

Revista Argentina de Salud Pública

ISSN 1852-8724

Vol. 2 - Nº 8
Septiembre 2011
Buenos Aires, Argentina

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



FUENTE: OPS / OMS

Conferencia para la Declaración de Alma Ata realizada en 1978 en la República de Kazajistán que impulsó el lema "Salud para todos".

ARTÍCULOS ORIGINALES

DETERMINANTES SOCIALES DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL EN AVELLANEDA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Melisa Paolino, Edith Pantelides, Matías Bruno, Verónica Maceira, Lorena Peña, Julieta Godoy, Silvana Farao, Silvana Arrossi

PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE ANEMIA EN EL EMBARAZO. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD DE TUCUMÁN

Sandra Lazarte, Blanca Issé

ADAPTACIÓN CULTURAL Y AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Silvina Berra, Yanina Audisio, José Mántaras, Valeria Nicora, Verónica Mamondi, Barbara Starfield

EFFECTOS DE UN CURSO BREVE DE TABAQUISMO EN UNA FACULTAD DE MEDICINA

Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Daniel Ferrante, Roberto Iermoli, Eliseo Pérez-Stable



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 2 - N° 8 - Septiembre 2011 - Publicación trimestral - ISSN 1852-8724

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

EDITOR - PROPIETARIO

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

CORRESPONDENCIA A:

Av. Rivadavia 877 3 piso (C1002AAG) Buenos Aires. Argentina.
Tel.: 011 4331 4645 / 48
Web: www.saludinvestiga.org.ar
correo electrónico: rasp@msal.gov.ar

CONSEJO ASESOR

Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Raúl Penna, Dr. Daniel Yedlin, Dr. Gabriel Yedlin, Dr. Máximo Diosque, Dr. Eduardo Bustos Villar, Cdor. Eduardo Garvich, Dr. Guillermo González Prieto, Dr. Andrés Leibovich, Dra. Marina Kosacoff, Dr. Javier Osatnik, Valeria Zapesochny, Dr. Ernesto de Titto, Dr. Guillermo Williams, Dra. Isabel Duré, Lic. Tomás Pippo, Dr. Gustavo Ríos, Dr. Carlos Chiale.
Dr. Ginés González García. Embajador de Argentina en Chile. Dr. Juan Carlos O'Donnell. Fundación Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan. Lic. Silvina Ramos. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Dr. Pedro Cahn. Fundación Huésped. Dr. Daniel Stamboulian. Fundación Centros de Estudios Infectológicos. Dr. Reinaldo Chacón. Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer. Dr. Horacio Lejarraga. Hospital Garrahan. Dra. Mercedes Weissenbacher. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Dr. José María Paganini. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Dr. Paulo Buss. Fundación Oswaldo Cruz.

COMITÉ CIENTÍFICO

Edgardo Abalos. Centro Rosarino de Estudios Perinatales. Graciela Abriata. Ministerio de Salud de la Nación. Mónica Abramzon. Universidad de Buenos Aires. Fernando Althabe. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Hugo Ambrune. Ministerio de Salud de la Nación. Paola Amiotti. Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria. Daniel Beltramino. Sociedad Argentina de Pediatría. Ricardo Bernztein. Ministerio de Salud de la Nación. Mabel Bianco. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Claudio Bloch. Ministerio de Salud de la Nación. Rosa Bologna. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". 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. María Gracia Caletti. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Haroldo Capurro. Centro Rosarino de Estudios Perinatales. Lilian Corra. Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente. Mario Deluca. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Pablo Durán. Organización Panamericana de la Salud. María Eugenia Esandí. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Daniel Ferrante. Ministerio de Salud de la Nación. Liliana Findling. Instituto de Investigaciones Gino German. Juan José Gagliardino. Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada. Marcelo García Diéguez. Universidad Nacional del Sur. Bárbara García Godoy. Universidad de Buenos Aires. Ángela Gentile. SENASA. Ángela Spagnuolo de Gentile. Sociedad Argentina de Pediatría. Sandra Gerlero. Universidad Nacional de Rosario. Oscar Ianovsky. Hospital "Ramos Mejía". Ana Lía Kornblit. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Pedro Kremer. Ministerio de Salud de la Nación. Manuel Lago. Hospital "Ramos Mejía". Sebastián Laspiur. Ministerio de Salud de la Nación. Roberto Lede. ANMAT. Horacio Lopardo. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Elsa López. Universidad de Buenos Aires. Luis Loyola. Universidad Nacional de Cuyo. Florencia Luna. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Daniel Maceira. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Susana Margulies. Universidad de Buenos Aires. Raúl Mejía. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Raúl Mercer. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Mauricio Monsalvo. Ministerio de Salud de la Nación. Verónica Monti. Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente. Susana Murillo. Universidad de Buenos Aires. Alejandra Pantelides. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Mario Pecheny. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Virgilio Petrungraro. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Josefa Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Susana Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Mariana Romero. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. María Teresa Rosanova. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Patricia Saidón. Hospital "Ramos Mejía". Elsa Segura. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Alfredo César Seijo. Hospital de Infecciosas "F. Muñoz". Sergio Sosa Estani. Ministerio de Salud de la Nación. Ana Tambussi. Hospital "Ramos Mejía". Marta Vaccino. Universidad Nacional de Mar del Plata. Néstor Vain. Fundación para la Salud Materno Infantil. Carlos Vasallo. Universidad de San Andrés. Carla Vizzotti. Ministerio de Salud de la Nación. Silvana Weller. Ministerio de Salud de la Nación. Jorge Zazur. Ministerio de Salud de la Nación.

COMITÉ EDITORIAL

Director General: Dr. Jaime Lazovski
Director Científico: Dr. Abraam Sonis
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
Coordinador Editorial: Lic. Marcelo Barbieri
Coordinador Ejecutivo: Sr. José M. López

EQUIPO EDITORIAL

Jefa de Arte: Fernanda Mel
Diseño gráfico: Cecilia Díaz
Corrector de estilo: Mariano Grynspan

PUBLICACIÓN INDIZADA EN LILACS



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 2 - N° 8 - Septiembre 2011 - Publicación trimestral - ISSN 1852-8724

EDITORIAL	5	REVISIONES	
ARTÍCULO ORIGINAL		DEL RIESGO INDIVIDUAL A LA VULNERABILIDAD	36
ADAPTACIÓN CULTURAL Y AL SISTEMA DE SALUD	6	SOCIAL: FACTORES ASOCIADOS A LA NO	
ARGENTINO DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS	
PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN		María Belén Herrero, Adriana Greco, Silvina Ramos,	
PRIMARIA DE LA SALUD		Silvina Arrossi	
Silvina Berra, Yanina Audisio, José Mántaras,		SALA DE SITUACIÓN	
Valeria Nicora, Verónica Mamondi, Barbara Starfield		LAS CAMAS DEL SECTOR PÚBLICO DESTINADAS A	43
ARTÍCULO ORIGINAL		SALUD MENTAL COMO INDICADOR DEL PROCESO	
EFFECTOS DE UN CURSO BREVE DE TABAQUISMO	15	DE CAMBIO HACIA EL NUEVO PARADIGMA,	
EN UNA FACULTAD DE MEDICINA		MAYO 2010-MAYO 2011	
Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Daniel Ferrante,		Yago Di Nella, Miriam Sola, Lidia Calvillo, Lorena Negro,	
Roberto Iermoli, Eliseo Pérez-Stable		Andrea Paz, Sofía Venesio	
ARTÍCULO ORIGINAL		HITOS Y PROTAGONISTAS	
DETERMINANTES SOCIALES DEL SEGUIMIENTO	21	CARLOS G. MALBRÁN, PIONERO DE LOS ESTUDIOS	47
Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL		BACTERIOLÓGICOS EN ARGENTINA	
EN AVELANEDA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES		Federico Pégola	
Melisa Paolino, Edith Pantelides, Matías Bruno,		SALUD INVESTIGA	
Verónica Maceira, Lorena Peña, Julieta Godoy,		PROGRAMA DE BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA":	49
Silvana Faraó, Silvina Arrossi		CONVOCATORIA 2011	
ARTÍCULO ORIGINAL		Carolina O'Donnell, Fernanda Bonet	
PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE ANEMIA EN	28	INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	50
EL EMBARAZO. ESTUDIO OBSERVACIONAL			
DESCRIPTIVO EN EL INSTITUTO DE			
MATERNIDAD DE TUCUMÁN			
Sandra Lazarte, Blanca Issé			

EDITORIAL

EPIDEMIOLOGÍA, INVESTIGACIÓN Y EQUIDAD EN SALUD

Una revisión sistemática de la evolución de la Epidemiología en los últimos 50 años resulta sumamente útil para demostrar las alternativas que se han desarrollado en la atención de la salud y la enfermedad.

A partir de la aplicación tradicional en el control de las enfermedades transmisibles, sucesivos desarrollos de la Epidemiología han ido ampliando su perspectiva y su campo de actividades. Entre los hitos más significativos se pueden destacar los siguientes: la introducción de las pruebas clínicas controladas (B. Hill y R. Doll, década del 50); la publicación de *Efficacy and Effectiveness* (Cochrane, 1962), que generó un verdadero impacto seminal y aún mantiene su vigencia; y el impulso a la Epidemiología Clínica promovido por Morris a través de *Uses of Epidemiology*.

El eslabón siguiente fue la aplicación en el marco de la administración de salud (Conferencia de la Asociación Internacional de Epidemiología, 1969). Esto significó un aporte fundamental a la racionalidad en el funcionamiento de los servicios sanitarios y fomentó la investigación en dicho campo.

La conjunción de estos desarrollos desembocó en la medicina y la salud basadas en la evidencia. De este modo, el método epidemiológico apareció como la herramienta científica para revelar las conexiones causales en la patología, la eficacia de los tratamientos y la validez de programas y sistemas de atención.

En esta primera década del nuevo siglo, tres corrientes de pensamiento dominan el campo sanitario: la aspiración a la equidad en salud y su atención, la necesidad de trasladar a la acción el conocimiento generado por la investigación y la consideración de los factores condicionantes como directiva fundamental para las actividades.

Dentro de esta investigación de la "causa raíz" de la patología, el método epidemiológico constituye asimismo la herramienta estratégica privilegiada para su tratamiento. Esto le abre una nueva perspectiva, ya que la problemática

supera los límites del campo sanitario.

En efecto, si se acepta el punto de vista actual según el cual el resultado de los programas de salud no deben evaluarse en promedio, sino en función de su contribución a la equidad, el análisis de la realidad debería comprender todos los factores involucrados (educación, ingreso, género, vivienda, etc.), lo que extendería el campo de acción y ampliaría el concepto vigente de epidemiología social.

Las acciones emprendidas en cada una de estas áreas responden a una política (explícita o no). Su impacto sobre la salud puede no solo evaluarse, sino también preverse, mediante el pensamiento y las técnicas epidemiológicas.

Aparece, en consecuencia, una nueva instancia para la investigación epidemiológica: el impacto de las políticas públicas en los sectores condicionantes de la salud. Algunos autores (sobre todo europeos) la denominan Epidemiología Política y le auguran un gran desarrollo a la hora de reducir la inequidad, ya que su presencia permitiría evaluar el resultado de estas políticas no solo a posteriori, sino también a priori, determinando y monitoreando su impacto. Esta herramienta, incluso, se transformaría en un insumo indispensable para la elaboración de políticas adecuadas.

Dada la necesidad de adaptar las políticas a las características particulares de cada área, resulta imprescindible desarrollar modelos epidemiológicos regionales. Se trata de un campo de investigación que en los próximos años, sin duda, configurará un importante capítulo en la Epidemiología. Por lo tanto, las autoridades de salud y las universidades deben prestar especial atención a esta necesidad, a fin de capacitar recursos humanos que sean aptos para asumir la capacitación del recurso humano que asuma esta responsabilidad.

Acad. Dr. Abraam Sonis

Director Científico

Revista Argentina de Salud Pública

LA REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA INDIZADA EN LILACS

La *Revista Argentina de Salud Pública* -RASP- que edita la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, ha sido indizada el pasado mes de julio en la base de datos LILACS, uno de los recursos disponibles para consulta dentro de la Red de la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME-OPS-OMS <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

LILACS -Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud- es un índice en el que participan 36 países de la región, dispone más de 560.000 mil registros bibliográficos de artículos en español, portugués e inglés publicados en cerca de 1.500 revistas sobre ciencias de la salud, de las cuales más de 800 se encuentran actualmente indizadas. Asimismo, está integrado

por una red de más de 1.500 bibliotecas de América Latina y el Caribe que conforman la Red de la Biblioteca Virtual en Salud.

La indización de los contenidos de la RASP representa un paso muy importante para brindar una mayor visibilidad a los resultados de las investigaciones en Salud Pública realizadas en Argentina, lo cual se agrega a su distribución en papel de alcance nacional y regional y a su publicación en línea en Acceso Abierto: www.saludinvestiga.org.ar. A la vez, la incorporación a esta base de datos constituye una certificación de calidad de la publicación, ya que esto implica el cumplimiento de determinados criterios de evaluación, entre los que se destaca el arbitraje por pares de los artículos originales publicados.

ARTÍCULOS ORIGINALES

ADAPTACIÓN CULTURAL Y AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Cultural and health system adaptation of the Primary Care Assessment Tools for the Argentinian context

SILVINA BERRA,^{1,2} YANINA AUDISIO,² JOSÉ MÁNTARAS,³ VALERIA NICORA,³ VERÓNICA MAMONDI,⁴ BARBARA STARFIELD⁵

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: el conjunto PCAT [Primary Care Assessment Tools: instrumentos para la valoración de la atención primaria de la salud (APS)] permite medir desde varias perspectivas el grado en que se cumplen las funciones de la APS. OBJETIVO: obtener versiones de los cuestionarios PCAT para usuarios (infantiles y adultos), proveedores y centros, con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales y con adecuación a la población y al sistema sanitario en Argentina. MÉTODOS: se realizó una adaptación cultural de medidas en las siguientes fases: 1) traducción directa y adaptación lingüística; 2) revisión del contenido y adaptación al sistema sanitario por expertos locales y la autora del modelo teórico; 3) traducción inversa y comparación con la versión original; 4) pruebas preliminares con usuarios y profesionales. En el procedimiento se controló la equivalencia semántica, práctica y cultural, así como la comprensión y la viabilidad de los cuestionarios. RESULTADOS: casi la mitad de los ítems recibieron alguna modificación después de la primera traducción al español. Los elementos pertenecientes a las funciones de la APS fueron, en general, levemente modificados, salvo un ítem que fue eliminado. Las preguntas de caracterización de centros, proveedores y cobertura sanitaria sufrieron cambios mayores. CONCLUSIONES: se obtuvieron versiones del PCAT adaptadas para Argentina, equivalentes a las originales. Se estudiará su validez en próximos estudios.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The Primary Care Assessment Tools (PCAT) measure the degree of achievement of the functions of primary care (PC) from different perspectives. OBJECTIVE: To obtain versions of the PCAT for users (children and adults), care providers and care centers, which are both semantically and conceptually equivalent to the original versions, and appropriate to the population and health system in Argentina. METHODS: Cross-cultural adaptation by the following steps: (1) direct translation and linguistic adaptation; (2) content review and adaptation to the health system by local experts and the theoretical model's author; (3) back-translation and comparison with the original version; and (4) pre-test with users and health professionals. Semantic, cultural, practical equivalence, understanding and feasibility of the questionnaires were assessed. RESULTS: Almost half of the items were modified after forward translation. Items belonging to the PC domains were low or moderately modified, and one of them was removed. Questions to characterize centers, providers and health care coverage suffered major changes. CONCLUSIONS: It was possible to obtain PCAT versions adapted to Argentina and equivalent to the original. Their validity must be tested in future studies.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud - Encuestas - Usuarios - Evaluación de servicios sanitarios

KEY WORDS: Primary care - Surveys - Users - Health services research

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

² Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

³ Escuela de Trabajo Social, UNC.

⁴ Escuela de Nutrición, UNC.

⁵ Department of Health Policy and Management, John Hopkins University, Baltimore, Estados Unidos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Subsidio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, UNC.

FECHA DE RECEPCIÓN: 16 de mayo de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25 de agosto de 2011

CORRESPONDENCIA A: Silvina Berra
Correo electrónico: silvinaberra@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(8):6-14

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es promovida desde hace décadas como la política más apropiada para optimizar los sistemas de salud¹, y la necesidad de fortalecer esta estrategia aún tiene actualidad.^{2,3,4}

Recientemente se ha revitalizado la intención de emprender acciones de evaluación que permitan analizar el grado de avances en diversos aspectos, poniendo énfasis en sus funciones fundamentales. Los modelos conceptuales y diversas manifestaciones de expertos coinciden en que la APS debe ofrecer servicios de salud accesibles, capaces de cubrir la mayoría de las necesidades de la población y desarrollar una relación de confianza, sostenida en el tiempo entre la persona y los profesionales de la salud.^{1,5-8}

A pesar del amplio acuerdo acerca de la importancia de esta estrategia, los modos y grados de implementación y desarrollo han sido muy disímiles entre países y entre los diversos tipos de sistemas sanitarios. En Argentina, el Plan

Federal de Salud⁹ indica que la APS debe ser la organizadora del sistema tanto a nivel central como en otros niveles y en diferentes zonas del país. En organizaciones de los sectores públicos, de obras sociales y ámbitos privados, se condujeron reformas con experiencias diversas, que estuvieron lejos de reducir la heterogeneidad entre estos subsistemas.

Existen numerosos instrumentos para evaluar el nivel de implementación de la APS. Una revisión reciente señala que el conjunto PCAT (Primary Care Assessment Tools)¹⁰ es uno de los más completos, ya que permite evaluar las funciones fundamentales de la APS con la ventaja de poder obtener información desde distintas perspectivas.¹¹ El modelo que subyace a la evaluación de la APS con el conjunto PCAT se estructura en cuatro funciones principales (compuestas por dos dimensiones, una de carácter estructural y otra de

carácter funcional) y tres funciones secundarias (Tabla 1).⁵ El conjunto de instrumentos permite recoger información desde diferentes perspectivas y con contenido de ítems similares, aunque cierta parte del contenido le corresponde solo a algunos de los actores: por ejemplo, el grado de afiliación de la persona a su centro profesional de atención primaria (versión para usuarios) o determinada serie de datos gestionados o actividades programadas por los servicios (versión para proveedores y centros).

Las versiones originales del PCAT presentaron una adecuada consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez de constructo.^{10,12} Además, estas herramientas están siendo utilizadas ya en numerosos países (Canadá,^{13,14} Brasil,¹⁵ España,¹⁶ Hong Kong,¹⁷ Taiwán^{18,19}) o adaptadas para futuros estudios (Uruguay, Filipinas, Sudáfrica, China). El modelo conceptual, sus propiedades métricas y

TABLA 1. Conceptos de las funciones esenciales y secundarias establecidas para la atención primaria de la salud (APS), subyacentes a las dimensiones y subdimensiones medidas por los cuestionarios PCAT.

Funciones esenciales

Primer contacto:

Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población. Se compone de dos subdimensiones:

- La accesibilidad es el elemento estructural necesario para el primer contacto.
 - La utilización de los servicios como primer contacto, es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.
-

Continuidad:

Relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación usuario-profesional basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Se compone de dos subdimensiones:

- Grado de afiliación: medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud y los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios.
 - Continuidad interpersonal: atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad).
-

Coordinación:

Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Se compone de dos subdimensiones:

- Sistemas de información: disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población.
 - Integración de la información: mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.
-

Integralidad o globalidad:

Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de:

- Servicios disponibles: aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.
 - Servicios proporcionados: servicios necesarios para la población que el centro realmente provee.
-

Funciones secundarias

Enfoque familiar:

Centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.

Orientación comunitaria:

Dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.

Competencia cultural:

Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

Fuente: B. Starfield

su creciente uso a nivel internacional fundamentan el interés de contar con estos instrumentos en Argentina, esperando que posibiliten realizar comparaciones entre diferentes subsistemas y también con otros contextos.

Para que esto sea posible, dado que las versiones originales fueron diseñadas para ser usadas en Estados Unidos, es necesario realizar una correcta adaptación transcultural,²⁰ es decir, asegurar una medición equivalente ante diferencias idiomáticas y del entorno sanitario y social que aquel país presenta respecto de otros contextos.

El presente trabajo tuvo como objetivo obtener las versiones extensas del PCAT para usuarios adultos (AE: adult expanded) e infantiles (CE: child expanded), proveedores (PE: providers expanded) y centros o equipos de salud (FE: facilities expanded) con equivalencia semántica y conceptual a las versiones originales y adecuación a la población y al sistema sanitario argentino. Los objetivos específicos que pautaron las fases del proyecto de investigación fueron: 1) adaptar transculturalmente las versiones extensas de los cuestionarios PCAT-AE, PCAT-CE, PCAT-PE y PCAT-FE, 2) evaluar la validez de contenido y la adecuación al sistema sanitario argentino de las versiones argentinas del PCAT y 3) evaluar la comprensión y la equivalencia semántica del contenido de las versiones adaptadas por parte de personas de la población objetivo. Se esperaba que el método de adaptación transcultural permitiera obtener versiones argentinas del

PCAT equivalentes a las originales, válidas como medida de las dimensiones propuestas en el modelo teórico y adecuadas para ser aplicadas en la Argentina.

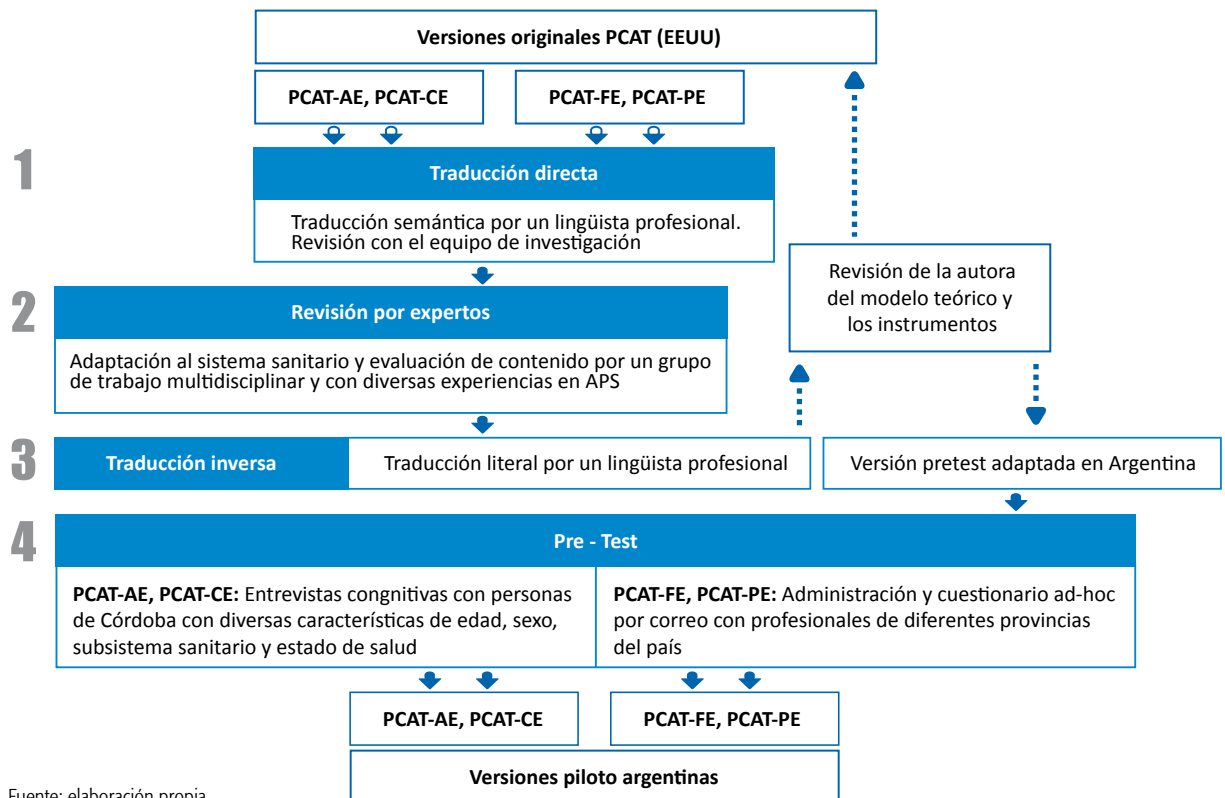
MÉTODOS

Se siguió el método de adaptación transcultural de instrumentos de medición de la salud, cuyos conceptos subyacentes son también complejos y multidimensionales.²¹ Se incluyeron modificaciones mínimas a fin de adaptar los instrumentos a un sistema sanitario diferente. El procedimiento se realizó en cuatro fases, entre junio de 2009 y junio de 2010, tal como muestra la Figura 1 y se detalla a continuación.

TRADUCCIÓN DIRECTA Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Se realizaron dos traducciones independientes del inglés al español de uso en Argentina por parte de una traductora profesional de lengua materna española y una persona del equipo de investigación, intentando conseguir equivalencia semántica (no literal) y evitar regionalismos. Las traductoras debían diferenciar ítems sin problemas de adaptación, con problemas en algunas palabras o necesidad de adaptación para su uso en Argentina e ítems sin equivalencia cultural. Las versiones obtenidas fueron controladas por la traductora y el equipo de investigación con el objetivo de detectar diferencias entre las traducciones y obtener una versión única en español.

FIGURA 1. Esquema de la metodología utilizada para la adaptación de los instrumentos de evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al sistema sanitario argentino.



Fuente: elaboración propia.

REVISIÓN POR EXPERTOS

El propósito de la siguiente fase fue revisar la adecuación del lenguaje y del contenido al sistema sanitario argentino. El grupo de trabajo debía representar una suficiente diversidad de disciplinas y ámbitos laborales del sistema sanitario. Por ello, se estableció como criterio de selección la experiencia profesional con relación a la APS, el sector sanitario de provisión de servicios y las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial y municipal). El mínimo de participantes se determinó en 5 y el máximo en 10.²² Los participantes en el grupo de trabajo fueron localizados a través de datos facilitados por referentes locales en APS (académicos, autoridades sanitarias locales y nacionales, dirigentes de colectivos de Medicina Familiar y Medicina Preventiva).

En las reuniones se leyó el concepto teórico de cada dimensión y se valoró la adecuación de cada ítem al concepto correspondiente y a las características de la APS en el sistema sanitario argentino. Se revisaron todos los ítems y se recomendó llevar a cabo modificaciones o supresiones. Los datos, acuerdos, resultados y dudas del trabajo grupal se reunieron en un informe, que fue revisado y respondido por la Dra. Barbara Starfield, autora del modelo teórico y de los instrumentos originales.

