sin alcohol después de las gaseosas y las aguas minerales²³. El alto contenido de azúcares en los jugos de fruta también se confirmó en otro estudio, que se realizó en Polonia e investigó las bebidas más populares en los niños²⁴. Además, hay evidencia acerca del elevado aporte de azúcares de los jugos de fruta al consumo total diario²⁵. Si bien contienen un mínimo de vitaminas y minerales, el consumo excesivo de jugos tiene un impacto en la salud que es similar al del resto de las bebidas azucaradas²⁶. Es por ello que los resultados del presente estudio corroboran la necesidad de considerar a todas estas bebidas como productos con alto contenido de azúcares, cuyo consumo excesivo puede ser perjudicial para la salud.

La categoría de bebidas con azúcar para deportistas fue la única que presentó diferencias significativas, lo que es llamativo, ya que la mayoría de las marcas coinciden en Argentina y Costa Rica. Estos resultados concuerdan con una investigación realizada en el Reino Unido, donde se demostró que el contenido de azúcares de una misma marca de bebida variaba según el país de fabricación²⁷.

El presente estudio demostró que la mayoría de las bebidas comercializadas en ambos países tienen un aporte de azúcares mayor al 20% del valor diario recomendado por la OMS en un vaso de 200 ml²⁰, y que un vaso de gaseosa regular cubre un alto porcentaje de ese valor (Argentina 42% y Costa Rica 44%). Con el consumo de apenas una botella de 600 ml, equivalente a 3 vasos de gaseosa, se estaría superando ampliamente el valor diario recomendado (130% aproximadamente). Este dato es relevante, ya que en Argentina las gaseosas regulares lideran con claridad el sector de las bebidas azucaradas y crecieron en 2002-2009 un 59% como consecuencia de factores macroeconómicos que impulsaron el consumo²². Ya desde 2004/2005, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud incluye a las gaseosas entre los ocho primeros alimentos/bebidas más consumidos por las mujeres en edad fértil en Argentina, con un promedio de consumo de 388 ml/día²⁸. Además, según Euromonitor 2014, Argentina es el primer consumidor de bebidas gaseosas del mundo, con 137 litros per cápita por año²⁹.

En la actualidad, ni Costa Rica ni Argentina cuentan con políticas públicas orientadas a reducir el consumo de bebidas azucaradas. En 2016 la Comisión para el Fin de la Obesidad Infantil de la OMS elaboró un informe, que recomienda reducir el consumo de bebidas azucaradas

en niños y adolescentes a través de medidas como la restricción de la publicidad dirigida a niños, la prohibición de disponibilidad de bebidas azucaradas en las escuelas, el acceso a agua potable, la implementación de campañas de sensibilización y la promoción de políticas fiscales y de etiquetado frontal³⁰. A nivel regional, los Estados Miembros de la OPS aprobaron en 2014 un Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y en la Adolescencia, que apoya el mismo tipo de recomendaciones³¹.

Este estudio presenta como principal fortaleza ser el primero que compara el contenido de azúcares en las bebidas no alcohólicas entre dos países latinoamericanos. Además, la metodología utilizada está validada y aceptada, lo cual permite cotejar los datos con los de otros países. Si bien los momentos de recolección fueron distintos por los tiempos internos de cada proyecto de investigación, es poco probable que en los períodos considerados se hayan producido cambios significativos en el tipo de ofertas de bebidas no alcohólicas.

Una limitación del estudio es la utilización del rótulo nutricional de los productos como fuente de información, sin comprobar el contenido de azúcares por análisis de laboratorio. Además, en ambos países la declaración de azúcares es opcional, por lo que debió considerarse el contenido de carbohidratos declarado en el rótulo nutricional como equivalente al de azúcares. Sin embargo, las tablas de composición nutricional confirman que los carbohidratos contenidos en las bebidas no alcohólicas corresponden en su mayoría a azúcares (glucosa o fructosa)³². Esto también fue reportado en otros estudios³³.

La falta de obligatoriedad en el reporte de azúcares en ambos países representa una importante barrera para monitorear el contenido y para proporcionar información clara a los consumidores. Esta limitación resalta la importancia de promover una política adecuada de rotulado nutricional, que garantice la información precisa, veraz y suficiente para guiar a los consumidores en la compra de alimentos y bebidas saludables.

En conclusión, el alto contenido de azúcares observado en las bebidas no alcohólicas y la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región evidencian la necesidad de establecer políticas públicas orientadas a reducir el consumo de bebidas azucaradas y garantizar la protección de la salud de la población.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio constituye un insumo para informar a actores clave y tomadores de decisiones en Argentina y Costa Rica. Se espera que este aporte sirva de sustento para la discusión, diseño e implementación de políticas públicas orientadas a disminuir el consumo de alimentos no saludables, promover el consumo de productos naturales, mejorar el ambiente alimentario y contribuir a la reducción de las enfermedades no transmisibles.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La información obtenida en este estudio constituye un punto de partida para futuras investigaciones, que se orienten a conocer con mayor profundidad el consumo de este tipo de bebidas en la población general (incluidos niños,

niños y adolescentes) y a abordar los conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales de diferentes grupos poblacionales en relación con el consumo de bebidas azucaradas.

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

Cómo citar este artículo: Tiscornia MV, Heredia-Blonval K, Allemandi L, Blanco-Metzler A, Ponce M, Montero-Campos MA, y col. Contenido de azúcares en bebidas no alcohólicas comercializadas en Argentina y Costa Rica. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):20-25.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ 10 datos sobre la obesidad. Organización Mundial de la Salud; 2017. [Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ² Prevención de la obesidad. Organización Panamericana de la Salud; 2014. [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11506&Itemid=41655&lang=es] [Último acceso: 27/05/2017]
- ³ Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; 2013.
- ⁴ Encuesta Nacional de Nutrición. Ministerio de Salud, Costa Rica; 2008-2009.
- ⁵ Encuesta Mundial de Salud Escolar - Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; 2012.
- ⁶ Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: A Global Perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research; 2009.
- ⁷ Alimentos y bebidas ultraprocesadas en América Latina: tendencias, efectos sobre la obesidad e implicaciones para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud; 2015.
- ⁸ Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of Soft Drink Consumption on Nutrition and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. 2007;97(4):667-75.
- ⁹ Huang C, Huang J, Tian Y, Yang X, Gu D. Sugar Sweetened Beverages Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Prospective Studies. Atherosclerosis. 2014;234(1):11-16.
- ¹⁰ Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of Sugar Sweetened Beverages, Artificially Sweetened Beverages, and Fruit Juice and Incidence of Type 2 Diabetes: Systematic Review, Meta-Analysis, and Estimation of Population Attributable Fraction. BMJ. 2015;351:h3576.
- ¹¹ Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. Diabetes Care. 2010;33(11):2477-83.
- ¹² Malik AH, Akram Y, Shetty S, Malik SS, Njike VY. Impact of Sugar-Sweetened Beverages on Blood Pressure. Am J Cardiol. 2014;113(9):1574-80.
- ¹³ Guía: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Organización Mundial de la Salud; 2015.
- ¹⁴ Carbonating the World. The Marketing and Health Impact of Sugar Drinks in Low- and Middle-Income Countries. Center for Science in the Public Interest; 2016.
- ¹⁵ Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the Global Diet, Particularly Beverages: Patterns, Trends, and Policy Responses. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(2):174-86.
- ¹⁶ Dunford E, Webster J, Metzler AB, Czernichow S, Mhurchu CN, Wolmarans P, et al. International Collaborative Project to Compare and Monitor the Nutritional Composition of Processed Foods. Eur J Prev Cardiol. 2012;19(6):1326-32.
- ¹⁷ Food Monitoring Group. Progress with a Global Branded Food Composition Database. Food Chem. 2013;140(3):451-7.
- ¹⁸ Packaged Food in Argentina. Euromonitor International; 2016. [Disponible en: <http://www.euromonitor.com/packaged-food-in-argentina/report>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ¹⁹ Allemandi L, Tiscornia MV, Ponce M, Castronuovo L, Dunford E, Schoj V. Sodium Content in Processed Foods in Argentina: Compliance with the National Law. Cardiovasc Diagn Ther. 2015;5(3):197-206.
- ²⁰ Data Collector. The George Institute for Global Health; 2016. [Disponible en: <https://itunes.apple.com/au/app/data-collector/id545847554?mt=8>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ²¹ Ley 18284, Artículo 982. Código Alimentario Argentino; 2012.
- ²² Martins R. Diversification Key to Soft Drink Market in Brazil. Euromonitor International; 2015. [Disponible en: <http://blog.euromonitor.com/2015/02/diversification-key-to-soft-drink-market-in-brazil.html>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ²³ Informe: Bebidas Sin Alcohol. Alimentos Argentinos; 2013. [Disponible en: <http://www.alimentosargentinos.gob.ar/contenido/revista/pdfs/58/BEBIDASORIGINAL.pdf>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ²⁴ Bilek M, Rybakowa M. Sugar Content in Non-Alcoholic Beverages and Dietary Recommendations for Children and Adolescents. Pediatr Endocrinol Diabetes Metab. 2014;22(4):152-60.
- ²⁵ Brisbois TD, Marsden SL, Anderson GH, Sievenpiper JL. Estimated Intakes and Sources of Total and Added Sugars in the Canadian Diet. Nutrients. 2014;6(5):1899-912.
- ²⁶ Gill JM, Sattar N. Fruit Juice: Just Another Sugary Drink? The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2014;2(6):444-6.
- ²⁷ Sugar Reduction: The evidence for Action. Public Health England; 2015.
- ²⁸ Alimentos Consumidos en Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004/2005. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; 2012.
- ²⁹ Carbonates in Argentina. Euromonitor International; 2017. [Disponible en: <http://www.euromonitor.com/carbonates-in-argentina/report>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ³⁰ Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Organización Mundial de la Salud; 2016.
- ³¹ Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y en la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud; 2014.
- ³² National Nutrient Database for Standard Reference, Release 28. Individual food report. Beverages. United States Department of Agriculture; 2015. [Disponible en: <https://www.ars.usda.gov/ARSUserFiles/80400525/Data/SR/SR28/reports/sr28fg14.pdf>] [Último acceso: 30/05/2017]
- ³³ Castillo-Lancellotti C, Pérez-Santiago O, Rivas-Castillo C, Fuentes-García R, Tur-Mari J. Análisis de la publicidad de alimentos orientada a niños y adolescentes en canales chilenos de televisión abierta. Revista Española de Nutrición Comunitaria. 2010;16(2):90-97.
- ³⁴ Codex Alimentarius. Norma General para los Aditivos Alimentarios. CODEX STAN 192-1995. Organización Mundial de la Salud; 1995.
- ³⁵ Código Alimentario Argentino. Capítulo XII. Bebidas Analcohólicas. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; 2012.
- ³⁶ Sports Drinks. Diabetes.co.uk. 2010. [Disponible en: <http://www.diabetes.co.uk/sports-drinks.html>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ³⁷ Bebidas refrescantes. Elergonomista.com. 2009. [Disponible en: <http://www.elergonomista.com/alimentos/bebidas.htm>] [Último acceso: 27/05/2017]
- ³⁸ Codex Alimentarius. List on Standards. Guidelines on Nutrition Labelling. Organización Mundial de la Salud; 2013.

ARTÍCULOS ORIGINALES

DESCENTRALIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LAS REMUNERACIONES MÉDICAS EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS COMPARADO EN CINCO JURISDICCIONES

Decentralization and Structure of Medical Salaries in Argentina: A Comparative Analysis in Five Jurisdictions

Daniel Maceira¹, Alfredo Palacios², Marilina Urrutia³, Natalia Espinola⁴, Mariela Nieves⁵

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El funcionamiento del sistema de salud se basa en las características de sus recursos humanos y en el modo en que ellos se coordinan y complementan para cubrir las necesidades de la población. OBJETIVOS: Analizar las características contractuales de los salarios médicos en Argentina, sus montos y composición, en el contexto de un sistema público de salud descentralizado. MÉTODOS: Se realizaron estudios de caso en cinco jurisdicciones de Argentina: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chaco, La Rioja, Neuquén y Salta. En cada una de ellas se seleccionaron tres hospitales públicos. Se llevaron a cabo encuestas de elección múltiple a una muestra representativa del personal médico. Como fuente de información secundaria, se contó con la base de salarios médicos proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos de cada Ministerio de Salud. RESULTADOS: La capacidad en la definición de reglas de juego pertinentes a los arreglos contractuales, niveles y composición del salario es extremadamente amplia entre jurisdicciones e incluso entre instituciones hospitalarias. Se observa gran nivel de formalización de los contratos laborales, diversidad en las estructuras de incentivos y gestión, y brechas significativas entre hospitales dentro de cada jurisdicción. CONCLUSIONES: La temática de remuneraciones médicas en Argentina presenta una amplia riqueza no sólo de casos y particularidades por jurisdicción, sino también de perspectivas alternativas de abordaje.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The functioning of the health system is based on the characteristics of the human resources and on how they coordinate and complement each other to cover the population's needs. OBJECTIVES: To analyze the contractual characteristics of physician wages in Argentina as well as their amounts and composition, in the context of a decentralized public health system. METHODS: Case studies were performed in five jurisdictions in Argentina: Buenos Aires City, Chaco, La Rioja, Neuquén and Salta. In each of them, three public hospitals were selected. Multiple-choice surveys were conducted on a representative sample of medical personnel. Databases of medical wages were used as secondary source of information, they were provided by the Human Resources Department of each Ministry of Health. RESULTS: The capacity to define "game rules" relevant to contractual arrangements, wage levels and structure is extremely wide between jurisdictions and even between hospitals. The analysis showed a high level of formalization of labor contracts, diversity in management and incentive structures, and significant gaps between hospitals within each jurisdiction. CONCLUSIONS: The topic of medical remuneration in Argentina presents not only a wide variety of cases and peculiarities by jurisdiction, but also many alternative approaches.

PALABRAS CLAVE: Salarios Médicos; Recursos Humanos en Salud; Mercado Laboral de Médicos; Política Salarial

KEY WORDS: Physician Wages; Human Resources for Health; Physician Labor Market; Wage Policy

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), CONICET, Universidad de Buenos Aires (UBA)

² CEDES, UBA

³ Universidad Nacional del Comahue.

⁴ CEDES, Universidad Nacional de La Plata.

⁵ Hospital L. Agote, Chimal, La Rioja.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia" 2014, Estudio Multicéntrico, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de octubre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 22 de mayo de 2017

CORRESPONDENCIA A: Daniel Maceira

Correo electrónico: danielmaceira@cedes.org

Registro RENIS N°: IS000862

INTRODUCCIÓN

La operatoria del sistema de salud descansa críticamente en las características de sus recursos humanos y en el modo en que ellos se coordinan y complementan para brindar cobertura a las necesidades de la población¹⁻⁴. Más allá de la creciente incorporación de nuevas tecnologías, el saber médico y la relación médico-paciente son pilares de cualquier estrategia sanitaria exitosa. Dentro de este marco, el estudio de las condiciones laborales de médicos y otros trabajadores de la salud ocupa un papel central en la agenda de investigación sectorial^{1, 5-7}.

