

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 2, Septiembre 2012



Distribución de Geohelmintos y Situación Socioambiental en Dos Provincias Argentinas con Diferente Fisonomía Biogeográfica

Análisis de la relación entre diferentes especies de geohelmintos en poblaciones urbanas, suburbanas y rurales de las provincias de Buenos Aires y Misiones, Argentina, y los aspectos socioambientales que favorecen la infestación por estos parásitos.

María Inés Gamboa, Columnista experta, La Plata, Argentina
Sección Artículos originales, pág. 6



BUENOS AIRES DONA SANGRE ¿Y VOS?

 @Hemodifusion

 sangre circulando

 www.ms.gba.gov.ar/Hemoterapia/hemoterapia.html

 hemodifusion@gmail.com

¿QUÉ HACE FALTA PARA DONAR SANGRE?

Tener entre **18 y 65 años**
Pesar más de **50 kg.**
Sentirse sano.

¿POR QUÉ DONAR SANGRE?

- ▶ La sangre es insustituible para el tratamiento de muchas enfermedades. Hay un universo de personas que la necesita para recuperarse.
- ▶ La sangre no se puede fabricar, y debe provenir siempre de la donación voluntaria, responsable y habitual. Solo se obtiene de otras personas y está prohibida su comercialización.

¿DONAR SANGRE ES SEGURO?

El proceso de donación es seguro y se realiza con materiales estériles y descartables (de un solo uso).

Se siguen procedimientos de calidad, y luego de cada donación se realizan los estudios necesarios para garantizar el cuidado de donante y el receptor:

- ▶ Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh.
- ▶ Detección de enfermedades transmisibles por transfusión: Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C, Brucelosis, HIV/SIDA, Chagas, HTLV I y II.

¿QUÉ ES LA DONACIÓN DE PLAQUETAS?

Es un proceso similar al de la donación de sangre total, con una diferencia en la duración en tiempo del procedimiento.

Es una extracción selectiva de hemoderivados a través de un procedimiento de separadores celulares automáticos. La misma se lleva a cabo bajo supervisión y atención especializada.

En la donación de plaquetas se separan los distintos componentes sanguíneos (Plaquetas, Plasma y Hematíes) retornando al donante aquello que no se quiere obtener.

No haber ingerido aspirinas o anti-inflamatorios en los tres días anteriores a la donación, pues esto altera las funciones de las plaquetas.

REQUISITOS ESPECIALES PARA DONAR PLAQUETAS

No haber ingerido aspirinas o antiinflamatorios en los **tres días anteriores** a la donación, pues esto altera las funciones de las plaquetas.



SI TENÉS ALGUNA CONSULTA PODÉS LLAMARNOS AL

BUENOS AIRES SALUD

BA

0800 666 2258

Revista

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 2, Septiembre 2012

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



BUENOS AIRES SALUD

BA

Gobernación de la Provincia de Buenos Aires

D. Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador

D. Juan Gabriel Mariotto
Vicegobernador

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ministro de Salud
Dr. Alejandro Collia

Jefe de Gabinete
Dr. Pablo Garrido

Subsecretaría de Coordinación
y Atención de la Salud
Dr. Sergio Alejandre

Subsecretaría de Planificación
de la Salud
Dr. Alejandro Costa

Subsecretaría de Atención
a las Adicciones
Dr. Carlos Sanguinetti

Subsecretaría de Coordinación
de Políticas de Salud
Dr. Sergio Del Prete

Subsecretaría de Control Sanitario
Dra. Silvia Caballero

Subsecretaría Administrativa
CPN Gerardo Daniel Pérez

Dirección Científica
Dr. Nery Orlando Fures

Coordinación General
Dra. Yamila Comes

Coordinador del Comité Editorial
Dr. Arnaldo Medina

Comité Editorial
(en formación)
Dr. Sergio Alejandre
Dr. Andrés Bernal
Dr. Alejandro Costa
Dr. Sergio Oris Del Prete

Asesores Científicos
Dr. Enrique Vázquez
Dr. José Moya

Comité Científico
(en formación)
Dra. Graciela Abriata
Dr. Jorge Chauí
Dr. Ricardo Lopez Santi
Dra. Adriana Moiso
Dr. Luis Quadrelli
Dr. Rubén Trepicchio
Dr. Alejandro Wilner



Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora

Andrés Bernal
Coordinador General

SIIC, Consejo de Dirección:
Edificio Calmer
Avda. Belgrano 430, (C1092AAR),
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: +54 11 4342 4901
www.siic.info
fundacion@siic.info

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual en trámite.
Hecho el depósito que establece
la ley Nº 11723. Los textos que
en esta publicación se editan
expresan la opinión de sus
firmantes o de los autores que han
redactado los artículos originales.
Prohibida la reproducción total
o parcial por cualquier medio sin
previa autorización por escrito de
la Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC).

Las obras de arte de Epidemiología y Salud han
sido seleccionadas de SIIC Art Data Bases:
Imagen de tapa: Ernesto Farina, «La soledad se me
ahonda...», témpera sobre cartulina, 46 x 64 cm;
pág. 31 - Bruno Muzzillo, «El potrero», óleo sobre
madera, 2000; pág. 33 - Horacio Santamaría Villamizar,
«Vegetación mágica», óleo sobre tela, 2006;
pág. 37 - Marcel Caram, «Un campo de manzanas
suspendidas», arte digital.

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 2, Septiembre 2012

Nota editorial

Dr. Nery Orlando Fures..... Pág. 5

Artículos originales

Las Desigualdades Sociales en la Utilización de Métodos Anticonceptivos de Mujeres y Varones de la Provincia de Buenos Aires..... *Pág. 6*

Análisis de Datos Cualitativos en Investigación Médica..... *Pág. 10*

Distribución de Geohelmintos y Situación Socioambiental en Dos Provincias Argentinas con Diferente Fisonomía Biogeográfica..... *Pág. 13*

El Síndrome de *Burnout* en Profesores Universitarios de los Sectores Público y Privado..... *Pág. 19*

La Violencia de Género en Atención Primaria..... *Pág. 25*

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

Informes

La Salud de las Mujeres: el Estado, Garante del Acceso Igualitario..... *Pág. 30*

El Concepto de Pobreza Asociado con Gratuidad en la Conformación de las Primeras Acciones de Protección de la Salud en Argentina: Recuperación de la Historia..... *Pág. 31*

Entrevistas

La Nueva Medicina Tropical..... *Pág. 33*

Proponen Normativas para la Selección y el Uso de Protección Respiratoria en las Tareas con Agroquímicos..... *Pág. 37*

Novedades

La salud de Buenos Aires..... Págs. 39-41

Congresos..... *Pág. 42*

Eventos recomendados por SIIC

Con motivo de presentar el segundo número y en nombre del equipo de la Revista Epidemiología y Salud, quiero agradecer a todos los trabajadores de la salud, investigadores, docentes, funcionarios de los distintos niveles jurisdiccionales y profesionales de este campo que nos han hecho llegar comentarios a propósito de esta iniciativa. Algunos han sido simplemente referidos a la apertura de este espacio y otros en respuesta a artículos. A estos últimos los iremos reflejando en el transcurso de los próximos números.

Esta repercusión y aceptación no nos parece casual, ya que demuestra la carencia de espacios para las investigaciones epidemiológicas en el campo de los servicios de salud en nuestro país. Es nuestra intención que continúe siendo un espacio de aportes, con investigaciones que reflejen la práctica diaria de los profesionales y puedan constituirse en insumos para la gestión. También pretendemos que se pueda compartir una reflexión crítica sobre los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva interdisciplinaria.

El artículo sobre desigualdades en la mortalidad infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires, publicado en el primer número, ha disparado un sinnúmero de sugerencias orientadas a profundizar los estudios sobre las inequidades en salud. Por este motivo, decidimos publicar en esta edición otra interesante investigación sobre *Inequidades en el acceso a los métodos anticonceptivos en la provincia de Buenos Aires*.

Resaltamos también la investigación sobre la situación de las parasitosis, que aún siguen siendo un problema importante para la salud pública, fundamentalmente debido al impacto en espacios socioambientales de gran vulnerabilidad.

Queremos destacar en este número las políticas públicas orientadas a los derechos de las mujeres; por tal motivo, reflejamos las acciones llevadas adelante por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, tanto en lo que destaca el artículo del Ministro de Salud Dr. Alejandro Collia como en la presentación de la resolución que adecua el protocolo de aborto no punible a lo que determinó la Suprema Corte de Justicia en la interpretación del Art. 208, Inc. 1 y 2 del Código Penal.

Por último, les presentamos una investigación sobre violencia en atención primaria de la salud realizada en España. En ella se describen diversas dimensiones de la temática, fundamental desde la salud pública, y que actualmente se encuentra cada vez más instalado en las agendas públicas de los últimos años en la Argentina.

Esperamos que el presente número sea de gran aporte para sus prácticas y reflexiones y que continúen enviando comentarios, que es lo más provechoso de este intercambio, al siguiente mail: revista.epidemiologia@siic.info.

Dr. Nery Orlando Fures

Director Científico, Revista Epidemiología y Salud
Director Ejecutivo, Región Sanitaria XI
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
La Plata, Provincia de Buenos Aires, septiembre 2012

Artículos originales

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos aseguran documentos de calidad en temas de importancia estratégica.

Las Desigualdades Sociales en la Utilización de Métodos Anticonceptivos de Mujeres y Varones de la Provincia de Buenos Aires



Marisa Matía

Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva y Procreación
Responsable, Área de Género, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

Acceda a este artículo en
sicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de la autora.

Resumen

Introducción: Este trabajo forma parte de un informe sobre la salud de las mujeres de la provincia de Buenos Aires. Tiene como objetivo describir patrones de utilización de métodos anticonceptivos en mujeres y varones según su condición de necesidades básicas insatisfechas (NBI). **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, de dos cortes en el tiempo (2005 y 2009) elaborado a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Se trabajó con herramientas de la estadística descriptiva y se utilizó un software de análisis de datos para proceder a los análisis estadísticos. **Conclusiones:** Entre los años de estudio ha aumentado el cuidado en las relaciones sexuales de los varones y mujeres de la provincia. En cuanto a métodos, el que ha aumentado es el uso del preservativo, situación que favorece la prevención no sólo de embarazo sino también de enfermedades de transmisión sexual. Este aumento ha sido mayor entre la población sin NBI y esto podría estar determinado por patrones de género en este grupo vulnerable. Otro aspecto a destacar es la disminución de la utilización de anticonceptivos orales y el aumento de dispositivos intrauterinos, en especial entre las mujeres con NBI.

Abstract

Introduction: This work is part of a report on the health of women in the Province of Buenos Aires. The goal is to describe patterns regarding contraceptive methods used by women and men, in relation to their unmet basic needs. **Methods and materials:** This is a descriptive study which reflects two different moments in time (2005 and 2009), based on data taken from the National Survey of Risk Factors and Health, carried out by the National Health Ministry. The results were interpreted using descriptive statistics, and data analysis software was used for all statistical analysis involved. **Conclusions:** From 2005 to 2009, the use of contraceptive methods by men and women in the province of Buenos Aires increased. As regards the specific methods employed, condom use is that which has increased the most. This favours the prevention not only of unwanted pregnancies, but also of sexually transmitted diseases. The increase was higher among the population with unmet basic needs, but this could be determined by gender patterns in this vulnerable group. Another aspect worth highlighting is the decrease in the use of oral contraceptives and the increase in the use of IUDs, especially among women with unmet basic needs.

Introducción

La perspectiva sobre los procesos de salud/enfermedad de las mujeres

Los procesos de salud/enfermedad se encuentran determinados por una cantidad de dimensiones que van desde condiciones orgánicas, económicas; globales y regionales, las determinaciones sociales en los diferentes grupos y comunidades, las construcciones culturales de cada época, la historia de los grupos y sociedades y hasta las capacidades personales y grupales para hacer frente a dichas determinaciones. Se trata de una construcción compleja y multideterminada.

El análisis de los procesos de salud/enfermedad en la población constituye

una tarea fundamental de la epidemiología. El modelo epidemiológico clásico reconoce que la edad, el sexo, la situación social, etcétera, son variables que afectan la salud/enfermedad de la población. Sin embargo el desarrollo de la epidemiología social incorpora a la perspectiva epidemiológica clásica el peso de los determinantes sociales y culturales de una población a la hora de enfermar o morir, y analiza los problemas desde estos determinantes. Así, tenemos entonces la idea de que la enfermedad no se sufre del mismo modo en un grupo social que en otro. Se podría aseverar que el paradigma epidemiológico avanza hacia la construcción de modelos y enfoques que toman las

características sociales y las condiciones históricas como entramadas en la biología y el cuerpo.

Objetivos del trabajo

En este artículo se intenta describir, a partir de datos estadísticos de salud sexual de mujeres y varones, alguna dimensión de sus condiciones de vida e interpretarlos desde las teorías de género; forma parte de un informe que presenta un análisis de la situación de la salud de las mujeres que residen en la provincia de Buenos Aires.

El objetivo es describir el perfil de uso de anticonceptivos de mujeres y varones residentes en la provincia de Buenos Aires, en el marco de las teorías de

género y analizar las diferencias existentes según la situación social de cada uno de los grupos.

Las teorías de género y la salud sexual

Algunas de las autoras que abogaron por la perspectiva de género, se han encargado, en gran medida, de desnaturalizar las representaciones sociales, culturales y económicas, entre otras, que se le asignan al rol femenino. Según esta perspectiva, estos roles constituyen un mecanismo de poder para subordinar a las mujeres al ejercicio de la autoridad de los varones. No obstante la continua problematización de roles que se lleva adelante en la actualidad, estas características culturales y de distribución desigual del poder, siguen teniendo efectos en individuos y grupos y han perfilado un modo particular del “ser mujer” que se expresa en las condiciones de vida y de salud/enfermedad. Así como la violencia doméstica hacia las mujeres configura la forma más representativa de la dominación de género, en cada problemática de salud/enfermedad, se encuentra entramada esta relación desigual que constituye a los varones y mujeres como tales.

Estudios sobre las desigualdades en materia de salud, han concluido que, “aunque la clase puede ser el factor determinante principal de las desigualdades de salud, siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por raza y sexo dentro de cada nivel de clase”.

En el marco de la perspectiva de género, diversos estudios sobre la salud sexual y específicamente sobre el uso de anticonceptivos revelan que las mujeres de los sectores populares no toman anticonceptivos porque sus compañeros no están de acuerdo o porque no las acompañan en las decisiones reproductivas. También se observa que la responsabilidad de la fecundidad en sectores vulnerables recae en las mujeres. En relación con los métodos anticonceptivos existen imaginarios en algunas poblaciones que han sido descritos en numerosas investigaciones: un ejemplo son las dificultades expresadas por los varones para el uso del preservativo (que no les permite una buena erección o que “no sienten lo mismo que sin él” o que “son menos hombres” si lo utilizan).

En cuanto al uso de anticonceptivos en los sectores de mediano y alto poder económico se ha podido relevar que en América Latina “las tasas globales de prevalencia del uso de anticonceptivos son altas. En los países donde la prevalencia general es baja, las diferencias internas entre grupos de distinto nivel de riqueza son mayores. En los

países donde la prevalencia global es alta, la planificación de la familia es ampliamente aceptada y la variación entre grupos con diferentes niveles de riqueza y de prevalencia se debe a otros factores.”

Se entiende por salud sexual el “estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.” La salud sexual es “la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también el poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Incluye el derecho a recibir información adecuada”.

Es importante mencionar que las políticas de salud sexual y reproductiva en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires han concretado un avance importantísimo a partir de la implementación de la Ley Nacional 25 673, del año 2002, que crea el Programa Nacional, y la Ley Provincial 13 066, que inicia el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en la provincia de Buenos Aires. Por lo tanto, los resultados de la encuesta que se analizará son de los años 2005 y 2009; en el primer corte las políticas iniciaban su implementación, mientras que en el segundo ya se encontraban en una etapa de mayor consolidación. La primera etapa estuvo signada por la creación de los programas de salud sexual y reproductiva en las provincias argentinas conforme a la Ley Nacional 25 673.

El Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Provincia de Buenos Aires fue creado a partir de la Ley N° 13 066, sancionada en mayo de 2003 y reglamentada ese mismo año mediante Decreto N° 2 327. El propósito general del programa es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva de toda la población, sin discriminación alguna, el primero de sus objetivos es el reconocimiento del derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana (Art. 2, Ley 13 066). Entre 2003 y 2009 el Programa funcionó como un subprograma dentro del Área Materno Infantil. A partir del año 2010 el Programa adquiere autonomía

de dicho ámbito y se instala dentro del Área de Políticas de Género. Se ha podido observar desde el inicio del programa provincial, en 2003, un aumento cada vez mayor en la distribución de insumos tales como anticonceptivos inyectables, anticonceptivos de lactancia, condones y anticonceptivos hormonales de emergencia.

Materiales y métodos

Se trabaja con datos de salud sexual, en especial con el acceso a métodos anticonceptivos entre varones y mujeres según su situación social con datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Salud. Los datos de la Encuesta fueron cedidos por la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación en sus dos cortes de 2005 y 2009. La encuesta de 2005 se realizó a través del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de las Enfermedades (VIGI+A), en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009 fue realizada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, de la Secretaría de Deporte del Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística.

La encuesta fue aplicada a una muestra representativa de personas en todo el país, incluyendo la representatividad para toda la población de la provincia de Buenos Aires, y en 2009 se diseñó además con representatividad en las grandes ciudades de la provincia (Gran Buenos Aires, Gran Mar del Plata y Gran La Plata).

Dado que la representatividad de la muestra no es posible a nivel municipal, no se pudo realizar la desagregación por estrato; sin embargo, como cada encuestado fue indagado por su situación social, se seleccionó el grado de NBI como factor de estratificación, dicotomizando los resultados (con NBI y sin NBI).

La encuesta fue realizada a varones y mujeres mayores de 18 años según un muestreo estratificado de múltiples etapas en los años en estudio y las preguntas se realizaron de la misma manera para poder comparar entre períodos.

Si bien se reconoce que el rol femenino no necesariamente coincide con la condición del sexo biológico, para este informe se han utilizado como equivalentes debido a la falta de información por género de los sistemas de información en salud. No obstante, se ha reali-

Tabla 1.

¿Actualmente, usted o su pareja se cuidan cuando tienen relaciones sexuales?								
Respuestas	Varones sin NBI		Varones con NBI		Mujeres sin NBI		Mujeres con NBI	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009	2005	2009
A veces	7.3	6.8	12.6	8.6	4.7	8.0	18.6	6.2
Siempre	42.8	49.2	49.0	54.0	31.8	42.0	34.9	49.9
No se cuida	30.5	30.3	29.3	26.6	11.4	17.9	18.6	19.3
No tiene relaciones sexuales	6.2	13.3	5.5	10.5	27.2	31.9	18.5	24.1
NS/NC	13.2	0.4	3.6	0.3	24.9	0.1	9.3	0.5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Dirección de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Años 2005 y 2009.

Tabla 2.

¿Usted o su pareja, se cuida con preservativo o condón?								
Respuestas	Varones sin NBI		Varones con NBI		Mujeres sin NBI		Mujeres con NBI	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009	2005	2009
Sí	33.7	39.0	40.2	42.6	27.8	38.0	34.0	39.1
No	16.5	16.9	21.3	20.0	8.6	11.9	19.5	16.9
Valores perdidos	49.8	44.0	38.4	37.4	63.6	50.0	46.5	43.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Dirección de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Años 2005 y 2009.

Tabla 3.

¿Usted o su pareja, se cuida con pastillas anticonceptivas?								
Respuestas	Varones sin NBI		Varones con NBI		Mujeres sin NBI		Mujeres con NBI	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009	2005	2009
Sí	10.8	5.9	14.3	8.1	7.6	4.3	16.9	5.8
No	39.3	50.0	47.3	54.5	28.8	45.6	36.7	50.3
NS/NC	49.8	44.0	38.4	37.4	63.6	50.0	46.5	43.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Dirección de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Años 2005 y 2009.

Tabla 4.

¿Usted o su pareja, se cuida con espiral o DIU?								
Respuestas	Varones sin NBI		Varones con NBI		Mujeres sin NBI		Mujeres con NBI	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009	2005	2009
Sí	4.9	15.6	4.7	15.4	1.7	13.6	2.6	15.1
No	45.3	40.3	56.9	47.2	34.7	36.3	51.0	41.0
NS/NC	49.8	44.0	38.4	37.4	63.6	50.0	46.5	43.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Dirección de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Años 2005 y 2009.

zado el esfuerzo de una interpretación de género que será sometida a un tratamiento cualitativo en estudios posteriores.

Se ha puesto énfasis en el análisis de la situación de salud sexual de las mujeres de la provincia, sin embargo, es evidente que no todas las mujeres viven de la misma manera ni acceden a los

mismos bienes y servicios. Para analizar tales diferencias y el impacto de las condiciones de vida sobre la salud de ellas es que se ha trabajado comparando grupos sociales, estratificando la población de mujeres en dos grupos según se encuentren con necesidades básicas insatisfechas o por fuera de este índice.

La presentación que se hace de los datos es descriptiva, pudiéndose ampliar en otras instancias e incorporar herramientas de la estadística inferencial.

Resultados

Entre 2005 y 2009 ha aumentado el uso de métodos anticonceptivos en general. El aumento ha sido más elevado, en términos de porcentaje, entre las mujeres con NBI, y en segundo lugar entre las mujeres sin NBI. Esto implica un mayor empoderamiento de las mujeres en el cuidado en las relaciones sexuales.

Entre los varones con NBI y sin NBI se observa entre los años de estudio también un aumento en el cuidado en las relaciones sexuales "siempre" y una leve disminución en el cuidado "a veces". El aumento de las respuestas sobre el cuidado "siempre" en varones y mujeres podrían estar relacionado con el acceso amplio a métodos anticonceptivos en los servicios de salud, ya que entre los años de corte se trabajó en el marco de las leyes nacional y provincial mencionadas para proveer insumos anticonceptivos a efectores provinciales. También podría deberse al efecto de las campañas sobre la prevención del VIH y por el aumento de las campañas en salud sexual a partir de las citadas leyes.

Las relaciones sexuales seguras constituyen un elemento indispensable para la salud sexual de la población. En ellas se juegan aspectos de género, donde se espera que los varones dominen las relaciones y decidan el método a utilizar, tal como se ha relevado en la bibliografía. Sin embargo, en los resultados de la encuesta se observa que los varones, en porcentaje, se cuidan más que las mujeres (en la categoría "siempre").

La situación de pobreza no ha sido un obstáculo para aumentar el cuidado en las relaciones sexuales tanto de mujeres como de varones y esto podría guardar relación con la accesibilidad a los insumos anticonceptivos en efectores tanto estatales como privados. Resta analizar, en estudios posteriores, los motivos de cuidado en mujeres y varones para tener mayores elementos de juicio sobre la interpretación de género y equidad (Tabla 1).

Las mujeres sin NBI aumentaron las respuestas de "no se cuida" en mayor porcentaje que el resto de las mujeres. Tal vez el deseo de un embarazo podría estar en juego en estas respuestas o los programas de prevención o el acceso a métodos podrían presentar un déficit en su implementación para este grupo.

Las personas que contestaron la pregunta sobre el cuidado en las relaciones sexuales con los valores "no se cui-

da” o “no tiene relaciones sexuales”, dejaron de pertenecer al subgrupo donde se analiza el tipo de método. A partir de aquí se presentan los resultados de quienes se cuidaban “a veces” o “siempre” en las relaciones sexuales.

En cuanto al tipo de método, existen diferencias en su utilización. Sabemos que cada método contiene imaginarios sobre su eficacia y éstos en parte determinan su utilización. Entre los que se cuidaron, la mayoría lo hizo con preservativos y esta utilización ha aumentado entre los dos períodos de estudio en todas las categorías. Esto sucede en el contexto de un gran número de campañas y acciones tendientes al uso del preservativo, ya que es el único método que previene embarazos y enfermedades de transmisión sexual al mismo tiempo. También facilita el acceso su gratuidad en efectores estatales, situación que se hizo posible después de 2003. Los varones sin NBI han contestado que se cuidan con preservativo en mayor medida que los varones con NBI. Se ha revelado en la literatura que los varones de sectores populares son reacios a utilizarlo. Las mujeres sin NBI son las que, cada vez más, se cuidan con preservativo. Se observa un mayor aumento del cuidado con este método entre los varones y mujeres sin NBI que entre los del grupo con NBI (Tabla 2). El aumento del uso de preservativos sugiere una modificación de imaginarios que relacionan el preservativo con la “menor hombría” y en especial en los sectores populares. Que en estos sectores no sea tan importante el aumento, como en los sectores sin NBI, conduce a interrogantes sobre las representaciones hegemónicas que aún se siguen sosteniendo.

Con relación a la utilización de anticonceptivos orales, se observa una disminución general en su consumo. Esta disminución se aprecia en los cuatro

grupos analizados. Sin embargo, la mayor disminución se observa en el grupo de mujeres con NBI. Si bien no se ha indagado el motivo de esta disminución, cabe aclarar que durante 2008 hubo una discontinuidad importante en la oferta de anticonceptivos orales en los efectores estatales de todo el país y esto afectó también a la provincia de Buenos Aires. Este año estaría entre los dos cortes que se analizan (Tabla 3).

El aumento en la utilización de preservativos y la disminución de utilización de anticonceptivos orales constituyen un indicador importante del avance de las políticas de salud sexual y reproductiva, ya que las enfermedades de transmisión sexual sólo se previenen con el uso del preservativo. Podría estar dando cuenta de la mayor importancia dada al cuidado de la salud sexual en relación con lo reproductivo. Además de que son las mujeres con NBI las que lo utilizan con mayor frecuencia, estaría dando cuenta de un mayor poder de negociación con los varones en el cuidado de la salud sexual.

Otro de los motivos de la disminución del uso de anticonceptivos orales, puede ser el aumento de utilización de dispositivos intrauterinos (DIU). Se observa que el incremento más importante se produce entre el grupo de mujeres con NBI y esto también es importante en términos de representaciones sobre el DIU en sectores populares (Tabla 4). El aumento de utilización de DIU da cuenta de la incorporación de nuevas opciones anticonceptivas en los sectores populares.

Conclusiones

La salud sexual constituye un tema de agenda en las políticas de salud en la Argentina y en la Provincia de Buenos Aires, y se define como la garantía de los derechos de los ciudadanos para

disfrutar de una vida sexual plena. Las leyes sancionadas entre 2002 y 2003 dan muestra de esta preocupación.

La población de la provincia de Buenos Aires no es homogénea, y se sabe que la situación social guarda relación con los hábitos y prácticas del cuidado de la salud y con el perfil de enfermedad y muerte de una población. Por lo tanto, es necesario analizar la situación de salud en el contexto de los procesos sociales que determinan el lugar que cada grupo ocupa en la escala social.

También es necesario enmarcar el análisis en lo que han sido las políticas de salud sexual entre los años de estudio. Particularmente debido al incremento de acciones, campañas y entrega de insumos entre 2005 y 2009.

En el análisis sobre la utilización de métodos anticonceptivos de la población de la provincia de Buenos Aires (varones y mujeres mayores de 18 años) se puede observar una modificación del patrón de hábitos, que no ha mostrado relación lineal con la situación de pobreza de algunos de los integrantes de esa población. Esto podría deberse a que la accesibilidad a la salud sexual se produjo de manera equitativa entre los diferentes grupos sociales.

Se podría expresar también que la población estudiada ha aumentado el cuidado en las relaciones sexuales en general y que este aumento se manifiesta en la mayor utilización de preservativos y dispositivos intrauterinos en contraposición a una merma de utilización de anticonceptivos orales.

Es llamativo observar que la población con NBI, tanto varones como mujeres, es la que en menor medida ha aumentado el uso de preservativo y esto podría deberse a patrones culturales y de género que es necesario indagar con mayor profundidad.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siic.salud.com

Bibliografía

Barrancos D. Mujeres entre la casa y la Plaza. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 2008.
Butler J. Variaciones sobre sexo y Género. En: El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Marta Lamas (Comp.), México, Miguel Ángel Porrua (Ed.); 1996.
Comes Y, Gianna A. Análisis de situación de salud de las Mujeres de la Provincia de Buenos Aires. Área de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2011.
González Labrador I, Miyar Pleiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr 17(4):367-378, 2001. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3038. [citado 26 Jul 2012]
INDEC. Glosario: Hogares con necesidades básicas insatisfechas en http://www.indec.mecon.ar/glosario/textos_glosario.asp?id=21 26/07/2012.

Lamas M. Usos dificultades y posibilidades de la categoría “genero”. En: El Género: La construcción cultural de la diferencia Sexual. Marta Lamas (Comp.), México, Miguel Ángel Porrua (Ed.); 1996.
Mino-Worobiej A. Imágenes de género y conductas sexual y reproductiva. Salud pública Méx 50(1):17-31, 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. [citado 26 Jul 2012].
OMS (2002). Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html. 1 de agosto de 2012.
Programa Provincial de Salud Reproductiva. Informe de Gestión, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires; 2011.
Rangel Flores Y. Influencia del rol de género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes universitarios. Index Enferm 19(4):245-248; 2010. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300003. [citado 26 Jul 2012].

Análisis de Datos Cualitativos en Investigación Médica



Domingo Palacios Ceña

Personal docente e investigador, Profesor titular interino, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Participaron en la investigación: E. Pileño Martínez, B. Martínez Pascual, J. M. Pérez.

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

Introducción: Los métodos cualitativos pueden ayudar a comprender y mejorar las intervenciones médicas (clínica, educación, investigación y gestión) y las respuestas de los pacientes. Una de las fases clave en la investigación cualitativa es el análisis de los datos cualitativos. El análisis se fundamenta en la identificación de aquellos elementos relevantes de los participantes, sobre la base de su experiencia, situación social, entorno y expectativas. **Objetivo:** Describir las estrategias de análisis para los datos cualitativos, aplicados en investigación médica. **Diseño:** Revisión de la bibliografía de referencia sobre metodología cualitativa para el desarrollo de estrategias prácticas de análisis de datos cualitativos. **Resultados:** Se describen aproximaciones de análisis cualitativo que pueden aplicarse de manera deductiva e inductiva, junto al empleo de la codificación para guiar el análisis y la interpretación. **Conclusión:** Las investigaciones cualitativas pueden mejorar la descripción de fenómenos complejos en la investigación médica y en la práctica clínica. El análisis de datos cualitativos es un instrumento que ayuda a los médicos en su práctica clínica y en sus investigaciones.

Abstract

Background: Qualitative methods can be used to help understand and improve medical interventions (clinical intervention, education, research and development), as well as patient responses. One of the critical phases in qualitative research is the analyses of qualitative data. These analyses are based on the identification of relevant features in those patients that are participating. Their particular experiences, social situation, environment, and expectations should be considered. **Objective:** The purpose of this paper was to offer practical strategies for the analysis of qualitative data. **Design:** We reviewed qualitative methodological literature to describe practical approaches to qualitative data analysis. **Results:** We describe an approach to qualitative data analysis that applies the principles of inductive and deductive reasoning while also employing predetermined code types to guide data analysis and interpretation. **Conclusions:** Qualitative research can improve the description of complex phenomena in medical research and clinical practice. Qualitative data analysis can be helpful for physicians and clinical researchers.