RETROTRADUCCIÓN Y COMPROBACIÓN DE EQUIVALENCIA

Las versiones hasta aquí producidas fueron traducidas literalmente al inglés por un traductor cuya lengua nativa era la inglesa, sin conocimiento de la versión original. Las nuevas versiones en inglés se compararon con las estadounidenses para comprobar equivalencias o detectar discrepancias entre ellas, e introducir nuevas modificaciones a las versiones en español de los instrumentos.

PRUEBAS PRELIMINARES

El propósito de las pruebas preliminares fue evaluar la comprensión de los términos y preguntas del cuestionario obtenido y analizar la claridad y aceptabilidad del lenguaje, así como las dificultades prácticas para responder los cuestionarios. Se seleccionó una muestra de cinco a ocho personas o profesionales voluntarios (considerada suficiente en recomendaciones para este tipo de estudios).²¹ Los usuarios fueron contactados en un centro de salud público, uno privado, uno de obra social y un hospital monovalente para pacientes con trastornos de salud mental. La mitad de ellos respondió la versión de adultos y la otra mitad, como padres de niños o adolescentes, respondió la versión infantil, de modo que participaran al menos dos personas en cada categoría de interés: versión del cuestionario (personas adultas o informantes indirectos para menores de 18 años), subsistema sanitario en el que demanda servicios (público, privado y obras sociales), sexo (hombre o mujer), edad (adultos jóvenes, adultos mayores) y estado de salud (sano, con afecciones crónicas físicas, con problemas de salud mental). Las personas respondieron en primer lugar el cuestionario de forma autoadministrada o por entrevista, mientras la entrevistadora controló el tiempo

que se tardó en realizarlo; luego dieron su opinión general respecto de la dificultad, comprensión e interés de las preguntas y adecuación del lenguaje del cuestionario, que se contestó mediante una escala de cinco opciones según el nivel de dificultad, comprensión, adecuación e interés (1 = nada; 2 = un poco; 3 = moderadamente; 4 = bastante; 5 = mucho). Después se interrogó a las personas sobre aspectos presumiblemente menos comprensibles, a través de métodos de prueba derivados de la teoría cognitiva,²³ como los de parafraseo (paraphrasing)²⁴ y prueba (probing).²⁵

Los profesionales realizaron las pruebas por correo electrónico, ya que estaban radicados en diversas provincias argentinas, de modo de considerar también la detección de términos o usos del lenguaje no adecuados en alguna región. Su identificación se efectuó por referencia de expertos. Estas personas respondieron el cuestionario desde una experiencia laboral concreta (quienes tenían dos lugares de trabajo, debían elegir una experiencia). Después de responder el cuestionario correspondiente, completaron un formulario que incluía las preguntas sobre dificultad, comprensión, interés y adecuación del lenguaje y lugar para transcribir los textos que consideraran poco claros o inadecuados a su contexto. En tal caso, se proponía una alternativa lingüísticamente diferente pero semánticamente equivalente. Los datos obtenidos de las pruebas preliminares se analizaron para introducir nuevas modificaciones en los instrumentos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las propiedades evaluadas durante este trabajo fueron la equivalencia semántica, la equivalencia práctica, la validez de contenido y la comprensión de los instrumentos de medida. La equivalencia semántica implica igual significado, aunque el texto no sea literalmente similar. La equivalencia práctica indica la posibilidad de que la experiencia en cuestión ocurra habitualmente en el ámbito de aplicación. La equivalencia cultural incluye los conceptos y las particularidades culturales del ámbito de aplicación. La validez de contenido incluye los aspectos conocidos como validez de muestreo y aparente. La validez de muestreo se define como el grado en que el instrumento incluye todos los aspectos relevantes del concepto. La validez aparente tiene en cuenta el hecho de que la medición de una dimensión o atributo se construye a partir de la respuesta a varios ítems, p o lo que cada pregunta debe proveer un dato observable del concepto de la dimensión para la que está formulada. La comprensión de la versión obtenida es la correcta interpretación del significado de las preguntas por parte de la población en la que se aplica el instrumento, por la cual la persona debe ser capaz, por ejemplo, durante una prueba cognitiva, de reformular la pregunta o hablar de su contenido con otras palabras, manteniendo el mismo significado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aplicación de la versión en adaptación del PCAT en las entrevistas cognitivas fue antecedida por la presentación de un formulario de consentimiento informado a los usuarios.

TABLA 2. Selección de ítems con modificaciones durante las etapas del proceso de adaptación de los cuestionarios PCAT a la población y al sistema

Fase del proceso	Dimensión	Ítem	Versión original	Versión argentina
Traducción directa y adaptación por el grupo de expertos	Primer contacto – utilización	B1	When your child needs a regular general checkup, do you go to your PCP before going somewhere else?	Cuando su hijo/a necesita hacerse un control de salud, ¿va usted a su CAPS* antes de asistir a otro lado?
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios recibidos	H2	Home safety, like using smoke detectors and storing medicines safely.	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales).
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios recibidos	H17	Safety issues for children between 6 and 12: teaching them to stay away from guns and to use seatbelts and bicycle helmets.	Cuestiones de seguridad para niños entre 6 y 11 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública y en el hogar.
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios disponibles	G20	Prenatal care.	Control del embarazo.
Adaptación por el grupo de expertos	Orientación comunitaria	J18	Ask family members to be on the Board of Directors or advisory committee?	Invitar a alguien de su familia o barrio a participar de alguna reunión del Equipo de Salud de su CAPS*.
Adaptación por el grupo de expertos	Competencia cultural	K2	Would you recommend your child's PCP to someone who does not speak English well?	¿Le recomendaría el CAPS* de su hijo/a a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?
Adaptación por el grupo de expertos	Servicios disponibles	G6	Family planning or birth control methods.	Información o asesoramiento sobre planificación familiar o métodos de control de natalidad. Entrega de métodos anticonceptivos.
Traducción inversa	Primer contacto - accesibilidad	C7	When your PCP is closed and your child gets sick during the night, would someone from there see him/her that night?	Si su CAPS* está cerrado y su hijo/a se enferma durante la noche, ¿alguien de allí lo/a atendería esa misma noche?
Pruebas preliminares con usuarios	Servicios disponibles	G18	Rectal exams or sigmoidoscopy exams to test for bowel cancer.	Exámenes de recto para detectar cáncer de colon.
Pruebas preliminares con usuarios	Primer contacto - accesibilidad	C5	When your PCP is closed, is there a phone number you can call when your child gets sick?	Cuando su CAPS* está cerrado, ¿puede recibir atención médica cuando su hijo/a se enferme?
Pruebas preliminares con usuarios	Primer contacto - accesibilidad	C9	Once you get to your PCP's, do you have to wait more than 30 minutes before your child is checked by the doctor or nurse?	Al llegar a su CAPS*, ¿tiene que esperar más de 30 minutos para que un médico/a o enfermera atienda a su hijo/a con turno?

* CAPS: Sigla que se utiliza como equivalente a PCP ("primary care professional or provider") para nombrar breve y reiteradamente en el cuestionario al profesional
Fuente: elaboración propia

sanitario argentinos.

Tipo de problema encontrado: descripción y resolución

Semántico: En la traducción surgieron los términos "revisión médica general" y "chequeo general": El grupo de trabajo optó por "control de salud" para que fuera más genérico y comprensible.

Equivalencia práctica: El original incluye "utilizar detectores de humo", que no es frecuente en el contexto local; se incluyeron "sustancias tóxicas" como aspectos similares de seguridad en el hogar.

Equivalencia práctica: La versión original incluye "almacenamiento de armas", que se considera poco frecuente en Argentina. Se agregó "accidentes en el hogar", como actividad preventiva sobre un problema que puede ser más frecuente.

Semántico: la traducción literal "prenatal care" fue "atención prenatal". Se consideró equivalente "control del embarazo", que es de uso más habitual en el lenguaje cotidiano y enfatiza el carácter preventivo.

Adaptación al sistema sanitario: La inclusión de "alguien del barrio" mejora el rasgo de orientación comunitaria. En el contexto local, la mayoría de los centros que ejercen APS† no tienen un directorio o consejo consultivo; se utiliza reunión del equipo de salud del CAPS* como una expresión genérica y equivalente.

Equivalencia cultural: La mayoría de los grupos inmigrantes en Argentina hablan correctamente el castellano aunque pueden provenir de culturas disímiles a la local. Se agregó persona que viene de otro país para representarlos.

La traducción literal fue "planificación familiar o métodos de control de la natalidad". Se cuestionaron las dos expresiones, pero no hubo consenso para quitarlas. Por otra parte, se consideró que la entrega de métodos anticonceptivos es actualmente un componente importante de los programas preventivos locales. Se incorpora este último como ítem alternativo y se modifica el primero con la caracterización "información o asesoramiento sobre...", suponiendo que de este modo se caracteriza a la inclusión del tema en la entrevista y no solo la entrega de anticonceptivos.

Lingüístico: La traducción indica que se había usado un tiempo verbal diferente: "does someone there attend him/her that same night?" (alguien lo/a atiende el mismo día?). Se cambia por "atendería".

Comprensión: En este y otros ítems se podía usar la palabra "diagnóstico", pero se comprobó que algunas personas no están familiarizadas con el término y en cambio comprenden el significado de "detección".

Comprensión: La versión anterior a las pruebas preliminares decía "...teléfono al que se puede comunicar cuando..." Las personas entrevistadas no comprendían si se trataba de sacar turno o de recibir ayuda. Se modificó por "...¿puede recibir atención médica telefónica cuando..."

Sistema sanitario: Durante la entrevista, las personas preguntaban si se refería a cuando iban a la visita con turno, sin turno o a ambas situaciones. Se agrega la indicación "con turno".

o centro sobre el que se responde. † APS: Atención primaria de la salud.

TABLA 3. Características de los profesionales participantes en el grupo de trabajo para la adaptación de los instrumentos al sistema sanitario argentino y en las pruebas preliminares de los cuestionarios.

Características de las personas participantes	Fase del proceso de adaptación en la que participaron	
	Grupo de expertos	Pruebas preliminares
Sexo		
Mujer (n)	7	6
Hombre (n)	1	4
Formación, especialidad		
Medicina, medicina familiar comunitaria	1	7
Medicina, pediatría	-	1
Medicina, psiquiatría	1	-
Psicología	2	-
Psicopedagogía	1	-
Nutrición	2	-
Enfermería	1	1
Odontología	1	-
Trabajo Social	1	-
Farmacia	-	1
Tipo de actividad con relación a la APS* †		
Gestor	3	5
Proveedor	3	5
Investigador	4	-
Sector sanitario de inserción en APS		
Público	8	10
Obra social	2	-
Privado	3	-
Jurisdicción de inserción laboral en el sector público		
Municipal	3	8
Provincial	3	1
Nacional	4	1

* APS: Atención primaria de la salud. † La suma de casos supera al número total de participantes porque algunas personas tienen inserción doble.

Fuente: elaboración propia

Se aseguró el tratamiento anónimo de los datos, codificando las entrevistas. El protocolo del presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud Mental de Córdoba.

RESULTADOS

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Las dificultades de traducción fueron pocas y correspondieron a características socioeconómicas como, por ejemplo, los niveles de escolaridad de los Estados Unidos de América, con niveles y denominaciones diferentes a los de Argentina. Seis ítems fueron calificados con una puntuación baja en equivalencia lingüística, ninguno de ellos correspondientes a un atributo de la APS sino a las secciones complementarias del instrumento como, por ejemplo, las que caracterizan la

cobertura de salud (Medicaid, Medicare o planes asistenciales específicos de los EE.UU.) o el nivel socioeconómico de las familias (en dólares anuales). En la Tabla 2 (págs. 10 y 11) se presenta un ejemplo de resultado de esta fase.

REVISIÓN POR EXPERTOS

El grupo de trabajo que evaluó la adaptación y el contenido del instrumento estuvo compuesto por ocho profesionales de la salud insertos en diversos ámbitos en APS y dos investigadoras (Tabla 3, pág. 11). En total, 36 de los 130 ítems fueron modificados en diferentes aspectos o niveles de importancia (ejemplos en la Tabla 2). Veinticinco preguntas recibieron modificaciones moderadas y 10 ítems cambios lingüísticos. Un ítem, relativo al almacenamiento de armas en el hogar, se consideró no adecuado a los servicios provistos en el sistema sanitario argentino. Solo un ítem recibió modificaciones importantes, capaces de afectar las propiedades métricas del instrumento.

El grupo de trabajo consideró otros posibles rasgos constitutivos de los conceptos que definen algunos de los atributos de la APS, principalmente en cuanto a la oferta de servicios esperable en el marco de esta estrategia. Así, en la dimensión de globalidad, se propuso la adición de 10 ítems, correspondientes en su mayoría a necesidades específicas de atención en salud mental (trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, crisis vitales, violencia). Al considerar la dimensión de orientación comunitaria, se propusieron ítems de contacto con instituciones y actividades extramurales de participación comunitaria.

La sección general tuvo modificaciones importantes (preguntas sobre cobertura sanitaria o de los tipos de proveedores) para lograr su adaptación al sistema sanitario argentino.

RETROTRADUCCIÓN Y COMPROBACIÓN DE EQUIVALENCIA

Cuando se comparó la versión en inglés obtenida en la traducción inversa y la original de los Estados Unidos, se identificaron 11 preguntas que requirieron cambios leves y 2 que exigieron modificaciones lingüísticas moderadas (ejemplo en la Tabla 2) para favorecer la equivalencia semántica con la versión original. Al identificar discordancias, esta técnica permitió también introducir mejoras en el uso de tiempos verbales y formas gramaticales.

PRUEBAS PRELIMINARES CON USUARIOS

Se realizaron entrevistas a 14 usuarios de diversas características demográficas y sanitarias, según estaba previsto (Tabla 4). Estas personas tardaron, en promedio, 32,5 minutos para responder el cuestionario, otorgaron una media de 2 puntos (equivalente a la opción "poco") al grado de dificultad; 3,64 (entre moderado y bastante) al grado de comprensión de las preguntas; 3,78 (bastante) a la adecuación del lenguaje y 4,28 (entre bastante y mucho) al grado de interés del cuestionario (Tabla 5).

Durante la entrevista se detectaron ítems cuya comprensión era ambigua o generaba respuestas que podían

afectar la validez (ejemplos en la Tabla 2). Se hicieron otras 11 modificaciones en ítems de los dominios de APS, 2 con modificaciones moderadas y 9 correspondientes a cambios lingüísticos.

PRUEBAS PRELIMINARES CON PROFESIONALES DE LA SALUD

Se envió la convocatoria para participar en las pruebas preliminares a 41 profesionales de 18 provincias de la República Argentina, de los cuales 22 (54%) respondieron afirmativamente y finalmente 11 participaron (50%): una enfermera, un pediatra, una psicopedagoga y 8 médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (Tabla 3). Dos de las personas eran jefes o coordinadores de centros de salud, 4 tenían cargos de coordinación de servicios o programas y las restantes realizaban asistencia médica. Las provincias donde residían eran, de Norte a Sur, Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires, Río Negro y Neuquén.

Según lo manifestado por los profesionales participantes en las pruebas preliminares, fueron necesarios entre 45 y 120 minutos para responder el cuestionario; la carga de tiempo para responderlo no era una dificultad, excepto en el caso de la persona que tardó más, que indicó que el tiempo representaba una dificultad moderada. Por otra parte, los profesionales puntuaron muy bajo el nivel de dificultad: solo uno dijo que algunas preguntas eran poco comprensibles y el resto señaló que eran muy comprensibles. También hubo consenso en que el lenguaje del instrumento era muy adecuado y el contenido de las preguntas, muy interesante (Tabla 5).

A partir de las calificaciones obtenidas en las pruebas preliminares se hicieron 7 cambios menores en términos puntuales: demanda espontánea (en lugar de solo demanda), guardia (servicios de urgencia) y orientación (enfoque). Un ítem se reelaboró, ya que fue considerada inadecuada para el lenguaje la expresión "asesoramiento sobre voluntades anticipadas", que cambió por "asesoramiento en el caso de que alguien de su familia se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado". Otro resultado de esta fase fue la unificación de la denominación "usuarios" en lugar de "pacientes" (ejemplos en la Tabla 2).

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta el proceso realizado para que un conjunto de instrumentos de evaluación de la APS, diseñado originalmente en inglés y para Estados Unidos, fuera adaptado a la población y al sistema sanitario argentinos. Los cuestionarios PCAT son útiles para recoger datos desde diversas perspectivas, de acuerdo con un modelo teórico sobre las funciones de la APS que es ampliamente aceptado y tiene un creciente interés a nivel internacional.

Los cambios realizados desde la primera versión traducida a lo largo de todo el proceso de adaptación de los cuestionarios PCAT afectaron a casi la mitad de los ítems en los cuestionarios. Resulta entonces evidente que este proceso de adaptación transcultural supera en calidad a la mera traducción de un

cuestionario, ya que logra un mejor ajuste al lenguaje y a las características del contexto, controlando permanentemente su equivalencia con las versiones originales. Cada ítem del cuestionario contribuye a la puntuación promedio que se obtiene por atributos evaluados, por lo que un error en la adaptación de uno o más ítems puede producir un error sistemático en los resultados, como consecuencia del defecto en el instrumento de medida. La realización de un proceso de adaptación transcultural

ofrece mayores garantías de equivalencia, no solo con la versión original sino con todos los cuestionarios adaptados para otros contextos mediante un procedimiento similar. Además, el presente trabajo se realizó intentando cubrir las diversas características existentes en los subsistemas sanitarios de Argentina, por lo que en el futuro podrían compararse muestras con diferente cobertura y prestación de servicios.

La eliminación de un ítem (así como la propuesta de agregar otro) supone un cambio importante con riesgo de afectar la equivalencia. Algunos de los ítems que emergieron del proceso de adaptación representan una actualización de ciertos términos y servicios ofrecidos, no solo en el contexto argentino sino también en otros, como la propuesta de indagar sobre la provisión de métodos anticonceptivos en lugar de la presencia de los tradicionales servicios de planificación familiar, o de servicios que cubran necesidades en salud mental. Asimismo, la inquietud del grupo de trabajo por ampliar el tipo de actividades comprendidas en la dimensión de orientación comunitaria coincide con la expresión de algunos expertos, que analizaron la adecuación de un modelo canadiense al contexto latinoamericano y hallaron la falta de esta función.⁸ La inclusión de ítems o el reemplazo de unos por otros se decidirán tras las necesarias pruebas piloto, que permitirán analizar la validez y confiabilidad de las escalas de medición probando algunos de esos cambios.

Las secciones del cuestionario destinadas a recoger información sobre las características de la fuente de APS (versión usuarios), los profesionales (versión proveedores), los centros o los equipos de salud (versión para centros de salud) y la cobertura sanitaria (versión usuarios) requirieron modificaciones mayores para adaptar esos indicadores a las características del sistema sanitario argentino.

Este procedimiento dio también unos primeros indicios sobre la factibilidad de aplicar los instrumentos. En las pruebas preliminares, hubo participantes de la población y profesionales de la salud que dijeron que el cuestionario no presentaba dificultades importantes y que el lenguaje era adecuado y comprensible. Sin embargo, para la futura implementación, hay que tener en cuenta la escasa respuesta obtenida entre los profesionales (a pesar del interés inicial y de que su par-

TABLA 4. Características de las personas participantes en las pruebas preliminares de la versión argentina del PCAT para usuarios, según la versión del cuestionario.

Características de las personas participantes	Versión del cuestionario	
	PCAT-CE*	PCAT-AE†
Edad, promedio en años (desvío estándar) [rango]	--	48 (15,05) [28-68]
Edad del/de la menor, promedio en años (desvío estándar) [rango]	7,42 (5,28) [1-14]	No corresponde
Sexo		
Mujer (n)	3	4
Hombre (n)	4	3
Nivel de estudios alcanzado		
Primario	6	2
Secundario	1	3
Terciario o universitario	0	3
Cobertura sanitaria		
Pública	6	4
Obra social	0	2
Privada	1	1
Estado de salud		
No declara enfermedad		
Declara trastorno crónico de salud	6	1
Diagnóstico de trastorno de la salud mental	1	4
	0	2

*PCAT-CE: Versión extensa infantil del cuestionario PCAT. †PCAT-AE: Versión extensa para personas adultas del cuestionario PCAT.

Fuente: elaboración propia

TABLA 5. Viabilidad del cuestionario PCAT-usuarios: tiempo de administración y opinión de las personas entrevistadas sobre dificultad, comprensión, adecuación del lenguaje e interés. Promedios según versión.

Versión PCAT	Usuarios Infantiles (CE)		Usuarios Adultos (AE)		Centros de salud (FE)	
	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media
Tiempo promedio de administración, minutos (rango mínimo - máximo)		32,1 (25-45)		32,9 (25-40)		63,5 (20-120)
Opinión sobre el contenido						
¿Cuánta dificultad tuvo para responder al cuestionario?	2	2,1	2	1,9	2	1,6
¿Cuán comprensibles le parecieron las preguntas?	4	3,7	4	3,6	4	3,8
¿Cuán adecuado le pareció el lenguaje y el trato utilizado?	4	3,6	4	4,0	4	4,0
¿Cuán interesante le pareció el contenido de las preguntas?	5	4,6	4	4,0	4	4,4

Para la puntuación de la opinión sobre el contenido se utilizó una escala de cinco opciones según el nivel de dificultad, comprensión, adecuación e interés (1= nada, 2= poco, 3= moderado, 4= bastante, 5= mucho).

Fuente: elaboración propia

tipación fue suficiente para este trabajo). En cuanto a los usuarios, las futuras pruebas piloto confrontarán las conocidas dificultades de abordar muestras representativas de una población en diferentes escenarios. Si se tiene la posibilidad de conocer las experiencias de la población, es posible acceder a ella no solo en los centros sanitarios a los que asisten, sino también en sus hogares o a través de encuestas telefónicas.

El procedimiento de adaptación intentó lograr amplitud en el lenguaje utilizado y evitar regionalismos mediante la participación de una profesional de la lengua castellana. Por otra parte, los profesionales sanitarios de diversas provincias no detectaron palabras inapropiadas. Sin embargo, es imposible descartar limitaciones en la adecuación a toda la población argentina, habida cuenta de su diversidad cultural. Existe la posibilidad de que alguna expresión del instrumento no sea adecuada para algún grupo cultural, local o inmigrante, y que tenga aspectos significativos diferenciales en sus experiencias con los servicios sanitarios, respecto de la cultura hegemónica argentina. También sería importante considerar la necesidad de realizar adaptaciones para poblaciones que utilizan otras lenguas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El análisis del grado en que la APS alcanza sus propósitos es

un desafío actual de la investigación en servicios sanitarios, particularmente porque permite comparar los logros en diferentes sistemas y regiones, así como contar con la perspectiva de profesionales, directivos y usuarios. Cabe esperar que el conjunto de instrumentos producido contribuya a ese propósito y, a través de la evaluación, a la reflexión sobre la situación de la estrategia de APS en diversos entornos de Argentina.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Adolfo Rubinstein, Gabriel Acevedo, Humberto Jure, Ernesto Gagliano y Juan Carlos Estario, que asesoraron y apoyaron diversas fases de este trabajo. A Iván Ase, Marcela Bella, Alicia Greco, Alicia Ludueña, Beatriz González por su participación en la fase de revisión del contenido del cuestionario, junto con los autores. A los traductores profesionales que realizaron las traducciones directa e inversa, licenciada Carolina Panero y licenciado Chuck Simmons. A las personas que participaron en las pruebas preliminares como usuarios (se mantiene el anonimato) y a los siguientes profesionales que lo hicieron con las versiones de proveedores: Analla Aquino, María Andrea Dakessian, Germán Sarmiento, Matías Tonnelier, Gisela Bezzi, Susana Quinteros, Eduardo Zori, Leonardo Caruana, Mabel Asmores, María Beatriz Ciuffolini y Miguel Ángel Plaza Schaefer.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Institute of Medicine. *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. IOM Pub. No. 78-02. Washington DC, National Academy of Sciences 1978.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2007.

³ World Health Organization. *Now more than ever - The World Health Report 2008*. Switzerland: World Health Organization, 2008.

⁴ Lamarche P, et al. Choices for Change: *The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*, Canadian Health Services Research Foundation, noviembre de 2003.

⁵ Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson 2001.

⁶ OPS. *Resolución CD44.R6. 44º Consejo Directivo*, septiembre de 2003.

⁷ Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública Mex*; 2010; 52(1):39-45.

⁸ Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 2009; 26(5):377-84.

⁹ Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud*, Buenos Aires, 2004.

¹⁰ Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*, 2001; 50(2):161.

¹¹ Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*; 2009; 18(6):44-8.

¹² Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.

¹³ Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! *The National Evaluation Strategy for Primary Health Care*. Ottawa, Ontario, Canadá: *Health Canada*, 2005.

¹⁴ Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*, 2007; 53:1056-1057.

¹⁵ Macinko J, Almeida C, Klingelhofer de Sa P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*, 2007; 1-11.

¹⁶ Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*, 2007; 39(8):395-401.

¹⁷ Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*, 2010; 10:397.

¹⁸ Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med*, 2010; 23(3):402-12.

¹⁹ Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*, 2010; 48(7):628-34.

²⁰ Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25:3186-91.

²¹ Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 2005; 8(2):94-104.

²² Barraza Macías A. La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Apuntes sobre Metodología de la Investigación*. Universidad Pedagógica de Durango, México. *INED*, 2007; 7:5-14.

²³ Willis GB. *Cognitive Interview and questionnaire design: a training manual*. Office of Research and Methodology. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1994.

²⁴ Forsyth BH, Lessler JT. Cognitive laboratory methods: a taxonomy. En: Biemer P, Groves R, Lyberg L, Mathiowetz N, Sudman S (eds). *Measurement errors in surveys*. Nueva York: Wiley, 1991; 393-418.