Hablar de condiciones laborales del personal de salud implica considerar un conjunto de aspectos, tales como la definición de una carrera profesional, los criterios de certificación y re-certificación, localización, capacitación continua

y promoción, así como el conjunto de incentivos monetarios y no monetarios que estimula y fomenta el diseño de trayectorias laborales^{1, 8-10}.

Para mayor complejidad, la estructura descentralizada del sistema de salud argentino en términos de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios multiplica los espacios de debate y negociación, con particularidades idiosincráticas en cada jurisdicción^{1, 11-13}.

Si bien a nivel local se ha avanzado en la discusión sobre los mecanismos de incentivos presentes en el sistema sanitario y en cómo las estructuras contractuales se vinculan con el desempeño de los recursos humanos en salud¹⁴⁻¹⁸, el espacio de análisis de las remuneraciones médicas y los incentivos monetarios aún sigue vacante.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar las características contractuales de los salarios médicos en Argentina, los montos y su composición dentro del sistema público de salud. Dado que cada jurisdicción define sus esquemas de pago e incentivos, se seleccionaron cinco: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), La Rioja, Salta, Chaco y Neuquén. La elección no fue aleatoria, sino que formó parte de una estrategia de análisis que propuso la representación de diferentes regiones de la geografía argentina.

MÉTODOS

En cada una de las cinco jurisdicciones se seleccionaron tres instituciones hospitalarias con internación, una de ellas con perfil pediátrico o materno-infantil. Por acuerdo de confidencialidad de la información, las instituciones aparecen aquí denominadas con las letras A, B, C y D. La diversidad de establecimientos caracterizó la muestra intencional. En CABA, territorio relativamente más homogéneo, se optó por dos instituciones de atención general de diferente escala (CABA-B y CABA-C) y un hospital de especialidad pediátrica (CABA-A). En Chaco se seleccionaron tres instituciones de atención general de diferente escala, ubicadas en regiones sanitarias con características socioeconómicas dispares. En La Rioja y Neuquén, dada la menor escala poblacional relativa, hubo que agregar instituciones adicionales para cubrir un número similar de profesionales encuestados. En Salta, a su vez, se escogieron hospitales con historias diferentes de gestión (tradicional, descentralizada y privada re-estatizada (A)).

El análisis se apoyó en dos fuentes principales de información complementarias: a) encuestas estructuradas autoadministradas, diseñadas por el equipo investigador y destinadas a profesionales médicos; y b) bases de datos administrativas de salarios médicos correspondientes al Ministerio de Salud de cada jurisdicción bajo estudio.

La encuesta autoadministrada de elección múltiple se realizó a una muestra aleatoria de 615 médicos de los hospitales públicos seleccionados en las cinco jurisdicciones participantes: CABA (123 encuestas), Salta (129), La Rioja (129), Neuquén (122) y Chaco (112). El número de médicos entrevistados por hospital en cada jurisdicción se ajustó a la escala relativa de cada institución. La encuesta

tuvo por finalidad obtener información sobre niveles salariales, incentivos monetarios y no monetarios, presencia del multiempleo y formación profesional, entre otros temas de interés¹.

Además de las encuestas, se solicitó al Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de cada jurisdicción que aportara datos del período septiembre-octubre de 2013 sobre remuneraciones médicas en los hospitales participantes. A partir de ello, se identificaron salarios médicos brutos y netos, con apertura de remuneración en términos de tipo de contrato, duración, participación de sueldos básicos, premios y guardias. Esta información se complementó con un detalle de las estructuras de deducciones salariales y la posibilidad de discriminar entre ítems remunerativos y no remunerativos en la composición del salario.

A diferencia del instrumento anterior, apoyado en una muestra de percepciones de profesionales médicos, la base de datos administrativa de remuneraciones incorpora al total de médicos y residentes de los hospitales públicos incluidos en el estudio.

El estudio fue aprobado por el comité ad-hoc de la Comisión Nacional de Salud Investiga y los comités de ética de los ministerios de Salud de las provincias de Chaco y Neuquén.

RESULTADOS

El conjunto de médicos encuestados mostró un 50,2% de mujeres y una edad promedio de entre 31 y 40 años. El 86,8% contaba con residencia médica (finalizada o en curso), y el 67,9% había realizado una especialidad. En promedio, se registró una experiencia laboral de 14 años y una antigüedad en el hospital de 10 años y medio. Con respecto al área de trabajo, el 62% de los médicos encuestados desempeñaba tareas en consultorios externos, 62,1% en sala de internación, 55,6% en guardia, 19,8% en cirugía, 18,3% en terapia y cuidados especiales y 3,6% en diagnóstico por imágenes. Los porcentajes previos indican la fuerte presencia de multifunción en el establecimiento por parte de los profesionales de la salud.

En lo que respecta a las características contractuales, aproximadamente tres cuartas partes del total de profesionales encuestados pertenecían a la planta permanente del Estado, con mayor incidencia en la provincia de Neuquén (85,3%), seguida por CABA (78,9%), Salta (71%), La Rioja (62,6%) y Chaco (62,4%). (ver Tabla 1).

En el hospital de especialidad CABA-A, el 90% del personal pertenecía a planta permanente y el 10%, a planta transitoria (contrato de tiempo determinado con aportes), sin identificar otros mecanismos contractuales de menor formalidad. Esta estructura de contratación se asemejaba a la del hospital general CABA-B, de mayor escala prestacional, mientras que en CABA-C la relación entre personal de planta permanente y transitoria era de 62/38%.

Los resultados obtenidos en Salta se pueden explicar a través de dos argumentos, que surgen de la información provista por los directores de los hospitales. El primero alude a la escala institucional, que permite acceder a fondos de

TABLA 1. Características contractuales de los médicos encuestados, por hospital y jurisdicción (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Contrato permanente	Jornada semanal >36 horas	Recibe pagos por guardias
CABA	A	90	60	10
CABA	B	84,6	59	5,6
CABA	C	62,2	33,3	2,3
Total CABA		78,9	50,8	6
Salta	A	60,9	80,9	51
Salta	B	82	63,3	24
Salta	C	70	48,3	33
Total Salta		71	64,1	36
La Rioja	A	33,3	63,9	60
La Rioja	B	90,9	36,4	55
La Rioja	C	89,1	61,1	58,7
La Rioja	D	36,8	0	24
Total La Rioja		62,5	40,3	49,4
Chaco	A	63	73,6	42,3
Chaco	B	40,9	62,2	37,8
Chaco	C	83,3	76,9	53,8
Total Chaco		62,4	70,9	44,6
Neuquén	A	87,2	87,2	57,5
Neuquén	B	74,4	94,9	74,4
Neuquén	C	94,4	100	88,8
Total Neuquén		85,3	94	73,5
Total		72	64	41,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuesta a profesionales médicos.

gestión descentralizada, contar con estructuras más consolidadas del personal médico y formalizar empleo público. El segundo elemento corresponde a la presencia de modelos de gestión particulares, como es el caso del hospital Salta-A, de gestión privada hasta 2012 y con un esquema de contratación más flexible que la de sus pares provinciales.

Por el contrario, en el caso de La Rioja, las instituciones más pequeñas del interior (La Rioja-B y La Rioja-C) mostraron mayor formalidad que las de mayor escala, localizadas en la ciudad capital (La Rioja-A). Esto demuestra que los establecimientos más recientes cubren sus puestos profesionales con personal contratado, que eventualmente podría avanzar hacia una mayor formalización y estabilidad.

En Chaco, la existencia de una modalidad de contratación diferente para residentes no confirma la relación contrato permanente/escala. De acuerdo con la Ley 5086 y el decreto 1310/03, los residentes son remunerados a través de becas de capacitación otorgadas por el Ministerio de Salud de la Provincia y de Nación. En este sentido, los establecimientos Chaco-A y Chaco-B, en su carácter de hospitales escuela, tuvieron un mayor número de médicos residentes encuestados (33,3% y 45,5%, respectivamente).

En Neuquén se evidenciaron dos modalidades de contrato: planta permanente (85,33%) y contratos de tiempo determinado con aportes (14,67%). Esta última modalidad, denominada contrato mensualizado, se emplea en los casos de reemplazo de otro profesional por una causa de largo tratamiento o por necesidad de servicio. El trabajo de campo permitió observar que los contratos mensualizados rigen en su gran mayoría para los residentes.

Al evaluar la duración de la jornada laboral de los médicos encuestados, se observó una mayor incidencia de profesionales con carga semanal superior a las 36 horas en los hospitales CABA-A y CABA-B, lo que permite ponderar la discusión previa sobre condiciones de trabajo. Salta mostró mayor incidencia de personal de dedicación horaria superior en el hospital A, reforzando el diferencial de modelos de gestión en la elección de contratos.

Los resultados identificados en el análisis previo se reafirmaron en La Rioja al observar la carga horaria de los profesionales a nivel de establecimientos. En Chaco, más del 60% de los profesionales encuestados consignaron una carga horaria superior a las 36 horas semanales; en particular, en los hospitales Chaco-A y Chaco-B el 50% trabajaba más de 45 horas. En Neuquén, a su vez, el 94% de los médicos encuestados tenía una carga superior a las 36 horas. Cabe destacar que la modalidad de dedicación exclusiva, vigente en el sistema de salud público provincial (SSPP), es válida para quienes se desempeñan con un régimen de 40 horas semanales e implica la limitación absoluta del ejercicio profesional fuera del ámbito propio.

En cuanto al pago por guardias, su peso no resultó significativo para los profesionales de los establecimientos de CABA, donde la consolidación del salario médico es mayor que en otras jurisdicciones y depende en menor medida de la dedicación horaria por fuera del espacio cubierto por la remuneración básica. En Chaco, mientras tanto, las guardias representan el pago provisorio hasta la concreción de la Ley de Carrera Profesional en la provincia.

Contrariamente, el peso de las guardias resultó importante para más del 50% de los profesionales encuestados en establecimientos riojanos, en los hospitales Salta-A, Chaco-C y en Neuquén, donde el reconocimiento de las guardias activas y pasivas representa el premio más significativo del salario.

Las diferencias en estructuras contractuales y jornadas laborales mostraron su correlato en la distribución de remuneraciones entre jurisdicciones y al interior de ellas, tanto a nivel de salario bruto como neto de impuestos y deducciones (ver Tabla 2).

Dentro del salario bruto se incluye no sólo el sueldo básico, que se toma como base de negociación salarial, sino también su carga de guardias y otros pagos complementarios como jefaturas, zona desfavorable y derivaciones. Por lo tanto, una mayor carga promedio de guardias podría llevar a una sobreestimación relativa del total bruto. Estos valores no representan necesariamente un mayor o menor salario relativo, en la medida en que no se encuentran establecidos en términos de horas de trabajo, que generalmente varían entre categorías, y se asocian a prácticas no regladas de presentismo y cumplimiento de jornada en cada institución. Así, el salario neto promedio en CABA fue de \$11.673 en 2013, inferior al salteño (\$14.529) y al riojano (\$14.657). En el extremo superior se ubicó Neuquén, con un salario neto promedio de \$22.967, y en el inferior estuvo Chaco, con una remuneración neta promedio de \$11.614.

El peso porcentual del factor remunerativo sobre el total

del salario se puede interpretar como un indicador de la calidad de las condiciones de trabajo de los profesionales médicos, ya que incide sobre la continuidad del nivel de ingresos en el tiempo y en futuras jubilaciones. Cabe resaltar dos argumentos en tal dirección. Por un lado, la gran homogeneidad visible entre jurisdicciones. Por construcción, se esperaba que las diferencias entre hospitales bajo una misma autoridad administrativa no fueran significativas, pero la brecha del factor remunerativo tampoco varió marcadamente entre jurisdicciones, con una diferencia entre extremos de 27 puntos porcentuales. Por otro lado, hay que destacar el peso significativo del rubro remunerativo, que llega a un promedio del 83% del ingreso, con un mínimo en el hospital Salta-C (72,5%) y un máximo del 100% en Chaco y Neuquén, provincias donde todos los componentes del salario son remunerativos.

Se analizó asimismo el salario neto de retenciones e impuestos por tramo de antigüedad laboral para el conjunto de jurisdicciones estudiadas (ver Figura 1).

La escala de remuneraciones neuquina comenzaba con un salario neto promedio mayor a los \$14.000 para los residentes, que superaba al de sus pares en La Rioja (\$7.000), Chaco (\$7.083), CABA (\$8.300) y Salta (\$11.877). En CABA, la variación salarial neta mostró un crecimiento del 30% entre residentes y médicos jóvenes (de 0 a 7 años de antigüedad), para luego avanzar de manera monótona a lo largo de la trayectoria médica, con incrementos por tramo de entre el 5% y el 10%.

La diferencia más relevante en la estructura salarial de La Rioja, Chaco y Neuquén apareció entre el médico residente y la entrada a la carrera profesional. En los tres casos se registró un incremento del salario neto entre los residentes y los médicos jóvenes: 95% en La Rioja, 57% en Chaco y 54% en Neuquén. Esta diferencia se explica en parte por la remuneración de guardias activas y pasivas, que son realizadas por médicos y a las que no tienen acceso formal los residentes porque son consideradas parte de su formación. Para el caso de La Rioja, la comparación entre remuneracio-

nes (excluidas las guardias) mostró una diferencia superior al 40% entre médicos jóvenes y residentes.

En lo que respecta a la composición salarial y la estructura de deducciones, se analizaron las diferencias existentes en los criterios empleados en cada jurisdicción para la construcción del salario médico (ver Tabla 3).

En CABA el peso del salario básico se ubicó entre el 56% y 59%, con la presencia de premios por antigüedad y carrera profesional ya incluidos en el formato de la grilla. Esto evidencia que las diferencias en la composición salarial intra-CABA son marginales.