Introducción

Los diseños cualitativos en ciencias de la salud ayudan a comprender y estudiar aspectos complejos como la experiencia subjetiva, y comportamientos de los pacientes, familia y profesionales.¹

Estos diseños sirven para estudiar colectivos, minorías, la experiencia de enfermar, la influencia de determinantes sociales (grupo étnico, recursos),² los métodos de enseñanza y educación en medicina,³ evaluación de programas,⁴ y desarrollo de planes de innovación en educación.⁵ Además, los estudios cualitativos son utilizados para estudiar los cambios culturales en los servicios de salud,⁶ la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud,⁷ estrategias de salud,⁸ el impacto de los profesionales noveles en los pacientes y cuidados hospitalarios,⁹ gestión de los servicios de salud y hospitales¹⁰ y gestión del cambio en instituciones sanitarias.¹¹

Las investigaciones cualitativas sirven para comprender fenómenos dentro de su contexto, muestran vínculos y relaciones ocultas entre conceptos y comportamientos y generan y redefinen teorías.^{6,12}

Entre los métodos cualitativos existe una gran diversidad de enfoques teóricos,¹³ como la teoría fundamentada,¹³ la fenomenología,¹⁴ la etnografía, acción participante² y análisis del discurso.¹ Además, existen multitud de tradiciones en investigación cualitativa que incluyen métodos de obtención de datos y propuestas teóricas como análisis de comparativa histórica,¹⁵ estudio de casos, grupos de discusión, observación participante y semiparticipante,¹⁶ y aproximaciones híbridas que incluyen partes o el conjunto de múltiples tipos de estudios.⁶ Muchos expertos argumentan que no puede existir una aproximación uniforme en los métodos cualitativos, de la misma forma que no existen realidades sociales uniformes.¹⁶⁻¹⁸ Pero la clave de la investigación cualitativa es la flexibilidad del método de las diferentes aproximaciones para poder adaptarse a las realidades sociales (complejas y cambiantes) y poder estudiarlas.

De igual modo, el proceso de análisis puede variar en función del enfoque teórico utilizado.¹⁹ Pero todos tienen puntos comunes y deben cumplir las mismas consideraciones para mantener la validez y la transferibilidad de

los resultados.^{19,20} Estos contenidos comunes aparecen reflejados en las recomendaciones para el desarrollo de estudios cualitativos como los *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*,²¹ y las *Qualitative Research Review Guidelines*.²² Aun así, en la verificación o fiabilidad existen discrepancias en cómo se deben aplicar estos criterios en los estudios cualitativos. Estas diferencias se basan en el paradigma que sigan los autores.²⁰

Weiner y col.¹⁰ examinaron las características que presentaban los artículos realizados con diseño cualitativo, publicados en nueve de las mayores revistas de gestión de servicios de salud entre 1998 y 2008. Los autores mostraron que la mitad de los artículos cualitativos estudiados proporcionaban escasos datos o ninguno, respecto de los aspectos clave del análisis de los datos y de su desarrollo.

El propósito de este estudio es ofrecer estrategias prácticas para el análisis de los datos cualitativos que son generados desde entrevistas en profundidad y otros materiales utilizados en diseños cualitativos como diarios, observaciones de campo o una combinación de ellos.

Análisis de datos cualitativos

El papel del investigador cualitativo

En los diseños cualitativos el investigador forma parte del instrumento de obtención de datos.²³ Debe introducirse en el campo de trabajo, y en el contexto social de los participantes. No sólo aplica un instrumento (entrevistas en profundidad, grupos focales), también realiza inferencias, establece contacto con informantes clave y desarrolla la comparación entre casos para ir desarrollando, y orientando las claves de la investigación sobre la base de la respuesta de los participantes.¹⁵ Al ser el investigador parte del propio método, se recomienda que el mismo investigador que obtiene los datos y ha estado inmerso en el contexto, sea el que los analice.^{6,19} Sólo el investigador que ha vivido el contexto social y el entorno de los participantes puede realmente comprender los significados de las personas a las que estudia.²⁴ Pero además se recomienda que investigadores del mismo equipo o externos analicen los datos cualitativos obtenidos. Este análisis posterior se conoce como triangulación por investigadores y se realiza para garantizar la verificación de los datos cualitativos.^{6,20} El contexto es “la brújula” que orienta al investigador en el campo y le ayuda a determinar qué es relevante o significativo al analizar los datos.¹⁶

Empezar a analizar

En los diseños cualitativos, la obtención de datos, su organización y su análisis están dentro de un mismo proceso circular.^{14,17} Antes de comenzar a recoger datos de un nuevo participante se deberían analizar los datos recogidos del anterior. Este análisis permite identificar aspectos relevantes que pueden ser integrados en la obtención de datos (por ejemplo, al construir una guía de preguntas) del investigador a los nuevos participantes.²⁵ De este modo, se evitan olvidos de datos fundamentales del campo; consideraciones durante la obtención y observaciones del investigador. La utilización de memorandos o “memos” (notas del investigador sobre aspectos del campo, del método y posibles interpretaciones) durante el estudio son recomendables.¹⁸ Sobre todo en los casos en que se prevé que pasará tiempo entre la obtención y su análisis. Pero es preciso señalar que los “memos” nunca sustituyen el análisis. El empleo de “memos” es característico de los diseños cualitativos basados en la teoría fundamentada (*grounded theory*).²⁶

Desarrollo del análisis. Lectura

La inmersión en los datos para comprender su significado es el primer paso importante para el análisis de los datos.¹

Tabla 1. Niveles de abstracción durante el análisis de datos cualitativos.

Niveles de abstracción				
Descriptivo +++	Descriptivo ++	Descriptivo +	Interpretativo +	Interpretativo ++
Palabras y frases significativas del texto, metáforas, expresiones lingüísticas	Concepto clave (key concept) a	Código AB	Agrupación de códigos/ Familias AB	Significado final
	Concepto clave b			
	Concepto clave c	Código C		
	Concepto clave d		Agrupación de códigos/ Familias CDE	
	Concepto clave e	Código DE		

Las narraciones y resto del material se analizan cuidadosamente, y es obligatoria la realización de numerosas lecturas.¹⁹ Existen distintos métodos de lectura del material; a) lecturas generales del texto, b) lecturas agrupadas por párrafos, y c) lecturas en profundidad línea por línea en aquellas partes con gran significado.^{27,28} Lo ideal es el empleo combinado de todos los tipos de lecturas.^{17,18}

Codificación de los datos cualitativos

Una vez que los datos han sido leídos y existe una comprensión general del contexto de las experiencias claves del estudio, la codificación proporciona un sistema formal de organización de los datos, descubriendo y documentando los vínculos (*links*) que están entre los conceptos y experiencias descritas en los datos.¹⁷ Los códigos son etiquetas las cuales se asignan a segmentos de narraciones (frases, palabras, párrafos, metáforas) para catalogar los conceptos clave (*key concepts*), mientras que a la vez se preservan el contexto donde esos conceptos suceden. A modo de ejemplo, si se estuviese realizando un estudio cualitativo sobre la experiencia de vivir con una enfermedad neurodegenerativa, sería relevante identificar aquellos conceptos clave dentro de las narraciones de los pacientes, relacionados con la vivencia de la enfermedad, el impacto en su relación de pareja y en su vida cotidiana, la percepción de la atención y el significado que tienen para el paciente el pronóstico y la evolución de la enfermedad.

A su vez, esos conceptos clave identificados se pueden agrupar formando bloques o grupos que describan el significado de los participantes.²⁹ La codificación es un proceso que comienza siendo descriptivo (basándose en las narraciones de los participantes) hasta volverse interpretativo (el investigador comprende y asigna el significado).

Este proceso de codificación y agrupación continua se conoce como árbol de codificación (*codification tree*).²¹ Este árbol forma la estructura de los códigos identificados.⁶

El árbol de codificación y la estructura de los códigos

Hay diversidad acerca de cómo desarrollar la estructura de los códigos. En función del tipo de enfoque teórico, puede variar y ser más inductivo o más deductivo.^{13,16,30,31}

Codificación inductiva. En este caso los datos son revisados línea por línea en detalle, se identifican los conceptos y se asignan los códigos. Posteriormente a la revisión de los datos, el investigador continúa asignando códigos que reflejan los conceptos que emergen de los datos, poniendo de relieve y mostrando la codificación de las líneas, párrafos, segmentos de texto que describen el concepto.^{6,31} Los códigos identificados se desarrollan y redefinen con cada revisión de los datos. Para asegurarse de que los códigos han sido apropiadamente asignados, el investigador compara segmentos de texto con segmentos que ya habían sido codificados previamente con el mismo código para decidir si refleja el mismo concepto. Esta comparación permite al investigador profundizar en las dimensiones de los códigos que emergen previamente e identificar nuevos.¹³

Codificación deductiva. En este caso el proceso comienza con un marco de organización previa de los posibles códigos. Se define una estructura inicial de los códigos, antes de la revisión de los datos. Los códigos preliminares ayudan al investigador a integrar conceptos ya existentes en la literatura. Pero se debe tener cuidado de no forzar los datos dentro de las categorías y la organización previa. Esta lista preliminar permite guiar en un primer momento al investigador en un campo no conocido suficientemente, pero debe adaptarse a los datos. Se debe evitar forzar los datos cualitativos. Esto significa que no deben ser incluidos obligatoriamente en algunos de los códigos establecidos previamente en la lista preliminar.

El proceso de comparación continua de los códigos previos y los nuevos



Figura 1. Mapa conceptual del significado de vivir un episodio de muerte súbita.³⁵

integrados se denomina método de comparación constante y es característico de la teoría fundamentada.²⁶

Finalizar el proceso de codificación

La estructura de codificación se da por finalizada en el momento que se consigue la saturación teórica de los datos.¹⁶ Esto ocurre cuando ningún nuevo concepto aparece desde la revisión de los sucesivos datos obtenidos por los instrumentos de obtención de datos utilizado (entrevistas, diarios, etcétera).¹⁸

Riesgos durante el proceso de codificación

Los principales riesgos de la codificación son: a) que sea superficial (se hacen lecturas rápidas y apresuradas de los datos), b) que sea demasiado interpretativa (no se identifica el árbol de codificación ni de dónde aparecen los resultados), y c) que se omitan los casos negativos (participantes que no comparten una misma perspectiva sobre un tema o situación en el contexto estudiado). Es relevante describir la presencia de casos negativos o atípicos ya que permiten comparar diferentes perspectivas y encontrar nuevos elementos de estudio, lo que da riqueza al análisis.²²

Validez y presentación de los resultados

El correcto uso de los *verbatim* o cuotas (*quotes*) (extractos de texto de los propios participantes) ayuda a mostrar que los resultados obtenidos derivan directamente de las narraciones de los participantes, están identificadas, organizadas y fundamentan la interpretación del investigador.²² Esto fundamenta la validez del estudio cualitativo.

Los principales puntos de calidad en investigaciones cualitativas incluyen: a) producir material narrativo rico que sustente la interpretación o descripción de los investigadores (durante su análisis), y b) los *verbatim* y narraciones utilizadas deben proporcionar una fuerte evidencia de que las interpretaciones y conclusiones obtenidas reflejan la experiencia y la perspectiva social de los participantes estudiados.^{20,21,25}

En ocasiones, la presentación de los resultados es difícil cuando el análisis produce resultados demasiados abstractos. En estos casos se emplean técnicas como el uso de mapas conceptuales (*concept mapping*).³² Los mapas conceptuales se utilizan para mostrar de manera gráfica las relaciones y elementos que constituyen situaciones complejas, las experiencias o fenómenos estudia-

dos, no cuantifican su relación o significación.³³ La construcción de los mapas se realiza durante el análisis de los datos obtenidos, siempre tras terminar la obtención de los datos, nunca de manera previa.³⁴ Los mapas conceptuales se emplean en campos como la docencia, la enseñanza y la gestión.³³

Verificación de resultados

Dos aproximaciones para evaluar la verificación y confiabilidad de los diseños cualitativos.²⁰ En el primero, la verificación consiste en un proceso de negociación entre los investigadores y los participantes. Los participantes pueden valorar los patrones y códigos identificados y verificar los datos.¹⁶ En el segundo, se deben incluir dentro del diseño de investigación estrategias para establecer la fiabilidad, repetir y confirmar las observaciones de los investigadores.³⁰ Son recomendadas técnicas como la triangulación (uso de múltiples fuentes de datos), revisión por pares (explorar aspectos de la investigación no claros o que de otro modo sólo quedarían implícitos en la mente del investigador), auditorías externas (el propósito es evaluar la exactitud de los datos, la interpretación y que las conclusiones estén apoyadas por los datos) o la evaluación entre los miembros del equipo de investigación (los datos, categorías, y conclusiones son testadas por miembros del equipo de investigación desde las fuentes originales donde se obtuvieron los datos).²⁰

Conclusiones

Los métodos cualitativos pueden ayudarnos a mejorar y comprender las intervenciones de los profesionales y las respuestas de los pacientes. La interpretación de los resultados cualitativos se fundamenta en: a) inmersión en el contexto, b) análisis de los datos obtenidos mediante el desarrollo del proceso de codificación, y c) revisión de estudios y material documental. Es imprescindible seguir paso a paso todo el proceso de codificación para dar validez a la interpretación del investigador, y poder establecer unos resultados fiables en la investigación cualitativa aplicada en los diferentes campos de las ciencias médicas: clínica, educación, investigación y gestión.

El análisis cualitativo puede mejorar y ampliar la descripción de fenómenos complejos y ayudar a los profesionales clínicos, educadores e investigadores en ciencias médicas.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Distribución de Geohelminths y Situación Socioambiental en Dos Provincias Argentinas con Diferente Fisonomía Biogeográfica



María Inés Gamboa

Licenciada en Biología y Doctora en Ciencias Naturales, Centro de Estudios Parasitológicos y de Vectores (CEPAVE), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina

Participaron en la investigación: M. L. Zonta, M. G. Navone.

Resumen

Se realizó un estudio socioambiental y parasitológico en niños de áreas urbanas, periurbanas y rurales de las provincias de Buenos Aires y Misiones. Se completó una encuesta epidemiológica y se tomaron muestras fecales seriadas, las cuales se analizaron mediante técnicas de flotación y sedimentación. Del total de muestras fecales (1 893), 5.5% fueron positivas en Buenos Aires y 25.6% en Misiones. El área periurbana de Misiones presentó la mayor prevalencia de parasitosis total (34.1%) y de biparasitados y poliparasitados (45.4%). Las especies más prevalentes fueron *Strongyloides stercoralis* (22.1%) en el sector periurbano y *Ancylostomidae* (21.6%) en el área rural de Misiones. *Hymenolepis nana* y *Ascaris lumbricoides* mantuvieron bajas frecuencias en ambas provincias, en tanto que *Trichuris trichiura* sólo se encontró en el periurbano de Buenos Aires. La prevalencia de geohelminths aumentó con la edad ($p < 0.05$) y se asoció en el área periurbana de ambas provincias y rural de Misiones con las condiciones socioambientales: vivienda precaria, piso de tierra, eliminación de excretas en letrinas o a cielo abierto, sin recolección domiciliar de residuos, madre sin actividad laboral, padres sin instrucción primaria ($p < 0.05$). Las características biogeográficas y las condiciones socioambientales de la provincia de Misiones favorecen la persistencia de las formas parasitarias en el ambiente.

Abstract

A socio-environmental and parasitological study of children from urban, suburban and rural areas of the provinces of Buenos Aires and Misiones was carried out. An epidemiological interview was performed and serial fecal samples were analyzed by sedimentation and flotation techniques. Of the total fecal samples (1 893), 5.5% in Buenos Aires and 25.6% in Misiones were positive. The peri-urban area of Misiones showed the highest prevalence of total parasitosis (34.1%), and bi- and poli-parasitized (45.4%). The most prevalent species were *Strongyloides stercoralis* (22.1%) and hookworm (21.6%) in the suburban area and the rural area of Misiones respectively. *Hymenolepis nana* and *Ascaris lumbricoides* frequencies remained low in both provinces. *Trichuris trichiura* was present only in the suburban Buenos Aires area. Soil transmitted helminths prevalence increased with age ($p < 0.05$) and it was associated in the peri-urban area of both provinces and the rural area of Misiones with socio-environmental conditions: poor housing, ground floor, latrines or open air defecation, non-household waste collection, unemployed mother, parents without primary education ($p < 0.05$). Biogeographical features and socioeconomic conditions in the province of Misiones favor the persistence of parasitic forms in the environment.