²⁵ Conrad F. *Verbal reports are data! A theoretical approach to cognitive interviews*, 2003 [Disponible en: <http://www.fcsm.gov/99papers/conrad1.pdf>]

ARTÍCULOS ORIGINALES

EFFECTOS DE UN CURSO BREVE DE TABAQUISMO EN UNA FACULTAD DE MEDICINA

Effects of an educational intervention about tobacco use in a School of Medicine

JONATAN KONFINO,¹ RAÚL MEJÍA,¹ DANIEL FERRANTE,² ROBERTO IERMOLI,¹ ELISEO PÉREZ-STABLE³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: A pesar de que los médicos conocen los efectos deletéreos del tabaquismo sobre la salud, la prevalencia del consumo de tabaco en ellos y en los estudiantes de Medicina es alta. OBJETIVO: Evaluar el efecto de un curso breve de tabaquismo sobre los conocimientos y actitudes relacionados con el uso del tabaco en los estudiantes de Medicina. MÉTODOS: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado por clusters. Se incluyó a los alumnos de 4º año de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Se dictó un curso breve de tabaquismo y a los 3 meses se evaluó su efecto. RESULTADOS: Se invitó a participar a 354 estudiantes, de los cuales concurrieron 299 (84%). El 70% eran mujeres, el 26% trabajaba y el 20% vivía solo. La mediana de edad fue de 23 años. El 29% de los participantes fumaba. De los fumadores, el 78% eran mujeres y el 57% lo hacía en forma diaria. El 51% de los alumnos dijo estar expuesto a humo de tabaco ajeno (HTA) en su hogar y el 90%, a HTA fuera del hogar. El 40% consideró que el consejo médico para dejar de fumar no era efectivo. El 97% señaló que nunca había recibido enseñanza sobre cesación tabáquica y más del 97% consideró que era necesario recibirla. No se observaron cambios estadísticamente significativos en la prevalencia de tabaquismo, la exposición al humo de tabaco ajeno y la percepción de utilidad del consejo médico, luego de la administración del curso. CONCLUSIONES: La transmisión de conocimientos no fue efectiva para modificar los conocimientos previos y las actitudes respecto del tabaquismo.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Although physicians know the adverse effects of tobacco use, smoking prevalence among them and medical students remains high. OBJECTIVE: To assess the effect of an educational intervention on 4th year medical student knowledge and attitudes about tobacco use. METHODS: A randomized cluster trial was conducted among 4th year medical students of the University of Buenos Aires. It consisted of dictating a course about tobacco control and assessing the effects of the intervention 3 months later. RESULTS: 354 students were invited to participate, and 299 (84%) accepted. 70% were women, 26% had a job and 20% lived alone. The median age was 23 years. Eighty eight students (29%) were smokers, of whom 50 (57%) smoked daily; 78% of the smokers were women. 51% of respondents were exposed to second hand smoke (SHS) at their home and 90% were exposed to it outside their homes. Ninety seven percent of participants had never received any teaching about smoking cessation and an even higher percentage considered that they should have it. Forty percent of respondents considered that medical advice for smoking cessation was not effective. No significant changes in smoking prevalence, exposure to second hand smoke and perception of helpfulness of medical advice were observed after the implementation of the educational intervention. CONCLUSION: Providing knowledge on tobacco did not change student consumption, attitudes or knowledge about tobacco.

PALABRAS CLAVE: Tabaquismo - Facultad de Medicina - Plan de estudios - Cesación de tabaco - Educación en tabaco

KEY WORDS: Tobacco use - School of Medicine - Curriculum - Smoking cessation - Tobacco education

¹ Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, Argentina

² Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

³ División de Medicina Interna General, Departamento de Medicina, University of California San Francisco, Estados Unidos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca Peruih 2009 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y subsidio TW05935 del Tobacco Research Network Program, Fogarty International Center, National Institutes of Health, Estados Unidos.

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de abril de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 6 de junio de 2011

CORRESPONDENCIA A: Jonatan Konfino
Correo electrónico: jkonfino@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(8):15-20

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte en el mundo. Se estima que 100 millones de personas fallecerán en este siglo como consecuencia de sus efectos nocivos sobre la salud. Por el aumento del consumo de tabaco en los países subdesarrollados, se prevé que para 2030 se producirán allí el 80% de las muertes relacionadas con el tabaco.¹

En Argentina fuma el 27,1% de los adultos, una de las tasas más altas de América Latina.² A pesar de que los médicos conocen los efectos deletéreos del tabaquismo sobre la salud, la prevalencia entre ellos es del 28,6%.³ El 35% de los estudiantes de Medicina fuma,⁴ y la prevalencia aumenta a medida que avanzan en su carrera, aunque conozcan el papel del tabaquismo en múltiples enfermedades.⁵ Por último, el 80,2% de los estudiantes desearía recibir entrenamiento en tabaquismo.⁴

El papel de todos los profesionales de la salud –en especial del médico, como líder en la promoción de prácticas saludables en la población– es clave para el control del tabaco. Sin embargo, la instrucción en tabaco ocupa poco espacio en los planes de estudios de las facultades de Medicina. En Europa, la mayoría de las facultades de Medicina no proveen un entrenamiento adecuado en intervenciones para la cesación de tabaco.⁶⁻⁷ En los Estados Unidos, la situación es similar; a pesar de que existen diferentes programas de educación en tabaco, no se ha logrado que los estudiantes posean un adecuado entrenamiento en cesación.⁸⁻⁹ En Argentina, de las 21 facultades de Medicina encuestadas en 2006 por el Ministerio de Salud de la Nación, solo 14 incluían el tabaquismo dentro de sus planes de estudios. No obstante, el tema se trataba en distintas materias, ya sea durante el ciclo biomédico o en el ciclo clínico.¹⁰

Diversos estudios de corte transversal han analizado los conocimientos y actitudes sobre el tabaquismo en los estudiantes de Medicina en Argentina⁴ y en el resto del mundo.¹¹⁻¹³ Se observó de forma constante una capacitación insuficiente en tabaquismo durante la carrera. Sin embargo, algunas intervenciones educativas dirigidas a estudiantes de Medicina han demostrado ser útiles para incrementar los conocimientos y modificar actitudes respecto al tabaquismo¹⁴, así como para investigar el consumo de tabaco¹⁵ y mejorar la utilización de herramientas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.¹⁶⁻¹⁸ No se han encontrado informes sobre intervenciones educativas dirigidas a estudiantes de Medicina en facultades de América Latina.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la incorporación de un curso breve de tabaquismo al plan de estudios y su efecto sobre los conocimientos y actitudes relacionados con el uso del tabaco en los estudiantes de una Facultad de Medicina en Argentina.

MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado por clusters. Se incluyó a todos los estudiantes de 4º año de Medicina que comenzaban a cursar Medicina A (Semiología) en el Hospital de Clínicas en marzo de 2009. El Departamento de Alumnos distribuye entre cuatro cátedras a aquellos alumnos que desean cursar allí la unidad hospitalaria, tratando de respetar la cátedra solicitada. Las cuatro cátedras docentes son independientes entre sí, pero tienen similitudes en los planes de estudios y en la organización (infraestructura, horarios). En forma aleatoria, dos cátedras fueron seleccionadas para recibir la intervención y las otras dos sirvieron de grupo control. Se incluyó a las cuatro cátedras y a todos los alumnos que aceptaron participar del estudio. Se adoptó este tipo de diseño de aleatorización por clusters debido a la naturaleza grupal de la intervención y para disminuir la contaminación entre los grupos, ya que de otra manera cada individuo podría compartir las experiencias de la intervención con

sus compañeros durante el resto de la jornada educativa.

Considerando que la población accesible eran los 354 alumnos (divididos en las cuatro cátedras) inscriptos en el Hospital de Clínicas y asumiendo una tasa de no respuesta inicial del 20% y una pérdida de seguimiento a los 3 meses del 20% (al menos 117 alumnos en cada grupo: control e intervención), puede estimarse que con este número de participantes habría un 90% de probabilidades de detectar un aumento en la percepción de la utilidad del consejo médico del 20%, con un alfa < 0,05 y un ajuste por el efecto cluster.

La intervención consistió en un curso breve (4 horas de clase, dictadas en 2 módulos de 2 horas cada uno) de tabaquismo, que se agregó al programa mientras el grupo control asistió a las clases habituales. La intervención educativa se basó en la versión en español del curso "Rx for Change", desarrollado por la University of California, la University of Southern California y la University of Western California.¹⁹ Dicho curso incluye múltiples aspectos del tabaquismo entre los que se destacan: epidemiología del tabaco, daños generados por el tabaco, importancia y peligros del humo de tabaco ajeno, bases neurobiológicas de la adicción, asistencia a los pacientes para la cesación, consejo breve y farmacoterapia. Fue diseñado para instruir a los alumnos de las Ciencias de la Salud sobre temas relacionados con el tabaquismo. El dictado del curso estuvo a cargo de los autores.

Para evaluar el efecto de la intervención educativa se utilizó la Encuesta Mundial sobre los Estudiantes de Profesiones de la Salud (*Global Health Professions Student Survey, GHPSS*),²⁰ diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), la Asociación de Salud Pública de Canadá (CPHA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Americana de Cáncer (ACS, por sus siglas en inglés) con el fin de obtener información de estudiantes de Medicina, Odontología, Farmacia y Enfermería. La encuesta recoge información acerca de prevalencia de consumo de tabaco, exposición a humo de segunda mano, entrenamiento y conocimientos acerca de los efectos en la salud, actitudes frente al tabaco, cesación de fumadores actuales y datos demográficos. Cabe destacar que la misma se encuentra traducida y validada al español por la OMS.

La encuesta se administró a los alumnos de las cuatro cátedras al inicio del curso (previo a la intervención) y 3 meses después de la intervención.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA v.11.1 (*STATA Corp; College Station, TX*). Se utilizaron porcentajes para describir variables categóricas, y medias y medianas para describir variables continuas con distribución normal y no normal, respectivamente. Se analizó el efecto de la incorporación del curso en el plan de estudios en función de los siguientes puntos finales:

TABLA 1. Características de la población.

Variables	Grupo control	Grupo intervención
	N 144 (%)	N 155 (%)
Edad (años)	23,9	23,1
Rango	20-59	21-33
Desvío estándar	4,5	1,8
Mujeres	100 (69,4)	109 (70,3)
Vive con:		
Familia de origen	100 (69,4)	102 (65,8)
Solo	26 (18,1)	33 (21,3)
Pareja	6 (4,2)	9 (5,8)
Amigos	11 (7,6)	10 (6,5)
Pensión	1 (0,7)	1 (0,6)
Situación laboral		
No trabaja	106 (73,7)	118 (76,1)
Trabaja tiempo parcial	27 (18,7)	33 (21,3)
Trabaja tiempo completo	11 (7,6)	4 (2,6)
Fumadores	39 (27,1)	48 (31,0)
Ocasionales	14 (9,7)	21 (14,2)
Diarios	25 (17,4)	27 (17,4)
Entrenamiento en tabaquismo durante la carrera		
Recibieron información sobre los riesgos del tabaquismo	124 (86,1)	110 (71,0)
Recibieron información sobre cesación tabáquica	6 (4,2)	2 (1,3)
Consideraron que deberían recibir entrenamiento en cesación tabáquica	141 (97,9)	151 (97,4)

Fuente: elaboración propia

cambio en la prevalencia del tabaquismo, cambio en la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA) dentro y fuera del hogar, y cambio en la percepción de la utilidad del consejo médico. Se midieron los parámetros antes y después en cada grupo (intervención y control), y se analizó la magnitud del cambio. Se expresaron dichas diferencias en términos absolutos.

Luego se realizó un análisis multinivel con un modelo de regresión logística con efectos fijos y aleatorios, incluyendo pendientes aleatorias para puntos finales categóricos y ajustando por el efecto cluster.²¹ Se consideró un valor de *p* menor a 0,05 como estadísticamente significativo. Se analizó por intención de tratar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín. La participación fue voluntaria y se solicitó el consentimiento informado de los participantes. Se brindó asistencia profesional gratuita en cesación de tabaquismo a todos aquellos alumnos que, como resultado del presente

estudio, manifestaron su deseo de abandonar el tabaco. Dicha asistencia tuvo lugar en el Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas José de San Martín y estuvo a cargo de uno de los autores de este estudio.

RESULTADOS

A comienzos de 2009, 354 estudiantes de 4° año figuraban inscriptos para comenzar Medicina A. La encuesta fue completada por 299 alumnos, lo que significó una tasa de respuesta del 84,5%. El 69,9% (209) eran mujeres. Los datos demográficos se presentan en la Tabla 1.

ENCUESTA BASAL

Ochenta y ocho alumnos (29,4%) fumaban al momento de la primera encuesta. Entre las mujeres fumaba el 32,5% y entre los varones, el 22,2%. Cincuenta y dos (17,4%) fumaban en forma diaria, de los cuales la mayoría eran mujeres (40 mujeres y 12 varones). El 50,8% de los encuestados dijo estar expuesto al humo de segunda mano en el hogar y el 89,7% estaba expuesto fuera de su casa.

TABLA 2. Opiniones de los estudiantes acerca del tabaco. Encuesta basal.

Opinión	Grupo control N 144 (%)	Grupo intervención N 155 (%)
Debería prohibirse totalmente la publicidad de productos con tabaco	113 (79,03)	119 (76,77)
Debería prohibirse fumar en colectivos y trenes	143 (99,31)	154 (99,35)
Debería prohibirse fumar en escuelas	144 (100)	154 (99,35)
Debería prohibirse fumar en gimnasios o espacios deportivos	141 (97,92)	152 (98,06)
Debería prohibirse fumar en restaurantes	131 (90,97)	132 (85,16)
Debería prohibirse fumar en discotecas, bares y pubs	105 (72,92)	109 (70,32)
Considera que el consejo médico para dejar de fumar es útil	96 (66,7)	82 (52,9)

Fuente: elaboración propia

Las 8 preguntas de la sección conocimientos fueron respondidas en forma correcta por 276 alumnos (92,3%). De los 299, 297 (99,3%) consideraron que fumar cigarrillos es dañino para la salud y que fumar cigarrillos o en pipa también lo es; 295 (98,7%) señalaron que fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedades en el recién nacido; 298 (99,7%) opinaron que el HTA es dañino para la salud; 285 (95,3%) expresaron que el HTA aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares; y según 296 (99,0%), aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares. Doscientos noventa y cinco (98,7%) dijeron que el HTA en el hogar aumenta el riesgo de que aparezcan enfermedades como la neumonía y el asma en los niños, y 297 (99,3%) consideraron que aumenta el riesgo de padecer cáncer.

Prácticamente el 100% de los alumnos consideró que debería estar prohibido fumar en hospitales, escuelas, centros deportivos y medios de transporte público; 263 (87,9%) apoyaron la prohibición de fumar en restaurantes y 214 (71,6%), la prohibición de hacerlo en discotecas, bares o pubs (ver Tabla 2).

Ciento veintinueve alumnos (40,5%) consideraron que el consejo médico no era efectivo para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Los estudiantes fumadores opinaron esto con mayor frecuencia que los no fumadores (38,8% vs. 61,2%; $p=0,003$); los alumnos no fumadores expresaron con mayor frecuencia que los médicos fumadores aconsejaban menos a sus pacientes que dejaran de fumar (77,9% vs. 57,9%; $p<0,001$).

ENCUESTA A LOS 3 MESES

Respondieron la encuesta a los 3 meses 227 alumnos (109 en el grupo control y 118 en el grupo intervención), lo que significó un seguimiento del 75,9%. A los 3 meses se observó una disminución del 3,2% (en términos absolutos) del consumo de tabaco en el grupo control, con un aumento no significativo de 0,4% en el grupo intervención. La exposición al HTA en el hogar disminuyó un 5,1% y un 4,1% en el grupo control y en el grupo intervención, respectivamente; la exposición al HTA fuera del hogar mostró reducciones de 4,7% y 3,4%. La percepción de

que el consejo médico es útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar aumentó un 17,1% en el grupo control y un 26,7% en el grupo intervención. Se analizaron las diferencias entre los valores de la primera y la segunda encuesta con el modelo multinivel y las diferencias halladas en el consumo de tabaco, la exposición al HTA dentro/fuera del hogar y la percepción de que el consejo médico es útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas ($p=0,856$; $p=0,924$; $p=0,906$; $p=0,843$, respectivamente) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La incorporación del curso breve de tabaquismo no modificó el conocimiento acerca de los efectos nocivos sobre la salud. La elevada proporción de alumnos que contestaron correctamente todas las preguntas acerca del conocimiento en la encuesta basal denota que el conocimiento previo de los estudiantes es alto. Además, se generó un efecto techo, que impidió detectar diferencias luego de la intervención. Las opiniones respecto del tabaco tampoco fueron diferentes después del curso. Solo mejoró moderadamente la percepción sobre la utilidad que presenta el consejo médico para inducir a los pacientes a dejar de fumar.

Se observó que la prevalencia de tabaquismo entre los estudiantes de Medicina es elevada, similar a la de la población general y mucho mayor que la hallada entre estudiantes de Medicina de otros países.^{11,13-14} También se verificó una alta exposición al HTA, a pesar de la prohibición de fumar en la Facultad de Medicina y en todas sus dependencias (incluido el Hospital de Clínicas) y en la Ciudad de Buenos Aires. Aunque los participantes poseían un elevado nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, eso no parece haber influido sobre su adicción ni su exposición al HTA.

El pobre efecto de esta intervención sugiere que un método tradicional de enseñanza sería de limitada utilidad para los estudiantes de Medicina y que, en cambio, deberían incorporarse estrategias integrales que incluyan talleres de discusión y participación de pacientes reales o simulados, para permitir el involucramiento activo de

TABLA 3. Resultados en la encuesta basal y a los 3 meses.

Desenlaces primarios	Encuesta basal (a)	Encuesta a los 3 meses (b)	Diferencia absoluta (%) (b-a)	Valor de p
Prevalencia de tabaquismo				
Grupo control (n,%)	39 (27,1)	26 (23,9)	-3,2	
Grupo intervención (n,%)	48 (31,0)	37 (31,4)	0,4	0,856
Exposición a HTA* en el hogar				
Grupo control (n,%)	76 (52,8)	52 (47,7)	-5,1	
Grupo intervención (n,%)	76 (49,0)	53 (44,9)	-4,1	0,924
Exposición a HTA* fuera del hogar				
Grupo control (n,%)	131 (91,0)	94 (86,2)	-4,8	
Grupo intervención (n,%)	138 (89,0)	101 (85,6)	-3,4	0,906
Considera útil el consejo médico para dejar de fumar				
Grupo control (n,%)	96 (66,4)	91 (83,5)	17,1	
Grupo intervención (n,%)	82 (52,9)	94 (79,7)	26,8	0,843

HTA*: Humo de tabaco ajeno. Fuente: elaboración propia

los alumnos. Además, el tema del tabaquismo debería ser incluido en los diferentes ciclos de la carrera con el objetivo de lograr una comprensión progresiva e integral del problema.

Múltiples estrategias educacionales han demostrado su efectividad. Aunque la transmisión tradicional logró aumentar en alguna medida los conocimientos respecto al tabaquismo,¹³⁻¹⁴ otras estrategias más participativas podrían mejorar las habilidades de los estudiantes para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.¹⁵⁻¹⁷

Las universidades y los hospitales deberían trabajar en conjunto en el diseño e implementación de programas adecuados, destinados a entrenar a los profesionales de la salud en intervenciones costo-efectivas en cesación. Para disminuir la prevalencia de tabaquismo y la exposición al HTA, es indispensable invertir recursos para mejorar la capacitación de todos los integrantes del equipo de salud a partir de la formación profesional.

Sin embargo, debido a la dificultad de realizar cambios profundos en este tipo de conductas a través de la transferencia de conocimientos, es fundamental asegurar la adecuada aplicación de otras estrategias más efectivas para disminuir el uso de tabaco en los estudiantes. Por ejemplo, se podrían implementar políticas que garanticen una facultad 100% libre de humo de tabaco, lo que no solo protegería la salud de quienes eligen no fumar, sino que además fomentaría la cesación en aquellos que fuman.²²

Dentro de las limitaciones de este estudio se podría incluir el formato del curso implementado. Una mayor intensidad, con una metodología más práctica y reforzada a lo largo de la carrera, podría tener resultados diferentes. Por otro lado, dadas las características del estudio, no ha sido posible evaluar el impacto en la práctica clínica de estos estudiantes tras su inserción en el ámbito profesional. Por último, el cálculo del tamaño muestral

se basó en el cambio de la percepción de utilidad del consejo médico, que fue considerado el mejor indicador para medir el efecto de una intervención de este tipo. En consecuencia, podría haber faltado poder para detectar diferencias más estrechas en otros indicadores.

En conclusión, una intervención educativa basada solamente en la transmisión de conocimientos no parece ser efectiva para generar cambios en los conocimientos y las opiniones de los estudiantes respecto al tabaquismo. Sería conveniente implementar cambios integrales en los planes de estudios, que incluyan la problemática del consumo de tabaco desde el inicio de la carrera, para poder formar médicos capaces de liderar el control y así combatir esta epidemia.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados de este estudio sugieren que para combatir la epidemia del tabaquismo es necesario implementar intervenciones políticas que sean más efectivas que las educacionales. Esto podría incluir, por ejemplo, el aumento de los impuestos al cigarrillo y la creación de ambientes libres de humo. Sin embargo, dado que el consejo médico para dejar de fumar constituye una de las intervenciones sanitarias más costo-efectivas, es necesario desarrollar nuevas estrategias educativas. A través de ellas será posible lograr una mejor capacitación de los estudiantes de las ciencias de la salud en el control del tabaco, para poder contar en el futuro cercano con profesionales mejor preparados para fomentar la cesación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Lic. Lorena Peña por su asistencia en la logística y al Dr. Bruno Linetzký por su colaboración con el análisis estadístico.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. El programa MPOWER (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic - The MPOWER package), 2008. [Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>]. [Último acceso: 4 de mayo de 2011].
- ² Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en www.msal.gov.ar/ent/]. [Último acceso: 4 de mayo de 2011].
- ³ Zylberstein H, Cragnolino R, Francesia A, et al. Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos. *Revista Argentina de Cardiología*, 2003; 71:178-184.
- ⁴ Zabert G, Verra F. *Estudio FUMAr. Fumar en universitarios de medicina en Argentina. Informe final*. Ministerio de Salud de la Nación 2004. [Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/Paper-FUMAr-2004v4-CAEM-2005.pdf]. [Último acceso: 4 de mayo de 2011].
- ⁵ Nerin I, et al. Evaluation of the influence of medical education on the smoking attitude of future doctors. *Arch Bronconeumol*, 2004; 40:341-7.
- ⁶ Richmond RL, Debono DS, Larcos D, et al. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tobacco Control*, 1998; 7:247-52.
- ⁷ Roddy E, Rubin P, Britton J, et al. A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tobacco Control*, 2004; 13:74-77.
- ⁸ Spangler JG, George G, Foley KL, et al. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. *JAMA*, 2002; 288:1102-9.
- ⁹ Powers C, Zapka J, Bognar B, et al. Evaluation of current tobacco curriculum at 12 US medical schools. *J Cancer Educ*, 2004; 19:212-9.
- ¹⁰ *El tratamiento del tabaquismo en la formación médica*. Programa Nacional de Control del Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación 2006. [Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/proy-curric-tabaco.pdf]. [Último acceso: 4 de mayo de 2011].
- ¹¹ Frank E, Elon L, Spencer E. Personal and clinical tobacco-related practices and attitudes of U.S. medical students. *Prev Med*, 2009 Aug-Sep; 49(2-3):233-9.
- ¹² Chatkin J, Chatkin G. Learning about smoking during medical school: are we still missing opportunities? *Int J Tuberc Lung Dis*, 2009; 13(4):1-9.
- ¹³ Siemińska A, Jassem-Bobowicz J, Uherek M, et al. Medical students' attitudes towards tobacco smoking at the first and sixth year of their studies 2002-2008. *Pneumonol Alergol Pol*, 2009; 77:371-379.
- ¹⁴ Chung TW, Lam TH, Cheng YH. Knowledge and attitudes about smoking among medical students before and after a tobacco seminar. *Med Educ*, 1996; 30:290.
- ¹⁵ Coultas DB, Klecan DA, Whitten RM, et al. Training medical students in smoking-cessation counseling. *Acad Med*, 1994; 69:48-50.
- ¹⁶ Allen SS, Bland CJ, Dawson SJ. A mini-workshop to train medical students to use a patient-centered approach to smoking cessation. *Am J Prev Med*, 1990; 6:28-33.
- ¹⁷ Bland E, Oppenheimer L, Brisson-Carroll G, et al. Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2001; 27:483-490.
- ¹⁸ Geller AC, Prout MN, Sun T, et al. Cancer skills laboratories for medical students: a promising approach for cancer education. *J Cancer Educ*, 2000; 15:196-199.
- ¹⁹ *Rx for Change*. University of California, San Francisco. [Disponible en: <http://rxforchange.ucsf.edu/>]. [Último acceso: 3 de abril de 2011].
- ²⁰ Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group. Global Tobacco Surveillance System (GTSS): Purpose, Production, and Potencial. *J Sch Health*, 2005; 75(1):15-24.
- ²¹ Hayes R, Moulton L. *Cluster Randomized Trials*. Chapman & Hall/CRC Interdisciplinary Statistics Series. Edición 2001.
- ²² Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *BMJ*, 2002; 325:188-195.

ARTÍCULOS ORIGINALES

DETERMINANTES SOCIALES DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL EN AVELLANEDA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Social determinants of follow-up and treatment of women with abnormal Pap smear. A study in Avellaneda, Buenos Aires province.

MELISA PAOLINO,^{1,4} EDITH PANTELIDES,^{2,4} MATÍAS BRUNO,² VERÓNICA MACEIRA,⁵ LORENA PEÑA,¹ JULIETA GODOY,¹ SILVANA FARAO,³ SILVINA ARROSSI^{1,4}

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El adecuado seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer es un importante problema de salud pública. OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue describir los factores que influyen en el proceso de atención de las mujeres con Pap anormal. MÉTODOS: Se realizó una investigación cuantitativa-cualitativa, con análisis de datos secundarios y de entrevistas a mujeres con Pap anormal que concurren a servicios públicos de salud y a los profesionales de salud de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. RESULTADOS: De las mujeres entrevistadas, solo una había abandonado el proceso de atención. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires o en la obra social. Tanto los médicos como las mujeres señalaron obstáculos institucionales, como demoras en la entrega de resultados o cancelación de cirugías. Los facilitadores identificados fueron el buen vínculo con los profesionales, que localizan a las mujeres para la entrega de resultados y usan redes informales para acortar los tiempos de espera. CONCLUSIONES: Si bien en esta población las barreras mencionadas no llevaron al abandono del proceso, generaron situaciones que atentan contra el derecho de acceso a la atención de la salud. Las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer están en una situación de extrema vulnerabilidad, por lo cual requieren de especial atención y de estrategias tendientes a facilitar su paso por el sistema de salud.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Adequate follow-up and treatment of women with abnormal Pap smear is an important public health concern. OBJECTIVE: This research aimed to describe the determinants of follow-up and treatment of women diagnosed with an abnormal Pap smear. METHODS: A quali-quantitative research was performed. Information sources were medical records and questionnaires administered to women with an abnormal Pap smear that attended public health services, and to health professionals of Avellaneda in Buenos Aires province. RESULTS: Only one woman quit the follow-up and treatment. Almost 50% did not continue treatment at the same health service where they had the first Pap smear; they finished treatment in a public institution in Buenos Aires city or in a social security service. Results showed that both women and health professionals mentioned institutional obstacles, such as long waiting times and cancellation of surgeries. Positive aspects were attributed to a good doctor-patient relationship and to the behavior of professionals who track down women to give them the test results and who use informal networks to shorten waiting times. CONCLUSIONS: Although in this population the above mentioned barriers did not lead to treatment interruption, they proved to be detrimental to the right of women to access health services. Women with precancerous lesions and cancer are in a situation of extreme vulnerability, requiring a special attention and strategies geared to facilitating their passage through the health system.