En Salta el salario básico mostró un nivel relativamente bajo, que constituía en promedio el 22% del ingreso. A este se le agregaban un conjunto de categorías, con el concepto de "negociación salarial" por un valor cercano a un tercio del total. La categoría "otros" incluía básicamente los pagos por

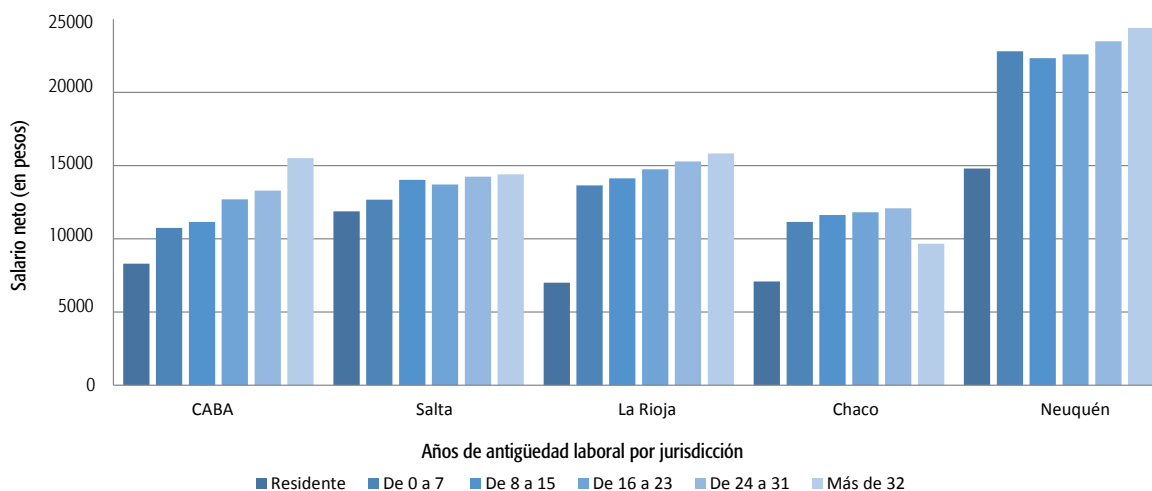
TABLA 2. Salarios bruto y neto (en pesos promedio por hospital) y factor remunerativo del salario (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Salario bruto*	Salario neto	% remunerativo
CABA	A	16 306	11 017	80,9
	B	17 603	12 573	80,7
	C	17 329	11 430	80,5
Salta	A	17 976	14 716	82,8
	B	14 682	12 825	76,5
	C	18 230	16 047	72,5
La Rioja	A	17 625	14 727	77,5
	B	17 441	14 840	75,4
	C	17 291	14 653	75,6
	D	17 222	14 409	77
Chaco	A	13 617	11 134	100
	B	14 206	11 475	100
	C	15 302	12 234	100
Neuquén	A	27 953	20 417	100
	B	32 790	23 738	100
	C	37 096	24 746	100

* Se incluye un promedio de 1 guardia pasiva y 2 guardias activas.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

FIGURA 1. Salario neto y antigüedad laboral según jurisdicción.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

guardias y emergencias, que promediaban el 16% y 8%, respectivamente. En general, no se verificaron diferencias significativas en la composición salarial entre instituciones, aun con estructuras normativas no homogéneas entre los hospitales seleccionados.

En La Rioja la categoría de residentes exhibió una estructura diferente. El peso del salario básico demostró ser relativamente bajo, salvo en el hospital A. La "negociación salarial" fue el rubro dominante en la construcción del salario, con un mínimo del 40% (A) y un máximo cercano al 58% (D). Por último, la categoría "otros" consistió principalmente en ingresos complementarios, que aumentaban en el interior provincial.

En Chaco la diferencia entre instituciones respecto al peso del salario básico no fue significativa, con un promedio del 30%. El elemento más influyente en la construcción del salario en la provincia correspondió a la categoría "otros", dentro de la cual se encontraban el pago por dedicación exclusiva (promedio del 30%), ingresos complementarios (7,4%) y antigüedad laboral (6%).

En Neuquén, los porcentajes fueron estimados a partir de la información contenida en los recibos de sueldo de profesionales médicos y la opinión de referentes provinciales clave. El peso del salario básico no varió significativamente entre instituciones. Las diferencias más notables en la composición salarial entre establecimientos se registraron en las

TABLA 3. Composición de los haberes salariales médicos por hospital (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Básico	Guardia	Negociación salarial	
				Otros	Otros
CABA	A	59,1	5,8	29,2	5,9
	B	56,4	10,1	27,8	5,7
	C	59,1	6,2	28,8	5,9
	C	59,1	6,2	28,8	5,9
Salta	A	21,2	19,7	33,5	25,6
	B	26,2	21,8	36,3	15,7
	C	19,9	35,9	29	15,2
	C	19,9	35,9	29	15,2
La Rioja*	Residentes	0	0	54,6	45,4
	A	29	12,5	40,2	18,3
	B	17,5	20,5	50	12
	C	17,5	19,5	51	12
	D	17,5	12,9	57,6	12
	D	17,5	12,9	57,6	12
Chaco†	Residentes	0	0	0	100
	A	30,9	8	0	61,1
	B	32,8	16,1	0	51,1
	C	28,4	18,8	0	52,8
	C	28,4	18,8	0	52,8
Neuquén‡	A	14	42	s/d	44
	B	15	41	s/d	44
	C	14	23	s/d	63
	C	14	23	s/d	63

Abreviaturas: s/d = sin datos.

*La Rioja: Residentes corresponde a los de Zona I y III y es el valor promedio de salario de Nación (salario) y Provincia de La Rioja (negociación salarial - Beca). Básico: Valor promedio de las categorías que representan el 62% del universo de la población médica. †Chaco: Residentes corresponde al valor promedio de las becas otorgadas por el Ministerio de la Provincia y de Nación. ‡Neuquén: Porcentajes estimados de acuerdo con información de recibos de sueldo de médicos y la opinión de referentes provinciales.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

categorías de zona desfavorable y guardias. Sin embargo, el plus por zona desfavorable que recibían los profesionales del interior provincial se compensaba con mejores pagos por guardias a los médicos de la capital. En la zona metropolitana las guardias activas y pasivas eran consideradas de alta demanda; por ende, a igual cantidad de horas de guardia, el pago era superior en la capital (hospitales A y B) que en el interior provincial (C). Según los médicos, esto desincentivaba la radicación de profesionales en zonas alejadas del área metropolitana.

Al analizar la composición de las deducciones salariales por establecimiento, se observó que la carga jubilatoria en Salta, La Rioja y Chaco constituía más de la mitad de las deducciones salariales, factor que no llegaba al 25% en CABA y promediaba el 43% en Neuquén. En CABA, el peso de los impuestos era preponderante —50% de las retenciones—, seguido en importancia por los aportes jubilatorios y a la obra social jurisdiccional (OSBA). El menor impacto de este rubro se registró en CABA y el máximo en Salta, donde un tercio del ingreso se deducía como contribución a la institución de seguridad social. Finalmente, el aporte a Médicos Municipales en CABA representó la mayor contribución sindical de los cinco casos estudiados, marcadamente superior al resto, donde no había aportes sindicales salvo en el caso de un agente afiliado a un gremio y con la tramitación del descuento correspondiente por planilla (ver Tabla 4).

TABLA 4. Composición de las deducciones salariales por hospital (en porcentaje).

Jurisdicción	Hospital	Jubilación	Obra Social/ Seguro de vida		Aportes	
			Impuestos	Impuestos	sindicales	Otros
CABA	A	24	17,7	49,3	7	2
	B	22,8	14,4	50,1	8,4	4,3
	C	22,4	15	49,9	8,4	4,3
	C	22,4	15	49,9	8,4	4,3
Salta*	A	51,9	30,2	9,2	0,4	8,3
	B	66	34	s/d	s/d	0
	C	66,5	33,5	s/d	s/d	0
	C	66,5	33,5	s/d	s/d	0
La Rioja	A	53,8	20	25	1,2	0
	B	54,3	19,8	24,7	1,2	0
	C	54,4	19,7	24,7	1,2	0
	D	55	18,8	25	1,2	0
Chaco†	A	62	28,2	0	s/d	9,8
	B	62	28,2	0	s/d	9,8
	C	62	28,2	0	s/d	9,8
	C	62	28,2	0	s/d	9,8
Neuquén‡	A	50,2	24	25,8	0	0
	B	44	21	35	0	0
	C	36	17	41	0	6
	C	36	17	41	0	6

Abreviaturas: s/d = sin datos.

*Salta: Las planillas de salarios de los hospitales B y C no reportan información sobre aportes sindicales e impuestos. †Chaco: Las deducciones son fijas, no varían por jurisdicciones ni por escalafón profesional. Corresponden del sueldo bruto el 11% en jubilación, 5% en obra social y 1,75% en extraordinarias (que incluye fondo de alta complejidad y fondo de salud pública). No se registra información de los aportes sindicales porque son voluntarios y, salvo Unión del Personal Civil de la Provincia (UPCP), no tienen código de descuento. ‡Neuquén: La deducción de impuestos incluye retenciones por cuarta categoría y seguros. En el caso del Hospital Zonal C, la deducción extraordinaria corresponde a vivienda oficial.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos del respectivo Ministerio de Salud.

DISCUSIÓN

La temática de las remuneraciones médicas, más allá de su relevancia en la definición de estrategias de política sanitaria, influye en la forma de estructurar planes de microgestión, tanto a nivel de redes prestacionales y de acciones de atención primaria como en el espacio hospitalario y del centro de salud. Su análisis, particularmente a nivel comparado entre jurisdicciones de un país federal, permite inferir patrones comunes de valoración de ciertas temáticas (pertenecer a planta permanente, contar con un alto componente salarial en el rubro remunerativo) y también identificar argumentos idiosincráticos, basados en la capacidad institucional de cada provincia.

El documento avanza en esta dirección mediante el estudio de la realidad en la contratación y el pago a profesionales médicos en cinco jurisdicciones argentinas, que presentan particularidades en términos de riqueza económica relativa, desarrollo de sus sistemas sanitarios y arreglos normativos e institucionales que rigen el funcionamiento del sector. Desde esta perspectiva, se observa que la capacidad jurisdiccional en la definición de reglas de juego es extremadamente amplia, tanto en los modos de financiamiento de los recursos humanos como en los arreglos contractuales y los niveles salariales, que alimentan la oferta pública sectorial y definen las elecciones individuales de desarrollo profesional.

Las marcadas diferencias en las formas de contratación entre establecimientos pertenecientes a una misma jurisdicción sugieren que existen discrepancias en términos de capacidad de negociación entre comisiones hospitalarias internas, especialidades médicas, etc., que operan sobre las condiciones de trabajo en cada institución.

La estructura de contratación de los recursos humanos se caracteriza por su dependencia de la norma de la administración pública, que descansa en salarios fijos por tipo de características, sin vínculo con calidad o desempeño. Los salarios siguen una lógica prospectiva, con limitada capacidad de gestión de recursos monetarios por parte de las autoridades hospitalarias, a excepción de los modelos de autogestión salteños, particularmente los hospitales Salta-A y Salta-B, con estructuras diferenciadas entre ellos.

El presente trabajo evidentemente no agota la temática de remuneraciones médicas en Argentina, caracterizada por una amplia riqueza de casos y particularidades por provincia, así como de perspectivas alternativas de abordaje. Por el contrario, abre la puerta a un debate en construcción, donde la normativa, la economía y el derecho a la salud coexisten y se condicionan intensamente.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La diversidad de mecanismos de pago, tanto en la naturaleza de los contratos como en los montos abonados, marca un particular desafío de política sanitaria y constituye

un riesgo mayor de la segmentación organizacional del modelo de salud argentino, con efectos sobre la equidad del sistema. Las provincias con mayor presupuesto público cuentan con mayores oportunidades para atraer recursos humanos en salud. Mientras tanto, las zonas alejadas y de mayor exposición epidemiológica no necesariamente resultan priorizadas en el esquema remunerativo de cada provincia. El conocimiento de estas brechas entre jurisdicciones permite considerar la definición de lineamientos de política laboral en el sector público de salud a nivel nacional.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La exposición de los diversos modelos de gestión y pago a los trabajadores de la salud entre provincias presenta a los recursos humanos del sector una mirada adecuada, dentro del contexto donde se insertan sus tareas de asistencia. Esto ofrece una visión del todo, pero también permite identificar la posición particular en el conjunto, generando un debate sobre diferencias en las necesidades poblacionales y las capacidades de abordaje del sistema argentino de salud.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El plan completo de investigación logró estudiar otras temáticas asociadas y complementarias a las aquí presentadas, que por motivos de extensión no se incluyen en este artículo. Entre ellas se encuentran la satisfacción en el lugar de trabajo, la presencia de doble empleo y los determinantes del salario médico, así como el análisis del impacto comportamental generado por esquemas fragmentados de empleo y estabilidad laboral. Los resultados alcanzados muestran que un abordaje sobre remuneraciones médicas debe necesariamente considerar los factores motivacionales y no remunerativos que sostienen, más allá del ingreso, la labor de médicos y otros trabajadores de la salud en las instituciones públicas del país.

AGRADECIMIENTOS

A Marta Novik y Silvia Pozzan, junto a quienes se elaboró parte de los instrumentos de recolección de la información utilizados en la presente investigación; a María Crojethovic, becaria ex Comisión Nacional Salud Investiga de este proyecto, por sus aportes; especialmente a Isabel Duré, por entonces Directora Nacional de Capital Humano en el Ministerio de Salud de la Nación, por su colaboración, aportes y sugerencias a lo largo del proyecto; un particular reconocimiento a las autoridades y funcionarios ministeriales de las jurisdicciones participantes por su colaboración en el proyecto y por la información suministrada, así como a los directores de hospitales, personal médico hospitalario y dirigentes gremiales por sus opiniones y aportes. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones vertidas en este documento, que no necesariamente representan aquellas de las instituciones patrocinadoras.

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

Cómo citar este artículo: Maceira D, Palacios A, Urrutia M, Espinola N, Nievas M. Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: un análisis comparado en cinco jurisdicciones. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):26-32.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Maceira D, Espinola N, Nievas M, Palacios A, Urrutia M. Políticas diferenciales en el tratamiento de los recursos humanos en salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
- ² Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human Resources for Health and Universal Health Coverage: Fostering Equity and Effective Coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91(11):853-863.
- ³ Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing Incentives for Health Providers and Patients in the Move towards Universal Coverage. *Global Symposium on Health Systems Research*. Montreux, Suiza; 16-19 de noviembre de 2010.
- ⁴ Cometto G, Boerma T, Campbell J, Dare L, Evans T. The Third Global Forum: Framing the Health Workforce Agenda for Universal Health Coverage. *The Lancet Global Health*. 2013;1(6):324-325.
- ⁵ Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. En: *27a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59a Sesión del Comité Regional*. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- ⁶ Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, Salary, Fee For Service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians. *The Cochrane Library*. 2000.
- ⁷ Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(2):133-142.
- ⁸ *Encuentro del grupo de países del Cono Sur*. Agenda de cooperación técnica y prioridades en la gestión de recursos humanos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires; 28-29 de abril de 2005.
- ⁹ Buchan J, Thompson M, O'May F. Health Workforce Incentive and Remuneration Strategies. A Research Review. Issues in Health Services Delivery, Incentive and Remuneration Strategies. Department of Organization of Health Services Delivery. Discussion Paper No. 4. Organización Mundial de la Salud; 2000.
- ¹⁰ Quintana P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1-2):43-54.
- ¹¹ Duré I, Ballesteros M, Molina C, Saccone I, Schiavi A, Tanuz R. Políticas de salud. La carrera sanitaria en la Argentina. *Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales*. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros; 2009.
- ¹² Duré I. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina. La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur. *Cuaderno de Debates*. 2009;2:87-96.
- ¹³ Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector Salud*. Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- ¹⁴ Maceira D, Poblete C. Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999. *Desarrollo Económico*. 2003;43(171):443-468.
- ¹⁵ Maceira D, Cejas C. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Salta. *Estudios Económicos*. 2010;27(54):29-66.
- ¹⁶ Maceira D, Olaviaga S. Morfología del Sistema de Salud en Tucumán, Actualidad Médica. *Revista del Colegio Médico de Tucumán*. 2010;16(2).
- ¹⁷ Maceira D, Reynoso A. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Córdoba. *Revista de Salud Pública de Córdoba*. 2013;17(4):21-30.
- ¹⁸ Maceira D, Urrutia M. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Neuquén. *Estudios Económicos*. 2013;30(60):3-35.