Introducción

Las geohelmintiasis constituyen un problema importante de salud mundial, pero la mayoría de estas infecciones tienen lugar en países en desarrollo, donde el crecimiento poblacional, el avance de la urbanización, la pobreza y la baja conciencia sanitaria, contribuyen a incrementar sus prevalencias.¹

En la actualidad, a pesar de los avances en el conocimiento epidemiológico y las estrategias de control, la frecuencia de estas infecciones se ha mantenido; esto se debe a que estas enfermedades no causan fuerte impacto en la salud, debido a que las tasas de mortalidad son inferiores a las de otras enfermedades infecciosas.² Sin embargo, es común observar casos de poliparasitismo (superinfecciones) que causan infestaciones crónicas, con efectos insidiosos sobre el crecimiento, la nutrición y el desarrollo, especialmente cuando afectan a niños en edad preescolar y escolar.^{3,4} La coexistencia de di-

ferentes especies intestinales patógenas en un mismo individuo ha sido indicada también en comunidades nativas, con efectos nocivos en el estado de salud.^{5,6}

En este contexto, el agua, el suelo y las mascotas sin duda desempeñan un papel importante en la transmisión parasitaria. Estudios realizados en los últimos años mostraron contaminación parasitaria del suelo y heces caninas con especies zoonóticas.⁷⁻¹¹ Estos niveles de infección están sustentados en la capacidad de los huevos de ciertas especies (p. ej.: *Toxocara canis*) de sobrevivir en el suelo por largos períodos de tiempo resistiendo condiciones extremas de temperatura y humedad, hasta infectar un nuevo hospedador.¹²

De este modo, además de los factores socioeconómicos y la situación sanitaria de cada región, la distribución de los geohelminths se ve afectada por factores ambientales que caracterizan un área geográfica determinada (condi-

ciones de humedad, temperatura, tipo de sustrato). En la Argentina, Gamboa y col. mostraron que la prevalencia de infección por geohelminths varió entre 0.6% y 74.8%, cuando realizaron un estudio comparativo entre poblaciones urbanas, suburbanas y rurales, distribuyéndose de manera heterogénea en las áreas relevadas (La Plata, en la provincia de Buenos Aires, y Aristóbulo del Valle, en la provincia de Misiones).¹³

Teniendo en cuenta que son necesarios más estudios para esclarecer la problemática de estas parasitosis en un país tan extenso como la Argentina, el objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre las especies de geohelminths y seudogeohelminths con los aspectos socioambientales en poblaciones urbanas, periurbanas y rurales de las provincias de Buenos Aires y Misiones, con diferente fisonomía biogeográfica. El fin último de este trabajo es determinar cuáles son los factores de riesgo indicadores de estas infecciones.

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Materiales y método

El estudio se llevó a cabo en niños con edades comprendidas entre 0 y 14 años de diferentes poblaciones de la provincia de Buenos Aires: partidos de La Plata (34° 55' S, 57° 56' O), Brandsen (35° 10' S, 58° 13' O), Verónica (35° 23' S, 57° 20' O) y Lincoln (34° 51' S, 61° 31' O), y de la provincia de Misiones: municipio de Aristóbulo del Valle, departamento de Cainguaús (27° 08' S, 54° 54' O) (Figura 1).

Se realizó un estudio transversal basado en datos coproparásitológicos y en características socioambientales de estas poblaciones, haciendo una comparación entre las poblaciones urbanas, periurbanas y rurales, en las dos provincias estudiadas.

La provincia de Buenos Aires está comprendida dentro de la región de la pampa húmeda, con un relieve de llanura y clima templado-húmedo, es la provincia más extensa y más densamente poblada del país. En ella, el partido de La Plata tiene una población de 649 613 habitantes,¹⁴ temperatura promedio anual de 17°C y humedad relativa de 78% y 1 000 mm de precipitaciones anuales, en promedio. El suelo predominante es de tipo argiudol, con abundante materia orgánica y textura franco-limosa. La cobertura del sistema de cloacas y agua potable es de 100% en el área urbana y de 35% a 55% en el área periurbana, mientras que en el sector rural es prácticamente nula. La cantidad y calidad de los servicios de salud en la población periurbana y rural son insuficientes y se concentra en los hospitales públicos.

La localidad de Verónica es cabecera del partido de Punta Indio y cuenta con 9 637 habitantes y 5 168 viviendas.¹⁴ Se encuentra a 90 km al sudeste de la ciudad de La Plata. La principal fuente de actividad laboral para los pobladores de esta localidad es la Base Aeronaval Punta Indio.

El partido de Brandsen se ubica a 75 km al sur de la ciudad de Buenos Aires y a 40 km de La Plata, con una población de 26 352 habitantes,¹⁴ distribuidos en 10 790 viviendas, cuyas tres cuartas partes residen en el centro urbano, una minoría (3%) en barrios periféricos, y el resto en áreas rurales. En esta localidad, la actividad agropecuaria fue desplazada por las actividades industriales y de servicios. En la actualidad, y desde hace dos décadas, el empleo se concentra en el sector terciario, seguido por los sectores secundario y primario.

El partido de Lincoln se ubica al noroeste de la provincia de Buenos Aires, con un total de 42 505 habitantes y 18 151 viviendas.¹⁴ En su superficie (5 781.54 km² de la llanura pampeana),

el clima es templado pampeano. La principal actividad del área es la agropecuaria y tambera.

La provincia de Misiones está situada en la región mesopotámica, al noreste de la República Argentina. El área, desde el punto de vista biogeográfico, pertenece al distrito de los Bosques Mixtos en la provincia fitogeográfica Paranaense.¹⁵ Se caracteriza por su variabilidad étnico-cultural, como resultado de la confluencia de comunidades Mbya-guaraní y por corrientes colonizadoras de descendientes de inmigrantes de países europeos, asiáticos y limítrofes.¹⁶⁻¹⁸ El clima de la provincia es subtropical sin estación seca marcada, cálido y húmedo. Las precipitaciones fluctúan entre 1 600 y 2 000 mm anuales.

El municipio de Aristóbulo del Valle está ubicado en el departamento de Cainguaús, el cual cuenta con una población de 53 267 habitantes.¹⁴ Tiene una localización central dentro de la provincia, y llega a una altura de 475 m con algunas pendientes más pronunciadas.

Las familias de colonos que viven en la zona rural desarrollan una actividad agrícola-ganadera a pequeña escala. Otra parte de esta población inmigrante radicada en el centro urbano del municipio realiza acopio de productos agrícolas. En esta zona, la mayoría de las viviendas están construidas en chapa y madera, la eliminación de excretas es a través de letrinas y el agua de consumo de vertiente, pozo o aljibe.¹⁹

Para facilitar el análisis de los datos, las poblaciones se agruparon según su ubicación en áreas urbanas, periurbanas y rurales. El área urbana quedó demarcada por la cuadrícula urbana de las ciudades, la periurbana por los barrios que la circundan, y la rural por la presencia de hasta una vivienda por manzana y la evidencia de trabajo rural en el sector. De este modo, en la provincia de Buenos Aires se analizó la población urbana (BAU), la periurbana (BAP) y la rural (BAR), al igual que en la provincia de Misiones (MIU, MIP, MIR).

Análisis socioambiental

Se realizó una encuesta a los jefes de hogar y se entregaron frascos para obtener muestras seriadas de materia fecal de los menores de 15 años. Las en-



Figura 1. Ubicación geográfica del área de muestreo.

cuestas indagaron sobre las condiciones socioambientales de las viviendas y las familias: materiales de construcción (paredes, techo y piso), servicios (agua de consumo, eliminación de residuos, disposición de excretas). Se interrogó además sobre el nivel educativo y la actividad laboral de los padres.²⁰

Análisis parasitológico

Las muestras fecales se tomaron diariamente durante cinco días y se sometieron a análisis coproparásitológicos en busca de geohelminos y pseudo-geohelminos. Para el diagnóstico se utilizaron técnicas de sedimentación (Ritchie y Charles Barthelemy) y flotación (Fülleborn, Willis y Sheather).^{21,22}

Se analizó la asociación estadística entre las características ambientales (variables independientes) y las parasitosis detectadas (variables dependientes) mediante la prueba de *chi* al cuadrado con corrección de Yates (nivel de significación: $p < 0.05$ o $p < 0.01$) y, en caso de observaciones menores de 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Todos los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico Epi Info 2002.²³

Aspectos éticos

Las investigaciones llevadas a cabo sobre los niños se ajustaron a lo establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las normas éticas instituidas por el Código de Nüremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki de 1964, y sus sucesivas enmiendas, atendiendo especialmente a lo normado por la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales.

Resultados

Se conformó una muestra total de 1 893 niños, integrada por 878 niños de

Tabla 1. Características demográficas y socioambientales en las poblaciones estudiadas en las áreas urbanas, periurbanas y rurales de las provincias de Buenos Aires (BAU, BAP, BAR) y Misiones (MIU, MIP, MIR), Argentina.

Características	BAU (n = 262)		BAP (n = 360)		BAR (n = 256)		MIU (n = 227)		MIP (n = 317)		MIR (n = 471)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sexo												
Mujeres	125	47.7	178	49.4	125	48.8	125	55.1	169	53.3	248	52.7
Hombres	137	52.3	182	50.6	131	51.2	102	44.9	148	46.7	223	47.3
Edad (años)												
0-4	129	49.2	182	50.5	108	42.2	37	16.3	44	13.9	52	11.04
5-9	105	40.1	137	38.1	116	45.3	123	54.2	167	52.7	251	53.3
10-14	28	10.7	41	11.4	32	12.5	67	29.5	106	33.4	168	35.7
Materiales de la vivienda												
Precarios (chapa, madera)	62	23.6	95	26.4	110	42.9	131	57.7	265	83.6	388	82.4
Ladrillos	200	76.7	265	73.6	146	57.0	96	42.3	52	16.4	83	17.6
Piso de la vivienda												
Tierra	52	19.8	85	23.6	75	29.2	16	7.0	19	6.0	27	5.7
Cemento u otros	210	80.1	275	76.4	181	70.7	211	93.0	298	94.0	444	94.3
Eliminación de excretas												
Cielo abierto	31	12.2	17	4.7	7	2.8	18	7.9	34	10.7	56	11.9
Letrina	8	3.0	59	16.4	103	40.2	114	50.2	181	57.1	320	67.9
Pozo ciego	85	32.4	216	60.0	136	53.1	95	41.9	102	32.2	95	20.2
Cloacas	138	52.6	68	18.9	10	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Agua												
Río o vertiente	31	11.8	21	5.8	2	0.8	29	12.8	22	6.9	152	32.3
Bomba	11	4.1	106	29.4	222	86.7	36	15.9	17	5.4	262	55.6
Canilla pública	7	2.6	23	6.4	4	1.5	21	9.3	110	34.7	20	4.2
Red de agua corriente	213	81.2	210	58.3	28	10.9	141	62.1	168	53.0	37	7.9
Eliminación de residuos												
Cielo abierto, quema o enterramiento	44	16.7	92	25.5	127	49.6	91	40.1	153	48.3	451	95.7
Recolección municipal	218	83.3	268	74.4	129	50.4	136	59.9	164	51.7	20	4.3
Contacto con animales												
Sí	101	38.4	287	79.7	212	82.7	182	80.2	260	82.0	432	91.7
No	161	61.6	73	20.3	44	17.3	45	19.8	57	18.0	39	8.3
Actividad laboral madre												
Desempleada o ama de casa	148	56.4	326	90.6	125	49.0	160	70.5	215	67.8	298	63.3
Temporaria	5	2.0	9	2.5	2	0.8	12	5.3	34	10.7	71	15.1
Estable o independiente	109	41.6	25	6.9	129	50.2	55	24.2	68	21.5	102	21.7
Actividad laboral padre												
Desempleado	118	45.0	221	61.4	50	19.5	74	32.6	57	18.0	67	14.2
Temporario	12	4.6	10	2.8	9	3.5	50	22.0	138	43.5	153	32.5
Estable o independiente	132	50.4	129	35.8	197	77.0	103	45.4	122	38.5	251	53.3
Nivel educacional madre												
Analfabeta-Primario incompleto	110	42.0	243	67.5	100	39.1	121	53.3	166	52.4	234	49.7
Primario completo	44	16.8	67	18.6	121	47.2	60	26.4	132	41.6	199	42.3
Secundario o mayor	108	41.2	50	13.9	35	13.7	46	20.3	19	5.9	38	8.1
Nivel educacional padre												
Analfabeto-Primario incompleto	121	46.1	252	70.0	104	40.7	110	48.5	191	60.3	268	56.9
Primario completo	61	23.3	68	18.9	132	51.6	73	32.2	111	35.0	181	38.4
Secundario o mayor	80	30.5	40	11.1	20	8.1	44	19.4	15	4.7	22	4.7

Buenos Aires y 1 015 de Misiones, distribuidos de la siguiente manera: 262 en BAU, 360 en BAP, 256 en BAR, 227 en MIU, 317 en MIP y 471 en MIR (Tabla 1). La distribución por sexos fue de 450 varones (51.2%) y 428 mujeres (48.8%) en Buenos Aires y 473 varones (46.6%) y 542 mujeres (53.4%) en Misiones.

En lo que se refiere a las variables socioambientales, se observó que en la

mayoría de las viviendas de Buenos Aires predomina la construcción de mampostería de ladrillos, a diferencia de lo observado en la provincia de Misiones (madera, chapa). Los pisos de las viviendas fueron generalmente de cemento u otros materiales concretos en ambas provincias (Tabla 1).

Los sistemas empleados en la eliminación de excretas en Buenos Aires

fueron: en BAR, pozo ciego y letrina; en BAP, pozo ciego, y en BAU, cloacas. En Misiones no hay sistema de red cloacal y prevaleció el uso de letrinas (Tabla 1).

La obtención del agua para consumo en ambas provincias es más frecuente a partir de la red de agua potable, a excepción de las zonas rurales, donde el agua de bomba es la más utilizada. En Buenos Aires, la mayor parte de la po-

Tabla 2. Frecuencias absoluta y relativa (%) de geohelmintos y seudogeohelmintos.

Especie	BAU (n = 262)		BAP (n = 360)		BAR (n = 256)		MIL (n = 227)		MIP (n = 317)		MIR (n = 471)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Ascaris lumbricoides</i>	2	0.8	15	4.2	0	0	0	0	21	6.6	5	1.1
<i>Trichuris trichiura</i>	0	0	12	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancylostomídeos	0	0	0	0	0	0	17	7.5	45	14.2	102	21.6
<i>Strongyloides stercoralis</i>	0	0	0	0	0	0	16	7.0	70	22.1	27	5.7
<i>Hymenolepis nana</i>	5	1.9	14	3.9	11	4.3	10	4.4	30	9.5	11	2.3
TOTAL	6	2.3	31	8.6	11	4.3	32	14.1	108	34.1	120	25.5

blación cuenta con servicio de recolección de residuos, salvo en BAR, donde se practica la quema, tirado a cielo abierto o enterrado de la basura en casi el 50% de los sitios relevados. En Misiones, esta última práctica se realiza en casi la totalidad de los encuestados del área rural, mientras que, en MIU y MIP esta práctica y el servicio de recolección alcanzan valores similares. La convivencia con animales es muy frecuente en todas las poblaciones estudiadas, salvo en BAU (Tabla 1).

En la provincia de Buenos Aires es más frecuente que los padres desarrollen alguna actividad laboral fuera del hogar, en BAU y BAR, y en la provincia de Misiones las madres son amas de casa en su mayoría. Los padres de las áreas urbanas de ambas provincias tienen trabajos más estables que en los sectores periurbanos, mientras que, en las áreas rurales, son en su mayoría agricultores. El nivel de instrucción de los padres fue superior en la provincia de Buenos Aires que en Misiones, con valores inferiores en las poblaciones periurbanas de ambas provincias (Tabla 1).

Del total de muestras fecales analizadas (n = 1 893), el 5.5% (48) resultó positiva para al menos una de las especies parasitarias en la provincia de Buenos Aires, y el 25.6% (260) en la provincia de Misiones. La Tabla 2 muestra la composición, las frecuencias abso-

lutas y relativas (%) de especies en las dos provincias. En las tres áreas estudiadas en Buenos Aires la prevalencia de geohelmintos se mantuvo baja. El área periurbana de Misiones presentó la mayor frecuencia de parasitosis total (34.1%) respecto del resto de las áreas estudiadas (BAU: 2.3%, BAR: 4.3%, BAP: 8.6%, MIU: 14.1%, MIR: 25.5%). La mayor prevalencia correspondió a *Strongyloides stercoralis* (22.1% en MIP) y Ancylostomídeos (21.6% en MIR). Respecto de *Ascaris lumbricoides*, fue más prevalente en el área periurbana de Misiones, mientras que *Trichuris trichiura* sólo se observó en el área periurbana de Buenos Aires. *Hymenolepis nana* fue el único parásito que estuvo presente en todas las poblaciones analizadas, pero mantuvo bajas prevalencias.