PALABRAS CLAVE: Prevención - Tratamiento - Cáncer cervical - Barreras - Argentina

KEY WORDS: Prevention - Treatment - Cervical cancer - Barriers - Argentina

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

² Centro de Estudios de Población (CENEP).

³ Secretaría de Salud del Municipio de Avellaneda.

⁴ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

⁵ Universidad Nacional de General Sarmiento.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", categoría Estudios Multicéntricos, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30 de junio de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 de septiembre de 2011

CORRESPONDENCIA A: Edith Pantelides

Correo electrónico: eap@cenep.org.ar

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública. A pesar de ser prevenible, cada año mueren en Argentina 1900 mujeres a causa de esta enfermedad.¹ Afecta principalmente a mujeres pobres, con bajo nivel educativo y sin cobertura de salud.²

El proceso de atención del cáncer cervicouterino incluye distintas etapas (tamizaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento) que, para ser efectivas, deben desarrollarse en el marco de un programa organizado.³ La transición entre cada etapa requiere una transferencia de información y responsabilidades entre usuarias, profesionales e instituciones de salud en los diferentes niveles de atención.⁴ Este proceso adopta diferentes perfiles según el contexto en el que se da la atención y es más complejo en los países de América Latina, donde se registran problemas en la organización de los servicios de salud⁵⁻⁷ y los programas de prevención no han logrado los resultados esperados.⁸⁻⁹

Las instancias posteriores al tamizaje son críticas para la prevención del cáncer cervicouterino. Si las mujeres con lesiones precancerosas no acceden a un adecuado seguimiento y/o tratamiento (según el grado de la lesión detectada), no es posible reducir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad, aún en situaciones en las que se ha alcanzado un alto nivel de cobertura de Papanicolaou (Pap). Diversas investigaciones han demostrado que a lo largo del proceso que se inicia a partir de un Pap anormal se presentan obstáculos –relacionados con factores socioeconómicos, institucionales y simbólicos– que pueden ocasionar el abandono del proceso de atención por parte de las mujeres, quienes quedan en una situación de extrema vulnerabilidad frente a la enfermedad.¹⁰⁻¹⁵

En Argentina, la mayoría de los estudios sobre prevención de cáncer cervicouterino analizan fundamentalmente el acceso al Pap¹⁶⁻¹⁹; pero existe escasa evidencia acerca de la magnitud y causas del abandono del seguimiento y tratamiento de lesión precancerosa diagnosticada a través de la citología. En general, no es un dato disponible para los programas provinciales de prevención, y en el ámbito de los servicios de ginecología su disponibilidad es muy dispar.²⁰ Un importante antecedente del tema es una investigación sobre determinantes de la deserción de mujeres con citología anormal, realizada en 1990 en cuatro hospitales (Provincia de Buenos Aires y Capital Federal).²¹ El estudio mostró que el 70% de las mujeres había abandonado el servicio donde se había realizado la detección inicial, y de aquellas que fueron entrevistadas (n=232), el 40% había abandonado todo curso de acción. Las mujeres con mayor propensión a desertar eran las menos escolarizadas, con mayor número de hijos y con conocimiento inadecuado acerca de la utilidad del Pap. No se han encontrado estudios que analicen este tema más recientemente.

El propósito de esta investigación fue contribuir a llenar este vacío de conocimiento. Sus objetivos fueron: 1) caracterizar el perfil social de las mujeres fallecidas por cáncer cervicouterino; 2) cuantificar el abandono del proceso de seguimiento y tratamiento de las mujeres con Pap anormal; 3) describir el perfil social de las mujeres con Pap anormal; y 4) describir los obstáculos y facilitadores del proceso de atención, desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales.

MÉTODOS

ANÁLISIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL

El estudio se llevó a cabo en instituciones públicas del partido de Avellaneda: 24 centros de atención primaria de la salud (CAPS) dependientes de la Secretaría de Salud del municipio y un hospital general de agudos dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al que son derivadas las mujeres para la realización de biopsias y tratamientos. La población del estudio fueron mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Pap anormal durante el período 2008-2009. Siguiendo la metodología de Ramos y Pantelides (1990) y Gage et al. (2003), se realizó en primer lugar la sistematización de la información disponible (libros

de biopsias y tratamientos del servicio de patología cervical del hospital e información de los CAPS proporcionada por los profesionales de la Secretaría de Salud del municipio, integrantes del equipo de investigación). Posteriormente se transcribió el proceso de atención desde el diagnóstico de Pap anormal en adelante, detallando fechas, procedimientos y resultados. En base a esta información, se construyó una base de datos única.

A los fines de este estudio se definió como Pap anormal a toda citología que hubiese presentado alguno de los siguientes diagnósticos, según la clasificación Bethesda de citologías 22: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado sugestivo de Lesión Intraepitelial de Alto Grado (ASC-H), Lesión Intraepitelial de Alto Grado (HSIL) o Cáncer.

Se definieron dos tipos de abandono: abandono del servicio de origen (la mujer deja de concurrir al servicio en el cual obtuvo el diagnóstico de Pap anormal o al que fue derivada para la biopsia y continúa el proceso en un servicio privado, una obra social u otra jurisdicción) y abandono del proceso de atención (la mujer, en algún punto del proceso de atención, deja de concurrir a los servicios de salud y abandona todo curso de acción).²¹

Una vez identificada la mujer con Pap anormal en el período de referencia, se procedió a realizar un contacto telefónico conjuntamente con el personal del establecimiento de salud en el que había sido tamizada inicialmente. A partir del contacto realizado, se concertó una entrevista cara a cara. Durante el período de referencia, 57 mujeres tuvieron un Pap anormal en los establecimientos incluidos en el estudio. Entre septiembre de 2010 y febrero de 2011 se realizaron 69 visitas a domicilio y 170 llamados telefónicos, lo que permitió localizar a 35 mujeres; el resto no fue contactado por falta de datos o errores en la dirección y/o teléfono (19) o porque se había mudado (3). Se identificaron 3 mujeres fallecidas y se concretaron 30 entrevistas domiciliarias. Dos mujeres no aceptaron realizar la entrevista.

La entrevista fue realizada en base a un cuestionario, que recogió información cuantitativa y cualitativa, y estuvo compuesto por los siguientes módulos: 1) características socio-demográficas, 2) uso del sistema de salud, 3) trayectoria de atención y 4) obstáculos y facilitadores. Aquí se presentan datos cualitativos relativos a los obstáculos y facilitadores mencionados por las mujeres.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD

Entre octubre y diciembre de 2010 se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 ginecólogas y 1 ginecólogo de las instituciones en donde fueron atendidas las mujeres entrevistadas: 9 de los 24 CAPS (los 15 restantes no habían registrado mujeres con Pap anormal en el período de estudio) y 1 del hospital anteriormente mencionado. Todos los profesionales contactados aceptaron realizar la entrevista, que se llevó a cabo mayormente en los lugares de trabajo.

La guía de entrevistas indagó sobre las características de los profesionales y la percepción sobre el cáncer cervicouterino como problema de salud, la población usuaria, el abandono

del proceso de atención y los obstáculos y facilitadores.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, incluyendo las notas de la entrevistadora. Se utilizó la técnica de análisis temático²³, centrada en la lectura e interpretación del material con el objetivo de identificar los temas recurrentes y los patrones que los relacionan.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Pedro Fiorito¹.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE PAP ANORMAL

El cuadro 1 muestra las características de las mujeres entrevistadas. El 66% tiene entre 30 y 49 años (rango total de edades: 22-86 años). El 60% posee primaria completa/secundaria incompleta. El 57% está empleada, y el 47% tiene obra social.

La mayoría de las entrevistadas visitó al ginecólogo por primera vez hace más de diez años. El motivo de esa primera visita fue un control de embarazo en casi la mitad de los casos.

MAGNITUD DEL ABANDONO

De las mujeres entrevistadas, solo una había abandonado el proceso de atención. El motivo mencionado por la entrevistada fue el miedo al cáncer y al tratamiento. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en otra institución (obra social o instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires). Los principales motivos de abandono del servicio de origen fueron los largos tiempos de espera para obtener los turnos y resultados, y las cancelaciones de las cirugías.

El principal obstáculo identificado por las mujeres fue el acceso a los turnos para biopsia y tratamiento. No surgió entre los problemas mencionados el acceso al Pap en los CAPS. Un grupo de mujeres mencionó que el primer turno para biopsia es facilitado desde el CAPS, pero que los problemas se presentan en los turnos posteriores a ese primer contacto. La mayoría de las usuarias dijo que hay poca oferta horaria y que es necesario acudir con mucha anticipación para poder acceder a un turno en el hospital:

Me mandan de urgencia al Hospital con una orden de la doctora, fui dos veces y no conseguía turno, decidí hacerme socia de una obra social (...) En el hospital nunca hay turnos, vas a las 4:00 de la mañana, y te atienden a la tarde. Después te dan turnos que nunca se respetan. (E4, 35 años, secundario incompleto, obra social)

Una de las barreras percibidas fue la demora en la entrega de los resultados (más de dos meses en la mayoría de los casos). Las mujeres dijeron que ese tiempo era mayor al que esperaban y, en algunos casos, manifestaron preocupación por el avance simultáneo de la enfermedad:

(...) en tres meses si te pasa algo, te van a buscar con el cajón. (E28, 50 años, secundario incompleto, sin obra social)

CUADRO 1. Características de las mujeres entrevistadas (mujeres con Pap anormal 2008-2009). Municipio de Avellaneda, n=30.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
Hasta 29	4	13,3
30-49	20	66,7
50 o más	6	20
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	3	10
Hasta secundario incompleto	18	60
Secundario completo o superior y más	9	30
Situación conyugal*		
Con pareja	14	48,3
Sin pareja	15	51,7
Trabaja		
Sí	17	56,7
No	13	43,3
Miembros del hogar		
Menos de 4	12	40
4	10	33,3
5 o más	8	26,7
Cobertura de salud		
Obra social	14	46,7
Pública	16	53,3
Total	30	100

*1 caso no responde

Fuente: elaboración propia.

Otra de las barreras mencionadas fue la postergación en la realización de intervenciones quirúrgicas, relacionada en la mayoría de los relatos con la ausencia de anestésistas:

El año pasado fui muchas veces a pedir turno para operarme (histerectomía), cuando iba me decían que no era lo más recomendable, por la gripe A, luego por el dengue (...) cuando ya estaba internada, lista para ser operada, me dijeron que la doctora no me podía operar porque el anestésista se tenía que ir y sin anestesia la doctora no podía hacer nada. (E8, 60 años, primario incompleto, sin obra social)

Aunque en la mayoría de los casos el traslado hacia las instituciones de salud no es mencionado como un obstáculo para el acceso a la atención, algunas mujeres dijeron que al menos una vez tuvieron que faltar a la consulta por no poder asumir el costo del transporte. Un grupo menor de mujeres no pudo asistir a la consulta porque debía cuidar a sus hijos o a un familiar enfermo.

¹ El diseño metodológico del presente estudio y sus resultados se enmarcan en el Proyecto de Tesis de doctorado en Ciencias Sociales de la Lic. Melisa Paolino.

El trato recibido y el vínculo con los profesionales fueron mencionados como facilitadores del proceso de atención. Dos tercios de las entrevistadas aseguraron que el médico les explicó lo que les iban a hacer y casi la totalidad consideró que el médico tuvo un trato respetuoso.

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a la comunicación de los resultados, se registraron principalmente dos situaciones. Un primer grupo de entrevistadas mencionó problemas de información en el momento de la entrega de resultados:

La doctora no explicaba demasiado. (E25, 31 años, secundario incompleto, sin obra social)

La doctora vino a buscarme, y me dice que salió mal, que podía tener cáncer. Tenía el resultado resaltado con naranja, decía urgente. Fue horrible. (...) Te dicen biopsia y piensas en cáncer. (E12, 58 años, primario completo, sin obra social)

Al indagar acerca de lo que sintieron en el momento de recibir los resultados, la mayoría describió una situación de angustia y miedo:

Se me derrumbó el mundo, se me vino el mundo abajo, yo quedé muy mal. (E13, 40 años, primario completo, con obra social)

Sin embargo, un segundo grupo de mujeres evaluó positivamente la entrega de resultados mediante visitas domiciliarias o llamados telefónicos. Nuevamente apareció el vínculo construido con los profesionales como facilitador, tanto para la comprensión del resultado como para asegurar la continuidad del proceso de seguimiento y tratamiento:

La doctora fue muy cuidadosa con todo. La doctora llamó a la casa, atendió mi mamá y no le contó nada. Me dijo que vaya urgente a la salita. Cuando fui, me explicó todo lo que tenía que hacer con un diagrama. Siempre estuvo conectada conmigo y trabajó mucho el tema de la negación a la operación. (E9, 42 años, terciario completo, sin obra social)

La médica me estaba buscando por todos lados. Hace mucho tiempo que me atiende con la doctora. Me dijeron que tenía alto riesgo y que por prevención me tenía que hacer biopsia. (E1, 41 años, primario completo, con obra social)

LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Se entrevistó a 9 ginecólogas y 1 ginecólogo. El rango de edad de los entrevistados fue de entre 42 y 60 años. Siete profesionales desarrollan sus actividades en los CAPS, 2 en el hospital y 1 en la Secretaría de Salud Municipal. El promedio de años de profesión es de 24 años (rango: 15 a 30 años).

Aunque la mayoría de los entrevistados mencionó al cáncer cervicouterino como un tema importante a escala

nacional o provincial, no lo consideró un problema prioritario en su ámbito de trabajo, porque en su práctica cotidiana se registraban pocos casos de mujeres con HSIL y cáncer y su población "estaba controlada". Para algunos de los profesionales, esa poca cantidad de casos se debía a las características de la población que asiste a los CAPS del municipio: población joven, de clase media/baja, con nivel educativo medio, que tiene o ha tenido obra social, y con el hábito de realizar controles. Algunos mencionaron que los cánceres avanzados provienen de mujeres que migran desde otros países o desde el interior argentino.

El acceso al Pap en los CAPS no fue percibido por los profesionales como un problema. En todos los casos la realización del Pap se enmarca en la atención de la salud reproductiva y, en algunas ocasiones, es utilizada como condición para la entrega de anticonceptivos:

Vienen los pacientes acá y se lo pongo como condición, si no tienen la colpo y el Pap no tienen anticonceptivos, no tienen preservativos. Bah, preservativos sí, pero no tienen anticonceptivos porque es la única forma de obligarlas a venir. (E3, profesional CAPS)

Coincidiendo con las mujeres, los profesionales mencionaron como obstáculo los largos tiempos de espera para la devolución de los resultados. Los tiempos pueden variar durante un mismo año, pero en ningún caso son menores a un mes y medio o dos meses, y en algunas ocasiones hay demoras de hasta tres o cuatro meses.

Es el profesional que toma el Pap quien realiza la búsqueda de la mujer para entregar el resultado de Pap anormal (solo o con ayuda de otro profesional de la institución). Al indagar acerca de la información que se le brinda a la mujer en la entrega del resultado, la mayoría señaló que en esas situaciones explican que es necesario hacer estudios complementarios para conocer con precisión el diagnóstico, y que es una enfermedad que puede ser grave, pero que tiene tratamiento. Sin embargo, en algunos casos, se planteó la necesidad de recurrir a la estrategia de "asustar a la mujer para que no se pierda":

Si la paciente es de las que no te dan bola, la asusto un poco más, y si es muy asustadiza (...), entonces uno la cuida, no mintiendo pero recalando en cada una lo más importante. (E6, profesional CAPS)

Desde la percepción de los profesionales, las mujeres reciben bien el resultado y comprenden que es una enfermedad que puede tratarse.

Para la mayoría de los entrevistados, la derivación al hospital para la realización de la biopsia no presenta dificultades. Sin embargo, los médicos reconocieron que tras ese primer contacto la mujer podía enfrentar obstáculos. Mencionaron que es la instancia del tratamiento en donde surgen los principales obstáculos para las mujeres, entre los que destacaron las cancelaciones de cirugías (conización e histerectomía).

Desde su percepción, las cancelaciones se producen generalmente por la falta de anestesistas (situación también mencionada en los relatos de las mujeres):

Muchas veces se suspende la cirugía porque no hay anestesistas, la gente queda en listas de espera por esta razón, todo viene bien pero cuando llega ese punto, ya ahí no depende de nosotros se llama a quirófano para dar el turno y si no hay anestesistas se suspende.

Entrevistadora: Y la mujer, ¿qué hace?

Queda a la buena de Dios, llega un punto que le tenés que decir que vaya a otro hospital con todo lo que tiene. (E2, profesional Hospital)

Otro de los problemas mencionados fue la duplicación de la realización del Pap en el segundo nivel de atención, que demora la realización del tratamiento. Algunos de los profesionales de los CAPS consideraron que una posible causa es la falta de reconocimiento hacia su tarea.

Una de las dificultades señaladas por los profesionales de los CAPS fue la ausencia de mecanismos formales de contrarreferencia. La información acerca del proceso de atención, luego de la derivación, proviene la mayoría de las veces de las mujeres que regresan a los CAPS para contar su experiencia. El abandono del proceso de atención luego de recibir el resultado no fue percibido como un problema, pero sí el abandono del seguimiento y control luego de haber realizado el tratamiento.

Los profesionales señalaron dos facilitadores del proceso de tamizaje y tratamiento: la provisión continua de insumos y el buen vínculo que se construye con la población usuaria de los servicios, en donde muchos de los entrevistados han trabajado durante más de 10 años.

DISCUSIÓN

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública de la Argentina, afectando mayoritariamente a las mujeres más pobres y con menor nivel educativo, con reducido acceso a los servicios de salud.² El municipio de Avellaneda presenta una tasa de mortalidad por esta causa de 7,2 por 100.000 mujeres, ligeramente menor a la tasa nacional (7,5 por 100.000 mujeres), pero superior a la de los 24 partidos del Conurbano Bonaerense (6,4 por 100.000 mujeres).²⁴ Frente a estos datos, es significativo que el cáncer cervicouterino no haya sido identificado por la mayoría de los profesionales como un problema prioritario en su ámbito de trabajo (sistema público), pues ellos perciben que su población "está controlada". Esta percepción, que se confirma con los pocos casos detectados en su práctica cotidiana (2-3 por año), no tiene en cuenta el hecho de que la mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino son las que no acceden a los servicios de salud para la realización del tamizaje,^{25,26} y que justamente el hecho de que solo una baja proporción de las mujeres con HSIL o cáncer haya

sido diagnosticada a partir del tamizaje es un indicio de la falla del sistema de prevención. En general, en Argentina, el tamizaje se brinda de manera oportunística a mujeres de bajo riesgo, lo que redundará en bajas tasas de detección.²⁰ Esta situación pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de búsqueda activa de las mujeres con mayores dificultades para el acceso a los servicios de tamizaje y, por tanto, con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

El bajo abandono reportado debe analizarse con precaución, dado que de las 57 mujeres diagnosticadas con Pap anormal se obtuvo información para 33. Debido a la falta de datos de contacto y a la dificultad en su búsqueda, el grupo de mujeres no entrevistadas puede tener mayores niveles de abandono. Los trabajos publicados en América Latina en torno a este tema reportan porcentajes de abandono muy variables, entre el 13% y el 70%.^{5, 12, 21, 27-30} El bajo nivel de abandono encontrado en este grupo de mujeres podría explicarse, en parte, por el buen vínculo entre mujeres y profesionales. Las mujeres valoran el compromiso de los profesionales que las buscan activamente para entregarles el resultado y que mediante estrategias informales tratan de facilitar su paso por el sistema de salud. Asimismo, la cercanía con la Ciudad de Buenos Aires o la cobertura por obra social permitiría a las mujeres superar más fácilmente los obstáculos referidos en el proceso y evitar los abandonos.

El hecho de que los servicios de salud no posean información acerca de lo ocurrido con el seguimiento y tratamiento del 42% de las mujeres con un resultado de Pap anormal, que requiere diagnóstico histológico y tratamiento, es indicativo de importantes falencias en el monitoreo del proceso. Es esencial incorporar sistemas de información que permitan el monitoreo del circuito recorrido por cada mujer a lo largo del seguimiento y tratamiento para garantizar que se cumpla la totalidad del proceso.

Los resultados muestran que existen barreras institucionales que se presentan a lo largo del proceso de atención de las mujeres con Pap anormal. Aunque en esta población dichas barreras no han producido el abandono total del proceso, generan el abandono del servicio público disponible en el municipio o producen situaciones que atentan contra el derecho de las mujeres al acceso a un adecuado seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas.

El largo tiempo de espera para recibir el resultado del Pap es uno de los primeros obstáculos para la continuidad de la atención. Esta situación vulnera el derecho de las mujeres a recibir los resultados en un tiempo adecuado (4 semanas).³¹ Las acciones de los profesionales para agilizar los tiempos son informales y dependen de su buena voluntad, y no de mecanismos estables en el marco de una estrategia de salud pública integral. La revisión del circuito del tamizaje (toma de la muestra - lectura - entrega de resultado) y la identificación de los obstáculos específicos que se producen en los diversos puntos de la cadena permitirían implementar acciones tendientes a reducir los tiempos para la entrega.

Las mujeres y los profesionales coinciden en destacar como principales obstáculos institucionales los largos tiem-

pos de espera para la devolución de los resultados y las demoras para la realización de tratamientos, debido a las postergaciones en las cirugías (conización e histerectomía). La falta de recurso humano especializado (anestesiólogos) es mencionada como la principal causa de la postergación, seguida por la falta de turnos de quirófano destinados a este tipo de patologías. Este problema aparece naturalizado en los discursos de los profesionales, y la solución se les presenta fuera de su alcance. La reorganización de los servicios y el establecimiento de turnos de cirugía prioritarios para los casos de mujeres con lesiones precancerosas y cáncer podrían contribuir a disminuir las cancelaciones y facilitar el acceso al tratamiento.

Como se ha mencionado, el proceso de atención que se inicia luego de un Pap anormal requiere de diversos procedimientos y transferencia de información y responsabilidades entre actores, que desarrollan sus actividades en distintos niveles de un mismo sistema de salud.^{4,15} En concordancia con otros estudios en América Latina^{7,32}, los relatos de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención manifiestan problemas de referencia y contrarreferencia. Aunque reconocen que la derivación mediante el sistema de referencia generalmente funciona, este sistema se reduce a la obtención del turno para biopsia y no incluye ningún acompañamiento posterior ni transferencia de información acerca del resultado del proceso, lo que impide un adecuado seguimiento de las mujeres por parte de los profesionales del servicio de origen.

La comunicación de los resultados de Pap anormal es un momento clave.³³ En este punto se observan diferencias entre la percepción de mujeres y profesionales. Los profesionales brindan información que apunta a tranquilizar a la mujer y promover la realización de los estudios complementarios. Desde su percepción, la mayoría de las mujeres comprenden los mensajes y reaccionan positivamente. Sin embargo, un grupo de mujeres menciona problemas en la información recibida en ese momento y muchas señalan que la recepción del resultado les provoca angustia. Estas diferencias en la percepción del momento de la entrega de resultados evidencian problemas de comunicación que deberían ser analizados en investigaciones específicas locales. En general, los estudios llevados a cabo sobre este tema en otros países indican que las dificultades relacionadas con la información brindada en la consulta pueden llevar a que las mujeres no concurren a retirar los resultados del Pap³⁴, que no interpreten adecuadamente el significado de un Pap anormal^{33,35} o que se generen situaciones de ansiedad que actúan como barreras para la continuidad del tratamiento.³⁶

Un punto preocupante es la práctica reportada por algunos profesionales de condicionar la entrega de anticonceptivos a la realización del Pap. Aunque desde la visión de los profesionales puede ser efectiva para promover el tamizaje entre las usuarias de los programas de salud reproductiva, esta estrategia vulnera el derecho de las mujeres a recibir métodos anticonceptivos de manera accesible, ya que muchas veces el tiempo que demanda la realización del Pap

(turno, entrega del estudio, etc.) redundante en una demora para obtener el anticonceptivo, con el consiguiente período de desprotección y aumento del riesgo de embarazo no deseado. Asimismo, esta práctica tiene como limitaciones el aumento potencial del sobretamizaje (en algunos casos, las mujeres realizan Paps varias veces al año con el solo fin de poder acceder a la anticoncepción) y la concentración de recursos en mujeres jóvenes con menor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas.

En contraposición a los problemas de comunicación para la devolución de resultados, el buen vínculo entre mujeres y profesionales es referido por ambos grupos de entrevistados como uno de los principales facilitadores del proceso. En diversas investigaciones también se destaca la alta valoración dada a la relación con los profesionales,^{5,26,37}.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

De los resultados se desprenden las siguientes líneas de acción. Su efectiva ejecución requiere de acuerdos interinstitucionales a nivel local (Secretaría de Salud - CAPS - hospitales provinciales), con el apoyo del Programa Provincial de Prevención de Cáncer Génito-Mamario y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino:

- Búsqueda activa de las mujeres vulnerables (mayores de 35 años, sin cobertura de salud, con bajo nivel educativo) que no concurren a los servicios de salud reproductiva. Las estrategias de búsqueda activa pueden ser implementadas por promotores de salud y profesionales de las instituciones, fundamentalmente del primer nivel de atención.
- Establecimiento de sistemas de prioridad de turnos y entrega de resultados a las mujeres con ASC-H o superior.
- Reorganización de los sistemas de derivación (acompañamiento, información acerca de pasos a seguir) para facilitar el acceso y la permanencia de las mujeres en el sistema.
- Establecimiento de acuerdos entre las instituciones para una mejor circulación de la información entre los distintos niveles de atención.
- Aseguramiento del servicio de anestesiología para evitar la postergación de cirugías.
- Desarrollo de espacios de consejería y material educativo específicos para la entrega de resultados.
- Utilización de sistemas de información para monitorear el desarrollo del proceso de tamizaje/tratamiento de las mujeres con Pap anormal.

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación por el apoyo brindado.

A la Secretaría de Salud de Avellaneda, a la Dra. Cristina Merande (referente de Salud de la Mujer), a la Dra. Ángela Bertachini (ex Directora de Atención Primaria) y a la Dra. Elsa Dimartino (Jefa del Servicio de Ginecología).