INTERVENCIONES SANITARIAS

EFFECTO DE LAS CAMPAÑAS Y DE LAS ADVERTENCIAS SANITARIAS DE CIGARRILLOS EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL FUMADOR EN ARGENTINA

Effect of Mass Media Campaigns and Health Warnings on Cigarette Packs on Smokers' Quitline in Argentina

Las líneas telefónicas de ayuda al fumador son un medio eficaz para promover la cesación. La incorporación de imágenes y frases como advertencias sanitarias junto al número de la línea en el paquete de cigarrillos se asoció a un incremento sustancial de llamadas, comparable al logrado por fuertes campañas en medios masivos.

PALABRAS CLAVE: Cese del Tabaquismo; Programa Nacional de Control del Tabaco; Línea de Ayuda Telefónica; Advertencias sanitarias.

KEY WORDS: Smoking; Cessation; Quitline; National Program of Tobacco Control; Health warnings

Brunilda Casetta¹, Alejandro J. Videla¹, Dolores Fenoy¹, Jonatan Konfino²

¹ Ministerio de Salud de la Nación.

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

El tabaco causó en el último siglo 100 millones de defunciones a través de 52 enfermedades mortales atribuidas a su extendido consumo¹⁻³. Cada año, 6 millones de decesos prematuros impactan a nivel mundial por su vínculo con seis de las ocho principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumores)^{1,3}. A su vez, en las últimas décadas, el tabaco se ha desplazado hacia los sectores de menores ingresos⁴.

Es conocido el daño procedente del consumo de las miles de sustancias contenidas en el tabaco, que en Argentina se traduce en cerca de 45 000 defunciones por año, que representan 13 muertes por hora y la pérdida de 926 878 años de vida saludable⁵.

El consumo de tabaco en Argentina consiste principalmente en el uso de cigarrillos, con una muy baja proporción (0,4%) de otros productos de tabaco fumado o mascado⁶. La pre-

valencia de fumadores muestra un continuo descenso en las encuestas de base poblacional de los últimos 15 años, con un 39,8% en 1999 y un 25,1% en la actualidad⁷. Según los resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA -en inglés GATS-) realizada en Argentina en 2012, el 90% de los casos con un intento de cesación o exfumadores habían adoptado la iniciativa por su cuenta y sin ayuda específica⁶.

La OMS promueve un marco mundial de control de esta epidemia con políticas efectivas a través de un tratado internacional llamado Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Estas medidas de modo nemotécnico componen la sigla MPOWER y buscan ser un fuerte llamado a reducir el consumo de tabaco para salvar vidas. La "O" se refiere a "Ofrecer tratamiento" para ayudar a dejar de fumar⁸. Este conjunto de políticas, alientan a fortalecer una in-

fraestructura sostenible que favorezca los intentos de abandonar el hábito, asegure una amplia accesibilidad y proporcione recursos específicos para garantizar que ese apoyo esté disponible (CMCT, Artículo 14)⁹. Se remarca así la importancia de las líneas de ayuda a fumadores, el consejo por parte del equipo de salud y las opciones farmacológicas.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) creó el Programa Nacional de Control del Tabaco y dentro de las primeras acciones desarrolló en la Línea de Atención al Fumador gratuita y con cobertura nacional, junto a un amplio plan de promoción de la salud, capacitaciones y lineamientos basados en la evidencia científica.

LÍNEAS TELEFÓNICAS DE AYUDA AL FUMADOR

Las líneas telefónicas de ayuda al fumador constituyen una vía de apoyo

a la cesación, que es reconocida por los sistemas de Salud Pública de numerosos países. La OMS propicia esta herramienta y recoge en un manual el desarrollo internacional de las mismas, donde se incluye la experiencia argentina¹⁰. En Argentina, a través de la EMTA, se estimó que unas 10 000 personas que habían logrado dejar de fumar en los últimos 12 meses habían usado la línea telefónica⁶.

Dicha líneas mantienen el vínculo persona a persona y, al ser gratuitas y no requerir desplazamientos, facilitan el acceso a poblaciones laboralmente activas y a las que viven en áreas alejadas y rurales, a la vez que llega a franjas de bajos recursos. Según un metaanálisis de la colaboración Cochrane, el apoyo telefónico proactivo (con llamadas de seguimiento) aumenta en un 37% las posibilidades de una cesación exitosa¹¹. También el apoyo reactivo (llamado único) aumenta las posibilidades de cesación y disminuye las posibilidades de recaída, con efectos mensurables a nivel comunitario¹¹. La *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*, basada en evidencia de alta calidad, recomienda el uso de este recurso —especialmente con llamadas de seguimiento— ya sea como único formato de tratamiento o como apoyo a otras estrategias¹².

La ley nacional 26 687/2011 de control del tabaco en su artículo 12, obliga a incluir imágenes y mensajes sobre el daño del tabaco e información de la línea en todos los productos (cigarrillos, tabaco para armar, etc.)¹³. Su influencia fue censada a través de las encuestas poblacionales subsecuentes. De este modo, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) vinculó en la mitad de los fumadores, una relación entre la presencia de las advertencias sanitarias y la idea de dejar el hábito⁷.

MODALIDAD Y EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA LÍNEA

La línea nacional funciona desde 2004 con una modalidad reactiva (llamado único) atendida por consul-

tores entrenados específicamente en cesación. Ofrece atención gratuita tanto en días hábiles como los fines de semana. Durante cada llamada, se le realiza al interesado, una evaluación de la etapa respecto del cambio (modelo Transteórico de Prochaska y Di Clementi)¹⁴ y de la dependencia física (Test de dependencia a la nicotina de Fagerström)¹⁵. A quienes están dispuestos a dejar de fumar a corto plazo, se les proporciona consejería práctica y se interrelaciona para la asistencia presencial con servicios de cesación. La consejería suministrada se basa en el manual de autoayuda del MINSAL¹⁶.

ETAPA PREVIA A LA PROMULGACIÓN DE LA LEY NACIONAL (2004-2011)

En el período previo a la promulgación de la ley nacional, la tasa de uso de la línea mostró una especial sensibilidad a las campañas de promoción, que comprendieron, entre otras, el concurso *"Abandone y Gane"* (2004 y 2006), las campañas de verano y los días conmemorativos, como el "31 de Mayo: Día Mundial sin Tabaco" y el tercer jueves de noviembre como "Día Internacional del Aire Puro". Particularmente relevante resultó cada campaña mediática de difusión de la línea en televisión, cines, radios y vía pública. La más fuerte y sostenida se extendió durante seis meses (2006-2007)¹⁷. Fuera de los periodos de las campañas, el número de llamadas retornaba a su estado basal. Las campañas eran identificadas en la encuesta durante la atención telefónica, en la que los usuarios indicaban cómo se habían enterado de la existencia de la línea¹⁸.

ETAPA DE VIGENCIA DE LA LEY NACIONAL (2011-2014)

La ley 26.687/2011 obligó a incluir advertencias con imágenes y frases que ejemplifiquen el daño ocasionado por el consumo de tabaco, con información sobre la línea nacional en el mismo etiquetado. A fin de cumplirlo, se generó un número específico: 0800-999-3040. Este artículo

entró en vigencia en junio de 2012 con algunas marcas y en octubre del mismo año se convirtió en obligatorio para todas.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la implementación de las advertencias sanitarias en los atados de cigarrillos sobre la actividad de la línea, comparándola con períodos previos con y sin campaña de difusión en medios masivos y analizando el número de llamadas atendidas y no atendidas según la base de datos de la línea del MINSAL. De manera secundaria, se analizaron descriptivamente los datos sociodemográficos y de la encuesta de las llamadas atendidas durante el período de advertencias sanitarias.

MÉTODOS

Se revisó la información de la base de datos de llamadas (tanto atendidas como no atendidas). Se elaboró un gráfico a partir de la base de datos del número de llamados y se identificaron tres períodos semestrales que representaran la actividad basal de la línea y sus aumentos más destacables: estándar o basal o sin campañas (marzo a agosto de 2006), campaña masiva en medios de comunicación (septiembre de 2006 a febrero de 2007) y aparición de las advertencias sanitarias (junio a noviembre de 2012). Las llamadas atendidas permitieron analizar la encuesta con datos sociodemográficos (edad, género, provincia, otros), motivo del llamado (dejar de fumar, obtener información, denuncias, otros), modo de enterarse de la existencia de la línea y perfil de adicción. Los resultados de actividad de la línea de ayuda se presentan como media y desvío estándar (DS) del número de llamadas por mes. Los valores medios de volúmenes de llamadas se compararon mediante el test de la t de Student.

RESULTADOS

Antes de la inclusión de las advertencias sanitarias, la media mensual de llamadas en un período basal semes-

tral (marzo a agosto de 2006) fue de 1526 llamadas (DS 1131). La campaña masiva en el semestre de septiembre de 2006 a febrero de 2007 reportó una media de llamadas mensuales de 4954 (DS 3448). Con la incorporación de las advertencias sanitarias (junio a noviembre de 2012), la media mensual fue de 10 687 (DS 12 052) ver Figura 1.

En el análisis de las encuestas de las llamadas atendidas desde 2012, el 90,46% de los usuarios dijeron que llamaban por el número incluido en el atado y que habían visto las advertencias en el paquete de los cigarrillos. Estas llamadas fueron más frecuentes desde las jurisdicciones más pobladas del país (71% entre Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires). La mayoría de las llamadas correspondieron a adultos de más de 40 años (57%). El 46% de los usuarios eran hombres.

No hubo diferencias significativas entre el volumen de llamadas en los períodos de campaña mediática y el período de advertencias sanitarias ($p=0,5$). Sí las hubo al comparar esos períodos contra un semestre basal: campaña frente a basal ($p=0,043$),

advertencias sanitarias frente a basal ($p=0,033$).

DISCUSIÓN

En el semestre de inclusión de las advertencias sanitarias con el número de la línea en los atados de cigarrillos, hubo un aumento importante de llamadas respecto a la actividad basal de la línea. Este incremento no tuvo diferencias significativas respecto del alcanzado a través de una fuerte campaña de comunicación en los medios masivos.

El espectacular volumen de llamadas a la línea se registró simultáneamente a la inclusión de las advertencias y llegó a ser muy superior a los valores basales. Coincidentemente, la gran mayoría de las llamadas atendidas de dicho período identificaban que el conocimiento de la línea era a partir del número incluido en el atado de cigarrillos. Este fenómeno de aumento crítico del volumen de la demanda a partir de la inclusión del número de la línea en los atados de cigarrillos fue también descripto en otros países, como Holanda y Nueva Zelandia^{19,20}.

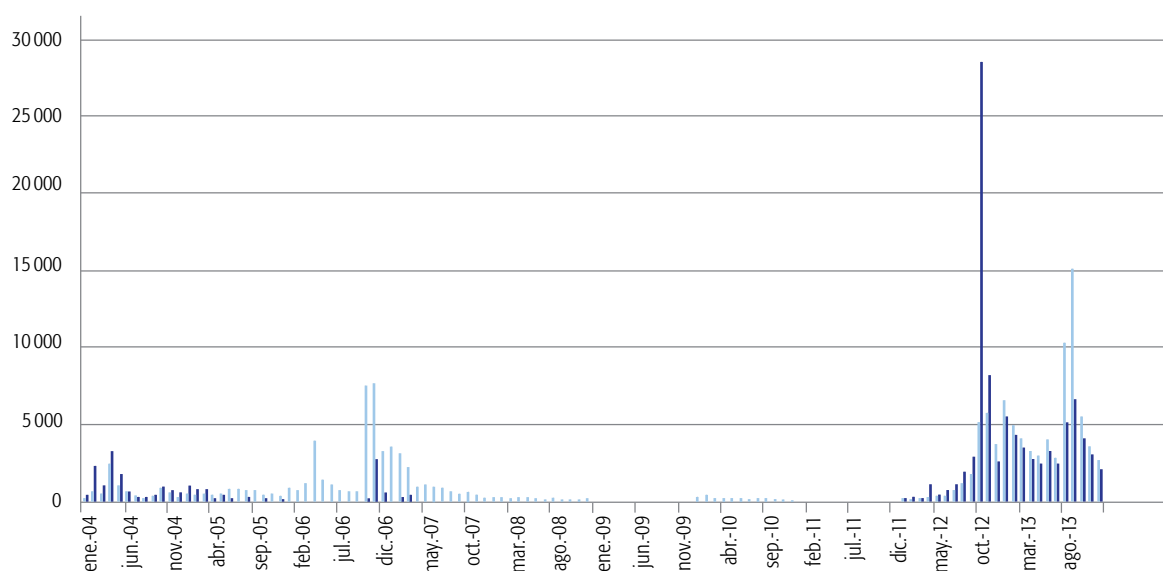
Las advertencias sanitarias presentan ciertas ventajas en su implementación: no generan gasto al Estado, se

sostienen en el tiempo por la disposición legal, llegan directamente a las manos del destinatario de interés y permiten alcanzar resultados tan significativos como las campañas masivas, que son muy costosas y acotadas en el tiempo.

En un análisis previo de los primeros cuatro años de funcionamiento, el 78% de los usuarios se enteraban de la existencia de la línea por las campañas en medios masivos, sólo el 10% a través de la radio y apenas el 5% mediante Internet o medios gráficos¹⁸.

En cambio, este análisis del período de implementación del artículo 12 de la ley nacional reveló que la gran mayoría de los usuarios se había enterado por el número incluido en el atado, lo que sugiere que se llegó a una población objetivo que no estaba previamente sensibilizada. En el intercambio con los consultores que atendían en la línea, resultó infrecuente la queja de los usuarios por las advertencias: quienes llamaban, adherían a ser informados del daño provocado por el tabaco y a pedir ayuda para la cesación. Los principales usuarios resultaron así los mismos fumadores que llamaron para obtener para sí mismos consejería, lugares de derivación o información

FIGURA 1. Evolución de las llamadas a la línea para consultas sobre tabaquismo, 2004-2013*.



* Incluye los períodos analizados: basal (marzo a agosto de 2006), de campaña masiva (septiembre de 2006 a febrero de 2007) y de inclusión de advertencias sanitarias (junio a noviembre de 2012).