La Figura 2 muestra la prevalencia total de parasitados y la distribución de especies por rango de edad, observándose que en Buenos Aires la prevalencia total de parasitados y de *H. nana* aumentó significativamente con la edad de los niños analizados (p < 0.05). Asimismo, en Misiones, la prevalencia total de parasitados, por Ancylostomídeos y por *S. stercoralis* aumentó significativamente a edades mayores (p < 0.01).

Del total de muestras positivas en cada área analizada, el 16.6% (BAU), el 32.2% (BAP), el 19.9% (MIR), el 31.3% (MIU) y el 45.4% (MIP) presentaron más

de una especie de helminto, con diferencias en cuanto a la composición y distribución de las especies parasitarias (Figura 3). Si bien las especies coinfectantes en Buenos Aires fueron *H. nana*, *T. trichiura* y *A. lumbricoides*, en Misiones fueron *H. nana*, *A. lumbricoides*, Ancylostomídeos y *S. stercoralis*.

Se halló una asociación significativa entre la presencia de *A. lumbricoides* e *H. nana* en BAU y BAP (p < 0.01); entre *S. stercoralis* y Ancylostomídeos en MIR, MIP y MIU (p < 0.01), así como entre *H. nana* y *S. stercoralis* y entre *H. nana* y Ancylostomídeos en MIU (p < 0.05). Al comparar la prevalencia de parasitosis por especie en las dos provincias estudiadas, se encontraron diferencias significativas en todas las especies (p < 0.01).

La Tabla 3 muestra la asociación entre la prevalencia total de niños parasitados y las variables socioambientales en cada área relevada. Las áreas periurbanas de ambas provincias y la rural de Misiones fueron las que mostraron mayor asociación con los factores de riesgo considerados.

Se observó que en BAP las prevalencias de *A. lumbricoides*, *T. trichiura* e *H. nana* se asociaron con viviendas precarias, mala eliminación de excretas, falta de recolección de residuos (p < 0.01) y, particularmente *A. lumbricoides* y *T. trichiura*, con el piso de tierra en algún ambiente (p < 0.01). Además, en

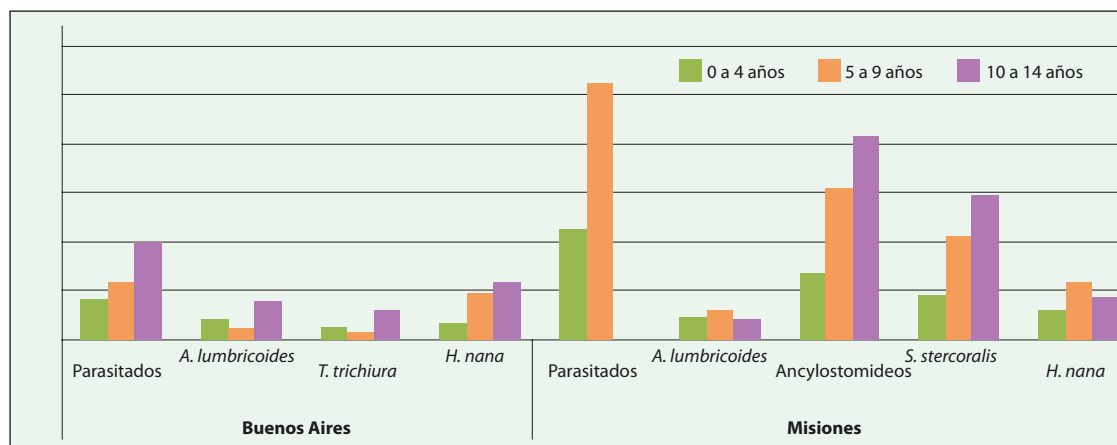
**Figura 2.** Distribución de geohelmintos y seudogeohelmintos por rangos de edad en los niños parasitados en las provincias de Buenos Aires y Misiones, Argentina.

Tabla 3. Asociaciones entre niños parasitados y variables socioambientales.

Variables	BAU (n = 262)		BAP (n = 360)		BAR (n = 256)		MIU (n = 227)		MIP (n = 317)		MIR (n = 471)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Viviendas precarias (chapa, madera y otros)	1	0.4	21	5.8**	6	2.3	21	9.2	103	32.5**	112	23.7**
Piso de tierra	3	1.1	17	4.7**	3	1.2	2	0.8	5	1.5	4	0.8
Eliminación de excretas a cielo abierto o letrinas	0	0	23	6.4**	0	0	20	8.8	98	31**	114	24.2**
Agua de vertiente, bomba	0	0	25	34.7**	10	4	16	7.0	72	22.7**	118	25**
Residuos tirados a cielo abierto, quema o enterramiento	0	0	25	34.7**	3	1.2	22	9.7**	79	25**	120	25.4**
Madre desempleada o ama de casa	4	1.5	23	6.4**	3	1.2	27	11.8	84	26.4**	83	17.6
Madre analfabeta-primario incompleto	4	1.5	19	5.3	6	2.3	23	10.1*	71	22.4**	79	16.7**
Padre analfabeta-primario incompleto	4	1.5	19	5.3	8	3.1*	18	7.9	75	23.6*	92	19.5**

* Diferencia significativa entre infestados y no infestados en esa localidad, según la prueba de *chi* al cuadrado ($p < 0.05$).

** Diferencia significativa entre infestados y no infestados en esa localidad, según la prueba de *chi* al cuadrado ($p < 0.01$).

esta área el uso de bomba de agua se vinculó con la presencia de *A. lumbricoides* e *H. nana* ($p < 0.05$). En MIU, *H. nana* también se relacionó con el uso de agua de bomba ($p < 0.05$). En MIP, todas las especies analizadas mostraron asociación con viviendas precarias, mala eliminación de excretas y uso de bomba ($p < 0.05$). El bajo nivel de instrucción de los padres se asoció con Ancylostomídeos, *S. stercoralis* e *H. nana* ($p < 0.05$). En MIR, los Ancylostomídeos se asociaron con todas las condiciones de riesgo mencionadas ($p < 0.01$) y *S. stercoralis* con la mala eliminación de excretas y el bajo nivel educativo de los padres ($p < 0.05$).

Discusión

El análisis de las variables socioambientales muestra que la mayoría de las familias relevadas en Buenos Aires contaban con mejor acceso a los servicios sanitarios y de infraestructura, así como también un mayor nivel de instrucción y trabajo más estable de los padres. Indudablemente, las mejores condiciones sanitarias y socioeconómicas en que crecen los niños de estas familias determinaron que la prevalencia total de parasitados y por especie sean más

bajas en comparación con los niños de Misiones. Al respecto, Naish y col. hallaron altas prevalencias de infección por geohelminths y en especial por *A. lumbricoides* en escolares de una aldea de pescadores al sur de India, donde la defecación alrededor de las viviendas, el bajo nivel educativo y la ocupación de los padres representaron las variables más significativas.¹

Los resultados parasitológicos del presente estudio indican que la prevalencia de geohelminths y pseudogeohelminths fueron mayores en la provincia de Misiones respecto de Buenos Aires (25.6% frente a 5.5%) y la composición específica fue diferente, hallándose sólo Ancylostomídeos y *S. stercoralis* en Misiones, y *T. trichiura* sólo en Buenos Aires. En este sentido, estudios previos en poblaciones aborígenes de Misiones indicaron prevalencias superiores al 70%. Probablemente estos resultados respondan a condiciones de extrema pobreza y a prácticas culturales propias de las poblaciones que favorecen la transmisión de las geohelminthiasis.^{6,10,13}

Al comparar la frecuencia de geohelminths por áreas, en Buenos Aires se observó un descenso respecto de lo

informado previamente por Gamboa y col. (5.7% vs. 2.3% en BAU, y 35% vs. 8.6% en BAP). No obstante, BAP presentó coincidentemente la mayor prevalencia de geohelminths.¹³ Lo mismo sucedió con la prevalencia por especie en cada zona. Así, *A. lumbricoides* pasó de 4.2% a 2.3% en BAU ($p < 0.05$) y de 21.6% a 4.2% en BAP ($p < 0.01$). La prevalencia de *T. trichiura* también descendió (10% vs. 3.3% en BAP). *H. nana* no mostró diferencias significativas con el relevamiento anterior en BAU, pero sí en BAP, donde descendió de 17.5% a 3.9% en el actual trabajo ($p < 0.01$).¹³ Asimismo, en esta provincia, Zonta y col. señalaron una mayor concentración de niños parasitados en el sector periurbano de Brandsen, lo cual sugiere el impacto negativo de la urbanización cuando no es acompañado de los servicios de infraestructura adecuados.²⁴ Estos valores son coincidentes con otros trabajos realizados recientemente en áreas cercanas.²⁵⁻²⁶

La diferente composición y las bajas prevalencias parasitarias observadas en esta provincia probablemente obedezcan a la diferencia en las pautas culturales, el acceso a instalaciones sanitarias y la educación para la salud, que son determinantes de la distribución parasitaria en cada población.

Por otra parte, en la provincia de Misiones, el sector periurbano presentó la mayor prevalencia de niños parasitados y de especies parásitas, con excepción de Ancylostomídeos, que fueron más frecuentes en el área rural. Navone y col. hallaron valores similares en esta provincia.¹⁰ Las deficiencias en los servicios sanitarios y el bajo nivel de instrucción y ocupación de los padres se constituyeron en factores determinantes.

Respecto de la asociación entre parasitados y edad en ambas provincias, lo observado concuerda con trabajos previos.^{10,20,27} A mayor edad, la prevalencia de geohelminths aumentó. Asimismo, Zonta y col.⁶ indicaron que los Ancylostomídeos fueron más frecuen-

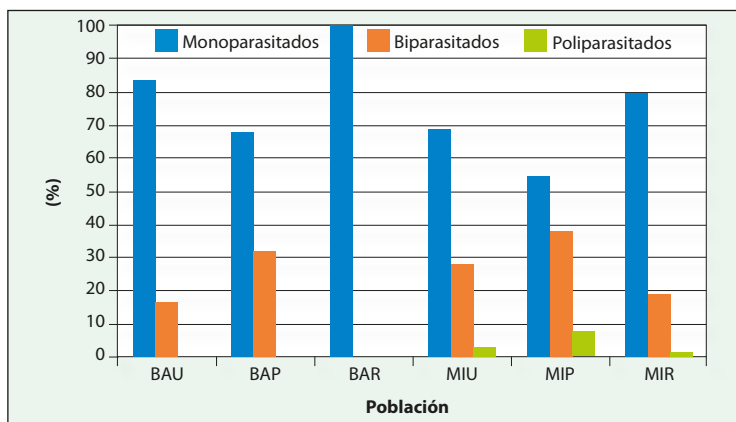


Figura 3. Distribución de individuos monoparasitados, biparasitados y poliparasitados en las áreas urbanas, periurbanas y rurales de las provincias de Buenos Aires (BAU, BAP, BAR) y Misiones (MIU, MIP, MIR), Argentina.

tes en los mayores de 10 años, mientras que otros autores observaron que la intensidad de infección es mayor durante la infancia y en mujeres en edad reproductiva.²⁸⁻³⁰

En la provincia de Buenos Aires no se identificaron Ancylostomídeos ni *S. stercoralis*, mientras que en Misiones no hubo casos de *T. trichiura*. Este contraste en la distribución de las especies en diferentes ambientes podría ser explicado por las condiciones de humedad y temperatura, así como por las características edafológicas del sustrato en el cual huevos y larvas se desarrollan y transmiten. Trabajos previos en la provincia de Misiones también indican que las frecuencias de Ancylostomídeos y *S. stercoralis* fueron elevadas. El clima cálido y húmedo de Misiones y el suelo franco-arcilloso, fuertemente ácido, bien drenado, con abundante materia orgánica, oxígeno y bacterias en el estrato superior, provee un ambiente adecuado para la supervivencia de huevos y larvas de parásitos y permite la propagación de estas formas resistentes a través de grandes extensiones.^{6,10,31} Los huevos de Ancylostomídeos y *S. stercoralis* pasan en una semana al estadio de larvas filariformes termotáctiles. Estas realizan movimientos verticales entre las partículas del suelo y la vegetación baja, donde pueden ponerse en contacto con los hospedadores. Sin embargo, son vulnerables a la desecación y se ven obligadas a emigrar hacia arriba y abajo.³²⁻³⁴

Por otra parte, la ausencia de *T. trichiura* y la escasa prevalencia con la que fue hallado previamente en esta provincia por Navone y col. podría explicarse por las abundantes precipitaciones, que provocan la infiltración de los huevos hacia mayores profundidades como resultado de la dinámica fluvial y alto nivel de drenado en estas áreas.^{10,19} En contraste, en la provincia de Buenos Aires, el clima templado y el suelo de textura franco-limoso, favorecen la presencia de este parásito.^{13,24}

Los huevos de *Hymenolepis* spp son liberados al ambiente en estado infectivo y su detección en humanos está generalmente favorecida por condiciones de hacinamiento y falta de higiene, lo cual explicaría su presencia en todas las áreas estudiadas.¹³

En BAR, sólo se observaron niños monoparasitados por el seudogeohelmintho *H. nana* (4.3%). En BAU y en BAP, los casos de monoparasitismo disminuyeron progresivamente y aumentaron los de biparasitismo. En esta provincia no hubo poliparasitados, a diferencia de Misiones, donde en el sector periurbano hubo mayor frecuencia de biparasitados y poliparasitados, y en el rural prevalecieron los casos de monoparasitismo. En Misiones, la asociación más frecuente se presentó entre *S. stercoralis* y Ancylostomídeos. Fleming y col. indicaron en una comunidad rural de Brasil que la asociación entre estas dos especies podría estar favorecida por las deficientes condiciones sanitarias y de hi-

giene, así como por prácticas culturales y características ambientales que contribuyen a la infección y transmisión entre los habitantes.³⁵

Cuando se compararon los porcentajes de niños parasitados con las variables socioambientales se observaron asociaciones estadísticas significativas entre condiciones precarias en las viviendas, la eliminación de las excretas, la obtención del agua de consumo y la eliminación de los residuos domésticos, sobre todo en MIP y MIR, y en BAP. Estos resultados son coincidentes con los más recientes observados por Gamboa y col. en poblaciones urbanas y suburbanas de la provincia de Buenos Aires.^{13,36}

Los geohelminthos constituyen los enteroparásitos que más se asocian con la situación de vulnerabilidad social y ambiental. En 2011, Gamboa y col. evaluaron mediante un análisis estadístico multivariado la relación entre los factores socioambientales y los parásitos intestinales en un área marginal de Buenos Aires. En ese trabajo, los geohelminthos y seudogeohelminthos fueron las especies más relevantes en la asociación con la variable socioambiental originada en el análisis de componentes principales.³⁷

Finalmente, son necesarias más investigaciones para aportar al reconocimiento y dilucidación de las condiciones que afectan la salud de las poblaciones y contribuir a pensar estrategias para su manejo, optimizando el intercambio de conocimientos y experiencias entre los diferentes sectores.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Bibliografía

1. Naish S, McCarthy J, Williams GM. Prevalence, intensity and risk factors for soil-transmitted helminth in a South Indian fishing village. *Acta Trópica* 91:177-187, 2004.
2. Traub RJ, Robertson ID, Irwin P, Mencke N, Thompson RCA. The prevalence, intensities and risk factors associated with geohelminth infection in tea-growing communities of Assam, India. *Trop Med Int Health* 9(6):688-701, 2004.
3. World Health Organization. Deworming for health and development. Report of the third global meeting of the partners for parasite control. Geneva: World Health Organization (WHO), 2005.
4. Bethony J, Brooker S, Albonico M y col. Soil transmitted infections: ascariasis, trichuriasis and hookworm. *Lancet* 367:1521-32, 2006.
5. Rivero Z, Maldonado A, Bracho A y col. Enteroparasitosis en indígenas de la comunidad Japrería, estado Zulia, Venezuela. *Interciencia* 32(4):270-273, 2007.
6. Zonta ML, Oyhenart EE, Navone GT. Nutritional status, body composition, and intestinal parasitism among the Mbyá-Guaraní communities of Misiones, Argentina. *Am J Hum Biol* 22:193-200, 2010.
7. Córdoba A, Ciarmela L, Pezzani B y col. Presencia de parásitos intestinales en paseos públicos urbanos en La Plata, Argentina. *Parasitol Latinoam* 57(1-2):25-9, 2002.
8. Madrid V, Lechner L, Amalfitano G, Denegri G, Sardella N, Hollmann P. Relevamiento parasitológico en areneros de jardines de infantes dependientes del Municipio de Gral. Pueyrredón. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 1:85, 2003.
9. Milano A, Oscherov E. Contaminación de aceras con enteroparásitos caninos en Corrientes, Argentina. *Parasitol Latinoam* 60:82-5, 2005.
10. Navone GT, Gamboa MI, Oyhenart E, Orden B. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbya-Guaraní de la Provincia de Misiones. Aspectos epidemiológicos y nutricionales. *Cad Saude Pública* 22:109-118, 2006.
11. Radman NE, Archelli SM, Burgos L, Fonrouge RD, Guardis MV. *Toxocara canis* en caninos. Prevalencia en la ciudad de La Plata. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* 40(1):41-4, 2006.