A los profesionales que aportaron los datos de las mujeres, y a los profesionales y las mujeres que brindaron su tiempo para contestar las entrevistas.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/lineamientos-programa.asp>]. [Último acceso: julio de 2011].
- ² Arrossi S, Matos E, Zengarini N, Roth B, Sankaranarayanan R, Parkin M. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology*, 2007; 105:335-340.
- ³ IARC. *Cervix Cancer Screening. Handbooks of Cancer Prevention*. IARC-OMS, Lyon, 2005.
- ⁴ Taplin SH, Rodgers AB. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2010; 40:3-10.
- ⁵ Dzuba IG, Calderon R, Bliensner S, Luciani S, Amado F, Jacob M. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005; 18:53-63.
- ⁶ Souza EC, Vilar RL, Rocha N de S, Uchoa Ada C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*, 2008; 24:100-110.
- ⁷ Cunha ABO, Vieira da Silva LM. Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*, 2010; 26:725-737.
- ⁸ Lazzcano Ponce EC, Buiatti E, Nájera Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Hernández Avila M. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. *Cancer Causes Control*, 1998; 9(3):241-251.
- ⁹ Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull of the World Health Organization*, 2001; 9:954-962.
- ¹⁰ Khana N, Phillips M. Adherence to care plan in women with abnormal papanicolaou smears: A review of barriers and interventions. *Journal Am Board Fam Prac*, 2001; 14:123-130.
- ¹¹ Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Repr*, 2001; 116:608-616.
- ¹² Gage J, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivín M, Robles S. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*, 2003; 27:466-471.
- ¹³ Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *Journal of National Cancer Institute*, 2005; 97:675-683.
- ¹⁴ Eggleston KS, Coker AL, Prabhu I, Cordray ST, Luchok KJ. Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. *Journal of Women's Health*, 2007; 16:311-330.
- ¹⁵ Zapka J, Taplin S, Anhang Price R, Cranos C, Yabroff R. Factors in Quality Care - The Case of Follow-Up to Abnormal Cancer Screening Tests - Problems in the Steps and Interfaces of Care. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2010; 40:58-71.
- ¹⁶ Petracci M, Romero M, Ramos S. *Calidad de la Atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino*. CEDES, 2002.
- ¹⁷ Petracci M. *Cáncer Cervical: calidad de la atención ofrecida por el equipo de salud y prevención a través de los medios de comunicación. Informe de investigación a PATH*. CEDES. Noviembre 2004.
- ¹⁸ Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 2008; 16:50-58.
- ¹⁹ Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women Health*, 2011; 51:72-87.
- ²⁰ Arrossi S, Paolino M. *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: Informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Publicación N° 64, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Buenos Aires, 2008.
- ²¹ Ramos S, Pantelides EA. Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: determinantes de la deserción de pacientes. *Cuadernos Médicos Sociales*, 1990; 53:37-50.
- ²² Solomon D, Nayar D. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes*. Springer, New York, 2004.
- ²³ Souza Minayo M. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2004.
- ²⁴ Pantelides A, Paolino M, Maceira V, Peña L, Bruno M, Godoy J et al. Estudio colaborativo Multicéntrico. *Determinantes sociales del abandono del proceso de prevención, seguimiento y tratamiento del cáncer cervicouterino. Un estudio en el partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires*. Informe final académico presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, junio de 2011.
- ²⁵ De Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Tafur L, Gili M, Izarzugaza I et al. Socioeconomic differences in cervical cancer: two case-control studies in Colombia and Spain. *Am J Public Health*, 1996; 86:1532-1538.
- ²⁶ Parikh S, Brennan P, Boffeta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*, 2003; 105:687-691.
- ²⁷ Luna Gordillo R, Espinosa Romero R, Roldán Fernández S, Rojas Aguilar D. Características de las pacientes con NIC III y cáncer invasor de cérvix. *Salud en Tabasco*, 2002; 8:62-68.
- ²⁸ Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Presa-García T, Sánchez-Garduno S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Revista de Investigación Clínica*, 2006; 58:217-227.
- ²⁹ Do Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Predictors of Non-Adherence to the Prescribed Follow-Up in Women With High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL). *Saude e Sociedade*, 2009; 18:325-333.
- ³⁰ Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino. Colombia. *Rev Salud*, 2010; 12:1-13.
- ³¹ Organización Mundial de la Salud, *Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice*. OMS Ginebra, 2006.
- ³² Tavares MDL, de Mendonca MHM, da Rocha RM. Health practices in the reorientation of primary care in Rio de Janeiro State, Brazil, from the perspective of users and health professionals. *Cad Saude Publica*, 2009; 25:1053-1061.
- ³³ Zapka J, Puleo E, Taplin S, Goins K, Ulcickas Y, Mouchawar J et al. Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up - the importance of communication. *Prev Medicine*, 2004; 39:81-90.
- ³⁴ Greenwood S, Sousa Machado M, Sampaio N. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber os resultados de exame papanicolaou. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 2006; 14:503-509.
- ³⁵ McKee M, Lurio J, Marantz P, Burton W, Mulvihill M. Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears in an urban community health center. *Archives of Family Medicine*, 1999; 8:129-34.
- ³⁶ Flyan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of Cervical Cancer*, 1998; 43:1509-1514.
- ³⁷ Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 2010; 52:207-212.

ARTÍCULOS ORIGINALES

PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE ANEMIA EN EL EMBARAZO. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD DE TUCUMÁN

Prevalence and etiology of anemia in pregnancy. A descriptive observational study in the Maternity Institute of Tucumán.

SANDRA LAZARTE,¹ BLANCA ISSÉ¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En Argentina, la anemia por deficiencia de hierro (ADH) constituye la patología de mayor prevalencia en el grupo materno-infantil. OBJETIVO: Determinar la prevalencia y etiología de anemia en embarazadas que efectuaron su control prenatal en el primer o segundo trimestre del embarazo en la Maternidad de Tucumán, entre octubre de 2009 y mayo de 2010. MÉTODOS: Se efectuó un estudio observacional descriptivo. Se realizó hemograma, análisis de ferremia, transferrina, ferritina, vitamina B12, ácido fólico y electroforesis de hemoglobina a 122 embarazadas. RESULTADOS: La prevalencia de anemia fue del 7,4% (9/122; intervalo de confianza [IC] 95% = 2,8%-12%). De las gestantes, 4 tenían ADH y 5, anemia no ferropénica. El 29,5 % (IC 95% = 21-37%) de la población estaba en alguna etapa de ADH (manifiesta, latente o silente); un 4,4% tenía deficiencia de vitamina B12, mientras que el ácido fólico era normal. No se detectaron anemias hereditarias. CONCLUSIONES: El diagnóstico de ADH debería comprender la determinación de hemoglobina y ferritina para poder brindar a la gestante el tratamiento adecuado.

ABSTRACT. INTRODUCTION: In Argentina, iron deficiency anemia (IDA) is the most prevalent disease in the mother-child group. OBJECTIVE: To determine the prevalence and etiology of anemia in pregnant women who made their prenatal control in the 1st or 2nd trimester of pregnancy at the Maternity Institute of Tucumán, between October 2009 and May 2010. METHODS: A descriptive observational study was conducted. The analysis included blood count, serum iron, transferrin, ferritin, vitamin B12, folic acid and hemoglobin electrophoresis in 122 pregnant women. RESULTS: The prevalence of anemia was 7,4% (9/122; confidence interval [CI] 95% = 2,8-12,0%). 4 pregnant women had IDA, and 5, non-IDA. 29,5% (CI 95% = 21-37%) of the population was in some stage of IDA (evident, latent, silent), 4,4% had vitamin B12 deficiency, and folic acid level was normal. Hereditary anemia was not found. CONCLUSIONS: The diagnosis of IDA should include the determination of hemoglobin and ferritin, in order to provide an appropriate treatment for pregnant women.

PALABRAS CLAVE: Anemia - Embarazo - Hierro - Anemias hereditarias - Deficiencias nutricionales

KEY WORDS: Anemia - Pregnancy - Iron - Hereditary anemia - Nutritional deficiencies

¹ Instituto de Bioquímica Aplicada de la Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", categoría individual de perfeccionamiento, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, y subsidio CIUNT 26D/431.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de junio de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2 de septiembre de 2011

CORRESPONDENCIA A: Sandra Lazarte
Correo electrónico: slazarte@fbqf.unt.edu.ar

INTRODUCCIÓN

En Argentina, la anemia por deficiencia de hierro (ADH) constituye la patología de mayor prevalencia en el grupo materno-infantil.¹ Existen múltiples factores etiológicos que inciden directamente sobre las tasas de anemia: la ingesta o absorción del hierro (Fe), la deficiencia de micronutrientes, el hábito de fumar, la presencia de infecciones crónicas, de parasitosis y de anemias de origen hereditario como las talasemias y hemoglobinopatías. La anemia en el embarazo es un gran problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, ya que incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal.²⁻⁴

En el segundo trimestre del embarazo se presenta un desequilibrio entre el incremento desigual del volumen del plasma y el de los glóbulos rojos, lo que se denomina indebidamente como anemia fisiológica. Se trata, en realidad, de un estado de hipervolemia debido al aumento del líquido amniótico y al inicio del edema fisiológico de la gestación.⁵ Existen cambios porcentuales del volumen

de elementos sanguíneos y de hemoglobina (Hb), pero los valores hemáticos absolutos se mantienen. Por ello, los índices a tener en cuenta para diagnosticar anemia en el embarazo deben ser no solo la Hb, el hematocrito (Hto) y el recuento de glóbulos rojos (RGR), sino que además deben incluir la ferritina, el Fe sérico y el volumen corpuscular medio (VCM).⁶ Esto es particularmente importante en el momento de decidir una terapia con Fe: una gestante que no necesita Fe puede sufrir intoxicación férrica que es lesiva para ella y el feto, ya que retarda el crecimiento al competir con el zinc y el yodo, entre otros elementos.⁷

En las sociedades occidentales, la mayoría de las mujeres gestantes que presentan anemia tienen ADH. En un pequeño porcentaje, prevalecen otras causas de anemia, principalmente deficiencia de ácido fólico (AF) y/o vitamina B12 (B12) y enfermedades inflamatorias o infecciosas. Estudios recientes han demostrado que tanto los folatos como la cobalamina plasmáticos decrecen marcadamente durante el embarazo, lo que sugiere que dichas deficiencias podrían tener un papel aún no identificado en el desarrollo de la gestación.⁸

La B12 y el AF son necesarios para la maduración de todas las células, incluidas las hematopoyéticas.⁹ La mujer grávida tiene un alto requerimiento de folatos. La anemia megaloblástica por deficiencia de AF se ha reportado en un 2,5-5,0% de embarazos no suplementados en los países desarrollados, y se han encontrado cambios megaloblásticos en la médula ósea de un 25% de mujeres bien nutridas, lo cual es indicativo de una deficiencia de AF subclínica. El AF ha sido provisto como suplemento en combinación con el Fe, por sus beneficios hematológicos y porque su deficiencia se asocia con complicaciones del embarazo y malformaciones congénitas. La deficiencia de AF tiene un papel causal en los defectos del tubo neural.¹⁰ Por su parte, niveles maternos bajos de B12 se han asociado con un riesgo mayor de abortos recurrentes, defectos del tubo neural y espina bífida.¹¹

Numerosas investigaciones científicas han establecido una asociación entre malnutrición y anemia con aborto, parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y anemia neonatal. Se trata de una asociación demostrada estadística y biológicamente.^{2-4, 12}

La prevalencia de anemia en embarazadas en Argentina, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005 (ENNyS 2005), fue del 30,5%.¹³ Se han publicado trabajos donde la prevalencia difiere según la provincia involucrada. En Chaco registró un 17,4%¹⁴; en Corrientes fue de 34,2%³, mientras que en la ciudad de La Plata se encontró un 16,0%¹⁵ y en la Capital Federal un 14,6%.¹⁶ Llama la atención la escasez de trabajos epidemiológicos y científicos con respecto a la anemia en el embarazo en la provincia de Tucumán, si se considera que la anemia tiene un impacto negativo durante la gestación.²⁻⁴

Otro grupo de anemias que podrían afectar a la embarazada son las anemias hereditarias. Las anomalías heredadas de la síntesis de Hb pueden dividirse en dos

grupos: aquellos caracterizados por variantes de Hb estructuralmente anormal (hemoglobinopatías estructurales) y aquellos en los que una o más cadenas polipeptídicas normales de Hb se sintetizan a velocidad reducida (síndromes talasémicos).¹⁷ El aumento progresivo de la inmigración desde países con altas tasas de hemoglobinopatías estructurales y síndromes talasémicos hacia Tucumán justifica su estudio. Así, se podría detectar la presencia de portadores en un grupo de riesgo como la población de mujeres gestantes, con el objetivo de proporcionar un correcto consejo genético y prevenir la aparición de formas severas de la enfermedad.

El Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes", ubicado en la capital tucumana, es el centro de mayor complejidad en el área toco-ginecológica y neonatal del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) del noroeste argentino (NOA) y de América Latina, ya que atiende alrededor de 10.000 partos anuales. Asiste a pacientes derivadas de toda la provincia y de provincias limítrofes. La población que allí concurre es de clase media o baja, incluyendo a un 20 % de pacientes con cobertura social. Atiende el 60 % de los partos de la población asistida a través del sistema estatal.¹⁸ Cuenta con 10 modernas unidades de Trabajo de Parto, Parto y Puerperio, Consultorios Externos, Salas de Internación de Ginecología y Obstetricia, Servicios de Neonatología, Terapia Intensiva, Hemoterapia, Anatomía Patológica, Farmacia y Laboratorios de Análisis Clínicos, Microbiológicos, de Chagas y de Pesquisa Neonatal. Actualmente se desconoce la prevalencia de anemia en la población que asiste a la Maternidad; de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una prevalencia igual o mayor al 40% indica un problema severo de salud pública.¹⁹

A partir de los datos que indican que existiría una elevada prevalencia de anemia en el embarazo en Argentina, con diferencias regionales, el objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia y etiología de anemia en embarazadas que realizaron su control prenatal (CPN) en el primer o segundo trimestre del embarazo en el Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes" (Tucumán), entre octubre de 2009 y mayo de 2010.

MÉTODOS

• Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal.

• Población y muestra

Se estudió a 135 mujeres embarazadas que asistieron a la Maternidad por CPN de rutina entre el 23/10/2009 y el 15/05/2010, y que: 1) cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión prefijados en este estudio; 2) firmaron el consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas con edad igual o mayor a 15 años, con un tiempo de embarazo igual o menor a 27 semanas y con un ayuno de por lo menos 8 horas.

Criterios de exclusión: Presencia de diabetes, insuficiencia renal, endocrinopatías, trombosis venosa profunda, síndrome antifosfolípido, enfermedades inflamatorias (lupus, artritis) y tratamiento con Fe.

Se obtuvo sangre con sal tripotásica de ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) para la realización del hemograma y otra parte sin anticoagulante para las determinaciones bioquímicas en suero. El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue una encuesta en la que se registraron: antecedentes personales, fecha de la última menstruación, número de gestas y partos, medicación y antecedentes personales y familiares de anemia.

Las técnicas bioquímicas empleadas fueron las siguientes:

- Hemograma: Se utilizó un contador hematológico Sysmex KX-21N (Japón).
- Ferremia: Se usó un equipo Wiener Lab. El coeficiente de variación (CV) del ensayo es 4,2%, y los valores de referencia (VR) en la mujer son de 50-170 µg/dL.
- Capacidad Total de Unión de Fe a Transferrina (CTUT): Se determinó con reactivo Wiener Lab. CV = 8,3% y VR = 250-400 µg/dL.
- Ferritina: Se utilizó el reactivo Ferritina IEMA well marca Radim. Es un inmunoensayo enzimático que tiene una sensibilidad (S) de 2,0 ng/mL y un CV de 6%. VR = 20-120 ng/mL.
- Electroforesis de Hb: Se efectuó en tiras de acetato de celulosa, en cuba de electroforesis con fuente de poder marca Chemar. Se usó el buffer tris-EDTA-bórico pH 8,5.
- AF: Se utilizó un equipo marca Siemens para analizador automático Immulite 1000. Immulite AF es un ensayo competitivo quimioluminiscente en fase líquida. Los sueros fueron conservados a -20 °C hasta su procesamiento. Se hizo control de calidad interno con dos patrones, bajo y alto. S = 0,8 ng/mL, CV = 9% y VR = 4-17 ng/mL.
- B12: Se empleó un equipo marca Siemens para analizador automático Immulite 1000. Immulite B12 es un inmunoensayo enzimático quimioluminiscente competitivo en fase sólida. Se hizo control de calidad interno con dos patrones, bajo y alto. Las muestras se refrigeraron a -20 °C hasta su procesamiento. S = 125 pg/mL, CV = 11,3% y VR = 174-878 pg/mL.

VARIABLES

Las variables bajo estudio fueron:

- Anemia: Para establecer si había anemia, se usó el nivel de Hb. Se consideró anemia si los valores de Hb eran menores a 110 g/L en el primer trimestre del embarazo y menores a 105 g/L en el segundo, criterios recomendados por la OMS.²⁰
- Tipo de ADH: Para determinar la ADH, se recurrió al estudio del metabolismo del Fe, que incluyó: ferremia, CTUT, saturación de transferrina y ferritina sérica. De acuerdo con ello, la ADH se dividió en tres fases:⁶
 - 1) ADH silente: Hb, Fe, transferrina y porcentaje de saturación normales, y ferritina baja (<20 ng/mL).

2) ADH latente: Hb normal, Fe bajo (<50 µg/dL), transferrina normal o aumentada, porcentaje de saturación menor a 16% y ferritina disminuida (<12 ng/mL).

3) ADH manifiesta: Hb <110/105 g/L, Fe bajo (<50 µg/dL), transferrina normal o aumentada, porcentaje de saturación menor a 16% y ferritina baja (<12 ng/mL).

• Tipo de anemia según morfología: Los índices hematemétricos VCM y Hb corpuscular media (HCM) se utilizaron en la clasificación morfológica de la anemia. La anemia se clasificó en microcítica (VCM <80 fL), normocítica (VCM = 80-95 fL) o macrocítica (VCM >95 fL); y en normocrómica (HCM = 27-32 pg) o hipocrómica (HCM <27 pg).

Además, se investigó la deficiencia de B12 y folatos. No se midió AF en aquellas embarazadas que estaban en tratamiento al tiempo del análisis.

- B12: Se consideró que había deficiencia con valores séricos menores a 150 pg/mL, y depleción con valores séricos menores a 200 pg/mL.
- AF: Se consideró disminuido cuando la concentración en suero fue menor a 4 ng/mL.

Para estudiar la presencia de β-talasemia menor y hemoglobinopatías estructurales, se realizó electroforesis de Hb. Un aumento de la fracción de Hb A2 indica β-talasemia menor.

- Edad: Las embarazadas se clasificaron como adolescentes (entre 15 y 19 años) o adultas (20 o más años).
- Trimestre del embarazo: Se usó la fecha de la última menstruación para calcular las semanas de gestación (primer trimestre: 12 semanas o menos de gestación; segundo trimestre: 13-27 semanas de gestación).
- Paridad: 1) Nulíparas: aquellas mujeres que nunca habían completado un embarazo más allá de las 20 semanas de gestación. 2) Primíparas: las mujeres que habían parido solo una vez uno o varios fetos nacidos vivos o muertos con un estimado de gestación de 20 o más semanas. 3) Multíparas: las mujeres que completaron 2 o más embarazos de 20 o más semanas.
- Número de gestas: 1) una gesta (primigestas), 2) dos o tres gestas, 3) cuatro o más gestas (multigestas).
- Origen étnico: 1) mediterráneo: para las mujeres provenientes o descendientes de inmigrantes de países de la cuenca mediterránea (España, Francia, Italia, Grecia, Siria y Líbano), 2) no mediterráneo (para las de otro origen).

Con respecto a los antecedentes familiares de anemia, solo se indicó si estaban o no presentes.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico de los datos se usó el programa SPSS 9.0. Para el estudio de las variables cuantitativas se calcularon medias aritméticas, desvíos estándar e intervalos de confianza (IC 95%), luego de ser sometidas a la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones se usó el t-test de Student. Para el estudio de asociaciones entre las variables cualitativas se utilizó el test Chi-Cuadrado (CC). Se predefinió como valor aceptable de significación un 5%.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo un consentimiento informado de todas las pacientes para el uso de los resultados obtenidos, que garantizó el anonimato y la confidencialidad. El consentimiento fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT).

RESULTADOS

Se descartaron 13 pacientes debido a: problemas con la muestra de suero para el estudio del Fe y vitaminas (2), sífilis (1), hipertensión arterial (4), hipotiroidismo (3), problemas renales (2) y trombosis venosa profunda (1). Solo una gestante que cumplía los criterios de inclusión se negó a participar.

La muestra final fue de 122 embarazadas, que presentaron una edad promedio de 25 ± 6 años (rango = 16-41 años).

La prevalencia de anemia encontrada fue del 7,4% (9/122) con un IC 95% de 2,8%-12%; cuatro mujeres tenían ADH, y cinco, anemia no ferropénica. La anemia fue moderada en todos los casos, ya que los valores de Hb fueron superiores a 90 g/L. De las 9 pacientes, una se detectó en el primer trimestre y 8 en el segundo.

En la Tabla 1 se observan los resultados de los parámetros hematológicos analizados en las embarazadas normales y anémicas. Desde el punto de vista morfológico, la anemia fue microcítica hipocrómica en un caso y normocítica normocrómica en los ocho restantes. Los niveles de ferritina, B12 y AF no mostraron una diferencia significativa ($p > 0,05$) entre las gestantes con y sin anemia. El 62,8% de las embarazadas no anémicas mostraron niveles de transferrina aumentados (416 ± 58 $\mu\text{g/dL}$) con respecto a

los valores de referencia (250-400 $\mu\text{g/dL}$), pero no hubo diferencias significativas con el grupo de embarazadas anémicas (423 ± 83 $\mu\text{g/dL}$).

El 29,5 % (IC 95% = 21-37%) de la población estaba en alguna etapa de la ADH: 4 mujeres tenían ADH manifiesta; 14, ADH latente; y 18, ADH silente. Las características hemáticas y bioquímicas de los distintos grupos de anemia se muestran en la Tabla 2. Se destaca la disminución de ferritina y saturación de transferrina en los grupos de ADH latente y manifiesta con respecto al grupo de anemia no ferropénica ($p < 0,05$). Por otro lado, el 36,1% de las embarazadas mostró valores de ferritina superiores a 50,0 ng/mL, lo que implica más de 500 mg de Fe de depósito.

La investigación de deficiencia de B12 detectó que el 4,4% de la población tenía niveles inferiores a 150 pg/mL y que el 24,4% presentaba depleción; en ninguno de estos casos se observó anemia. Solo se verificó una deficiencia mixta de Fe y B12 en una paciente con ADH latente. El análisis de AF fue normal en la mayoría de los casos, pero hubo cinco en los que se detectó un valor superior a 24 ng/mL.

En la Tabla 3 se muestran los parámetros hematológicos según edad, trimestre del embarazo, número de gestas, paridad, antecedentes familiares de anemia y origen étnico. No se observaron diferencias significativas en los resultados de la variable origen étnico, mientras que las nulíparas tuvieron niveles de Hb superiores a los de las multíparas ($p < 0,05$). Las adolescentes presentaron un incremento significativo ($p < 0,05$) del recuento de glóbulos blancos con respecto a las adultas.

En el segundo trimestre del embarazo se observó una disminución significativa de RGR, Hto, Hb, ferremia y sa-

TABLA 1. Parámetros hematológicos y bioquímicos de las embarazadas normales y anémicas.

PARÁMETROS	EMBARAZADAS NORMALES (n=113) M \pm DE (IC 95%)	EMBARAZADAS ANÉMICAS (n=9) M \pm DE, (IC 95%)
Glóbulos rojos (x10 ¹² /L)	4,01 \pm 0,31 (3,94-4,08)	3,53 \pm 0,42 (3,21-3,85)
Glóbulos blancos (x10 ⁹ /L)	9,1 \pm 2,0 (8,6-9,6)	8,7 \pm 2,0 (7,2-10,2)
Hemoglobina (g/L)	118 \pm 7 (116-119)	102 \pm 4 (99-105)
Hematocrito (L/L)	0,36 \pm 0,02 (0,355-0,37)	0,31 \pm 0,02 (0,30-0,33)
VCM (fL)	90,2 \pm 3,9 (89,2-91,1)	89,7 \pm 7,3 (84,1-95,2)
HCM (pg)	29,4 \pm 1,7 (29,0-29,8)	29,2 \pm 2,7 (27,1-31,3)
CHCM (g/L)	326 \pm 8 (324-328)	325 \pm 8 (319-331)
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	242 \pm 46 (231-253)	262 \pm 52 (223-302)
Hierro sérico ($\mu\text{g/dL}$)	89 \pm 27 (83-96)	69 \pm 22 (52-87)
Transferrina ($\mu\text{g/dL}$)	411 \pm 60 (397-426)	423 \pm 83 (359-487)
Saturación de transferrina (%)	22 \pm 8 (20-24)	17 \pm 6 (12-22)
Ferritina (ng/mL)	49,8 \pm 47,2 (38,4-61,1)	29,2 \pm 24,9 (10,0-48,3)
Vitamina B12 (pg/mL)	270 \pm 112 (243-297)	289 \pm 106 (207-371)
Ácido fólico (ng/mL)	13,4 \pm 3,2 (12,6-14,2)	14,9 \pm 4,2 (11,6-18,1)

Abreviaturas: M= media aritmética; DE= desvío estándar; IC 95%= intervalo de confianza 95%; VCM= volumen corpuscular medio; HCM= hemoglobina corpuscular media; CHCM= concentración de hemoglobina corpuscular media. Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

TABLA 2. Características hematológicas y bioquímicas de las embarazadas según el tipo de anemia

PARÁMETROS	ADH MANIFIESTA (n=4) M±DE (IC 95%)	ADH LATENTE (n=14) M±DE, (IC 95%)	ADH SILENTE (n=18) M±DE, (IC 95%)	ANEMIA NO FERROPÉNICA (n=5) M±DE (IC 95%)
Glóbulos rojos (x10 ¹² /L)	3,68±0,57 (2,77-4,58)	3,88±0,24 (3,74-4,01)	4,01±0,34 (3,84-4,18)	3,41±0,25 (3,10-3,72)
Glóbulos blancos (x10 ⁹ /L)	7,5±1,5 (5,1-9,9)	8,3±2,0 (7,1-9,4)	9,3±1,6 (8,5-10,1)	9,7±1,8 (7,4-12,0)
Hemoglobina (g/L)	101±3 (96-105)	112±5 (109-115)	119±6 (115-122)	103±4 (97-108)
Hematocrito (L/L)	0,31±0,01 (0,30-0,33)	0,35±0,02 (0,34-0,36)	0,36±0,02 (0,35-0,37)	0,31±0,02 (0,29-0,34)
VCM (fL)	86,3±10,1 (70,2-102,4)	89,4±3,7 (87,3-91,5)	90,9±5,0 (88,4-93,4)	92,3±2,8 (88,8-95,9)
HCM (pg)	27,8±3,6 (22,2-33,5)	29,0±1,4 (28,2-29,9)	29,7±2,0 (28,7-30,7)	30,2±1,5 (28,4-32,1)
CHCM (g/L)	322±5 (314-331)	324±5 (322-327)	327±6 (324-330)	327±10 (315-339)
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	235±40 (171-298)	222±44 (197-247)	246±46 (222-269)	284±53 (219-350)
Hierro sérico (µg/dL)	50±16 (25-76)	60±13 (53-68)	91±21 (81-101)	85±13 (69-100)
Transferrina (µg/dL)	465±98 (310-620)	468±39 (445-490)	430±63 (399-461)	389±58 (317-461)
Saturación de transferrina (%)	11±3 (6-16)	13±3 (11-14)	21±5 (19-24)	22±3 (19-25)
Ferritina (ng/mL)	9,4±5,6 (0,5-18,2)	10,7±5,0 (7,8-13,6)	13,3±4,6 (11,1-15,6)	45,0±22,6 (16,9-76,0)
Vitamina B12 (pg/mL)	279±136 (62-496)	197±43 (171-224)	274±101 (224-325)	296±93 (181-412)
Ácido fólico (ng/mL)	13,7±5 (5,8-21,6)	13,5±2,6 (12,0-15,0)	14,3±3,1 (12,4-16,3)	15,8±3,8 (11,1-20,6)

Abreviaturas: ADH= anemia por deficiencia de hierro; M= media aritmética; DE= desvío estándar; IC 95%= intervalo de confianza 95%; VCM= volumen corpuscular medio; HCM= hemoglobina corpuscular media; CHCM= concentración de hemoglobina corpuscular media. Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

turación de transferrina, y un aumento significativo de leucocitos ($p < 0,05$).