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Control del Tabaco.

relacionada con la cesación (80%). Sólo el 4,2% llamó por un amigo o familiar.

Actualmente la línea de ayuda se halla en el proceso de incorporación de modalidades proactivas, con implementación de llamadas de seguimiento, integración a soportes informáticos como la articulación con la página web del MINSAL.

Dentro de las limitaciones, cabe mencionar la gran proporción de llamadas no atendidas en períodos de demanda masiva, lo que sólo permite realizar un análisis parcial de la demografía y alcance de la estrategia. Por otra parte, las encuestas en períodos de llamadas masivas suelen tener mayor tasa de datos faltantes ante la excesiva demanda.

En consonancia con la experiencia de otros países, la incorporación de las

advertencias sanitarias junto con el número de la línea de ayuda en el paquete de cigarrillos fue asociada a un incremento sustancial de llamadas, semejante al logrado a través de costosas y sostenidas campañas en los medios masivos¹⁹⁻²². Si bien el efecto de las campañas en los medios de comunicación social es innegable y ocurre en distintas latitudes, la experiencia de la línea argentina también muestra que la presencia del número telefónico en los atados junto con las advertencias sanitarias se vinculó a un aumento consistente de la demanda. A su vez, más recientemente, efectos similares se han apreciado en otros países con la introducción del etiquetado neutro, que consiste en la ausencia de colores y otros identificadores diferenciales de cada marca (*plain packaging*)²³.

Es conveniente que la población general y los equipos de salud conozcan la existencia de esta alternativa efectiva para dejar de fumar. Así, la línea de ayuda para el fumador del MINSAL permite aumentar los niveles de cesación tabáquica sin tener que recurrir a un centro de salud, al facilitar el acceso, contribuye a reducir la inequidad vinculada al tabaquismo en Argentina. Las advertencias sanitarias y su rotación periódica son una oportunidad de llegar a la población objetivo y favorecer la cesación. En un futuro cercano, se requiere realizar un seguimiento del diseño de las subsiguientes advertencias para que mantengan un efecto motivador a la cesación y adecuar la línea para responder convenientemente a períodos de mayor demanda, además de proporcionar un servicio más completo de seguimiento proactivo.

Cómo citar este artículo: Casetta B, Videla AJ, Fenoy D, Konfino J. Efectos de las campañas y de las advertencias sanitarias de cigarrillo en la línea de atención al fumador en Argentina. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):33-36.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eriksen M MJ, Schluger N, Islami F, Drope J. El Atlas del Tabaco. Atlanta, Georgia: American Cancer Society; 2015.
- Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, et al. Smoking and Mortality – Beyond Established Causes. *NEJM*, 2015;372:631-40.
- Casetta Brunilda. El tabaquismo sigue sumando enfermedades por las que aumenta la mortalidad. Smoking continues to add diseases which increase mortality. *Evid Act Pract Ambul*, 2015;18:120.
- Casetta B, Videla AJ, Bardach A, et al. Association between cigarette smoking prevalence and income level: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research* 2016, September 27:DOI 10.1093/ntr/ntw266.
- Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo F. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Report No.: ISBN N°978-950-38-0143-7.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles 2013*. Buenos Aires 2015. Report No.: 978-950-38-0218-2.
- World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
- Directrices para la aplicación del artículo 14 del Convenio Marco de la OMS. Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco 2010.
- World Health Organization. Developing and improving national toll-free tobacco quit-line services. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*. Argentina. Buenos Aires 2011.
- Boletín Oficial de la República Argentina. *Ley Nacional de Regulación de Publicidad y Consumo de los productos elaborados con tabaco* 26.687. Argentina 2011.
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*, 1982;7:133-42.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991;86.
- Casetta B, Videla AJ, Valverde C, Zarza L. *Manual de Autoayuda para Dejar de Fumar*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
- World Health Organization. *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual*: WHO; 2011.
- Casetta B, Lamique M, Virgolini M. Cómo se enteró de la línea. Impacto de las campañas de comunicación en el conocimiento y progresión de las consultas a la línea gratuita de atención al fumador 0800-222-1002. *4to. Congreso Argentino Tabaco o Salud: Ministerio de Salud de la Nación*; 2009.
- Willemsen MC, Simons C, Zeeman G. Impact of the new EU health warnings on the Dutch quit line. *Tob Control*, 2002;11:381-2.
- Li J, Grigg M. New Zealand: new graphic warnings encourage registrations with the quitline. *Tob Control*, 2009;18:72.
- Borland R, Wilson N, Fong GT, et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tob Control*, 2009;18:358-64.
- Cotter T, Perez DA, Dossa AL, Bishop JF. Smokers respond to anti-tobacco mass media campaigns in NSW by calling the Quitline. *N S W Public Health Bull*, 2008;19:68-71.
- Young JM, Stacey I, Dobbins TA, Dunlop S, Dossa AL, Currow DC. Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. *Med J Aust*, 2014;200:29-32.

SALA DE SITUACIÓN

DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUS RESPIRATORIOS EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

Diagnosis and Epidemiological Surveillance of Respiratory Viruses in the Province of Corrientes

Durante el otoño e invierno de 2016 se advirtió un cambio de comportamiento en la circulación y prevalencia de los virus de influenza y sincicial respiratorio en las muestras de la provincia de Corrientes.

PALABRAS CLAVE: Vigilancia Epidemiológica - Influenza - Sincicial Respiratorio - Epidemiología

KEY WORDS: Epidemiological Surveillance - Flu - Respiratory Syncytial Viruses - Epidemiology

Gerardo Andino¹, Natalia Ruiz Díaz², José Espinoza², Martín Cóceres², Ricardo Lezcano², María Susana Pisarello³

¹ Banco de Sangre Central, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

² Laboratorio Central de Redes y Programas, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

³ Dirección de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) de etiología viral constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente en niños menores de 5 años, en personas mayores de 65 años y en quienes presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones, que pueden derivar en formas graves. Todos los años se verifica un progresivo aumento de los casos de IRA en la época invernal, que comienza habitualmente alrededor de la semana epidemiológica 16 y deriva en un incremento de la demanda de atención, del número de hospitalizaciones y de mortalidad por causas respiratorias¹.

La vigilancia epidemiológica de las IRA resulta fundamental para detectar precozmente el aumento estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, así como para identificar los grupos poblacionales afectados y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados.

Los agentes virales etiológicos estudiados de rutina por vigilancia incluyen: adenovirus (ADV), influenza A (FLU A), influenza B (FLU B), parainfluenza 1 (PI 1), parainfluenza 2 (PI 2), parainfluenza 3 (PI 3), virus sincicial respiratorio (RSV) y metapneumovirus (MPV), a través de técnicas de inmunofluorescencia directa (IFD) y de amplificación de ácidos nucleicos (PCR)².

En la provincia de Corrientes, donde predomina un clima subtropical sin estación seca, entre 2010 y 2015 se observaba la circulación de RSV principalmente a partir de abril y mayo, mientras que la de FLU A y FLU B se iniciaba recién entre julio y agosto.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la circulación y prevalencia de los diferentes virus respiratorios analizados en el Laboratorio Central (LC) de la provincia de Corrientes hasta la semana epidemiológica 39 de 2016 y efectuar la comparación respecto a años anteriores.

MÉTODOS

El LC de Corrientes recibe muestras para búsqueda de virus respiratorios (aspirados nasofaríngeos, hisopados nasofaríngeos y lavados bronquioalveolares, que provienen de hospitales públicos y de instituciones privadas de toda la provincia. Es hasta el momento el único centro provincial con el equipamiento, el personal capacitado y la condición de referente ante la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos Malbrán" para la detección de estos virus, tanto por técnicas de inmunofluorescencia como de biología molecular.

Se analizaron los resultados de la totalidad de muestras procesadas (n=1672) en el LC con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG), neumonía y enfermedad tipo influenza (ETI). Se tuvo en cuenta el período transcurrido entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2016 (semanas epidemiológicas 1 a 39). Se consideraron las muestras procesadas por técnicas de IFD para la detección de los siguientes virus respiratorios: ADV, FLU A, FLU B, PI 1, PI 2, PI 3, RSV y MPV, y reacción de polimerasa en cadena en tiempo real (RT-PCR) para FLU A y FLU B, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación.

Las muestras que resultaron positivas para FLU A y FLU B fueron enviadas al ANLIS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para su correspondiente caracterización molecular.

RESULTADOS

A partir de las 1672 muestras analizadas entre las semanas epidemiológicas 1 a 39 (enero-octubre de 2016), se observaron los siguientes resultados (ver Gráfico 1).

Los resultados preliminares de la caracterización molecular de las muestras enviadas a ANLIS indicaron que los virus de FLU A circulante en Corrientes correspondían principalmente a H1N1 de tipo pandémico.

Al comparar la circulación de RSV y FLU A/B con las mismas semanas epidemiológicas de 2015, se observó un desplazamiento de los virus FLU A y FLU B, que se adelantaron en 2016 e incluso invirtieron su aparición en relación con los años anteriores (ver Gráfico 2).

Al observar la circulación de RSV de los cuatro años previos, surgió un comportamiento bastante estable, que alcanzó el máximo número de muestras positivas entre las semanas 24 y 31 (ver Gráfico 3).

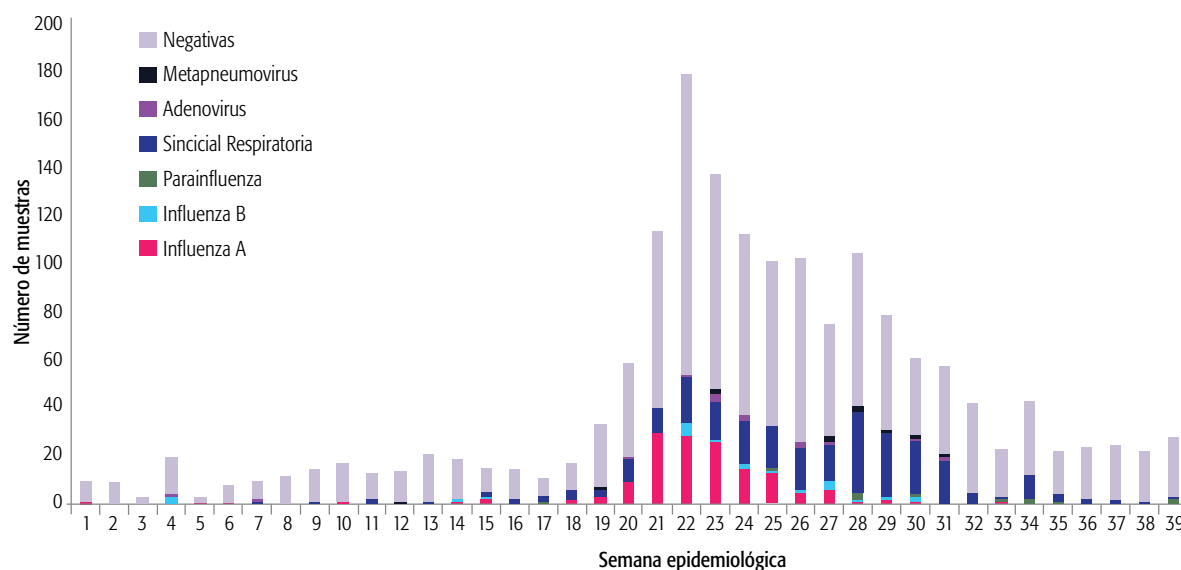
Para los virus de FLU A y FLU B, el máximo número de muestras positivas apareció entre las semanas 31 y 36, a diferencia de 2016, donde se alcanzó entre las semanas 21 y 23 (ver Gráfico 4).

DISCUSIÓN

El cambio observado en 2016 para la circulación de los virus FLU A podría deberse al adelantamiento de un período frío y húmedo, que afectó a todo el territorio argentino y propició la circulación y el mantenimiento de la transmisión de dichos virus. Este cambio también puede analizarse en función del aumento de las consultas por neumonías, ETI e IRAG, según consta en el Boletín Integrado de Vigilancia^{3,4}. Cabe asimismo destacar que se observó una inversión en la circulación habitual en Corrientes, donde la aparición del virus de FLU A se adelantó a la del RSV.

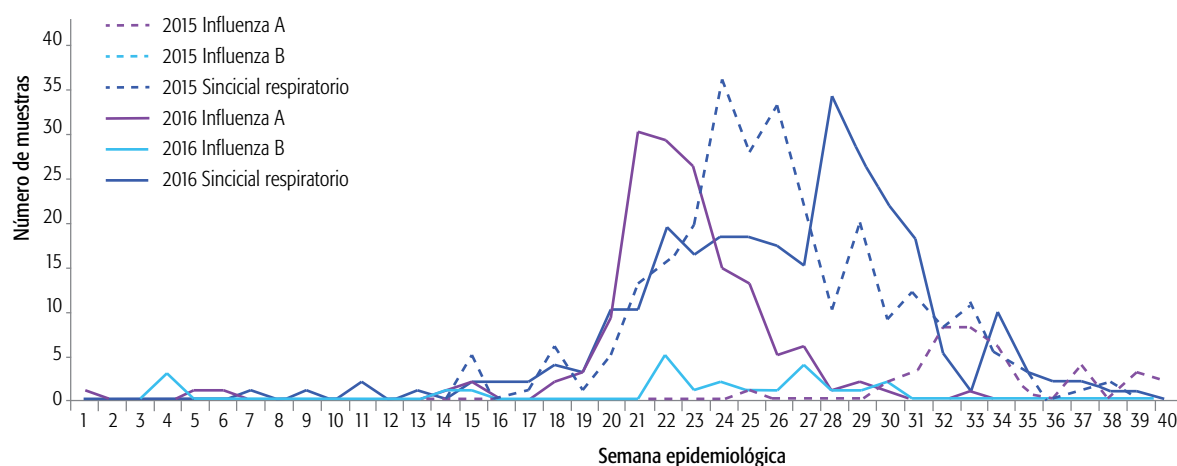
El amplio espectro de infecciones respiratorias varía conside-

GRÁFICO 1. Muestras positivas para virus respiratorios, portipo y semana epidemiológica, (SE) Laboratorio Central de la provincia de Corrientes; SE 1 a 39 años 2016, N=1672



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 2. Circulación en 2015 y 2016, Laboratorio Central de la provincia de Corrientes.