12. Gamboa MI. Effects of temperature and humidity on the development of the eggs of *Toxocara canis* in laboratory conditions. *J Helminthol* 79(4):327-31, 2005.
13. Gamboa MI, Kozubsky LE, Costas ME y col. Asociación entre geohelminthos y condiciones socioambientales en diferentes poblaciones humanas de Argentina. *Rev Pan Salud Publ* 26:1-8, 2009.
14. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Disponible en <http://www.censo2010.indec.gov.ar>.
15. Cabrera AL. Fitogeografía de la República Argentina. *Boletín de la Sociedad Argentina de Botánica* 14:1-42, 1971.
16. Bolsi ASC. Historia del poblamiento en Misiones. Inmigración a Oberá entre 1928 y 1975. Nota editorial Ernesto JA. Maeder. Instituto de Investigaciones Geohistóricas-Conicet-Fundador. Corrientes, pp. 48, 1979.
17. Fraga de Blüthgen L. Historia de Aristóbulo del Valle. Ediciones Montoya. Argentina, pp. 91, 1988.
18. Schiavoni G. 1998. Colonos y ocupantes. Parentesco, reciprocidad y diferenciación social en la frontera agraria de Misiones. Posadas, Argentina: Editorial Universitaria, Universidad Nacional de Misiones.
19. Zonta ML. Crecimiento, estado nutricional y enteroparasitosis en poblaciones aborígenes y cosmopolitas: los Mbyá guaraní en el valle del arroyo Cuña Pirú y poblaciones aledañas (Misiones). Tesis Doctoral. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_documento5ARG-UNLP-TPG-000000_0598, 2010.
20. Gamboa MI, Basualdo JA, Córdoba MA, Pezzani BC, Minvielle MC, Lahitte HB. Distribution of intestinal parasitoses in relation to environmental and sociocultural parameters in La Plata, Argentina. *J Helminthol* 77:15-20, 2003.
21. World Health Organization. Basic laboratory methods in medical parasitology. Geneva: WHO, 1991.
22. Becerril Flores MA, Romero Cabello R. Parasitología médica: de las moléculas a la enfermedad. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2004.

El Síndrome de *Burnout* en Profesores Universitarios de los Sectores Público y Privado



Zamanda Correa-Correa

Profesor de planta tiempo completo, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

Resumen

Objetivos: Analizar la relación entre *burnout* y una serie de variables sociodemográficas, causas y consecuencias del síndrome, en profesores universitarios de los sectores público y privado de la ciudad de Popayán. **Métodos:** La población pertenece a los sectores público y privado, tanto de sexo masculino como femenino, con edades entre los 20 y los 60 años. Se evaluaron con el Cuestionario Breve de *Burnout*, validado para Latinoamérica y para profesores. Es un estudio cuantitativo transversal; para analizar los datos se utilizan estadísticas descriptivas y la prueba de *chi* cuadrado, se aceptaron niveles de significación estadística de $p < 0.05$. El análisis es univariado y bivariado. **Resultados:** Los resultados indican una baja presencia del síndrome de *burnout* en esta población. Se encuentra una frecuencia del 9% de alta despersonalización en el sector privado y del 12% en el sector público, es decir que estos docentes han desarrollado insensibilidad hacia los receptores de sus servicios, y frecuencias del 16% y del 10% de altas consecuencias físicas y del 9% y 10% de altas consecuencias sociales, en los sectores privado y público, respectivamente. El análisis bivariado demuestra la asociación significativa de diversos factores. **Conclusión:** Existe una baja presencia de síndrome de *burnout* en esta población. Las variables que están altamente asociadas con la dimensión despersonalización y las consecuencias físicas y sociales, tanto en el sector público como el privado son: número de horas que se labora en la semana y tiempo que se lleva en la universidad y en el mismo cargo. Sólo en el sector público, en un mínimo porcentaje, los profesores presentaron antecedentes del síndrome y consecuencias psicológicas.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between *burnout* and a number of sociodemographic variables, the causes and consequences of the syndrome, in university professors in the public and private sectors of the city of Popayan. **Methods:** The population, both male and female, belongs to both the public and private sectors and is aged between 20 and 60. For evaluation purposes, the Brief Questionnaire of *Burnout*, validated for Latin America and for teachers, was used in a cross-sectional study. Descriptive statistics and chi-square test were used for data analysis. A statistical significance level of $p < 0.05$ was accepted for both univariate and bivariate analysis. **Results:** The results indicate low *burnout* syndrome frequency in the study population, with a frequency of 9% of high depersonalization in the private sector and 12% in the public sector, i.e., these teachers developed a degree of insensitivity to those receiving their services, and 16% and 10% frequencies for high physical consequences, and 9% and 10% frequencies for high social impact in private and public sectors, respectively. Bivariate analysis revealed a significant association of several factors. **Conclusions:** The results indicated low *burnout* syndrome frequency in this population. The variables that are highly associated with depersonalization and its physical and social consequences, in both public and private sectors, are: number of working hours per week, and time spent at college and in the same position. It was only in the public sector that a minimum percentage of teachers had a history of the syndrome and the psychological consequences.

Introducción

En los últimos años, conceptos como globalización, impacto en la economía, privatización de empresas, avances tecnológicos acelerados, flexibilización laboral, etcétera, han dado paso a nuevas formas de concebir el desarrollo económico,¹⁻³ generando cambios en las estructuras organizacionales y ocupacionales, trayendo consecuencias favorables y desfavorables y contribuyendo a las desigualdades presentes en el campo laboral, concretamente en el bienestar psicosocial de los trabajadores.⁴

El síndrome de *burnout* o "síndrome de estar quemado" por el trabajo es una entidad derivada de la interacción del individuo con determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo que puede aparecer cuando no se protege adecuadamente al trabajador o no se adapta el trabajo a la persona. Se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda o de servicios hu-

manitarios, por las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer, que producen una vivencia de fracaso personal después de otorgar al trabajo una carga emocional excesiva. El *burnout* se caracteriza por un agotamiento emocional extremo, la despersonalización en el trato con las personas y la ausencia de realización personal en el trabajo.⁵

Pines, Arosón y Kafry definen el síndrome de *burnout* como un estado de agotamiento físico, emocional y mental a consecuencia de la sobreimplicación laboral y de las demandas emocionales de trabajo.⁶ Fernández afirma que el síndrome de *burnout* se produce como consecuencia del estrés crónico y se caracteriza por "cansancio emocional", "despersonalización" y disminución del sentimiento de "realización profesional".⁷ Maslach y Jackson⁸ evalúan el síndrome de *burnout* como un proceso y lo definen como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización

personal, que puede presentarse entre individuos que trabajan con personas.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, este estudio retoma el modelo propuesto en 1988 por Leiter y Maslach, quienes consideran que los sentimientos de agotamiento emocional son el elemento central del síndrome, y de estos se desencadenan la despersonalización y posteriormente la baja satisfacción laboral.⁶⁻⁸

Estudios sobre *burnout* llevados a cabo en el sector educación, como el realizado por Vilorio y Paredes,⁹ han demostrado que el profesorado parece ser especialmente vulnerable a este problema, debido a la presión a la que los profesores se ven sometidos por intentar responder a la diversidad de demandas, al tener que exigirse cada vez más a sí mismos y presentar cada vez más sintomatología asociada con este síndrome, por lo que son cada vez más frecuentes las licencias por estrés, el ausentismo, la depresión y el agotamiento.

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

En el Cauca se han realizado investigaciones con trabajadores del área asistencial que pertenecen al sector salud y en fisioterapeutas del municipio de Popayán; no se conocen datos sobre la presencia del síndrome en el personal docente universitario.¹⁰

En el presente estudio se evalúa y compara el síndrome de desgaste profesional o *burnout* en los profesores de una universidad pública y dos universidades privadas de Popayán, en los años 2008 y 2012, a través de las diferentes fases del proceso, sin centrarse exclusivamente en el síndrome, sino incluyendo elementos antecedentes y consecuentes, utilizando el CBB o Cuestionario Breve de *Burnout*.¹¹

El CBB considera procesos de tipo cognitivo implicados en el *burnout*, consistentes en la pérdida de expectativas y del contexto justificativo del propio trabajo, así como aspectos conductuales como la implicación laboral personal. Este enfoque multiprocesal permite una aproximación más compleja y real al problema del desgaste profesional.

Métodos

Participantes

En la primera fase del estudio participaron 44 profesores (52% mujeres) de las dos universidades privadas de Popayán, con una media de edad de 35 años (DT = 8.1), la mayoría con pareja habitual (86%) y con estudios de posgrado (98%). Con una experiencia laboral de 6 a 10 años (41%) que, además, lleva de 1 a 5 años en la institución y en el mismo cargo (61%) y que trabajan entre 48-63 horas/semana (43%). La mayoría de los participantes (75%) dedica más de las tres cuartas partes de su jornada laboral a interactuar con los estudiantes. El 91% de los profesores manifestaron realizar actividades propias de su labor en su hogar. Se completa esta fase con toda la población.

En la segunda fase, de la población de 592 profesores de la universidad pública, participaron 233 profesores, una muestra con un intervalo de confianza (IC) del 95%, $\alpha = 5$ y $z = 1.959963985$, el 61% hombres, con una media de edad de 43 años (DT = 8.079), la mayoría con pareja habitual (79%) y con estudios de posgrado (94%). Con una experiencia laboral de más de 15 años (41%) y de 11 a 15 años (31%) y que, además, lleva de 6 a 10 años en la institución y en el mismo cargo (49%) y entre 11 y 15 años (31%) y que trabajan entre 32-47 horas/semana (63%). La mayoría de los participantes (54%) dedica más del 75% de su jornada laboral a interactuar con los estudiantes. El 91% de los profesores manifestaron realizar ac-

tividades propias de su labor en el hogar. Previo consentimiento informado, se tuvo como criterio de inclusión que el seleccionado perteneciera a la planta de la institución universitaria. Se excluyó a los profesores que estaban en situación de incapacidad/licencia, que no estuviesen dispuestos a completar el cuestionario y profesores de hora cátedra y ocasionales.

Procedimiento

Se aplicó la técnica de encuesta individual autodiligenciada, con el acompañamiento de un monitor en las universidades privadas y de estudiantes del programa de administración de empresas en la universidad pública. La recolección de información se realizó con el CBB, que consta de 21 ítems integrados en tres bloques teóricamente diferenciados.

El primer bloque del cuestionario CBB está constituido por los antecedentes del *burnout*: características de la tarea, tedio y organización. El segundo bloque integra los tres factores del síndrome recogidos en el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).⁹ Finalmente, en el tercer bloque, las consecuencias del *burnout*, atendiendo a las consecuencias físicas, las consecuencias sobre el clima familiar y el rendimiento laboral, aspectos todos ellos que han sido recogidos en la literatura sobre el tema.¹⁵ En todas las escalas el rango de respuesta es de 1 a 5.

La fiabilidad que presenta el cuestionario en la escala global del síndrome es de $\alpha = 0.7413$ (9 ítems), un índice aceptable. Los estudios psicométricos revelan que es un instrumento válido para la evaluación global del síndrome de *burnout*. Es importante señalar que al analizar su consistencia, muestra resultados similares al MBI.¹⁵

Se realizó un análisis descriptivo de medidas de tendencia central, frecuencias, prueba de *chi* al cuadrado para variables cualitativas y cuantitativas. Los resultados se consideraron significativos cuando el estadístico resultara menor que 0.05 ($p < 0.05$). Para los análisis estadísticos se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 15.0.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de los análisis de los datos recolectados en las dos fases del estudio.

Análisis antecedentes, síndrome de burnout y consecuentes

Este análisis permitió identificar los niveles alcanzados por los profesores, discriminando los que puntúan alto de los que puntúan bajo.

Respecto de los antecedentes del *burnout*, se encontró que la mayoría de los profesores de los sectores privado y público (91% y 95%, respectivamente) se encuentran a gusto con las tareas que realizan; hasta 36 (82%) de los profesores del sector privado tuvieron niveles negativos de organización, comportamiento similar que siguió el sector público, puesto que 198 profesores (94%) están a gusto con los aspectos funcionales de la organización. A diferencia del sector privado, los profesores del sector público presentan un porcentaje poco representativo (3%) de profesores que no están a gusto con el apoyo que le proporcionan el jefe inmediato y los compañeros de trabajo, así como con las relaciones personales, y un porcentaje muy mínimo (1%) de profesores con niveles positivos de tedio, es decir cuyo trabajo actual carece de interés.

En cuanto al síndrome, se encontraron diferencias en las dimensiones agotamiento y realización personal, dado que un número minoritario de profesores del sector público presentaron niveles positivos (1% y 3%, respectivamente). En general consideran que su trabajo ofrece escasos retos personales y están poco interesados por el desarrollo profesional. Sin embargo, la mayoría de los profesores (96% sector privado y 91% sector público), expresaron una realización personal elevada, según el CBB.

En la dimensión despersonalización se observa un comportamiento similar en los profesores de los dos sectores, dado que un total de 9% (privado) y 12% (público) presentaron niveles positivos de despersonalización, manifestando exigencias excesivas y comportamientos irritantes por parte de los usuarios, por lo que procuran despersonalizar las relaciones con ellos.

Respecto de los consecuentes de *burnout*, se encontró que un 34% de profesores del sector privado obtuvieron niveles positivos en los factores físicos; un comportamiento similar se observó en el sector público, donde se encontró un 37% de profesores con niveles positivos. Estos profesores consideran que el trabajo que realizan repercute en su salud personal, ya que manifiestan dolores de cabeza, insomnio, etcétera.

En cuanto a los factores sociales, no se observan diferencias significativas, dado que sólo el 9% de los profesores del sector privado tuvieron niveles positivos (nivel medio alto), similar al sector público (9%), aunque en este sector se presentó un total de dos profesores (1%) con nivel alto. Estos profesores consideran que el trabajo está afectando sus relaciones familiares y personales.

Tabla 1. Dimensiones de los antecedentes, síndrome de *burnout* y consecuencias en la población de profesores de los sectores público y privado de Popayán, Colombia.