No se encontró asociación significativa entre la presencia de anemia y las semanas de gestación ($CC = 0,451$; $p = 0,502$), la edad ($CC = 1,772$; $p = 0,183$), el número de gestas ($CC = 1,215$, $p = 0,545$), la paridad ($CC = 0,811$; $p = 0,667$), los antecedentes familiares de anemia ($CC = 0,154$; $p = 0,695$) y el origen étnico ($CC = 0,072$; $p = 0,788$).

La electroforesis de Hb realizada a 127 muestras de sangre fue normal.

DISCUSIÓN

Según la OMS, en los países en desarrollo la prevalencia de anemia en el embarazo promedia el 56%, con valores que oscilan entre 35 y 75% en las diferentes regiones del mundo. En los países desarrollados la prevalencia es inferior, aproximadamente 18% en promedio. En América Latina la prevalencia estimada es del 39%.²⁰ Argentina

aparece como un país con un problema moderado de salud pública con respecto a la anemia en el embarazo. Esto significa que un 20-39,9 % de las gestantes tienen Hb < 110 g/L.¹⁹

Los resultados obtenidos muestran que el 7,4% de la población estudiada presentaba anemia en el primer o segundo trimestre del embarazo, según los criterios de la OMS. Esta cifra es menor que la que se señala en algunos lugares de Argentina^{3, 14-16} y Latinoamérica²¹, pero mayor que la de Chile, donde se encontró ADH en el 1,2% de adolescentes embarazadas.²² Una de las causas de las diferencias con el presente trabajo serían los diferentes valores de corte usados en el diagnóstico. Portela y colaboradores encontraron una frecuencia mucho menor de anemia (2,6%) en La Matanza (Buenos Aires), usando idénticos criterios que el presente estudio.²³

En la ENNyS 2005, un 30,5% de las embarazadas presentó Hb menor a 110 g/L (un 24,6% tuvo anemia normocítica, mientras que un 5,8% mostró anemia mi-

TABLA 3. Parámetros hematológicos (medias, desvíos estándar e IC 95%) según las variables edad, trimestre del embarazo, número de gestas, paridad, antecedentes familiares de anemia y origen étnico.

VARIABLES	GR (x1012/L)	GB (x109/L)	Hto (L/L)	Hb (g/L)	Hierro (µg/dL)	CTUT (µg/dL)	Sat. (%)	Ferritina (ng/mL)
EDAD								
Adolescentes (21)	3,99±0,41 3,81-4,18	9,8±2,1* 8,8-10,7	0,36±0,02 0,34-0,37	115±8 112-119	88±23 78-99	409±58 383-436	22±7 19-25	38,7±25,2 28,4-52,0
Adultas (101)	4,01±0,33 3,94-4,08	8,7±1,9 8,3-9,1	0,36±0,02 0,35-0,37	118±8 116-120	93±31 87-99	418±60 406-429	23±9 21-25	58,4±57,6 45,5-65,1
TRIMESTRE								
1º trimestre (24)	4,22±0,30* 4,09-4,35	8,2±2,2* 7,2-9,1	0,38±0,02* 0,36-0,38	122±8* 119-125	106±28* 95-118	408±48 387-428	27±10* 23-31	64,3±47,5 44,3-84,4
2º trimestre (98)	3,96±0,33 3,89-4,02	9,1±1,9 8,7-9,4	0,36±0,02 0,35-0,36	116±8 115-118	89±29 83-95	418±62 406-431	22±8 20-23	49,9±46,0 40,6-59,1
GESTAS								
Primigesta (44)	4,08±0,40† 3,96-4,21	9,5±1,8† 9,0-10,0	0,37±0,03 0,36-0,37	119±9 116-122	96±28 88-105	409±54 393-426	24±7 22-26	45,2±32,2† 35,4-55,0
2-3 gestas (48)	4,00±0,30 3,91-4,09	8,6±2,1‡ 8,0-9,2	0,36±0,02 0,35-0,36	117±8 114-119	86±28 78-94	427±71 407-448	21±9 18-24	49,2±44,8 36,2-62,3
Multigesta (30)	3,90±0,29 3,80-4,01	8,4±1,7 7,8-9,1	0,36±0,02 0,35-0,36	117±9 114-120	96±33 84-109	409±47 391-426	24±9 21-28	68,9±60,0 46,1-92,4
PARIDAD								
Nulípara (50)	4,09±0,38§ 3,98-4,20	9,4±1,8§ 8,8-9,9	0,37±0,03 0,36-0,37	119±9§ 117-122	93±29 85-102	410±56 394-426	23±7 21-25	46,6±33,1 37,2-56,0
Primípara (28)	4,01±0,31 3,89-4,13	8,5±2,3 7,6-9,4	0,36±0,02 0,35-0,36	118±7 115-120	88±25 78-97	432±62 407-456	21±8 18-24	46,8±41,6 30,7-63,0
Múltipara (44)	3,91±0,30 3,82-4,00	8,5±1,8 8,0-9,1	0,36±0,02 0,35-0,36	116±8 113-118	94±32 85-104	414±62 395-432	24±11 21-27	63,4±59,7 45,2-81,5
ANT. FLIARES. DE ANEMIA								
Presentes (34)	3,96±0,31 3,86-4,07	8,8±2,1 7,9-9,1	0,35±0,02 0,34-0,36	115±8 113-119	86±25 76-99	438±42* 424-465	20±7* 17-23	39,3±43,2* 24,2-54,4
Ausentes (88)	4,06±0,34 3,95-4,10	8,9±1,9 8,6-9,5	0,36±0,02 0,35-0,37	118±8 116-120	94±31 88-100	409±63 393-417	24±9 22-26	57,9±46,9 47,9-67,8
ORIGEN ÉTNICO								
Mediterráneo. (23)	4,03±0,40 3,86-4,21	8,8±2,2 7,8-9,7	0,36±0,03 0,35-0,38	119±9 115-123	95±32 82-109	420±52 397-442	23±8 19-26	41,3±31,8 27,6-55,1
No mediterráneo (99)	4,00±0,33 3,94-4,07	8,9±1,9 8,5-9,3	0,36±0,02 0,35-0,36	117±8 116-119	92±29 86-98	415±62 403-428	23±9 21-24	55,4±49,0 45,6-65,1

* Diferencia significativa ($p<0,05$).† Diferencia significativa ($p<0,05$) entre primigestas y multigestas.‡ Diferencia significativa ($p<0,05$) entre primigestas y 2-3 gestas, pero sin diferencia significativa entre 2-3 gestas y multigestas.§ Diferencia significativa ($p<0,05$) entre nulíparas y múltiparas.

Abreviaturas: GR= glóbulos rojos; GB= glóbulos blancos; Hb= hemoglobina; Hto= hematocrito; CTUT= capacidad total de unión de Fe a transferrina; Sat= saturación de transferrina; ANT. FLIARES= antecedentes familiares.

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

crofítica). Las diferencias observadas en los resultados hematológicos entre las pacientes que cursaban el primer y el segundo trimestre del embarazo coincidieron con las descriptas por otros autores.²⁴⁻²⁶ La ENNyS 2005 también determinó que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas fue de 9,8% en el primer trimestre, 26,3% en el segundo y 35,2% en el tercero.¹³ En el presente estudio se detectó anemia en una embarazada que cursaba el primer trimestre y en 8 que se encontraban en el segundo. La mayoría de las pacientes concurre a realizar el CPN en el segundo trimestre. Además, existe un porcentaje que asiste mucho más tardíamente al CPN (en el último trimestre) o

que concurre al parto sin realizarlo.²⁷ Un estudio multicéntrico efectuado en Sudamérica reveló que solo dos tercios de las madres habían realizado CPN²⁸, mientras que un trabajo realizado en el Hospital "Prof. Dr. J. P. Garrahan" de Buenos Aires informó que el CPN fue inadecuado en un 30,8% de los casos y que 9,5% de las gestantes no habían tenido el control.²⁹

La deficiencia de Fe es la carencia nutricional más común en el embarazo. En el presente estudio se detectó que prácticamente un tercio de las gestantes estaba en alguna etapa de la deficiencia de Fe, aun cuando la anemia no fuera manifiesta. Es importante enfatizar que ningún caso

de anemia ferropénica fue severo ($Hb < 70$ g/L), y quizás por ello solo se observó un caso de anemia microcítica hipocrómica. Cabe destacar que el 36,1% de las gestantes tenía depósitos de Fe mayores a 500 mg, cifra adecuada según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMS para afrontar las elevadas necesidades del embarazo sin desarrollar anemia.³⁰

Según la ENNyS 2005, en el NOA la prevalencia de déficit y depleción de B12 fue del 18,2% y 49,1%, respectivamente. El riesgo de deficiencia de folato sérico (niveles de 3-6 ng/mL) fue de 4,9%.¹³ El estudio de dichas carencias no reveló valores de AF menores de 6 ng/mL, mientras que un 4,4% de las gestantes presentó deficiencia de B12 y un 24,4 % mostró depleción. Dado que en la mayoría de las personas existe una correlación entre estado inadecuado de B12 y sus niveles séricos, y considerando que la disminución de la concentración en los tejidos es anterior a su expresión en el suero, la valoración de la depleción en embarazadas en términos poblacionales constituye un indicador temprano de la proporción de mujeres con necesidad de recibir algún tipo de suplementación.³¹

La presencia de anemia no estuvo asociada con la edad, trimestre del embarazo, número de gestas, paridad, antecedentes familiares ni origen étnico. En otros trabajos, la baja edad de la gestante se ha mostrado como un factor de riesgo independiente para desarrollar anemia, debido a los altos requerimientos de Fe para el crecimiento del feto y de la propia adolescente.²¹ La baja proporción de adolescentes incluidas en este estudio (17,2%) podría ser una de las causas de la discrepancia. Con respecto al número de gestas, el resultado coincide con Marín y colaboradores¹⁵, quienes tampoco hallaron asociación entre la anemia y esta variable.

En una población de 69 pacientes derivados a la UNT para el diagnóstico de anemia, se observó que la causa principal fue la deficiencia de Fe (44,9%), seguida por la β -talasemia (27,5%), las anemias hemolíticas no inmunes (7,3%) y las hemoglobinopatías estructurales (5,8%).³² Sin embargo, la búsqueda de anemias de origen hereditario en la población de embarazadas resultó negativa. Esto podría deberse a que los pacientes que concurren a la universidad constituían una muestra seleccionada, derivada por médicos hematólogos, y a que el tamaño de la muestra era pequeño para la búsqueda de dichas patologías. En 2004, se estudió a 8.738 pacientes en Bahía Blanca, y se encontró que el 0,9% (81 pacientes) eran β -talasémicos menores.³³

En conclusión, el estudio encontró una baja prevalencia de anemia (7,4%) y depósitos de Fe disminuidos en un 29,5% de las gestantes. Por lo tanto, el diagnóstico de ADH debería comprender la determinación de Hb más la ferritina para brindar a la gestante el tratamiento adecuado. Una de las limitaciones del estudio es la muestra relativamente pequeña y su carácter local. Si bien los resultados no pueden generalizarse, esta investigación contribuye a

identificar las características de las embarazadas que concurren a la Maternidad de Tucumán y permite realizar un diagnóstico de situación sobre la prevalencia de anemia en dicha población.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En la vida existen determinados períodos que presentan una especial vulnerabilidad desde el punto de vista fisiológico y que, por lo tanto, requieren mayores cuidados por parte de los profesionales de la salud. Uno de ellos es el período gestacional, ya que involucra la salud materna y también la del niño por nacer. Así, las embarazadas constituyen un grupo prioritario para el desarrollo de acciones y políticas de salud pública. La OMS considera que existe un problema grave de salud pública cuando la prevalencia de anemia en el embarazo es igual o superior al 40%. La prevalencia encontrada en el presente estudio fue del 7,4%, aunque el 29,5% de las gestantes tenía deficiencia de Fe. Por lo tanto, sería aconsejable incluir al nutricionista en el equipo multidisciplinario de salud que atiende a la embarazada, a fin de difundir buenos hábitos alimentarios y prevenir las carencias nutricionales.

Los resultados aquí presentados indican que, si bien ya se han recorrido varias etapas para prevenir la anemia en el embarazo, aún queda camino por transitar para que los números sean similares a los verificados en países desarrollados como Finlandia, donde entre 1990 y 2000 la prevalencia apenas llegó al 2,6%.⁴ De la efectividad de la asistencia prenatal dependerá el logro de la meta propuesta.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente estudio fue un trabajo de colaboración entre la UNT y el SIPROSA, que ha permitido incorporar al proceso de investigación a profesionales y personal técnico que se desempeñan en el ámbito de la Salud Pública. Constituyó una excelente oportunidad de aprendizaje para los participantes y promovió el debate acerca de cuáles son las determinaciones adecuadas para asegurar un diagnóstico eficaz a la embarazada.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Se espera que este esfuerzo conjunto entre la UNT y el SIPROSA fructifique en el diseño de nuevos proyectos dedicados a otras problemáticas de la mujer embarazada, como las enfermedades de transmisión sexual y las endocrinopatías.

AGRADECIMIENTOS

A la jefa del Laboratorio Central del Instituto de Maternidad "Nuestra Señora de las Mercedes", Bioquímica María Ester Benedicto de Valy, por brindar el apoyo tecnológico y humano necesario para la consecución del proyecto en las instalaciones del servicio a su cargo.

Al personal técnico del Laboratorio Central del Instituto de Maternidad "Nuestra Señora de las Mercedes", por la desinteresada colaboración suministrada en la realización de las encuestas y la toma de muestras de las pacientes.

Al jefe del Laboratorio de la Acción Social de la UNT,

Bioquímico Especialista en Endocrinología, José Páez, por la generosa asistencia prestada en la determinación de vitamina B12 y ácido fólico.

A la Lic. Adriana Elías, por la colaboración en el análisis estadístico de los datos obtenidos.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, Síntesis informativa de la Región del Noroeste 2005; 1-12.
- ² Ren A, Wang J, Ye RW, Li S, Liu JM, Li Z. Low first-trimester hemoglobin and low birth weight, preterm birth and small for gestational age newborns. *Int J Gynaecol Obstet*, 2007; 98 (2):124-8.
- ³ Rivero M, Feu MC, Pérez MA, Navarro S, Avanza MJ. Prevalencia de anemia en mujeres asistidas en la maternidad del Hospital Llano y asociación con resultados perinatales. Universidad Nacional del Nordeste, *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*, 2005; resumen M-102.
- ⁴ Hämläinen H, Hakkarainen K, Heinonen S. Anaemia in the first but not in the second or third trimester is a risk factor for low birth weight. *Clin Nutr*, 2003; 22(3):271-5.
- ⁵ Low JA, Johnston EE, McBride RL. Blood volume adjustments in the normal obstetric patient with particular reference to the third trimester of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1965; 91:356-63.
- ⁶ Grau PW. La anemia en el embarazo. En: La anemia: Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. *AWGLA*, Lima (Perú), 2006; 142-58.
- ⁷ Scholl T. Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. *Am J Clin Nutr*, 2005; 81(suppl):1218S-22S.
- ⁸ Milman N. Prepartum anaemia: prevention and treatment. *Ann Hematol*, 2008; 87:949-59.
- ⁹ Aslinia F, Mazza JJ, Yale SH. Megaloblastic anemia and other causes of macrocytosis. *Clin Med Res*, 2006; 4(3):236-41.
- ¹⁰ Scholl TO, Johnson WG. Folic acid: influence on the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr*, 2000; 71:1295-1303.
- ¹¹ Groenen PM, van Rooij IA, Peer PG, Gooskens RH, Zielhuis GA, Steegers-Theunissen RP. Marginal maternal vitamin B12 status increases the risk of offspring with spina bifida. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 191:11-17.
- ¹² Colomer J, Colomer C, Gutierrez D, Jubert A, Nolasco A, Donat J et al. Anaemia during pregnancy as a risk factor for infant iron deficiency: report from the Valencia Infant Anaemia Cohort (VIAC) study. *Pediatr Perinat Epidemiol*, 1990; 4(2):196-204.
- ¹³ *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005. Documento de resultados 2007*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/ENNYs_documento-de-resultados-2007-II.pdf]. [Último acceso: 30 de mayo de 2010].
- ¹⁴ Morasso MC, Molero J, Vinocur P, Acosta L, Paccussi N, Raselli S et al. Deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas en Chaco, Argentina. *ALAN*, 2002; 52(4):336-343.
- ¹⁵ Marin GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Aten Primaria*, 2002; 29(3):76-85.
- ¹⁶ Perego MC, Brizzo G, Durante C, Grandi C, Sola HA, Luchtenberg G et al. Estudio bioquímico-nutricional en la gestación temprana en la Maternidad Sardá de Buenos Aires. *Acta Bioquim Clin Latinoam*, 2005; 39(2):187-196.
- ¹⁷ Dacie JV, Lewis SM. Investigation of abnormal haemoglobins and thalassaemia. En: *Practical Haematology*. Churchill Livingstone, Hong Kong, 8^o ed. 1995; 249-286.
- ¹⁸ Arenas P, Isac R, Vivanco L, Rodríguez Pontet ME. Violencia institucional, género y salud en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, San Miguel de Tucumán. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Edición electrónica N° 35, Primavera 2004. [Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen35/tucuma.html>]. [Último acceso: 1 de agosto de 2011].
- ¹⁹ OMS, WHO Global Database on Anaemia. *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005*. [Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf]. [Último acceso: 30 de mayo de 2010].
- ²⁰ OMS, *The Prevalence of Anaemia in Women: A tabulation of available information*. Second Edition. Ginebra 1992.
- ²¹ Da Silva Ferreira H, Moura FA, Cabral Junior CR. Prevalence and factors associated with anemia in pregnant women from the semiarid region of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2008; 30(9):445-451.
- ²² Hertrampf E, Olivares M, Letelier A, Castillo C. Iron nutritional status in pregnant adolescents at the beginning of gestation. *Rev Med Chil*, 1994; 122(12):1372-7.
- ²³ Portela M, Langini S, Fleischman S, García M, López L, Guntin R et al. Efecto de la suplementación con hierro y su frecuencia en gestantes. *Medicina (Buenos Aires)*, 1999; 59:430-6.
- ²⁴ Milman N, Byg KE, Agger AO. Hemoglobin and erythrocyte indices during normal pregnancy and postpartum in 206 women with and without iron supplementation. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2000; 79(2):89-98.
- ²⁵ Akingbola TS, Adewole IF, Adesina OA, Afolabi KA, Fehintola FA, Bamgboye EA et al. Haematological profile of healthy pregnant woman in Ibadan, south-western Nigeria. *J Obstet Gynaecol*, 2006; 26(8):763-9.
- ²⁶ Lurie S, Rahamim E, Piper I, Golan A, Sadan O. Total and differential leukocyte counts percentiles in normal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2008; 136(1):16-19.
- ²⁷ Pécora A, San Martín ME, Cantero A, Furfaro J, Jancovik MP, Llupart V. Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de salud? *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 2008; 27(3):114-9.
- ²⁸ Grande C, Tapia JL, Marshall G. Grupo Colaborativo NEOCOSUR. Evaluación de la severidad, proporcionalidad y riesgo de muerte de recién nacidos de muy bajo peso con restricción del crecimiento fetal. Análisis multicéntrico sudamericano. *J Pediatr*, 2005; 81(3):198-204.
- ²⁹ Bellani P, Sarasqueta P. Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad. *Arch Argent Pediatr*, 2005; 103(3):218-223.
- ³⁰ FAO/OMS, *Requirements of vitamin A, iron, folate and vitamin B12*. Report of a Joint FAO/WHO Expert Group, Ginebra, 1989.
- ³¹ *ENNYs 2005. Anemia: la desnutrición oculta*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/anemia-la-desnutricion-oculta.pdf>]. [Último acceso: 30 de mayo de 2010].
- ³² Lazarte S, Leri de Nofal M, Issé B. Frecuencia y causas de anemia en una población de San Miguel de Tucumán. *VI Jornadas Nacionales de Extensión Universitaria. San Miguel de Tucumán*, Argentina, 30-31 de octubre y 1 de noviembre de 2007.
- ³³ Larregina A, Reimer E, Suldrup N, Luis S, Zavatti J, Polini NN. Diagnóstico diferencial de anemias microcíticas. *Acta Bioquim Clin Latinoam*, 2004; 38(4):465-9.

DEL RIESGO INDIVIDUAL A LA VULNERABILIDAD SOCIAL: FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

From individual risk to social vulnerability: factors associated with non-compliance with anti-tuberculosis treatment.

MARÍA BELÉN HERRERO,^{1,2,3} ADRIANA GRECO,¹ SILVINA RAMOS,² SILVINA ARROSSI,^{2,3}

¹ Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

Aunque la tuberculosis (TBC) es curable y prevenible, persiste como problema de Salud Pública, a pesar de contar con medidas de diagnóstico y un tratamiento eficaz y de bajo costo. La principal estrategia de control de la TBC consiste en la identificación precoz, el tratamiento completo y la curación de los casos. La experiencia obtenida a partir de numerosos programas evidenció que la no adherencia al tratamiento, al prolongar la transmisión de la enfermedad (además del desarrollo de cepas resistentes e, incluso, el aumento del riesgo de muerte), es una de las principales barreras para su control.

Se realizó una revisión de los estudios que indagaron los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la TBC, con el objetivo de sistematizar el conocimiento producido e identificar: en primer lugar, cuáles han sido los factores más frecuentemente investigados en relación con las características socio-demográficas de los pacientes y las condiciones de acceso a los servicios de salud y, en segunda instancia, cuáles de estos factores han presentado una mayor asociación estadística con la no adherencia.

MÉTODOS

El proceso de revisión se realizó por medio de una búsqueda exhaustiva de estudios en español y en inglés publicados entre los años 1997 y 2007 en las bases de datos PubMed-MEDLINE (United States National Library of Medicine) y LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud). Luego se complementó con una revisión manual de las siguientes publicaciones: *Chest - The Cardiopulmonary and Critical Care Journal* (American College of Chest Physicians) y *European Respiratory Journal* (European Respiratory Society).

Para la conformación de la estrategia de búsqueda en PubMed, se emplearon las siguientes palabras clave: *risk, socio-demographic, prognostic, factors, predictors, barriers,*

tuberculosis, treatment, adherence, non-adherence, compliance, non compliance, default, drop-out, non completion, abandonment, interruption, outcomes. Para LILACS, se seleccionaron las siguientes: características, factores, riesgo, socio-demográficos, predictivos, barreras, adherencia, no adherencia, abandono, tratamiento, tuberculosis.

En cuanto a los criterios de elegibilidad, se incluyeron los estudios cuantitativos con análisis multifactorial de las variables consideradas, independientemente del tipo de diseño metodológico empleado. Las poblaciones de estudio de las investigaciones relevadas comprendieron pacientes diagnosticados con TBC, de ambos sexos y con todas las formas y localizaciones de TBC, incluidos los casos VIH positivos. Se excluyeron las revisiones, los estudios cualitativos y aquellos en los que la variable abandono ha sido analizada en forma conjunta e indiferenciada dentro del grupo de resultados terapéuticos desfavorables (fracaso, recaída, traslado o derivación del paciente y fallecimiento); también se descartaron las investigaciones realizadas únicamente en población pediátrica, población carcelaria o grupos de desplazados y refugiados, dadas las especificidades y el contexto en que se desarrolla el tratamiento en esos casos. Finalmente, se excluyeron los estudios sobre TBC latente, quimioprofilaxis y multirresistencia, por las especiales características clínicas, terapéuticas y epidemiológicas implicadas.

RESULTADOS

Se identificaron 6.125 investigaciones, de las cuales, tras aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron inicialmente 118; luego de un análisis más minucioso, se excluyeron 75 estudios que no cumplieran exhaustivamente con dichos criterios. Finalmente, se seleccionaron 43 estudios llevados a cabo en países de ingresos altos, medios y bajos entre 1997 y 2007. De la totalidad de las investigaciones relevadas, poco más de la mitad se concentra en el período 2004-2007 y corresponde predominantemente a países con economías

de ingresos medios y bajos de Latinoamérica, Asia y África.

La selección de las variables se basó fundamentalmente en la categorización realizada por los estudios en cuestión.

Con respecto a la evaluación de los factores sociodemográficos (Tabla 1), los más analizados fueron género y edad (en casi todas las investigaciones relevadas), seguidos por ocupación y alcoholismo (en más de la mitad de los estudios) y adicción a drogas ilegales (en algo menos de la mitad de las investigaciones). Los factores referidos a nivel educativo, nivel socio-económico (clase social, ingreso y seguro social), residencia, entorno familiar y tabaquismo fueron los menos analizados.

Los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios incluidos en la revisión hallaron alguna o varias asociaciones entre dichos factores y la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

La mayoría de los estudios relevados analizó los factores relacionados con las condiciones de acceso a la atención médica de los pacientes y la organización y prestación de los servicios de salud; y la mitad halló una asociación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento (Tabla 2, pág 40).

En cuanto a los hallazgos dentro del grupo de variables socio-demográficas, la referida a género arrojó resultados positivos en muy pocas investigaciones, a pesar de haber sido analizada por la casi totalidad de los autores. Según estos estudios, los varones son entre 1,3 y 3,5 veces más proclives a abandonar el tratamiento que las mujeres.^{16, 18, 25, 33, 41, 42, 43}

También fueron escasos los estudios que hallaron una asociación de la edad con la no adherencia.^{5, 13, 19, 24, 30, 37,}

³⁸ Incluso resultó imposible determinar el rango etario con mayor riesgo de abandono, dadas las notorias diferencias registradas en los resultados.