Fuente: Elaboración propia

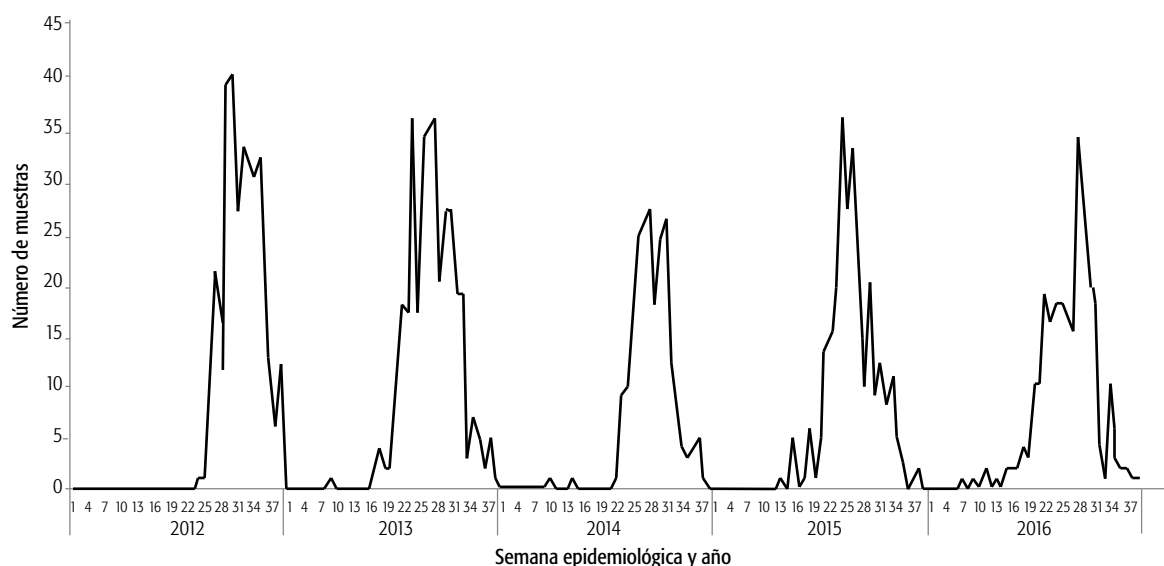
rablemente año a año, por lo que su vigilancia epidemiológica constituye una herramienta muy eficaz para obtener información oportuna y de buena calidad, que debe ser tenida en cuenta tanto por el personal médico y bioquímico como por los responsables de las instituciones de salud. Esto no sólo permite reforzar y reorganizar los servicios implicados en todos los niveles de atención frente al incremento de patologías respiratorias en épocas invernales, sino que también contribuye

a planificar e implementar las correspondientes campañas de prevención, promoción y control, mejorando así la capacidad resolutive de todos los servicios de salud en conjunto.

AGRADECIMIENTOS

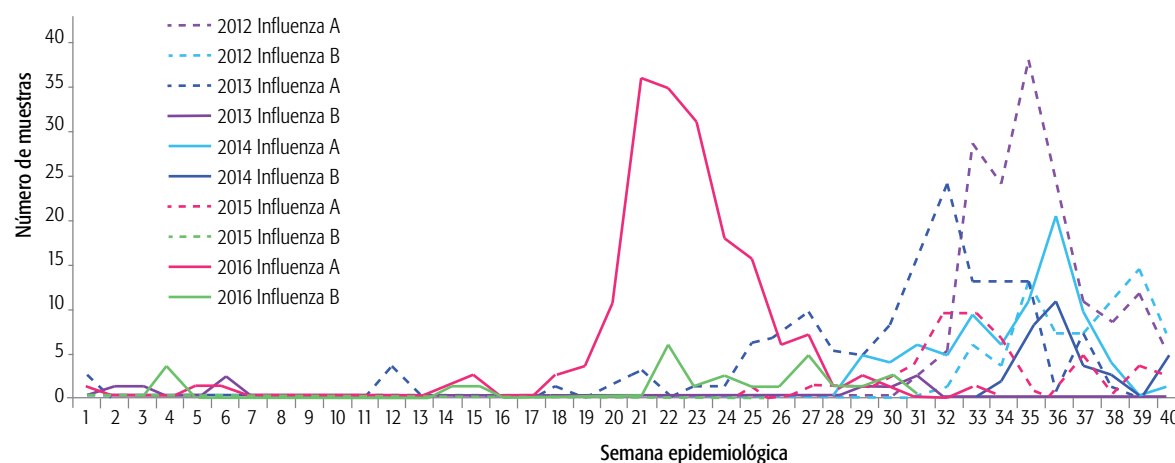
Al Dr. Sebastián Genero, profesor titular de Atención Primaria de la Salud, Epidemiología e Informática II en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste.

GRÁFICO 3. Muestras positivas para virus sincial respiratorio, por semana epidemiológica, Laboratorio Central de la provincia de Corrientes, SE 1-39, 2012-2016.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4. Circulación de virus influenza A e nfluenza B desde 2012 a 2016 en provincia de Corrientes por semana epidemiológica, Laboratorio Central de la provincia de Corrientes.



Fuente: Elaboración propia

Cómo citar este artículo: Andino G, Ruiz Díaz N, Espinoza J, Cóceres M, Lezcano R, Pisarello MS. Diagnóstico y vigilancia epidemiológica de virus respiratorios en la provincia de Corrientes. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):37-39.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Guía de Vigilancia Epidemiológica y Recomendaciones para la Prevención, Diagnóstico y Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 2016.

² Carballal G, Oubiña JR. Virología Médica, 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Corpus; 2015.

³ Boletín Integrado de Vigilancia N° 328 – SE 38, 2016. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Ministerio de Salud de la Nación; 2016.

⁴ Boletín Integrado de Vigilancia N° 329 – SE 39, 2016. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Ministerio de Salud de la Nación; 2016.

HITOS Y PROTAGONISTAS

JULIETA LANTERI, UNA PIONERA

Julieta Lanteri, a Pioneer

PALABRAS CLAVE: Julieta Lanteri - Historia de la Medicina - Médicos

KEY WORDS: Julieta Lanteri - History of Medicine - Physicians

Federico Pégola

Academia Nacional de Medicina



La primera mitad del siglo pasado tuvo la particularidad, casi la misión, de liberar a la mujer. No lo hizo en forma total, pero sí dió pautas para eliminar tabúes que durante siglos habían sido generados, sobre todo, por las religiones monoteístas. Buena parte de esa liberación estuvo a cargo de los sexólogos de la escuela vienesa¹. Más allá de las excepciones, la labor femenina estaba por entonces ligada a la maternidad y a las tareas del hogar, mientras que quedaban vedados determinados trabajos que eran patrimonio masculino.

Argentina no estuvo ajena a tal movimiento. Así fue que en 1920 los poderes públicos nacionales autorizaron a la Unión Feminista a organizar simulacros de votación, como los realizados un año antes en la comuna de París. En estas curiosas elecciones se presentaron dos candidatas: Alicia Riglos de Berón de Astrada por el Partido Socialista y Julieta Lanteri por el Partido Feminista Nacional. Esta última obtuvo 1363 votos, aunque

triumfaron los socialistas². Resulta llamativo, pero algunos historiadores sostienen que el período de gloria ocurrió entre 1880 y 1930.

Julieta Lanteri nació el 22 de marzo de 1873 en una región del Piamonte italiano y a los seis años de edad llegó a Argentina. Afincada la familia en la ciudad de La Plata, eligió el Colegio Nacional (adonde concurrían los varones) y no la Escuela Normal (de las mujeres) porque ya tenía en mente el ingreso universitario para estudiar Medicina. Como dicen Bellota y Mate-sanz³, “si hay una característica en la vida de Julieta Lanteri es la trasgresión permanente al rol que la sociedad le asignaba a las mujeres”. A comienzos de marzo de 1886 se matriculó en el primer año de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, de donde egresó el 11 de abril de 1907 con un promedio de ocho puntos. Su tesis se tituló *Contribución al estudio del deciduoma maligno*. En 1898 también se había graduado como farmacéutica. Fue la tercera mujer médica graduada en el país. Poco tiempo después, amparándose en los reglamentos de la Facultad de Ciencias Médicas, se le denegó la adscripción a la cátedra de Enfermedades Mentales por ser de nacionalidad extranjera. Kohn Loncarica y Sanchez⁴ expresan que “[...] ya nacionalizada, igualmente fue rechazada, esta vez, sin fundamentación alguna. Ya por esos años tenía fama de rebelde y díscola. Años después intentó presentarse a concurso de profesora Adjunta (‘Suplente’ en la nomenclatura de aquellos tiempos). Fracasó

nuevamente y abandonó en forma definitiva sus anhelos académicos”.

Tal como indica el tema de su tesis de doctorado y su interés por la formación técnica de las parteras, con un trabajo titulado *Moral obstétrica*, Julieta Lanteri pareció inclinarse decididamente por la Ciencia Médica. Incluso, como era clásico en las mujeres médicas, ejercía la docencia secundaria a cargo de la materia Ciencias Naturales. Sin embargo, y seguramente por su poco éxito frente a las exigencias burocráticas para acceder a la carrera académica, pronto se largó a una lucha tenaz —y fructífera pese a la época— a favor de la liberación social y política de la mujer. No debe haber dejado de conmoverla la nota de la Comisión de Enseñanza de la Facultad con fecha del 17 de abril de 1912, que expresaba que “como se trata del primer caso en que una mujer solicita adscripción como pretendiente al cargo de Profesor Suplente, la Comisión cree que el Honorable Consejo directamente debe abocarse a la discusión del mismo”. Era una forma de archivar el caso porque la extranjería ya no existía: Lanteri había tramitado su ciudadanía.

Por cierto, tampoco le fue fácil obtener ese derecho. Tras despachos desfavorables que luego fueron revocados y cartas de su marido, Alberto Renshaw, que autorizaban la situación, la ciudadanía argentina recién le fue extendida el 15 de julio de 1911.

Todos estos hechos fueron suficientes para que se liberara de esos aspectos formales y se sentaran

precedentes importantes, habida cuenta de las características tan particulares de la sociedad argentina de ese tiempo. Cabe disentir aquí con las expresiones de Alicia Moreau, quien se refería a que toda su actuación fue un "ensayo puramente personal que no tuvo ninguna repercusión sobre la condición política de la mujer"⁵.

En 1904, junto con Cecilia Grierson, fundó la Asociación Universitaria Argentina para acercar a más mujeres a la alta casa de estudios. Luego propuso además la realización del Congreso Femenino Internacional del Centenario, obviamente en 1910.

Bellota y Matesanz³ sostienen que fue la primera mujer de América Latina que ejerció el sufragio. De acuerdo con lo "que disponía la ley 5.098 del 29 de julio de 1907, el padrón de la Capital Federal debía renovarse cada cuatro años. En su artículo 7º, inciso 1, establecía que 'las comisiones empadronadas escribirán en el registro: A los ciudadanos mayores de edad que sepan leer y escribir, que se presenten personalmente a solicitar la inscripción y que hayan pagado en el año impuestos municipales por valor de 100 pesos como mínimo, o contribución directa, o patente comercial o industrial por igual suma, o ejerzan alguna profesión liberal dentro del municipio y se hallen domiciliados en él desde un año antes del día de la inscripción'."

Era una impronta de la época que la mujer estuviera también bajo la potestad del padre o del marido, como se ha expresado anteriormente, y no le era posible disponer y decidir sobre sus propios bienes. Esto reafirma la tenacidad que debe haber tenido este puñado de mujeres en su lucha. El índice de analfabetismo femenino era mucho más elevado que el masculino, y ese otro efecto cultural las hacía aún más vulnerables.

Los comicios de 1919 forzaron la formación del Partido Feminista Nacional. Julieta Lanteri fue proclamada candidata a diputada nacional para las elecciones del 7 de marzo de 1920, mientras que el Partido Socialista Argentino —tal vez por influjo de la médica— colocó a una mujer en el tercer puesto de la lista. Durante los tres meses que duró la campaña, Lanteri pronunció 100 conferencias y debió soportar en algún caso la intolerancia machista.

Las veces que presentó su candidatura, que fueron varias, no obtuvo más que un escaso caudal de votos (cabe recordar que las mujeres no sufragaban). Tenía 59 años cuando un accidente, causado por uno de los pocos automóviles que circulaban por Buenos Aires, tronchó su vida. Era el 23 de febrero de 1932. Una década y media después, la mujer lograría su derecho al voto.

"Uno de los obituarios, publicado en un diario de Buenos Aires el 25 de febrero de 1932 a raíz de su muerte —expresa Zancada—, decía: 'Cuando el feminismo argentino, hoy ya despierto y de pie, ocupe el lugar que le corresponde en la discusión y manejo de los intereses públicos, el recuerdo de la doctora Lanteri se irá agrandando en el agradecimiento de las mujeres hasta adquirir la estatura de precursora que legítimamente le corresponde'.

La doctora Julieta Lanteri fue sin duda una de aquellas bravas mujeres que lucharon contra la injusticia y esa marcada desigualdad para todo lo que tuviese características femeninas. Pero lo que lamentablemente no se cumplió fue el deseo del cronista, al precisar el recuerdo que la posteridad le brindaría a su lucha y su figura. Hoy son muy pocos los que conocen tan siquiera su nombre y toda su preocupación y trabajo fueron borrados por el olvido. Pero las que disfrutamos del derecho de opinar, votar y decidir, tenemos la obligación de un eterno agradecimiento a Julieta Lanteri y tantas otras que, como ella, hicieron de la acción una vocación de vida"⁶.

El 18 de marzo de 2003, según un artículo de *La Nación*⁷, se inauguró en el barrio de la Boca de la ciudad de Buenos Aires un albergue para mujeres golpeadas denominado Casa de Medio Camino "Julieta Lanteri".

Cómo citar este artículo: Pérgola F. Julieta Lanteri, una pionera. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):40-41.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Pérgola F. Sexólogos en el mundo. Tres siglos de investigaciones sobre el sexo humano en Occidente. Buenos Aires: *El Guión*; 2016.

² Constenla MI, Reynoso MA. La mujer y la política. *Todo es Historia*. 1982;183:68-79.

³ Bellota A, Matesanz J. Julieta Lanteri, primera sufragista de América Latina. *Todo es Historia*. 1990;278:76-82.

⁴ Kohn Loncarica AG, Sánchez NI. La mujer en la medicina argentina: las médicas en la primera década del siglo XX. *Saber y Tiempo*. 1996;2(2):113-138.

⁵ Moreau de Justo A. *La mujer en la democracia*. Buenos Aires: El Ateneo; 1945.

⁶ Zancada AM. Julieta Lanteri, una mujer para recordar. *El Litoral*. 20 de febrero de 1997.

⁷ Una casa para refugiar a mujeres golpeadas. *La Nación*. 16 de marzo de 2003.

DESCRIPCIÓN DEL FINANCIAMIENTO OTORGADO POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD A INVESTIGACIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Description of the Dirección de Investigación para la Salud's Funding for Research Projects with Gender Perspective

Uno de los objetivos rectores de la Dirección es promover políticas de investigación en salud. Considerando la importancia de incluir una perspectiva de género en las investigaciones en salud, el presente artículo se propone caracterizar el financiamiento otorgado a estudios que hayan incorporado esta perspectiva durante el período 2010-2017.