Bloque evaluado	Dimensión	Categorías	Sector privado Puntaje		Sector público Puntaje	
			n	%	n	%
Antecedentes <i>burnout</i>	Características tarea	Bajo	19	43	113	49
		Medio Bajo	21	48	106	46
		Medio	4	9	14	6
	Organización	Bajo	17	39	72	40
		Medio Bajo	19	43	126	54
		Medio	8	18	27	12
	Tedio	Medio Alto	0	0	8	3
		Bajo	13	30	61	26
		Medio Bajo	26	59	145	62
		Medio	5	11	25	11
		Medio Alto	0	0	2	1
Síndrome <i>burnout</i>	Agotamiento	Bajo	12	27	64	28
		Medio Bajo	24	55	121	52
		Medio	8	18	46	20
		Medio Alto	0	0	2	1
	Despersonalización	Bajo	2	4	8	3
		Medio Bajo	17	39	92	40
		Medio	21	48	104	45
		Medio Alto	4	9	29	12
	Realización personal	Bajo	20	46	126	54
		Medio Bajo	22	50	86	37
		Medio	2	4	13	6
		Medio Alto	0	0	8	3
Consecuencias <i>burnout</i>	Físicas	Bajo	3	7	14	6,0
		Medio Bajo	9	20	54	23
		Medio	17	39	79	34
		Medio Alto	8	18	63	27
		Alto	7	16	23	10
	Sociales	Bajo	20	45	80	34
		Medio Bajo	6	14	79	34
		Medio	14	32	50	22
		Medio Alto	4	9	22	9
		Alto	0	0	2	1
	Psicológicas	Bajo	22	50	72	31
		Medio Bajo	13	30	83	36
		Medio	9	20	61	26
		Medio Alto	0	0	11	5
		Alto	0	0	6	3

A diferencia del sector privado, en el sector público se encontró un 8% de profesores con niveles positivos en los factores psicológicos, aduciendo que su menor rendimiento se debe a los problemas en su trabajo (Tabla 1 y Figura 1).

Correlación entre variables

En los profesores del sector público se realiza un cruce entre las variables del perfil sociodemográfico y ocupacional con las dimensiones que puntuaron medio-alto y alto, como son organización, tedio, agotamiento, despersonalización y realización personal. Mediante la prueba de *chi* cuadrado se encontró la dimensión despersonalización que se asocia significativamente ($p < 0.05$)

con la variable tiempo que lleva en la misma universidad, perteneciendo 17 profesores (7%) al grupo que lleva vinculado con la institución universitaria más de 10 años. De igual manera, se encontró una relación estadísticamente significativa entre esta dimensión y la variable horas laboradas en la semana; la mayoría de estos profesores (8%), laboran 48 horas a la semana.

En el sector privado, la única dimensión que obtuvo un puntaje medio alto fue despersonalización, y mediante la prueba de *chi* cuadrado se encontró que se asocia significativamente ($p < 0.05$) con la variable horas laboradas en la semana; la mayoría de estos profesores (9%) labora 48 horas a la semana (Tabla 2).

Al realizar un cruce entre las variables del perfil sociodemográfico y ocupacional con los consecuentes físicos, en el sector privado, la prueba de *chi* cuadrado mostró que existe una asociación significativa ($p < 0.05$), entre estos y las variables sexo y tiempo de experiencia, el 27% de los profesores de sexo masculino tenían una experiencia de 1 a 5 años (16%). A diferencia del sector público, la prueba de *chi* cuadrado mostró que existe una asociación significativa ($p < 0.05$) entre los consecuentes físicos y las variables vinculación laboral, tiempo que lleva en la misma universidad, tiempo que lleva en el mismo cargo y horas laboradas en la semana, la mayoría de los profesores vinculados son de tiempo completo, laboran 48 horas se-

manales (24%), están vinculados con la universidad y en el mismo cargo más de 10 años (22%) (Tabla 2).

Respecto de las consecuencias sociales del *burnout*, la prueba de *chi* cuadrado, puso de manifiesto en el sector privado que existe una asociación

significativa ($p < 0.05$) entre estas consecuencias y las variables sexo, tiempo que lleva en la misma universidad y tiempo que lleva en el mismo cargo; estos profesores son del sexo femenino y tienen una experiencia en la universidad de entre 6 y 10 años (7%). Es-

tos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos en el sector público, dado que la prueba de *chi* cuadrado, mostró que existe una asociación significativa ($p < 0.05$) entre estos consecuentes y las variables tiempo que lleva en la misma universidad y tiempo que

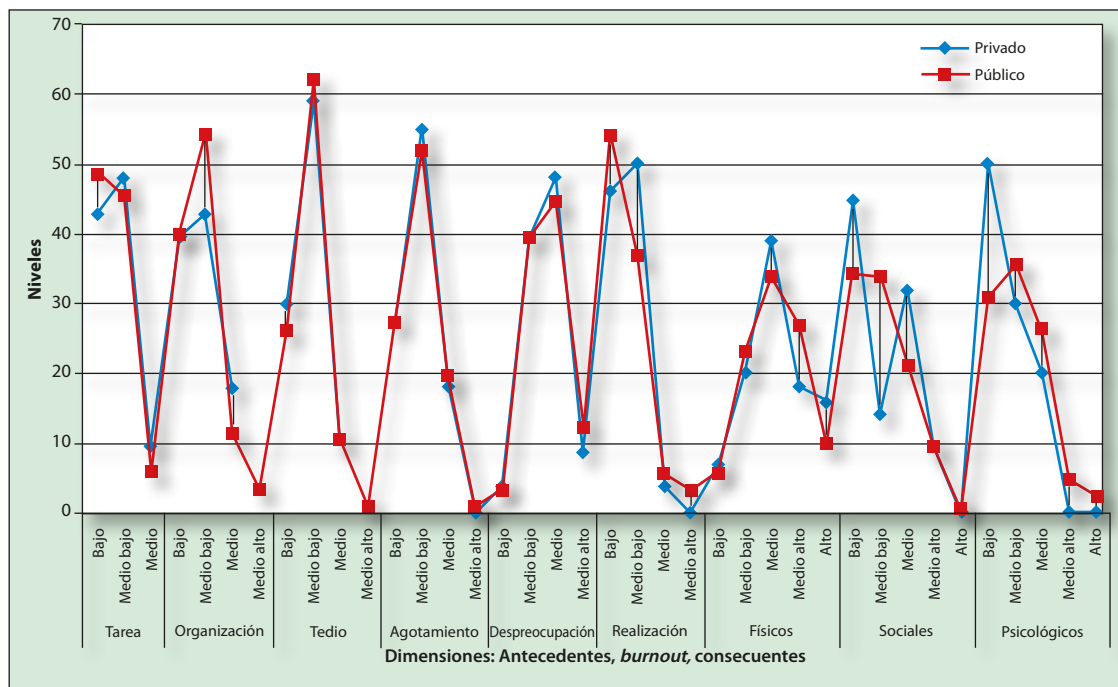


Figura 1. Comparación de dimensiones de los antecedentes, síndrome de *burnout* y consecuentes en la población de profesores de los sectores público y privado de Popayán, Colombia.

Tabla 2. Dimensiones evaluadas y significación observada según variables sociodemográficas y ocupacionales.

Variables	Categorías	Despersonalización						Físicos			Sociales		
		Público			Privado			Público			Privado		
		n	%	χ^2	n	%	χ^2	n	%	χ^2	n	%	χ^2
Grupos de edad	20-40	10	4	0.751	3	7	0.744	41	18	0.608	6	3	0.627
	41-65	19	8		1	2		45	19		18	8	
Sexo	Masculino	14	6	0.195	3	7		48	21	0.721	18	8	0.088
	Femenino	15	6		1	2		38	16		6	3	
Relaciones personales	Pareja habitual	19	8	0.250	3	7	0.475	65	28	0.775	21	9	0.524
	Sin pareja habitual	5	2		1	2		9	4		3	1	
	Sin pareja	5	2		0	0		12	5		0	0	
Vinculación laboral	Tiempo completo	19	8	0.257	4	9	0.081	55	24	0.008	16	7	0.428
	Medio tiempo	10	4		0	0		31	13		8	3	
Tiempo misma universidad	Menos 1 año	0	0	0.033	0	0	0.428	0	0	0.011	0	0	0.000
	1-5 años	0	0		4	9		0	0		0	0	
	6-10 años	12	5		0	0		51	22		8	3	
	Más 10 años	17	7		0	0		35	15		16	7	
Tiempo mismo cargo	Menos 1 año	0	0	0.129	0	0	0.598	0	0	0.004	0	0	0.000
	1-5 años	0	0		4	9		0	0		0	0	
	6-10 años	12	5		0	0		51	22		8	3	
	Más 10 años	17	7		0	0		35	15		16	7	
Horas labor semana	16-31 h/sem	10	4	0.016	0	0	0.007	31	13	0.016	8	3	0.552
	48 h/sem	19	8		4	9		55	24		16	7	
Interacción beneficiarios	$\geq 75\%$ jornada	12	5	0.394	3	7	0.946	55	24	0.436	24	10	0.381
	50% jornada	10	4		1	2		22	9		0	0	
	$\leq 30\%$ jornada	7	3		0	0		9	4		0	0	
Labores del cargo en casa	Sí	29	12	0.276	4	9	0.507	82	35	0.118	24	10	0.460
	No	0	0		0	0		4	2		0	0	

lleva en el mismo cargo; estos profesores estaban vinculados por más de 20 años (7%) (Tabla 2).

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que, respecto de los antecedentes de *burnout*, los evaluados se sienten identificados con su trabajo, conocen su alcance y gustan del ambiente laboral, perciben las tareas que realizan como motivadoras, es decir que en general no manifiestan factores estresantes de elevada intensidad, lo que determina que haya baja prevalencia de *burnout*.

Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Gil Monte y Peiró,⁶ y León Rubio, Cantero y León Pérez,¹³ quienes concluyeron que las condiciones de trabajo se relacionan de manera positiva con el síndrome de *burnout*, en un estudio realizado con profesores de la Universidad de Sevilla.

En este estudio se encontró *burnout* en la dimensión despersonalización en los dos sectores, tanto público como privado; estos resultados coinciden con el estudio realizado por Restrepo Ayala, Colorado Vargas y Cabrera Arana¹⁴ con docentes oficiales de Medellín, Colombia, prevaleciendo el agotamiento emocional y la despersonalización en ambos grupos.

El síndrome de *burnout* se relaciona con el número de horas trabajadas, con una mayor prevalencia entre los trabajadores que laboran más horas diarias.¹⁵ En el presente estudio, se encontró

que la dimensión despersonalización se presenta con mayor frecuencia en los docentes que laboran tiempo completo y que manifestaron pasar más del 75% de su tiempo con los beneficiarios de sus servicios; de igual manera presentaron mayor presencia de consecuencias físicas y sociales.

Existe una relación estadísticamente significativa (0.007) entre la variable independiente número de horas laboradas en la semana y la variable dependiente despersonalización, es decir que a mayor número de horas trabajadas en la semana hay mayor probabilidad de presentar el síndrome de *burnout* en el elemento despersonalización.

En este mismo sentido, existe una relación estadísticamente significativa (0.033) entre la variable independiente tiempo en la misma universidad y la variable dependiente despersonalización, es decir que a mayor tiempo en la misma institución hay mayor probabilidad de presentar el síndrome de *burnout* en esta dimensión.

Los resultados del MBI y los comentarios recolectados durante la investigación apuntan a que la principal causa atribuida al nivel de *burnout* es la cantidad de trabajo que pueden manejar los diferentes individuos, así se cuente con los recursos materiales y humanos para desarrollar las labores con los parámetros de calidad con que son evaluados en forma interna y externa, así como las múltiples labores en un solo individuo, que genera presiones y car-

gas de responsabilidad que a la larga deterioran su rendimiento.¹⁸

El estrés laboral en los profesionales de las instituciones que tienen trato directo con los usuarios de sus servicios, como los trabajadores del sector salud y el sector educativo, tiene su origen en una serie de variables físicas, psicológicas y sociales.¹⁶ Este estudio arrojó una presencia alta de consecuentes físicos y sociales.

En la Argentina, los estudios realizados por Neffa,¹⁷ en donde se analizaron las condiciones del medio ambiente y el trabajo, se destaca el deterioro en los profesores universitarios y demuestra que los docentes recurren frecuentemente a la automedicación, al consumo de analgésicos, calmantes, energizantes, vitaminas, entre otros.

El *burnout* no compromete el desempeño profesional, los sujetos que alcanzan una mayor productividad académica son los que informan mayor gravedad del síndrome.¹⁸ Este estudio encontró que los profesores del sector público, que tienen más años de experiencia laboral y más tiempo de trabajo en la institución universitaria y en el mismo cargo, muestran más alta despersonalización, consecuencias físicas, sociales y psicológicas que los profesores del sector privado.

En conclusión, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que existen diferencias entre los profesores de los sectores público y privado, en los antecedentes del síndrome de *burnout*, en cuanto al apoyo recibido para rea-

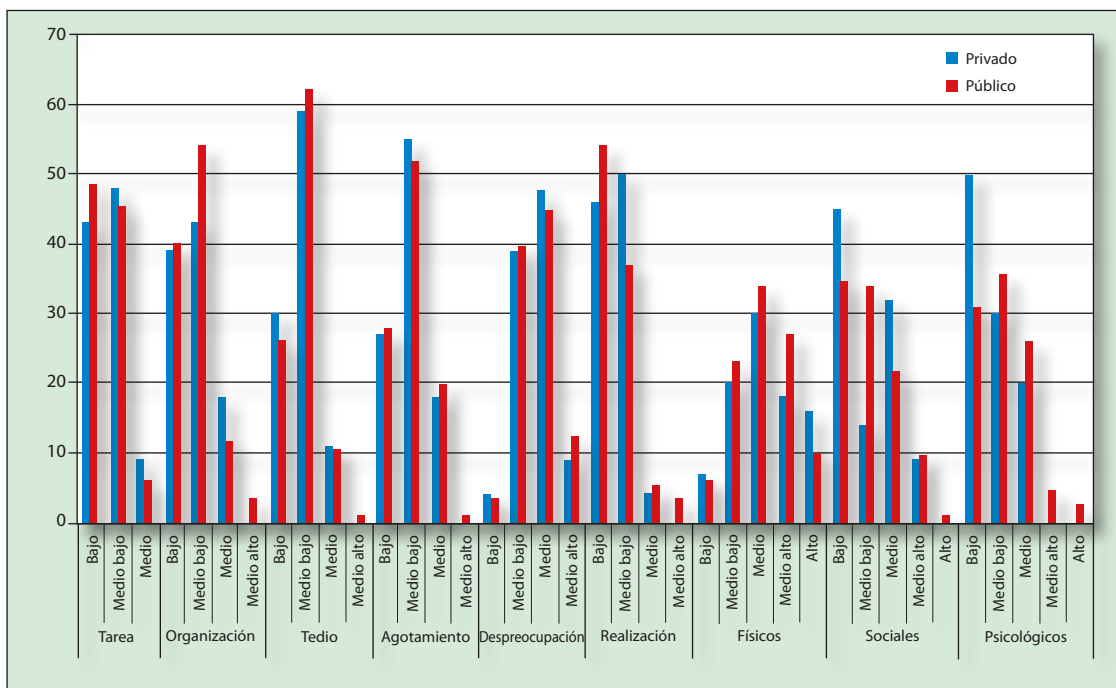


Figura 2. Comparación de dimensiones de los antecedentes, síndrome de *burnout* y consecuencias en la población de profesores de los sectores público y privado de Popayán, Colombia.

lizar su trabajo y el interés que éste les representa. En cuanto al síndrome propiamente dicho, en los dos sectores existe una baja tasa de presencia; sin embargo, se debe considerar una alta presencia de despersonalización, es decir, que han desarrollado actitudes de insensibilidad hacia los receptores de sus servicios, ya sean los estu-

diantes o los otros profesores. Aunque con porcentajes poco representativos, en los profesores del sector público se encontró agotamiento y falta de realización personal, es decir que un número reducido de profesores consideran que el trabajo les ofrece escasos retos. En los dos sectores se encontró una presencia importante de consecuen-

cias físicas y sociales que, en el tiempo, si no se intervienen, pueden predisponer a un estrés crónico y por ende a que se presente el síndrome de *burnout*. Sólo en el sector público se encontraron consecuencias psicológicas en los profesores, es decir que aducen su menor rendimiento a los problemas de su trabajo.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC), 2012
www.siiisalud.com

Bibliografía

1. Peiró JM, Bravo MJ. Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: Oportunidades y retos para la psicología del trabajo y de las organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones* 15(2):137-146, 1999. <http://www.gestión.uchile.cl/detalle/documentos/1%20Peir%C3%B3-Bravo.doc> [consulta: 18 sep 2011].
2. Arana W. Contrato psicológico y equilibrio organizacional. *Managment*. [Documento en línea], 2007. <http://www.sht.com.ar/archivo/management/contrato.htm>. [consulta: 25 ene 2012]
3. Rifkin J. *El fin del trabajo*. México, Paidós, 1996.
4. Beck U. *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. España, Paidós Ibérica, 2000.
5. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Nueva York, Prentice Hall, 1982.
6. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*. New York, Free Press, 1981.
7. Fernández B, Roldán LM, Guerra A, Roldán T, Gutiérrez A, De las Mulas M. Prevalencia del síndrome de burnout en los anestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Revista Española Anestesiología Reanim* 53:359-352, 2006.
8. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research*. 2nd edition, Palo Alto, University of California, Consulting Psychologists Press, 1986.
9. Bonola Jiménez A, Figueroa Rodríguez S. Productividad en el académico universitario frente al síndrome de burnout. *Psicología y Educación* 1(1):45-53, 2007.
10. Viloria H, Paredes M. *La adicción al trabajo* [pdf]. Estudio del síndrome de burnout o Desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes.