De manera similar, a pesar de que el nivel de ocupación fue analizado por una proporción considerable de investigaciones, sólo un escaso número de ellas halló una asociación significativa entre la condición de empleo y el abandono del tratamiento. Según los resultados de estos estudios, los factores asociados a la no adherencia fueron, en primer lugar, el desempleo^{25, 36, 39} y luego el empleo inestable⁵ o de menor nivel.³⁹

En lo que se refiere al nivel socio-económico de los pacientes, cabe destacar que los indicadores relativos a clase social, nivel de ingreso y presencia/ausencia de seguro social han sido considerados por un tercio de los estudios, y sólo una proporción minoritaria de ellos halló una asociación positiva entre alguno de esos indicadores y el abandono del tratamiento, con diferente ponderación del riesgo según los autores.

En todas las investigaciones en las que se halló una asociación positiva entre abandono del tratamiento y uno o varios indicadores de nivel socio-económico bajo (clase social, nivel de ingreso, seguro de salud) pudo observarse una asociación con otros factores, tales como vivir en la calle o sin residencia fija^{10, 25}, estar desempleado o tener un

bajo nivel de empleo^{25, 36, 39}, no contar con apoyo familiar o vivir solo^{19, 25} o ser analfabeto²⁴. En la investigación de Balasubramanian et al.⁴³, cuando la continuidad del tratamiento implicaba la pérdida de días laborales y, por ende, de ingresos básicos, pudo observarse que los varones con empleo fueron los que tuvieron mayor probabilidad de interrumpir el tratamiento.

Entre las diferentes barreras de acceso, las largas distancias al servicio de salud, el tiempo de viaje y el costo del transporte para acudir al centro de atención fueron los factores más intensamente asociados a la no adherencia al tratamiento. Cuando estos factores están presentes, el riesgo de abandono es de 2 a 5 veces mayor. En muchos casos, a pesar de la gratuidad del tratamiento, éste obliga a afrontar el costo adicional del viaje, en especial cuando llegar al centro de salud supone recorrer largas distancias, como demostraron las investigaciones de Mishra et al.³⁹ y Soza Pineda et al.¹⁸. Según algunos estudios, el riesgo de abandonar el tratamiento es alrededor de 3 veces mayor en los pacientes que viven alejados del centro de salud^{30, 44}.

La mitad de las investigaciones relevadas (la mayoría, de países de ingresos medios y bajos) analizaron una o más variables referidas a la organización y prestación de los servicios de salud, ya sea respecto al tipo de establecimiento que ofrece la atención, al tipo de proveedor o profesional que presta el servicio, a la evaluación del sistema de recuperación de pacientes, a la disponibilidad de recursos humanos e insumos y/o a la calidad de la atención. Del total de investigaciones que analizaron uno o más de estos aspectos, más de la mitad halló una asociación positiva con el abandono del tratamiento.

DISCUSIÓN

La población mayoritariamente afectada por la TBC pertenece a los sectores de bajos recursos, tanto en los países de altos como de bajos ingresos. Cabe preguntar entonces por qué, al analizar los factores que impiden que una persona cumpla un tratamiento prolongado, son escasos los estudios que investigan las condiciones de vida.

El análisis de la situación socio-económica de los pacientes permitiría comprender de manera más integral algunos de los factores que influyen en el devenir del tratamiento, así como los efectos adversos a la medicación, las complicaciones o fracasos en los tratamientos, la progresión de la enfermedad y el grado y tipo de lesiones. Sería conveniente indagar más profundamente en aspectos tales como la condición del empleo o la presencia de un sostén del entorno familiar y social. Las investigaciones demuestran que es necesario considerar la condición de empleo en un marco más amplio de formalidad o informalidad, o bien en relación con las medidas de protección social (subsidio y/o licencia por enfermedad, seguro de desempleo, etc.). Así, los contextos de alta informalidad y de bajo nivel de ingresos sin protección social reducen la capacidad de cumplir con el tratamiento. Cuando se analizan los factores que permiten o no asistir periódicamente al servicio de salud para realizar

TABLA 1. Variables sociodemográficas relevadas, por estudio y según país de procedencia.

TOTAL ESTUDIOS (n=43)	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS														
	Sexo	Edad	Estado civil	Raza/Etnia	Nacionalidad	Residencia	Nivel educativo	Occupación	Clase Social	Ingresos	Seguro Social	Entorno familiar	Hábitos		
													Tabaquismo	Alcoholismo	Drogadicción
EE.UU.	NS	NS		NS	NS	S	NS			NS				NS	S
	NS	NS		NS	NS	S								S	NS
	NS	NS		NS		NS		NS						NS	S
		S		S		S		S						S	S
	NS	NS		S	NS	NS								NS	S
CANADÁ	NS	S		NS	NS	S		NS			NS			NS	S
PORTUGAL	NS	NS													S
ESPAÑA	NS	NS				S		S	S					NS	NS
	NS	NS				S								NS	S
	NS	NS													S
PAÍSES BAJOS	S	S		S	S	S								NS	NS
ALEMANIA	NS	NS			NS	S		NS						S	S
SINGAPUR	NS	NS		S				NS				S			
HONG-KONG	S	NS													
	NS	NS		NS		NS		NS					S	NS	NS
NICARAGUA	S					S	NS	NS	NS	NS			NS	S	S
COLOMBIA	NS	S		NS				NS	S	NS		S			
PERÚ	NS	NS					NS	NS	NS			NS	NS	NS	S
BRASIL	NS	NS		NS											NS
	NS			NS					NS					NS	NS
	NS			NS			NS	NS						NS	S
	NS	S					S	NS	NS						S
CHILE	S	S	NS			S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

PAÍSES INGRESOS ALTOS (n = 16)

TABLA 2. Variables referidas a barreras de acceso, por estudio y según país de procedencia.

	Estudios que analizaron barreras de acceso		BARRERAS DE ACCESO	
			Geográficas y económicas	Características de la atención
PAÍSES INGRESOS ALTOS	EE.UU.	Burman et al, 1997 (3)	NS	
		Gupta et al, 2004 (6)	NS	NS
		Driver et al, 2005 (7)		NS
	ESPAÑA	Galdós Tangüis et al, 2000 (10)		S
		Caylá et al, 2004 (12)		NS
	PAÍSES BAJOS	Borgdorff et al, 2000 (13)	NS	
	SINGAPUR	Chee et al, 2000 (15)		x*
HONG-KONG	Chang et al, 2004 (17)		NS	
PAÍSES INGRESOS MEDIOS Y BAJOS	NICARAGUA	Soza Pineda et al, 2005 (18)	S	S
	COLOMBIA	Cáceres y Orozco, 2007 (19)		S
	PERÚ	Culqui et al, 2005 (20)	NS	S
	BRASIL	Rabahi et al, 2002 (21)		S
		Salles et al, 2004 (22)		S
		Paixao y Gontijo, 2007 (23)	NS	NS
	CHILE	Galiano y Montesinos, 2005 (25)	NS	
	GHANA	Dodor, 2004 (26)	S	
	GAMBIA	Lienhardt et al, 1998 (27)		NS
		Hill et al, 2005 (28)	S	
	ETIOPÍA	Tekle et al, 2002 (29)	NS	NS
		Shargie y Lindtjærn, 2007 (30)	S	
	UGANDA	Nuwaha, 1999 (31)		S
	SUDÁFRICA	Connolly et al, 1999 (33)		S
	TURQUÍA	Sevim et al, 2002 (34)	NS	
	FED. RUSA	Gelmanova et al, 2007 (35)	NS	
		Jakubowiak et al, 2007 (36)	NS	
	TAIWÁN	Chung et al, 2007 (38)		S
	NEPAL	Mishra et al, 2005 (39)	S	
		Bam et al, 2006 (40)	NS	S
INDIA	Santha et al, 2002 (41)		S	
	Vijay et al, 2003 (42)	NS	NS	
	Balasubramanian et al, 2004 (43)		NS	
	Gopi et al, 2007 (44)	S	S	
TOTAL RESULTADOS POSITIVOS			6 (33%)	13 (59%)

NS: asociación estadísticamente No Significativa

S: asociación estadísticamente Significativa

Fuente: Elaboración propia.

un tratamiento prolongado, las barreras geográficas y económicas adquieren particular relevancia, principalmente en los sectores más empobrecidos. Esto obliga a profundizar aún más el análisis de este factor, teniendo en cuenta el impacto de la enfermedad y su tratamiento. Además, se debe considerar la situación social y económica de los afectados, enmarcada a su vez en las características de atención en cada sistema de salud. En el estudio realizado en Haití, el equipo de Farmer et al.⁴⁵ señaló que la discusión sobre la adherencia pierde relevancia en aquellos lugares donde el acceso a los servicios de salud no está garantizado.

Una mirada integral de los resultados obtenidos por las investigaciones indica que, en la mayoría de los lugares donde la TBC es prevalente, el grado de adherencia de los pacientes se encuentra significativamente condicionado y limitado por factores que escapan a su control. Puede observarse que el incumplimiento terapéutico ocurre predominantemente en los pacientes que presentan una o más características indicativas de condiciones socio-económicas desventajosas y, en consecuencia, menores posibilidades de acceso a la atención médica. La tendencia a desertar del tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social; es el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Esta observación permite trazar el perfil de la no adherencia, marcado por la desigualdad socioeconómica, la vulnerabilidad psico-afectiva, la exclusión social y la inequidad en el acceso a la atención de la salud.

La posibilidad de adherir a un tratamiento no se produce al azar ni por la simple voluntad del paciente. Lo que ocurre es que la distribución inequitativa de los recursos reproduce patrones de desigualdad social, que se reflejan en la capacidad de actuar

sobre la propia salud⁴⁷. Con un enfoque diferente del riesgo, sería posible trazar políticas de atención orientadas al nivel macro y estructural, que incide en la no adherencia al tratamiento.

Esta revisión revela que la capacidad de adherir a un tratamiento disminuye a medida que aumenta la situación de desigualdad e inequidad social a la que están expuestos los pacientes y que involucra diversos factores, relacionados principalmente con el nivel socio-económico y el acceso a los servicios de salud.

En este contexto, es necesario establecer políticas que contribuyan a disminuir las condiciones sociales y económicas adversas a las que, de por sí, están expuestas las personas con TBC. Por otra parte, es funda-

mental reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y aumentar la capacidad de respuesta del sistema sanitario en su conjunto. Esto redundará no sólo en una reducción del contagio de la TBC y, con ello, de la carga de la enfermedad en la población, sino también en una reducción de la injusticia social y una mejor calidad de vida de los afectados. En síntesis, abordar la problemática de la adherencia desde la relación entre los factores estructurales y la aparición, distribución y persistencia de la enfermedad, implica abordar la situación desde la vulnerabilidad social antes que desde el riesgo individual.

Por lo tanto, la relevancia de la presente revisión se considera en términos de una contribución des-

tinada a mejorar la comprensión del problema de la no-adherencia y planificar sus posibles soluciones y, más aún, para promover la evaluación de los programas de control de la TBC en sí mismos, examinando su desempeño y su impacto en la población beneficiaria en cuanto a accesibilidad, equidad y calidad de la atención. En este sentido, se estima que dicha revisión es un aporte para la continuidad y la profundización de las investigaciones, sobre todo en Argentina, pero fundamentalmente para pensarlas en el marco más amplio del análisis y la reflexión sobre la eficacia de las distintas políticas públicas socio-sanitarias, en especial con respecto a los grupos poblacionales más vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ World Bank. *The World Bank list of economies, World Development Indicators database 2008*. [Disponible en <http://go.worldbank.org/K2CKM78CC0>]. [Último acceso: 29 de agosto de 2011].

² Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Graham Barr R, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in Tuberculosis Treatment: Predictors and Consequences in New York City. *Am J Med*. 1997; 102:164-170.

³ Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, Judson FN, Sbarbaro JA, Reves RR. Noncompliance with Directly Observed Therapy for Tuberculosis. Epidemiology and Effect on the Outcome of Treatment. *Chest*, 1997; 111:1168-1173.

⁴ Salomon N, Perlman DC, Rubenstein A, Mandelman D, McKinley FW,

Yancovitz SR. Implementation of universal directly observed therapy at a New York City hospital and evaluation of an out-patient directly observed therapy program. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1997; 1(5):397-404.

⁵ Cummings KC, Mohle-Boetani J, Royce SE, Chin DP. Movement of tuberculosis patients and the failure to complete antituberculosis treatment. *Am J Respir Crit Care Med*, 1998; 157:1249-1252.

⁶ Gupta S, Berg D, de Lott F, Kellner P, Driver C. Directly observed therapy for tuberculosis in New York City: factors associated with refusal. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(4):480-485.

⁷ Driver C, Matus SP, Bayuga S, Winters AI, Munsiff SS. Factor associated with tuberculosis treatment interruption in New York City. *J Public Health Management Practice*, 2005; 11(4):361-368.

- ⁸ Wobeser W, Yuan L, Naus M. Tuberculosis Treatment Completion Study Group Outcome of pulmonary tuberculosis treatment in the tertiary care setting - Toronto 1992/93. *CMAJ*, 1999; 160(6):789-794.
- ⁹ Rocha M, Pereira S, Ferreira L, Barros H. The role of adherence in tuberculosis HIV-positive patients treated in ambulatory regimen. *Eur Respir J*, 2003; 21:785-788.
- ¹⁰ Galdós-Tangüis H, Caylá JA, García de Olalla P, Jansá JM, Brugal MT. Factors predicting non-completion of tuberculosis treatment among HIV-infected patients in Barcelona (1987-1996). *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000; 4(1):55-60.
- ¹¹ Campos Rodríguez F, Muñoz Lucena F, Umbria Domínguez S, Méndez C, Nogales Pérez MC. Resultados del tratamiento de la tuberculosis inicial en el área sur de Sevilla en un período de 5 años (1994-1998). *Arch. Bronconeumol*, 2001; 37:177-183.
- ¹² Caylá JA, Caminero JA, Rey R, Lara N, Vallés X, Galdós-Tangüis H. Current status of treatment completion and fatality among tuberculosis patients in Spain. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(4):458-464.
- ¹³ Borgdorff MW, Veen J, Kalisvaart NA, Broekmans JF, Nagelkerke NJD. Defaulting from tuberculosis treatment in the Netherlands: rates, risk factors and trend in the period 1993-1997. *European Respiratory Journal*, 2000; 6:209-213.
- ¹⁴ Diel R, Niemann S. Outcome of tuberculosis treatment in Hamburg: a survey, 1997-2000. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2003; 7(2):124-131.
- ¹⁵ Chee CBE, Boudville IC, Chan SP, Zee YK, Wang YK. Patient and disease characteristics and outcome of treatment defaulters from the Singapore TB control unit - a one-year retrospective survey. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000; 4(6):496-503.
- ¹⁶ Chan-Yeung M, Noertjojo K, Leung CC, Chan SL, Tam CM. Prevalence and predictors of default from tuberculosis treatment in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 2003; 9(4):263-268.
- ¹⁷ Chang KC, Leung CC, Tam CM. Risk factors for defaulting from anti-tuberculosis treatment under directly observed treatment in Hong Kong. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(12):1492-1498.
- ¹⁸ Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública*, 2005; 17 (4):271-8.
- ¹⁹ Cáceres FM, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Revista Biomédica*, 2007; 27:498-504.
- ²⁰ Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev. Panam. Salud Pública*, 2005; 18(1):14-20.
- ²¹ Rabahi MF, Rodrigues AB, De Mello FQ, De Almeida Netto JC, Kritski AL. Noncompliance with Tuberculosis Treatment by Patients at a Tuberculosis and AIDS Reference Hospital in Midwestern Brazil. *Braz J Infect Dis*, 2002; 6(2):63-73.
- ²² Salles CLG, Conde MB, Hofer C, Cunha AJLA, Calçada AL, Menezes DF et al. Defaulting from anti-tuberculosis treatment in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(3):318-322.
- ²³ Paixão LMM, Gontijo ED. Profile of notified tuberculosis cases and factors associated with treatment dropout. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(2):1-9.
- ²⁴ Albuquerque MFP, Ximenes RAA, Lucena-Silva N, Vieira de Souza W, Tavares Dantas A, Souza Dantas OM et al. Factors associated with treatment failure, dropout, and death in a cohort of tuberculosis patients in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(7):1573-1582.
- ²⁵ Galiano MA, Montesinos N. Modelo predictivo de abandono del tratamiento antituberculoso para la región Metropolitana de Chile. *Revista Enfermería Clínica*, 2005; 8(11):1337-1341.
- ²⁶ Dodor EA. Tuberculosis treatment default at the Communicable Diseases Unit of Effia-Nkwanta Regional Hospital: a 2-year experience. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(11):1337-1341.
- ²⁷ Lienhardt C, Manneh K, Bouchier V, Lahai G, Milligan PJM, McAdam KPWJ. Factors determining the outcome of treatment of adult smear-positive tuberculosis cases in The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1998; 2(9):712-718.
- ²⁸ Hill PC, Stevens W, Hill S, Bah J, Donkor SA, Jallow A et al. Risk factors for defaulting from tuberculosis treatment: a prospective cohort study of 301 cases in The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2005; 9(12):1349-1354.
- ²⁹ Tekle B, Mariam DH, Ali A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2002; 6(7):573-579.
- ³⁰ Shargie EB, Lindtjörn B. Determinants of treatment adherence among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in southern Ethiopia. *PLoS Med*, 2007; 4(2):e37.
- ³¹ Nuwaha F. Control of tuberculosis in Uganda: a tale of two districts. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 3(3):224-230.
- ³² Kaona F, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health*, 2004; 4. [Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/68>]. [Último acceso: 29 de agosto de 2011].
- ³³ Connolly C, Davies GR, Wilkinson D. Who fails to complete tuberculosis treatment? Temporal trends and risk factors for treatment interruption in a community-based directly observed therapy programme in a rural district of South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 2(12):1081-1087.
- ³⁴ Sevim T, Aksoy E, Ataç G, Özmen I, Kapaklı N, Horzum G et al. Treatment adherence of 717 patients with tuberculosis in a social security system hospital in Istanbul, Turkey. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2002; 6(1):25-31.
- ³⁵ Gelmanova IV, Keshavjee S, Golubchikova VT, Berezina VI, Strelis AK, Yanova GV et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007; 85(9):703-711.
- ³⁶ Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov ES, Danilova DI, Kourbatova EK. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2007; 11(1):46-53.
- ³⁷ Bao Q-S, Du Y-H, Lu C-Y. Treatment outcome of new pulmonary tuberculosis in Guangzhou, China 1993-2002: a register-based cohort study. *BMC Public Health*, 2007; 7. [Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/344>]. [Último acceso: 29 de agosto de 2011].
- ³⁸ Chung W-S, Chang Y-C, Yang M-C. Factors influencing the successful treatment of infectious pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2007; 11(1):59-64.
- ³⁹ Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2005; 9(10):1134-1139.
- ⁴⁰ Bam TS, Gunneberg C, Chamroonsawasdi K, Bam DS, Aalberg O, Kasland O et al. Factors affecting patient adherence to DOTS in urban Kathmandu, Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2006; 10(3):270-276.
- ⁴¹ Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2002; 6(9):780-788.
- ⁴² Vijay S, Balasangameswara VH, Jagannatha PS, Saroja VN, Kumar P. Defaults among tuberculosis patients treated under DOTS in Bangalore city: a search for solution. *Ind. J. Tub*, 2003; 50:185-196.
- ⁴³ Balasubramanian R, Garg R, Santha T, Gopi PG, Subramani R, Chandrasekaran V et al. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2004; 8(3):323-332.
- ⁴⁴ Gopi PG, Vasantha M, Muniyandi M, Chandrasekaran V, Balasubramanian R, Narayanan PR. Risk factors for non-adherence to Directly Observed Treatment (DOT) in a rural tuberculosis unit, South India. *Indian J Tuberc*, 2007; 54:66-70.
- ⁴⁵ Farmer P, Robin S, Ramilus SL, Kim J. Tuberculosis and "compliance": lessons from rural Haiti. *Seminars in Respiratory Infections*, 1991; 6(4):373-379.
- ⁴⁶ Farmer P. Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science & Medicine*. 1997; 44(3):347-358.
- ⁴⁷ Proyecto "Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina" *Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina - 1a ed.* - Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2008, 246 p.

SALA DE SITUACIÓN

LAS CAMAS DEL SECTOR PÚBLICO DESTINADAS A SALUD MENTAL COMO INDICADOR DEL PROCESO DE CAMBIO HACIA EL NUEVO PARADIGMA, MAYO 2010-MAYO 2011

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación avanza en el proceso de desmanicomialización, que se viene llevando a cabo en todo el mundo y que registra antecedentes en la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990), en los Principios de Brasilia (OPS, 2005) y en el Consenso de Panamá (OPS, 2010). Para ello, desplaza el eje de la atención brindada en el hospital psiquiátrico hacia estrategias de Atención Primaria de la Salud con base en la comunidad y promueve el tratamiento de pacientes con padecimientos mentales en hospitales generales.

YAGO DI NELLA, MIRIAM SOLA, LIDIA CALVILLO, LORENA NEGRO, ANDREA PAZ, SOFÍA VENESIO

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de atención de salud mental por parte de la población requiere acciones que, desde una mirada compleja del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado, incluyan los cambios demográficos, socio-económicos y culturales.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, creada por Decreto presidencial 457/2010, propone implementar un Sistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica que permita: identificar la magnitud y gravedad de los eventos en Salud Mental y Adicciones que ocurren en la comunidad y en los diferentes grupos poblacionales, determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar políticas públicas y favorecer el acceso de la información para desarrollar, evaluar y mejorar esas políticas, así como evaluar el impacto de las políticas públicas, los programas y los servicios de salud.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año¹, se encuentra en proceso de reglamentación. Con ella se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de interna-

ción propias del siglo XIX. En lo referido a la modalidad de abordaje, la Ley propone que "el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud" (Capítulo V. Artículo 9). Además, hace hincapié en el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

La opción de internación debe ser, según la Ley, "lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios" (Capítulo VII. Artículo 15). Asimismo, "es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social" (Capítulo VII. Artículo 14).

La Ley prohíbe la creación de nuevos manicomios (Capítulo VII. Artículo 27) y establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (Capítulo VII. Artículo 28). El objetivo es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y permitir a las personas con padecimiento mental que rechacen la asistencia, si así lo desean. Además, se incorporan

a la legislación argentina los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y la Declaración de Caracas de la OPS, entre otros instrumentos internacionales.

La legislación sobre salud mental instaura y consolida principios fundamentales, ofreciendo una plataforma general para que las acciones se prolonguen más allá de un mandato de gobierno. Para que las transformaciones sean operativas, la Ley debe regularse para su implementación y debe ser de conocimiento público.

Dada la escasez de relevamientos que aportan datos sobre indicadores en salud mental en Argentina, este artículo tiene por objeto socializar parte de la información disponible del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

En el marco general de los procesos de desmanicomialización que se han llevado a cabo en todo el mundo, y tomando como antecedentes la Declaración de Caracas², los Principios de Brasilia³ y el Consenso de Panamá⁴, este estudio busca que las intervenciones no se limiten a la institucionalización, la individualización y la medicalización del sufrimiento, y se inscriban en el marco de los derechos humanos. Estos documentos cuestionan las formas

tradicionales de atención en salud mental -partiendo de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y/o adicciones y de sus familias- desplazan la visión psiquiátrica hospitalocéntrica hacia una atención de tipo comunitaria que incluya lo mental en el sistema sanitario. La nueva perspectiva implica respetar el derecho a vivir en comunidad y el principio de intervención mínima de las Naciones Unidas⁵.

A partir de la creación de la Dirección Nacional, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica inició un relevamiento⁶ continuo de camas ocupadas en hospitales monovalentes, polivalentes y en dispositivos comunitarios del sector público en Argentina en mayo de 2010, con el fin de monitorear la disminución de camas monovalentes y su reemplazo por camas en hospitales polivalentes y dispositivos alternativos con base en la comunidad, tal como se estableció en la Declaración de Caracas.

En Argentina, los recursos físicos, humanos y económicos destinados

a afrontar la situación epidemiológica actual son insuficientes y no están distribuidos apropiadamente. Además, en algunas jurisdicciones subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico tradicional como respuesta casi exclusiva.

El propósito de este relevamiento es acompañar el cambio de paradigma que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que permite repensar la forma de atención, partiendo de los derechos humanos de los usuarios y enfatizando el derecho a vivir en comunidad.

MÉTODO

Se diseñó una matriz de carga con variables cuantitativas en el programa Excel para facilitar el registro de la información. La misma fue enviada a los referentes de salud mental y adicciones de cada jurisdicción. Se trata de un registro continuo con cortes transversales cada 6 meses.

RESULTADOS

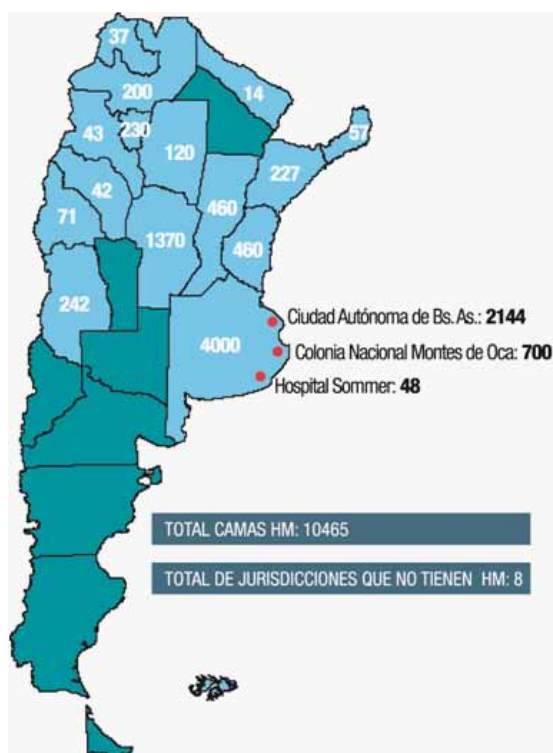
En mayo de 2010 solo 8 jurisdic-

ciones no disponían de instituciones monovalentes de estructura manicomial (Mapa 1). Hacia mayo de 2011 se incluyó la provincia de Formosa (Mapa 2). En un año las camas monovalentes se redujeron en un 14,8%, pasando de 10.465 a 8.914.