PALABRAS CLAVE: Género - Investigación - Financiación Gubernamental

KEY WORDS: Gender - Research - Financing Government

Grisel Adissi¹, Ana Palmero¹, Anabel Fernández Prieto¹

¹ Dirección de Investigación para la Salud, Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

Promover políticas de investigación en salud y fomentar la gestión del conocimiento son los objetivos rectores de la Dirección de Investigación para la Salud (DIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Para ello, a través de las becas Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis" anualmente se otorga financiamiento para becas de investigación con el propósito de impulsar investigaciones operativas y sanitarias que permitan conocer las realidades de salud pública de las jurisdicciones del país y sus necesidades para la toma de decisiones clínicas y sanitarias, contribuyendo así con las políticas de salud.

Considerando que la inclusión de una perspectiva de género en las investigaciones en salud resulta rele-

vante para la comprensión y generación de posibles respuestas a múltiples problemas de salud, este artículo caracteriza el financiamiento otorgado desde la DIS a investigaciones cuyos objetivos indagaron problemas de salud desde esta perspectiva en el período 2010-2017.

La perspectiva de género en salud

El concepto de "género" admite múltiples interpretaciones, entre ellas su intención inicial de distinguir entre dos esferas, la de la biología y el sexo, como algo dado (y por tanto, estable y prefijado), y la sociocultural dada por la asignación de roles. Esta distinción permite, entre otras cosas, comprender el impacto de las expectativas sociales en la distribución diferencial de oportunidades y vulne-

rabilidades^{1 2 3}.

Dada la utilidad mostrada para la transformación de las prácticas sociales, este concepto fue rápidamente retomado por los movimientos de mujeres, otorgándole la potencialidad de revertir asimetrías que se presentan de tal modo como social y culturalmente construidas⁴.

La incorporación de la perspectiva de género en la agenda de las políticas de salud se estableció como una estrategia para promover la igualdad de géneros en materia de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en 2002 su Política en materia de Género, en la cual se basa la Política de Igualdad de Género adoptada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2005⁵.

La OMS/OPS insta a los estados miembros a formular estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en sus políticas y programas de salud. Además, incluye explícitamente a las investigaciones en salud con el fin de mejorar la capacidad para analizar el papel del género en la salud y monitorear las desigualdades evitables que encuentran como determinante a los estereotipos de género.

La reforma de la Constitución Nacional argentina realizada en 1994 incluyó la adhesión a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, según su sigla en inglés) y, en consecuencia, dado que la promoción de la igualdad de género y la lucha contra la discriminación adquirieron el más elevado rango en el cuerpo normativo nacional, la inclusión de una perspectiva de género en las políticas de salud se constituyó en una obligación del Estado.

Estrategia de abordaje

Dada la disponibilidad de información, se revisaron los títulos de 1 051 proyectos de investigación financiados con las becas Salud Investiga entre 2010 y 2017, ya sea en el marco de proyectos individuales o estudios multicéntricos. Se identificaron aquellas investigaciones que incluyeran ciertos términos de búsqueda en el título. Cabe destacar que al haber realizado la búsqueda por palabras del título es posible que las menciones incluyan más de una beca otorgada en diferentes años a una misma persona o equipo que se encuentre siguiendo un tema. Para ello, se seleccionaron un conjunto de términos que surgen de la confluencia entre las áreas habitualmente abordadas por los estudios de género y la búsqueda de referencias explícitas a estudios sobre y en mujeres: [Mujer, Género, Mujeres, Madre(s), Materna, Maternidad, Varones, Hombres, Sexual(es), Salud Sexual, Sexualidad, Aborto /Interrupción Legal del Embarazo (ILE), Masculinidad, Métodos Anticonceptivos, Femeneidad, (Anti)

concepción, DIU, MAC, Planificación Familiar, Diversidad sexual, Homosexual, Intersex, Intersexualidad, Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales (estos últimos términos también fueron buscados a través de la sigla LGTB).]

Entre las investigaciones que resultaron así identificadas, se delimitaron distintos subuniversos según fuera o no posible reconocer a partir del título un abordaje con perspectiva de género. Seguidamente, se caracterizó al subuniverso del cual podía afirmarse que respondía a dicha perspectiva.

Caracterización de los hallazgos

De la totalidad de los títulos incluidos en el universo de 1 051 investigaciones, 173 contenían alguno de los términos de búsqueda. Entre ellos se hallaron 5 estudios que fueron seleccionados por otras acepciones en los términos de búsqueda (lo cual sucedió con los conceptos de "género", "madre", "maternidad" y "maternal") y 30 sobre los que se puede afirmar que no parten de una perspectiva de género, dado que su objeto pertenece al ámbito de la biología. De estos estudios, vinculados a problemáticas de las mujeres, buena parte remiten a indicadores en mujeres embarazadas, sobre todo en base a la preocupación por la exposición fetal. Varios estudios poseen un interés específico en la leche materna mientras que otras investigaciones indagan en aspectos descriptivos sobre prevalencia de enfermedades y factores de riesgo, o bien remiten a problemáticas genéticas.

Además, se clasificó un subuniverso de 54 estudios, en los que es posible afirmar que la delimitación del problema u objeto responden a una perspectiva de género. Para identificar dicho subconjunto se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: Género (22), Mujeres (16), Salud Sexual (9), Varones (9), Aborto/ILE (9), Sexual (es) (5), Mujer (3), Masculinidad (3), Maternidad (2), Madres(s)(1), Anticonceptivos (1), Diversidad Sexual (1), Lesbianas (1), Bisexual (1), Femeidad (1) y Tran-

sexual (1). A su vez, de este conjunto de estudios 22 incluían en el título el concepto "género", abarcando temas como: "violencia de género" (11), Salud Sexual y Reproductiva (3) y población trans (2). Es de destacar que entre los que incluían explícitamente la referencia a una perspectiva de género se encontraron áreas de estudio emergentes, entre ellas investigaciones sobre Salud Mental, como ser aspectos vinculados con la externalización (1), los desencadenantes de trastornos de ansiedad (1), y la atención por uso de drogas (1), también, el estudio sobre barreras de género en la prevención cardiovascular (1), la visibilización de discriminación de género en acciones de promoción de la salud (1), y el trabajo no remunerado de cuidado a personas enfermas (1).

Los otros 32 estudios, aun cuando no contenían el concepto de género en su título, fueron considerados en este subuniverso por abordar temas en agenda que sólo son pasibles de ser delimitados desde una perspectiva de género⁷. De ellos, 8 referían a violencia contra las mujeres bajo distinto tipo de denominaciones (hacia/ contra la mujer, familiar/doméstica con población de mujeres, violencia sexual), 8 eran sobre interrupción del embarazo (aborto no punible, consejería, toma de decisiones en embarazo no aceptado), 7 indagaban en varones sobre temas tradicionalmente asociados a mujeres (en su mayoría, cuidados en salud sexual y reproductiva de/en varones, pero también cuidados propios en salud integral y percepción sobre enfermedades de mujeres). Otros estudios problematizaban sobre el sujeto de decisión del uso de métodos anticonceptivos (2), la elección de la maternidad como proyecto de vida (1), la masculinidad como construcción social (1), la construcción del cuerpo de las mujeres en acción sanitaria (1) y las imágenes de feminidad en los diagnósticos de salud mental (1). Y otros referían a diversidad sexual (1), mujeres en situación de prostitución (1) y a femicidio (1).

En este total de 54 proyectos de investigación, en los que la delimitación del problema u objeto responde a una perspectiva de género, el 89% se desarrolló en el marco de investigaciones individuales mientras que 11% en estudios multicéntricos. Expresado en términos de fomento a la investigación, la ejecución de estos proyectos implicó un total de \$ 3.840.500, representando para el período 2010–2017 el 4% del total de fondos concursables de la DIS.

En relación al perfil de los investigadores que participaron de estos proyectos, el 87% fueron mujeres y el 13% varones, evidenciando una mayor participación de investigadoras en ésta temática en comparación con la proporción observada en el total de las becas asignadas para el periodo bajo estudio, donde aproximadamente el 70% fueron mujeres.

Por otro lado, los 54 estudios en los cuales fue posible afirmar que la delimitación del problema incluyó una perspectiva de género se distribuyeron entre 13 jurisdicciones (provincias) argentinas. Si bien la gran mayoría se concentró en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, tal como sucede a nivel general en la convocatoria, es posible desta-

car la participación de investigadores e investigadoras de provincias del Noroeste argentino, como Tucumán, Salta y Jujuy (ver Gráfico 1).

Cuando se analizaron los proyectos que incorporaban una perspectiva de género se observó que el 44% contaba con el aval de una institución académica o de un instituto de investigación, mientras que el 32% con el de un establecimiento de salud y el 15% con el de un área de gobierno. A diferencia de ello, si el universo de análisis se compone por los 1051 proyectos ganadores de las becas para el periodo bajo estudio, aproximadamente el 35% de los becarios fueron avalados por un establecimiento de salud, mientras que el 36% contó con el aval de una institución académica o un instituto de investigación. Asimismo, se observó que en gran medida la participación de las instituciones que avalan los proyectos responde a la formación de los becarios y becarias y/o los ámbitos laborales en los cuales éstos/as se desempeñan. En este sentido, los que principalmente incluyeron una perspectiva de género son los proyectos de investigadoras/es de disciplinas que se enmarcan en el campo de las Ciencias Sociales y Humanidades (77%).

Por su parte, los 84 estudios donde no fue posible saber a través del título si incluían o no una perspectiva de género dan cuenta de un abanico amplio de temáticas de interés. Se incluyen aquí abordajes cualitativos preocupados por la accesibilidad hacia insumos básicos o servicios, buena parte de los cuales se encuentran también preocupados por los condicionamientos y estereotipos socio-culturales. Salud sexual y reproductiva es uno de los temas más recurrentes dentro de este subuniverso de estudios. También se incluyeron diversas investigaciones dedicadas a la salud materno-infantil, tanto en términos de problemáticas como de análisis o evaluación de intervenciones al respecto. Asimismo, se hallaron estudios cuyo interés consiste en indagar sobre representaciones y actitudes de los equipos de salud respecto de lo que éstos consideran específico de mujeres y varones, y sus consiguientes expectativas.

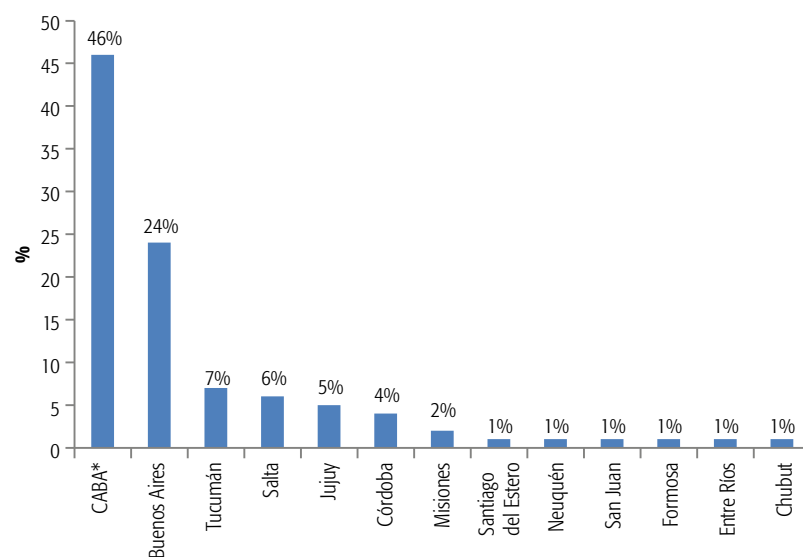
Reflexiones

En primer lugar es de destacar el interés que esta perspectiva ha despertado en las investigaciones en Salud Pública y valorizar su carácter transversal en los estudios de salud.

Se hallaron estudios que recuperaban las problemáticas en agenda desde una perspectiva de género tanto como otros que la encuentran fecunda para pensar otras situaciones del proceso de atención o su impacto en afecciones hasta ahora no suficientemente indagadas.

Concomitantemente con el área de conocimiento en la cual surge el concepto de "género", se observó que en su mayoría los estudios de investigación cuyo título daba cuenta de haber delimitado el problema u objeto desde una perspectiva de género fueron desarrollados por profesionales del área de las Ciencias Sociales y Humanidades. Esto plantea el desafío de fomentar y seducir a la inclusión de esta perspectiva en los proyectos generados desde las Ciencias de la Salud o aquellos que son avalados por establecimientos sanitarios. En este

GRÁFICO 1. Distribución de proyectos donde se identificó la perspectiva de género por jurisdicción. DIS 2010-2017.



*Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fuente: Elaboración propia

sentido, dada la capacidad descriptiva y analítica de esta perspectiva, su inclusión en el abordaje de problemá-

ticas sanitarias puede aparecer como oportunidad para anclar los estudios en situaciones reales, contribuyendo

al desarrollo de soluciones eficaces y aplicables a problemas concretos de salud pública.

Cómo citar este artículo: Adissi G, Palmero A, Fernández Prieto A. Descripción del financiamiento otorgado por la Dirección de Investigación para la Salud a investigaciones con perspectiva de género. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):42-45.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Castro R. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: UNAM, 2004.

² Findling L, López E. (Coord.). *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Biblos, 2005.

³ Faur E. *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.

⁴ Fraser, N. O feminismo, o capitalismo e a astúcia da história. En *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 2009, 14(2).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Política de Igualdad de Género*. Disponible en: [<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>] [Último acceso: 28/06/2017]

⁶ Gunnarsson L. A defence of the category 'women'. *Feminist Theory*, 2011, 12(1), 23-37.

⁷ Mattio, E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En Morán Faúndes JM, Sgró Ruata MC, Vaggione JM. (Eds.) "Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos". Córdoba: *Ciencia, Derecho y Sociedad*, 2011.

SALUD INVESTIGA

RESÚMENES DE INFORMES FINALES DE BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA" 2014

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN ADOLESCENTES CON CÁNCER

Gutierrez E, Fundación Flexer, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
emilcevgutierrez@yahoo.com.ar

Introducción: La población de adolescentes y jóvenes adultos comprende a los individuos de entre 15 y 21 años. En Argentina, no hay institución pública ni privada que se ocupe especialmente de este grupo etario con enfermedad oncológica. Los pacientes en cuestión son atendidos, en su mayoría, en centros de adultos.

Objetivos: Analizar la adherencia al tratamiento oncológico y los factores que la afectan en pacientes adolescentes y adultos jóvenes (AyA) con cáncer atendidos en un hospital público.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los AyA atendidos en 2014 y 2015 a través de encuestas anónimas a los pacientes y profesionales intervinientes (médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos). Se recogieron datos acerca del perfil sociodemográfico y biomédico, así como aspectos psicológicos, de comportamiento y necesidades. Se cuantificó la adherencia a través del índice de Morisky Green.