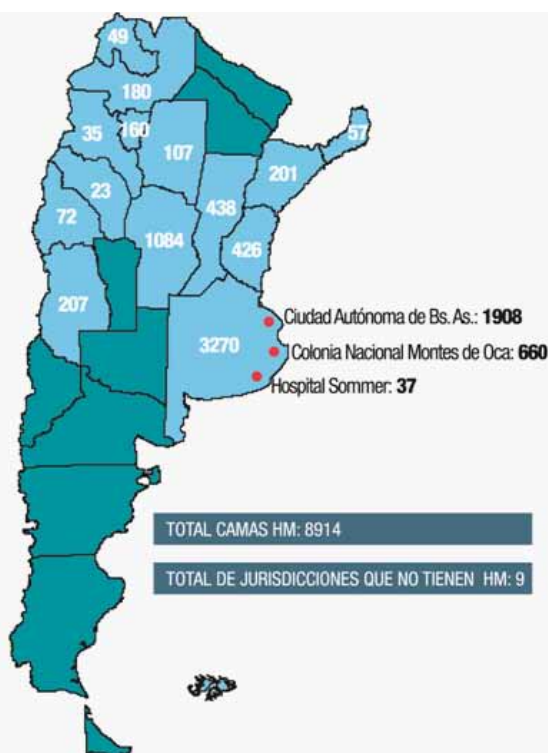
En mayo de 2010 se observó escasez de camas en los servicios hospitalarios del segundo nivel, se registró un total de 857 distribuidas en 18 jurisdicciones (Mapa 3). A un año del primer relevamiento se sumaron las provincias de Misiones, Formosa, Salta y Tucumán. Sin embargo, las provincias de Catamarca y La Rioja y el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (provincia de Buenos Aires), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, no poseen camas destinadas a la atención en salud mental (Mapa 4). En ese período, las camas en hospitales polivalentes aumentaron en un 37,7%, pasando de 857 a 1.180.

En mayo de 2010 se observó que solo 9 jurisdicciones disponían de camas en residencias comunitarias

MAPA 1. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales monovalentes (HM) por jurisdicción. Mayo 2010.

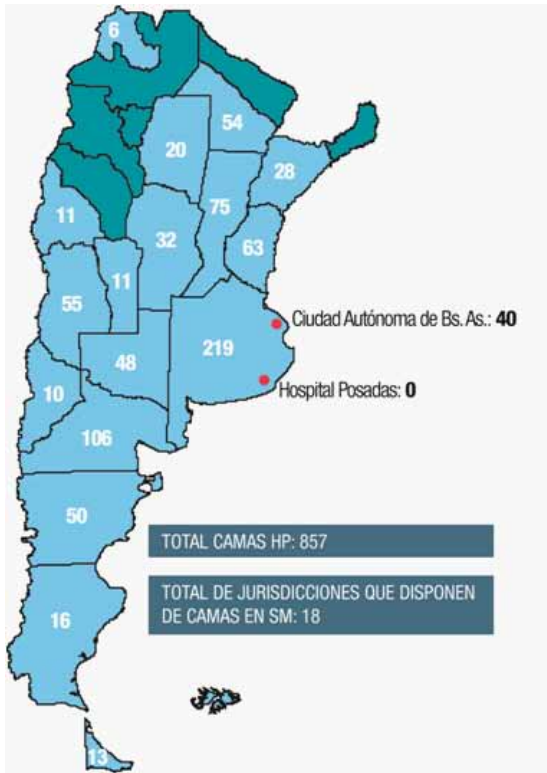


MAPA 2. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales monovalentes (HM) por jurisdicción. Mayo 2011.

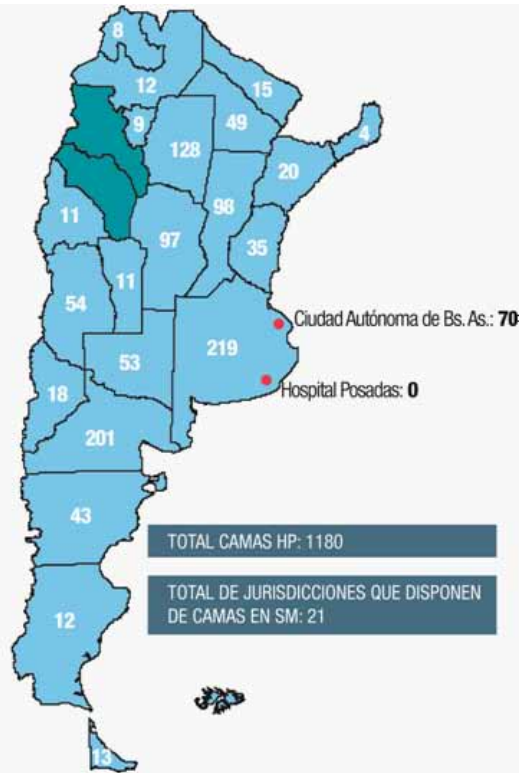


Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

MAPA 3. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales polivalentes (HP) por jurisdicción. Mayo 2010.

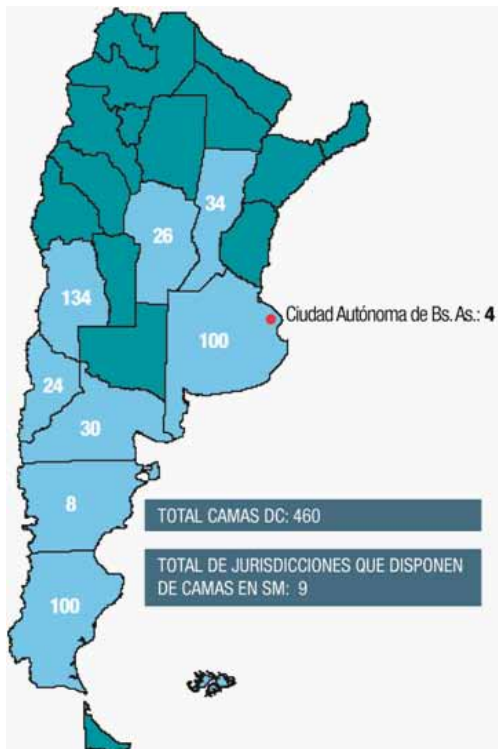


MAPA 4. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales polivalentes (HP) por jurisdicción. Mayo 2011.

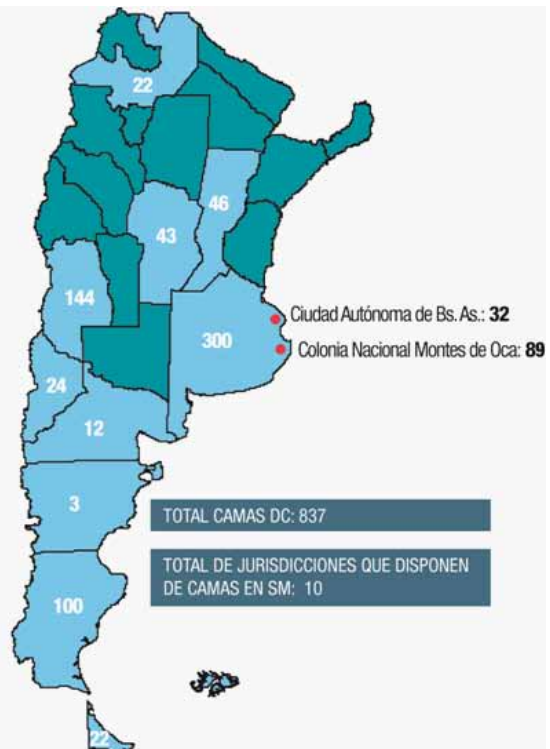


Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

MAPA 5. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en dispositivos comunitarios (DC) por jurisdicción. Mayo 2010.



MAPA 6. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en dispositivos comunitarios (DC) por jurisdicción. Mayo 2011.



Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

(Mapa 5, pág 45), las cuales habilitan una estrategia de atención centrada en la comunidad. En mayo de 2011 se sumó la provincia de Salta. En un año, las camas en estos dispositivos aumentaron en un 82%, pasando de 460 a 837 (Mapa 6, pág 45).

Al analizar la distribución de la cantidad de camas según el tipo de institución del sector público en Argentina entre mayo de 2010 y mayo de 2011, se observó que las camas en los hospitales monovalentes disminuyeron 7,3 puntos porcentuales y aumentaron 3,5 y 3,8 puntos porcentuales en los hospitales polivalentes y en los dispositivos comunitarios, respectivamente (ver Tabla 1).

DISCUSIÓN

Entre 2001 y mayo de 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público han disminuido en un 57,6 % aproximadamente. Pero aún no se ha logrado alcanzar la meta propuesta por la Declaración de Caracas de 1990, que establece una relación óptima: 95% de camas polivalentes y en dispositivos comunitarios y 5% de camas monovalentes.

Hacia mayo de 2011, 15 jurisdicciones poseen instituciones mono-

valentes de estructura manicomial, 2 no cuentan con camas disponibles para salud mental en los servicios hospitalarios del segundo nivel y 13 no disponen de camas en dispositivos comunitarios. Cabe aclarar que el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas tampoco dispone de camas para salud mental.

Es importante destacar que 2 jurisdicciones no cuentan con ninguna de las alternativas propuestas por la Ley (camas en hospital general y en dispositivos comunitarios).

Resulta fundamental fortalecer los Sistemas de Vigilancia e Investigación Epidemiológica en Salud Mental, tanto a nivel nacional como provincial y municipal, para construir indicadores precisos y confiables. También es esencial identificar la magnitud y gravedad de los eventos que ocurren en la comunidad y en los diferentes grupos poblacionales, determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar políticas públicas adecuadas, favorecer el acceso a la información y evaluar los programas, los servicios de salud y las políticas públicas referidas a salud mental y adicciones.

El eje de trabajo se centra en la accesibilidad de las personas a sus garantías y su derecho a la salud. Esto

refleja la determinación de pensar en clave sanitaria y constitucional, en el respeto a los derechos humanos y a todos sus tratados. El enfoque de derechos revela la necesidad de articular la política sanitaria con la Constitución Nacional.⁷

Históricamente, en Argentina, la salud mental ha sido excluida del sistema hospitalario. Existen escasas experiencias que han logrado incorporar efectivamente los servicios de internación y de atención del episodio agudo en el segundo nivel. El sistema federal ha posibilitado importantes avances: distintos distritos han incorporado la atención primaria como estrategia, sin necesidad de realizar intervenciones en instancias monovalentes. Sin embargo, en la mayoría de las jurisdicciones las personas son derivadas al tercer nivel, es decir, a la institución monovalente, que en Argentina es sinónimo de manicomio. Sin un sistema de atención que capte la demanda de salud mental en el primer y segundo nivel, se condena a las personas con padecimientos mentales a la manicomialización.

Es necesario incorporar equipos de salud mental desde la atención primaria y multiplicar la disponibilidad de camas de internación en los hospitales generales para los episodios agudos. Para que la salud mental sea considerada política de Estado, es indispensable incluirla como parte de las políticas de salud general. Por lo tanto, es un deber del Estado atender el padecimiento mental, como cualquier otro padecimiento, en el marco de políticas socio-sanitarias centradas en la inclusión social y la accesibilidad a los servicios desde un enfoque de derechos.

TABLA 1. Comparación de la proporción de camas destinadas a Salud Mental en Argentina según tipo de institución, mayo 2010-mayo 2011.

Tipo de institución	Mayo 2010		Mayo 2011	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Hospital monovalente	10.465	88,8	8.914	81,5
Hospital polivalente	857	7,3	1.180	10,8
Dispositivos comunitarios	460	3,9	837	7,7
Total país	11.782	100	10.931	100

Fuente: elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. [Disponible en <http://200.58.113.95/~ni000019/legislacion/leyes/general/26657.php>]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].

² Declaración de Caracas. OPS [Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].

³ Principios Rectores para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. [Disponible en http://www.chubut.gov.ar/salud/blog/imagenes/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.doc]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].

⁴ 20 años después de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional de Salud Mental OPS. Panamá, 7-8 de octubre de 2010.

⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 29, 1948. Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁶ Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina, mayo 2010. Boletín N° 2: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

⁷ Di Nella Y. *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Vol. 2: El Sujeto, la Ley y la Salud Mental. Buenos Aires: Ed. Koyatun; 2010.

HITOS Y PROTAGONISTAS

CARLOS G. MALBRÁN, PIONERO DE LOS ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS EN ARGENTINA

FEDERICO PÉRGOLA

Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

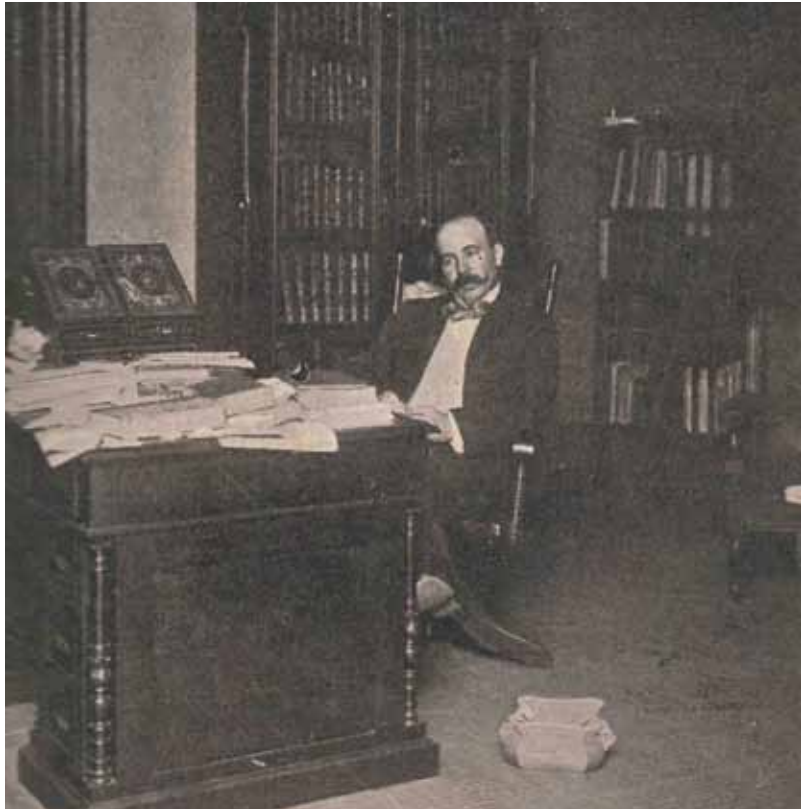
Salvo excepciones, sobre todo en relación con la historia de la Medicina, las referencias de los periódicos no han sido material bibliográfico adecuado para la ciencia médica. En este caso cabe esa excepción, porque se trata de un tema de esa índole y porque la revista que se mencionará fue el referente obligado de la clase media de las urbes argentinas, que satisfacía la información diaria con alguna de las varias publicaciones que se imprimían en Buenos Aires. La revista en cuestión había tenido su origen en Uruguay en la última década del siglo XIX.

El 27 de enero de 1900, en su página principal, el semanario porteño *Caras y Caretas*¹ publicó una nota titulada "El nuevo presidente del Consejo de Higiene. Doctor Carlos Malbrán." La transcripción que aparece a continuación, pese a lo laudatoria, habla a las claras de la personalidad de este médico:

"Acaba de ser nombrado presidente del Departamento Nacional de Higiene el Doctor Carlos Malbrán, uno de los médicos jóvenes del país que más se han distinguido en estos últimos tiempos por su preparación y su actividad.

"El doctor Malbrán viene lleno de grandes ideas y de propósitos de reforma que elevarán la repartición a una altura digna del progreso de la nación, siempre que las autoridades superiores le presten su ayuda.

"Nuestro grabado presenta al Dr. Malbrán en su despacho, momentos después de tomar posición de su puesto. El nuevo presidente del Departamento debe conocer a fondo la repartición, puesto que se ha forma-



Carlos Malbrán en su despacho del Departamento Nacional de Higiene.

do en ella, haciendo la última campaña contra la peste bubónica reinante en el Paraguay. Las reformas que propondrá serán relativas a la reorganización de la repartición bajo el punto de vista de su funcionamiento.

"Tenemos entendido que el distinguido profesor tiene un plan completo de defensa sanitaria del país que no se basa en la adopción de medidas restrictivas de nuestras relaciones comerciales, sino que es amplio y liberal, consistente en medidas de higiene preventiva que pondrán al país, y más especialmente a la capital

de la República, en condiciones de repeler cualquier invasión pestilencial. Los estudios del doctor Malbrán y sus especiales experiencias sobre epidemiología, y particularmente su exacto conocimiento del medio en que tiene que actuar, y en donde ha recogido valiosísimas observaciones, lo habilitan para lograr sus propósitos e imprimir al Departamento de Higiene un carácter de que hasta hoy ha carecido por falta de rumbos claros.

"El doctor Malbrán es en el mundo científico argentino una reputación verdadera y no tiene necesidad para adquirir notoriedad de recurrir a las

medidas de efecto que hasta hoy han estado en uso por lo general y destinadas en realidad más a tranquilizar el espíritu público, que a la defensa del país. Su acción debe ser real y efectiva, aunque no sea brillante y sensacional."

Malbrán nació en Catamarca, capital de la provincia homónima, en 1862. Hijo de Manuel M. Malbrán y Carlota Figueroa, estudió en Buenos Aires y se graduó a temprana edad en la Facultad de Ciencias Médicas de esa ciudad con la tesis *La patogenicidad del cólera*. Practicante del Hospital San Roque (en la actualidad Ramos Mejía, de la Ciudad de Buenos Aires) entre 1883 y 1886, en diciembre de este último año fue designado para combatir un brote de cólera en la provincia de Mendoza.

En esa época habían cesado las dudas sobre la teoría microbiana de Pasteur y tomaba auge la infección como parte de la lucha sanitaria. Hacia el final del siglo XIX, el zoólogo ruso Élie Metchnikoff había descubierto la fagocitosis. Malbrán sería encargado de llevar, desde la cátedra y la higiene, la antorcha de la nueva Bacteriología.

Pero además de la referencia al desempeño de este notable médico argentino en la prensa para el gran público, otras publicaciones especializadas, como *La Semana Médica* o *La Prensa Médica* abordaron distintos aspectos de su biografía.

"En enero de 1888 fue encargado por el Gobierno Nacional para efectuar estudios de higiene y bacteriología, en el Instituto de Higiene de Munich, bajo la dirección del Prof. Pettenkofer, y en el Instituto de Higiene de Berlín, con el Prof. Koch.

"A su regreso fue nombrado, un año después, jefe de trabajos prácticos de Anatomía Patológica y luego profesor suplente de la misma materia.

"También fue designado médico de sección de la Asistencia Pública.

"En abril de 1890 se hizo cargo de la dirección del Instituto de Anatomía Patológica y siete años más tarde fue designado profesor Titular de Bacteriología, siendo el primero de

esta cátedra.

"En 1894 fue jefe de la sección bacteriológica del Departamento Nacional de Higiene y formó parte de diversas comisiones de carácter profiláctico.

"Desempeñó también otros cargos: inspector técnico de Higiene de la Asistencia Pública; miembro del jurado para designar profesor de Medicina Legal, en 1894; representante del gobierno de Catamarca ante el Primer Congreso Nacional de Higiene en setiembre del mismo año. Por decreto del 3 de octubre siguiente, fue comisionado por el Ministerio del Interior para estudiar, con los profesores Behring y Roux, la antitoxina diftérica, desempeñando al mismo tiempo el cargo de corresponsal del diario *La Nación*.

"Fue el fundador de la cátedra de Bacteriología en la Facultad de Ciencias Médicas, inaugurando el curso en el año 1897. Desempeñó dicha cátedra hasta 1920".²

Con una formación de excelencia, tras una preparación llevada a cabo con los mencionados investigadores, Malbrán tenía en sus manos un triunfo asegurado.

Comisionado por el Gobierno para combatir la epidemia de peste bubónica aparecida en el Paraguay en 1899, un año después fue nombrado presidente del Departamento Nacional de Higiene, cuya gestión administrativa fue muy eficiente y llevó a la práctica una gran cantidad de iniciativas que había propiciado. En ese mismo departamento fue Jefe de Bacteriología e Inspector Técnico de Higiene de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. En 1894, se lo designó miembro del jurado para la cátedra de Medicina Legal.

"Durante su Presidencia en el Departamento Nacional de Higiene, el

Doctor Malbrán propuso al gobierno encarar formalmente la profilaxia (sic) nacional contra la lepra, aconsejando la reunión de una conferencia nacional, de la cual fue Presidente.

"Por un consejo, dado desde dicha dependencia, se sancionó la Ley Nº 4687, de Farmacia"³.

En 1903, representó a la Argentina en el Congreso Internacional de Medicina de Madrid y, en 1907, hizo lo propio en el Tercer Congreso Argentino Americano en Montevideo. En 1909, fue designado Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina en la sección Biología. Ejerció también como vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas.

Como ocurría con tantos médicos destacados fue tentado por la política, y en abril de 1910 resultó electo Senador Nacional por su provincia natal.

Autor de numerosas monografías y folletos, en 1931 dio a luz la obra *Apuntes sobre salud pública*. Dictó una gran cantidad de conferencias sobre su especialidad.

"Escribió sobre: chancro sífilítico, dermatología, lepra, paludismo, higiene alimentaria, difteria, vacunas, tuberculosis, convenios sanitarios, ejercicio de la medicina, legislación sanitaria, sanidad marítima de los buques y puertos, medicina legal".⁴

Falleció el 1 de agosto de 1940 en Buenos Aires, ciudad por la que tanto había hecho, sobre todo a través del impulso y las energías volcadas a la cátedra de Bacteriología.

En 1916, con su apoyo, Carlos Pellegrini fundó el establecimiento que hasta hace poco llevó el nombre de Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G. Malbrán" y que ahora es la sede central de la Administración Nacional de Laboratorios e Instituto de Salud (ANLIS).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ El nuevo presidente del Consejo de Higiene. Doctor Carlos Malbrán, *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 3 (Nº 69), 27 de enero de 1900.

² Dr. Carlos G. Malbrán. Necrología, *La Semana Médica*, Buenos Aires, 47 (Nº 33): 391, 15 de agosto de 1940.

³ Prof. Carlos G. Malbrán. Necrología, *La Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 27 (Nº 32): 1676, 7 de agosto de 1940.

⁴ Sánchez NI, *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943)*, Buenos Aires, Sociedad Científica Argentina, 2007.

SALUD INVESTIGA

PROGRAMA DE BECAS "CARRILLO-OÑATIVIA": CONVOCATORIA 2012

La Comisión Nacional Salud Investiga apunta a promover, fortalecer, desarrollar y orientar la investigación para la salud a través de su coordinación, evaluación y financiamiento. Desde su creación en 2002, otorga las becas de investigación "Carrillo-Oñativia" para cumplir con estos objetivos.

CAROLINA O'DONNELL, FERNANDA BONET

Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

En septiembre del año en curso se realizará el llamado a la Convocatoria 2012, mediante la cual se financiarán 240 becas. La Convocatoria involucra a Estudios Individuales, Ideas Proyecto y Estudios Multicéntricos por convocatoria abierta y por invitación. Los plazos de la misma se pueden consultar en www.saludinvestiga.org.ar

CATEGORÍAS DE ESTUDIOS

ESTUDIOS INDIVIDUALES

Se financiarán 90 estudios sobre áreas temáticas definidas por el Ministerio de Salud de la Nación. La Tabla 1 presenta la distribución por categoría de beca. En esta nueva convocatoria las categorías no presentan restricción de edad sino de antecedentes. En la categoría de Iniciación pueden ser incluidos los postulantes sin experiencia en investigación; en Perfeccionamiento, quienes cumplan con alguno de los siguientes antecedentes: tesis de maestría o doctorado aprobada, participación en al menos un proyecto de investigación con subsidio o tres publicaciones u obtención previa de una beca "Carrillo-Oñativia".

TABLA 1. Distribución por categoría de beca.

Categoría	Cantidad
Salud Pública - Iniciación	40
Clínica - Iniciación	20
Salud Pública - Perfeccionamiento	20
Clínica - Perfeccionamiento	10

Fuente: Elaboración propia.

IDEAS PROYECTO

Las Ideas Proyecto (IP) son una estrategia de tutoría, que busca fortalecer las capacidades de investigación de aquellos profesionales que desarrollan sus actividades en el campo de la salud y poseen un limitado acceso a los centros de formación académica. Tiene tiempos, destinatarios y procesos diferentes a las otras categorías de becas individuales. La estrategia contempla la figura de un tutor de la Comisión, que orienta y acompaña al postulante desde el momento en que su idea, problema o pregunta de investigación es seleccionada para la tutoría hasta el momento en que el proyecto de investigación se presenta para la competencia con los estudios individuales.

ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS

A diferencia de ediciones anteriores, se propone nuevamente el llamado a Estudios Multicéntricos (EM) por convocatoria abierta, además de mantenerse los realizados por invitación, como parte de una estrategia que se orienta a la obtención de conocimientos sobre temas priorizados por el Ministerio de Salud cuyos resultados fortalezcan las políticas de Salud Pública.

Cada EM contará con un coordinador y hasta cinco becarios en diferentes instituciones sin fines de lucro (ONG, sociedades científicas, fundaciones) del ámbito público o privado, que participarán en un mismo proyecto de investigación. Se priorizarán los proyectos regionales o con alcance federal sobre seis líneas específicas de investigación, que fueron consensuadas con los integrantes de la Comisión a partir

de temas previamente definidos por la autoridad sanitaria (enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmitidas por vectores, cáncer, salud materno-infantil, recursos humanos en salud, políticas y gestión sanitaria).

La Comisión asignará cada proyecto aprobado en la instancia administrativa a dos revisores externos para que realicen la evaluación técnica mediante un panel on line especialmente diseñado. La Comisión designará un tercer evaluador si lo considera necesario.

Cada proyecto obtendrá, como resultado de dicha evaluación, un puntaje asignado por cada evaluador. Con los puntajes obtenidos en la evaluación de los proyectos, se confeccionará un listado de proyectos ganadores y suplentes por orden de mérito. El dictamen de los evaluadores será inapelable.

Sobre el listado de proyectos aprobados la Comisión realizará la selección final de acuerdo con los siguientes criterios:

- Oportunidad y pertinencia del tema del proyecto de investigación.
- Proyectos de alcance provincial, regional o federal
- Aplicabilidad de los resultados del estudio en el lugar de realización.
- Resultados esperados e implicancias para el diseño, monitoreo y/o evaluación de políticas de programas en salud.

FE DE ERRATAS RASP N° 7: en la página 46 en el gráfico 2 se repitieron los datos del gráfico 1 de la página 45. El gráfico correcto se puede visualizar en: www.saludinvestiga.org.ar

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

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

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

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

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

1.2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Consultar en: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

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

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

1.3. TABLAS

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

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

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

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

1.4. FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

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

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

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

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

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

1.5. 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 Y REVISIONES

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

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

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

3. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

El manuscrito debe ir acompañado de una carta al editor con los datos completos del autor responsable y en la cual conste lo siguiente: posibles solapamientos con información previamente publicada, declaración de consentimiento informado de los participantes del estudio, conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen con los criterios de autoría y que aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, el Editor adopta los requisitos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). La versión en español de estos criterios puede consultarse en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_2010.pdf

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

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

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

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

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

3.1.2 Resumen y Palabras clave

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

3.1.3. Introducción

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

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

3.1.4 Método

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

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

3.1.5. Resultados

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

3.1.6. Discusión

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

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

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

3.1.7. Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

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

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

3.1.9. Relevancia para la investigación en salud

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



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de julio 1925. C1073ABA, Buenos Aires, Argentina
www.msal.gov.ar