Resultados: El estudio incluyó a 11 pacientes, el 90% de los cuales presentó un alto nivel de conocimiento sobre su tratamiento. El nivel de motivación para la adherencia fue de apenas un 50%. Entre los factores que más afectaron a los AyA se encontraron las internaciones (75%), los efectos secundarios (63%), el aislamiento, especialmente del colegio (67%), los cambios de imagen corporal como pérdida del pelo (78%), el no compartir espacio con pacientes de la misma

EL ROL DE LOS AGENTES SANITARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CUATRO PROVINCIAS DEL NORTE ARGENTINO

González Cowes V, Universidad de Buenos Aires (UBA); Amarilla MJ, Liga de Madres de Familia; Mathot y Rebolé MI, UBA; Petit L, UBA; Salas GF, Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán; Viudes S, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones.
valeria.gonzalezcowes@gmail.com

Introducción: En Argentina, pese a la existencia de políticas públicas dirigidas a disminuir la mortalidad materna (MM), los resultados no son los esperados. Además, es poca la información sobre su impacto en mujeres rurales pobres. En tal contexto, este trabajo abordó las causas indirectas de MM, focalizándose en el papel que juegan los agentes sanitarios (AS) en su prevención.

Objetivos: Describir el rol que juegan los AS en la prevención de la MM como actores con potencialidad para generar puntos de encuentro entre la lógica médica y los marcos de sentido y el contexto de vida de mujeres rurales de bajos recursos.

Métodos: Desde un enfoque cualitativo, se realizó un estudio comparativo de cuatro casos de carácter transversal en Corrientes, Formosa, Misiones y Tucumán. Se efectuaron observaciones participantes y no participantes, y entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud, AS y mujeres rurales pobres. El análisis se realizó con el apoyo del Atlas.ti y según los lineamientos de la teoría fundamentada.

Resultados: Las actividades que realizan los AS abarcan desde tareas administrativas hasta responsabilidades que exceden su capacitación formal. La actividad más destacada por los entrevistados son las visitas a domicilio, que facilitan el acceso de las mujeres al sistema de salud local. Las mujeres establecen vínculos de confianza con los AS y los consultan respecto a la salud materna e infantil. Pese a que los profesionales reconocen la importancia de las tareas efectuadas por los AS, no les dan participación en el diseño de las estrategias de prevención y promoción que luego ellos ejecutan.

Conclusiones: El rol de los AS implica una tensión entre dos lógicas: la del sistema de salud y la de los beneficiarios. Los AS están excluidos de las decisiones formales de sus intervenciones y quedan subordinados a los profesionales. No obstante, obtienen el reconocimiento de las mujeres por el buen trato y el tiempo proporcionado, lo que los convierte en nexos valiosos con el sistema de salud.

Palabras clave: Salud Materno-Infantil - Mortalidad Materna - Personal de Salud - Accesibilidad a los Servicios de Salud - Factores Culturales

edad y la preocupación por el fracaso del tratamiento (40%). Como factores positivos, más del 80% valoró como muy buena su relación y comunicación con el médico, y un 77,8% señaló que había hecho amigos durante la internación. El 100% de los pacientes refirió sentirse más contenido por la madre.

Conclusiones: El tamaño muestral no permite extraer inferencias estadísticas. Sin embargo, las encuestas aportan datos valiosos sobre el comportamiento, las preocupaciones y las necesidades de esta población. Los pacientes muestran similares necesidades que en su cotidianeidad: buscan compartir tiempo y espacio con pares, así como el afecto y los cuidados generales de sus familias y amigos.

Palabras clave: Cáncer - Adherencia - Adolescentes y Adultos Jóvenes

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE ANEMIA Y SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO EN NIÑOS DESDE LA VISIÓN DE MÉDICOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ROSARIO, SANTA FE

Sguassero Y, Centro Rosarino de Estudios Perinatales, provincia de Santa Fe
 ysguassero@crep.org.ar

Introducción: En los países de bajos y medianos ingresos, el 50% de las anemias son causadas por deficiencia de hierro. Un estudio realizado en 325 pares de madres y niños menores de 42 meses atendidos en el sistema público de la ciudad de Rosario mostró una prevalencia global de anemia en niños del 40%, y del 56% en el grupo etario de 6 a 23 meses.

Objetivos: Realizar un diagnóstico sobre la problemática de la anemia ferropénica a partir de las percepciones de los médicos pediatras en el nivel de atención primaria de la salud (APS) de la ciudad de Rosario.

Métodos: Se efectuó un estudio observacional descriptivo, con recolección prospectiva y análisis cualitativo de los datos. Se realizaron entrevistas abiertas y semiestructuradas a médicos pediatras del equipo de APS. La Dirección de APS de la Municipalidad de Rosario colaboró con la selección preliminar de los efectores de salud

ACCIONES AUTORREPARATORIAS EN LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA PSICOSOCIAL EN COMUNIDADES WICHÍ DEL NORTE ARGENTINO

Lucchese M, Universidad Nacional de Córdoba (UNC); Calvo M, UNC; Gallo VV, UNC; Gómez AE, UNC; Iosa ME, UNC; Ribetti D, UNC; Romero D, UNC.
 mslucchese@gmail.com

Introducción: El presente estudio indagó respecto de las acciones consideradas como autorreparatorias en la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial sufrido por comunidades Wichí, desde la perspectiva de los sujetos.

Objetivos: Se identificaron experiencias percibidas como traumáticas por estas comunidades, tanto pasadas como presentes, describiendo los relatos respecto a la vivencia de trauma y las formas de autorreparación generadas en dicha comunidad que fueron llevadas adelante en los últimos años

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio de abordaje cualitativo y se efectuaron 20 entrevistas a caciques, mujeres, dirigentes y personas de las comunidades Wichí de las Provincias de Salta y Formosa. La selección de los entrevistados se efectuó por muestreo intencional con criterio de saturación teórica. El análisis de la información se ejecutó a través de la Teoría Fundamentada de Glasser y Strauss.

Resultados: Entre los resultados se reconocen experiencias traumáticas vinculadas a la retraumatización, silencio, impunidad y encapsulamiento como de afrontamiento y resignificación del daño. Éstas se convirtieron en un estímulo a la resistencia cultural y una forma de superar la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial

Conclusiones: En síntesis, se reconoce que mediante una toma de conciencia se pueden elaborar aquellas cargas heredadas, y así transformar aquello que quedó encriptado en un periodo anterior, para dar lugar a la autorreparación.

Palabras clave: Salud Indígena - Población Indígena - Genocidio - Impacto Psicosocial

en cada distrito. Se exploró el espectro de los temas de salud infantil en salas de espera por medio de la observación.

Resultados: Todos los entrevistados coincidieron en que la anemia por déficit de hierro es un problema de salud pública. Actualmente este problema se enmarca en un contexto familiar de falta de hábitos de alimentación saludable y/o de acceso a una alimentación de calidad. Los pediatras coincidieron en que la falta de adherencia materna a la administración diaria del hierro es un obstáculo para el manejo clínico de la anemia.

El sabor desagradable del sulfato ferroso sería el principal factor contribuyente a esta situación.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio llevarían a elaborar nuevas hipótesis sobre la población en riesgo para la anemia. Se sugiere fortalecer los espacios sobre el crecimiento y nutrición infantil a nivel de los centros de APS y considerar la distribución gratuita de otros preparados con hierro de sabor más agradable.

Palabras clave: Anemia Ferropénica - Deficiencia de Hierro - Sulfato Ferroso - Preescolar - Análisis Cualitativo

TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN MIGRANTE EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Manonelles GE, Centro Articulador de Políticas Sanitarias de Santa Cruz; Weinzettel BD, Facultad Regional Santa Cruz - Universidad Tecnológica Nacional; Guillén ID, Centro Integrador Padre Mugica, Río Turbio; Grimaldi D, Centro Integrador Cerro Calafate. *gmanonelles@gmail.com*

Introducción: La tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo que causa la tuberculosis (TBC). Bolivia presentó una tasa de 123 por 100 000 habitantes en 2013, una de las más altas de la región. Según la Organización Panamericana de la Salud, en 2014 los obstáculos para la disminución de la incidencia de TBC en ese país eran la falta de acceso a los tratamientos y la discriminación que sufría el enfermo por parte del entorno social e incluso de sus familias.

Objetivos: Describir las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención de la TBC en la población migrante boliviana.

Métodos: A través de las fichas de tratamiento se tomó contacto con pacientes migrantes mayores de 18 años radicados en la provincia de Santa Cruz que habían padecido TBC entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2013, y se los invitó a participar voluntariamente. Se realizaron entrevistas en profundidad y se completó una guía observacional de sus hogares y entorno tras la firma de un consentimiento informado. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el programa Atlas-Ti.

Resultados: Todos los entrevistados se habían radicado definitivamente en el país y reconocieron problemas de accesibilidad organizacional y simbólica o referencial, aunque excluyeron lo económico, ponderando este último aspecto como positivo para la culminación de sus tratamientos. La TBC representa cambios significativos de

CONTROL INTEGRAL DE EMBARAZO Y SALUD MATERNO NEONATAL EN SAN PEDRO DE GUASAYÁN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO

Taboada MB, Hospital Distrital de San Pedro de Guasayán de Santiago del Estero. *maritaboada2@hotmail.com*

Introducción: En San Pedro de Guasayán, Santiago del Estero, se observó que las mujeres no se realizaban los controles prenatales necesarios. Argentina cuenta con políticas públicas que buscan mejorar los índices de morbilidad materna infantil, entre ellas la Asignación por Embarazo para Protección Social (AEPS).

Objetivos: Analizar el comportamiento de los indicadores de control integral del embarazo y de salud materna neonatal en las mujeres y sus hijos recién nacidos, asistidos en el Hospital de San Pedro de Guasayán antes (mayo 2009-abril 2011) y después (mayo 2011-abril 2013) de la implementación de la AEPS.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en períodos consecutivos (mayo 2009-abril 2011 y mayo 2011-abril 2013). La población estuvo compuesta por embarazadas y sus hijos recién nacidos, elegibles para la AEPS, controladas y/o asistidas en el hospital entre mayo de 2009 y abril de 2013. Las principales variables fueron: AEPS, controles del embarazo, consejería integral, ecografías, análisis de laboratorio, esquema de vacunación, morbilidad materna y morbilidad infantil. Para el análisis estadístico se usó el test exacto de Fisher; se consideró como diferencia significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Se estudiaron en el período pre N=73 y en el post N=53. Existe evidencia para asegurar que hay diferencia significativa en el período post en las siguientes variables: consejería integral ($p=0,0277$), infección urinaria/vaginal ($p=0,0356$), período intergenésico corto ($p=0,0003$), ningún control prenatal ($p=0,0396$), prematuridad ($p=0,042$).

Conclusiones: Hay diferencias significativas encontradas a favor del período posterior a la AEPS. La investigación muestra que hay que reforzar la capacitación del recurso humano en el adecuado control del embarazo, el diagnóstico precoz de factores de riesgo y la importancia de los registros como documentos éticos y legales.

Palabras clave: Protección Social - Asignación por Maternidad - Morbilidad Materna - Morbilidad Infantil

las relaciones sociales y se vincula a pobreza, marginalización, discriminación, abandono y muerte.

Conclusiones: Esta enfermedad constituye un gran problema de salud pública. La situación es más grave en los migrantes. Por ello, a la hora de aplicar estrategias, hay que mejorar los sistemas de información sobre los alcances

del Programa Nacional para facilitar la adherencia e involucrar a otros actores y decisores, que mancomunadamente con los de salud pública puedan garantizar la protección y el cuidado de la población afectada.

Palabras clave: Tuberculosis - Representaciones Sociales - Migrante - Accesibilidad

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

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

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

Los títulos de todos los artículos deben redactarse en español e inglés y su extensión no debe superar los 120 caracteres con espacios incluidos.

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

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

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

Una vez aceptado el artículo para su publicación, el Editor se reserva el derecho a realizar modificaciones de estilo a fin de mejorar su comprensión pero sin afectar su contenido intelectual.

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

1.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

El estilo será el recomendado por el ICMJE.

Las citas de artículos aún no publicados deben identificarse con las leyendas "en prensa" u "observaciones no publicadas" y deben contar con la autorización de los autores. Los títulos de las revistas deben abreviarse siguiendo el Index Medicus. Las revistas indexadas en Medline pueden consultarse en <http://www.nlm.nih.gov>. De no estar indexada se debe citar el nombre completo de la revista. Las referencias a "comunicaciones personales" deben evitarse por la imposibilidad de verificar la autenticidad del dato.

1.2. TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

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

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

Dimensiones de elementos gráficos

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

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

1.3. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

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

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

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

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

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

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

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

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

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

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

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

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

2.3 En la sección "Revisiones" se presentan revisiones y/o actualizaciones acerca de un tema de interés para la salud pública, o informes ejecutivos de evaluaciones de tecnologías sanitarias.

3. INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

El tiempo promedio de duración de la fase de revisión por pares es de cuatro meses, dependiendo de la disponibilidad de los evaluadores para realizar la revisión. En tanto que el tiempo promedio estimado para la publicación de un artículo original será de siete meses.

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

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

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

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

- Título del artículo en español e inglés.
- El nombre de los autores en orden de preferencia y su

respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos.

- Autor responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.
- Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc).
- Fecha de envío para publicación.
- Declaración de conflicto de intereses.
- Número de registro de investigación otorgado por el RENIS

3.1.2 Resumen y Palabras clave

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

3.1.3. Introducción

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

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

3.1.4 Método

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

- Justificación del diseño elegido.
- Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda realizar una breve descripción de la población de donde se seleccionaron las unidades y del ámbito de estudio.
- Detalle de las variables y/o dimensiones bajo estudio y de cómo se operacionalizaron.
- Descripción de la técnica, instrumentos y/o procedimientos de recolección de la información, incluyendo referencias, antecedentes, descripción del uso o aplicación, alcances y limitaciones, ventajas y desventajas; y motivo de su elección, particularmente si se trata de procedimientos o instrumentos innovadores. Se deberán describir los medicamentos, sustancias químicas, dosis y vías de administración que se utilizaron, si corresponde.
- Análisis de los datos: se deben describir las pruebas estadísticas, los indicadores de medidas de error o incertidumbre (intervalos de confianza) y parámetros utilizados para el análisis de los datos. Se requiere también definir los términos estadísticos, abreviaturas y los símbolos utilizados, además de especificar el *software* utilizado.
- Debe redactarse en pretérito, ya que se describen elecciones metodológicas ya realizadas.
- Consideraciones éticas: señalar a) si el estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación en salud, b) si se aplicó consentimiento y/o asentimiento informado y, c) si se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los datos personales. En caso de no corresponder el cumplimiento de alguno de estos puntos deberá ser justificado.

3.1.5. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto. Se trata de resaltar o resumir lo más relevante de las ob-

servaciones. Todo lo que se considere información secundaria puede presentarse en un apartado anexo, para no interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

3.1.6. Discusión

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

3.1.7. Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

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

3.1.8. Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

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

3.1.9. Relevancia para la investigación en salud

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