11. Educere Investigación No 17, 2002. <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/educere/volnum17/articulo3>. [consulta: 13 abr de 2008].
12. Moreno B, Garrosa E, González J, Gálvez M. La evaluación procesal del burnout o desgaste profesional: el cuestionario breve de burnout (CBB). En: Villarreal P, Guadalupe L. *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Bogotá, Psicom Editores, 2007.
13. León Rubio JM, Cantero FJ, León Pérez JM. Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales de Psicología* 27 (2):518-525, 2011.
14. Restrepo Ayala NC, Colorado Vargas GO, Cabrera-Arana GA. Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Rev Salud Pública* 8(1):63-73, 2006.
15. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 71(3), 1997.
16. Gil Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Revista Anales de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia, España* 15(2):261-268, 1999.
17. Neffa J. *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Buenos Aires, LACSO, 2009.
18. Bonola Jiménez A, Figueroa Rodríguez S. Productividad en el académico universitario frente al síndrome de burnout. *Psicología y Educación* 1(1):45-53, 2007.

La Violencia de Género en Atención Primaria

Francisca Muñoz Cobos

Médica de familia, Centro de Salud El Palo, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

Participaron en la investigación: M. L. Burgos Varo, I. Ortega Fraile, J. Río Ruiz, M.R. Martín Carretero, A. Carrasco Rodríguez, M. Villalobos Bravo.

Resumen

En este artículo presentamos la línea de investigación sobre violencia de género en mujeres atendidas en centros de atención primaria por parte de un equipo de profesionales que incluye médicos de familia, trabajadores sociales y personal de enfermería, y se orienta a la investigación-acción. Inicialmente, tras el contacto con mujeres residentes en casas de acogida y con sus hijos, se realizan estudios descriptivos sobre sus características y necesidades de salud, así como se evalúa la efectividad de las intervenciones orientadas a la mejora de la calidad y la adecuación de la atención que se les presta desde los centros de salud. La complejidad del problema y la tendencia a la intervención directiva y unidireccional de los profesionales sanitarios llevan a la necesidad de conocer la perspectiva de las mujeres, utilizando una metodología cualitativa (análisis de relatos biográficos grabados en audio, mediante teoría fundamentada) para responder preguntas de investigación, como los motivos para salir de la situación o permanecer en ella, la visión que de los agresores tienen las mujeres y la adecuación a modelos explicativos como el modelo de estadios de cambio. Como investigación en proyecto está el estudio con igual metodología, de la perspectiva de los hombres que han infligido violencia.

Abstract

In this essay, we show a line of research into intimate partner violence against women who are seen in primary care centers by a team of doctors, social workers and nurses who focus on a research-action approach. First, we contacted women and their children who were living in a shelter. Descriptive studies into their characteristics and health needs were made. In addition, the effectiveness of the health actions for improving the quality and the adaptation of the attention in primary care centers for these people were evaluated. It is necessary to know the women's views because of the complexity of the matter and the professionals' tendency to direct the interventions. Qualitative methodology was used (biographical narrations analyzed by Grounded Theory) to answer the main research questions: reasons for leaving or remaining in the situation; the women's view of their aggressors, and the adaptation to the explanatory Stages of Change Model. Another research project with the same methodology which focuses on the male aggressor's view is being undertaken.

Introducción

La denominación sobre este fenómeno es múltiple y se hace necesaria una aclaración terminológica:¹

Violencia de género o violencia contra las mujeres

Todas las formas de violencia que intentan perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al sexo masculino.

Incluye todas las formas de discriminación de la mujer, el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo y todas las formas de maltrato físico, psicológico, sexual y social. La violencia contra las mujeres parte de motivaciones diferentes a las de la violencia interpersonal o instrumental y se consideraría históricamente la primera forma de agresión utilizada sistemáticamente por los seres humanos para conseguir objetivos no relacionados con la satisfacción de necesidades:² agredir para evitar que las mujeres eludan las normas o esquemas de género.

Violencia doméstica

Forma de violencia que se desarrolla en el espacio "doméstico" o privado y en una relación de pareja, con convivencia o sin ella, o vínculos con ex parejas. Este término resalta el aspecto "privado" de la violencia, perjudicial para su visibilidad.

Violencia familiar o intrafamiliar

Todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares. Tiene dos vertientes: una basada en el género (violencia hacia la mujer) y otra basada en la generación (maltrato infantil y maltrato a personas ancianas).

Violencia por el compañero íntimo

Este término señala el origen y agente de la violencia, especificando la relación de intimidad, sin incluir la convivencia o el ámbito del hogar.

La importancia de este tipo de violencia lo hace considerarla un problema de salud de primer orden. Se han sistematizado las intervenciones de los profesionales sanitarios.³⁻⁸ Los estudios muestran prevalencias poblacionales en torno del 10% en mujeres españolas

mayores de edad,^{9,10} superiores al 15% entre mujeres atendidas en centros de atención primaria,¹¹ sin tener en cuenta la llamada "cifra negra": casos de violencia física/psicológica ocultos a las estadísticas, estimados entre el 10% y el 30% de los casos reales. Existen múltiples estudios en los que se determinan las importantes consecuencias¹²⁻¹⁴ de la violencia doméstica, tanto a nivel físico (consecuencias directas de la agresión, como fracturas y heridas, limitaciones funcionales, mayor frecuentación de servicios sanitarios, mayor número de días en cama, mayor número de intervenciones quirúrgicas, mayor frecuencia de síntomas y signos mal definidos y de enfermedades crónicas, conducta sexual de riesgo, mayor mortalidad), como a nivel psíquico (ansiedad, depresión, insomnio, trastorno por estrés posttraumático, abuso de alcohol y drogas, peor salud autopercebida, mayor riesgo de suicidio), social (aislamiento, desarraigo, falta de empleo), sobre los hijos (dificultades de aprendizaje y socialización y mayor frecuencia de enfermedades psicósomáticas y trastornos psicológicos)^{15,16} y para la sociedad en general (transmisión intergeneracional de la violencia, años poten-

Acceda a este artículo en [siicsalud](#)

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

ciales de vida perdidos, impacto social en la enseñanza, medios de comunicación, legislación, papel de las instituciones, etc.).

Respecto de la detección, se conoce la dificultad del reconocimiento de la violencia de género como problema de salud.^{17,18} La atención primaria de salud, como primer nivel del sistema sanitario, accesible a las necesidades de la población y centrada en la persona, es el ámbito idóneo para la detección temprana y el seguimiento de las mujeres afectadas.¹⁹ Se utiliza la entrevista clínica como herramienta fundamental para la detección de casos²⁰ y se han desarrollado también cuestionarios específicos.²¹ Aunque no hay suficientes pruebas científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático entre la población general para la detección del maltrato,²² debemos trabajar desde la prevención, que incluye medidas de modificación de normas culturales y sociales, así como de identificación, atención y apoyo a las víctimas.^{23,24} Respecto de las intervenciones sobre las mujeres, existe suficiente grado de evidencia de la utilidad de los programas de apoyo específico (incluyendo el establecimiento de un plan de seguridad, asesoramiento, acceso a recursos comunitarios como vivienda, empleo y apoyo social)²⁵ que han demostrado reducir el abuso físico (aunque no el psicológico) y mejorar la calidad de vida.

Estudios descriptivos iniciales

El primer contacto directo con la realidad de los malos tratos contra las mujeres por parte del equipo de investigación y el inicio del interés por su estudio se debió a la ubicación de una Casa de Acogida en la zona básica adscrita al centro de salud, para mujeres y sus hijos. Se trataba de una institución de emergencia, dependiente de la administración autonómica, que acogía víctimas de violencia con alto riesgo para la supervivencia, con el fin de garantizar su seguridad y ocultarlas para evitar su localización por el agresor. En el estudio de las características de estas mujeres²⁶ se detectaron síntomas psicológicos y somáticos múltiples, lesiones físicas en numerosas localizaciones y alto consumo de medicación hipnosedante. Se pusieron de manifiesto problemas en la atención sanitaria, prestada a demanda en las consultas de medicina de familia y pediatría, con problemas de accesibilidad y confidencialidad y muy baja participación en actividades preventivas o inclusión en programas de salud. En este hecho puede influir la situación aguda de crisis personal y familiar así como el corto

tiempo de permanencia en la zona básica, pero también la falta de adecuación del sistema sanitario a las características de estas mujeres y sus hijos. La obligación urgente de abandonar sus hogares como medida de protección, salir de su entorno y depender de las instituciones, suponía una marcada situación de desarraigo que complicaba la prestación de una atención sanitaria integral. Para mejorar la atención sanitaria se puso en marcha una intervención orientada a la participación en actividades preventivas, vacunas, programas de salud infantil y reproductiva, prevención del cáncer, valoración del desarrollo somatométrico y psicomotor y valoración sociofamiliar, de carácter interdisciplinario (medicina de familia, enfermería, pediatría, trabajo social).²⁷

Las mujeres acogidas bajo medidas de protección no son sino una población seleccionada de entre las que sufren malos tratos por parte de sus parejas o ex parejas, lo que nos llevó a considerar que en nuestro quehacer diario atendíamos muchas mujeres con este problema. Así, nuestro foco de investigación se orientó posteriormente al estudio de las mujeres que padecen esta situación y atendemos cotidianamente en los centros de atención primaria, para lo que realizamos un estudio descriptivo con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas y problemas de salud, y realizar comparaciones entre centros diferentes en cuanto al tipo de población (gran ciudad/población semirural) y tipo de asistencia sanitaria (centro de salud sin/con punto de urgencias de 24 horas). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad promedio (46.2 años en centro urbano), tipo de maltrato (93% físico en la población semirural), enfermedad (depresión [58%], ansiedad [45%], síntomas mal definidos [45%] en centros urbanos) uso de servicios (13.8 consultas/año en población urbana) y toma de psicofármacos (66.7% en centros urbanos). De esta forma, parece necesario diferenciar entre el caso de mujeres maltratadas más jóvenes, que acude a los servicios de salud por lesiones agudas, generalmente a los servicios de urgencias, y que tienen mayor capacidad de percibirse como maltratadas; y los casos de mujeres de más edad, con malos tratos de muy larga evolución, con gran dificultad para reconocerlos y detectados más a largo plazo en la relación de confianza y de continuidad asistencial establecida con el profesional de salud que les atiende habitualmente.²⁸ Estas pacientes sufrirán mayores repercusiones del maltrato en su salud e incluso pueden ser consideradas pacientes-

problema.²⁹ La coincidencia del perfil de mujer que sufre malos tratos de larga duración con la paciente que acude con frecuencia al centro de salud (mujer de edad media con trastornos de ansiedad-depresión y síntomas mal definidos) dificulta su detección, agravada por el sesgo de género² en la asistencia sanitaria, que lleva a minimizar las quejas de salud de las mujeres con este perfil.

Enfoque de intervención interdisciplinaria

Una vez que vamos obteniendo información sobre la realidad de los malos tratos contra las mujeres, surge la necesidad de sistematizar el conocimiento adquirido sobre base de la búsqueda de la interdisciplinaria en la aplicación práctica de los resultados a la atención prestada a estas mujeres.³⁰

Para la intervención, y sobre la base de los datos de los estudios realizados, se diferencian dos grupos de mujeres: aquellas que manifiestan abiertamente su situación y constituyen casos "agudos" de violencia en las que los procedimientos de atención se centran en la consecución de la seguridad de la víctima; el otro grupo corresponde a mujeres que ocultan total o parcialmente los malos tratos de larga duración y la acción profesional se centra en el uso de técnicas de comunicación eficaz y en la adecuación y respeto al proceso psicológico por el que atraviesa la mujer.

Además, se propone la inclusión de estrategias comunitarias y considerar la autoprotección de los profesionales para evitar la victimización indirecta.

Estudios con metodología cualitativa

Una vez que el equipo investigador constató la enorme complejidad de este problema y se puso de manifiesto la tendencia de los profesionales sanitarios a ser directivos en las intervenciones realizadas con estas mujeres, valoramos la necesidad de acercarnos al conocimiento de la violencia contra las mujeres desde su propio punto de vista, por lo que fue preciso adoptar una metodología cualitativa, y en concreto se seleccionó la técnica del relato biográfico. Esta técnica se enmarca en métodos narrativos y tiene como objeto comprender las experiencias humanas mediante la interpretación de la narración de sus vidas.³¹ Revisamos otras investigaciones cualitativas con mujeres víctimas de violencia de género: estudio de mujeres en casas de acogida del Instituto Andaluz de la Mujer, que utilizó grupos de discusión y entrevistas abiertas a informantes clave;³² estudio de las condiciones que llevan a la mu-

Tabla 1. Modelo ecológico.

Macrosistema
Se ubicaría toda la organización social, los sistemas de creencias y valores y los estilos de vida que prevalecen en una cultura específica; diferentes investigaciones referentes a los riesgos existentes al nivel de la sociedad han incluido aspectos como la cultura patriarcal y su impacto en la violencia, la violencia estructural, las deficiencias del control social y del sistema legal para sancionar la violencia intrafamiliar.
Exosistema
Está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, es decir, instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, etcétera. El funcionamiento de estas instituciones y los mensajes que emiten constituyen un factor fundamental en la presencia de la violencia o en su disminución. Otro componente importante son los medios de comunicación masivos; dado su potencial multiplicador, los modelos violentos que proporcionan tienen gran influencia en la generación de actitudes y legitimación de conductas violentas. Incluso se ha valorado el efecto que tiene la publicación de casos de mujeres asesinadas en un aumento de estas muertes.*
Microsistema
Se refiere a los elementos estructurales de las familias que viven violencia, la interacción familiar y las historias personales de los miembros del grupo familiar, y en este aspecto se han encontrado importantes conclusiones: la cultura patriarcal estaría representada a través de la generación de relaciones de dominación/subordinación y de ordenaciones jerárquicas; el poder, la autoridad y el liderazgo en el interior de la familia se sustentarían en desigualdad de fuerzas y de posiciones entre padre/madre/hijos, hombre/mujer, adultos/niños/as.
Nivel Individual
En el nivel individual los modelos explicativos señalan la génesis del maltrato en las características psicopatológicas de la víctima o el agresor. Incluye cuatro dimensiones psicológicas: las dimensiones cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional y cómo cada uno de estos componentes actúa en la mujer víctima y en el hombre agresor.

* Vives-Cases C, Torubiano-Domínguez J, Álvarez-Dardet C. The effect of television news on intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health* 17:437-43, 2007.

jer a permanecer o rechazar la situación de maltrato.³³

Nuestra investigación³⁴ utilizó la Teoría Fundamentalada,^{35,36} basada en el reconocimiento de los propios sujetos como intérpretes de su realidad y en la inducción de hipótesis directamente a partir de los datos, evitando formulaciones *a priori* y a partir del método comparativo constante (obtención de información, codificación y análisis simultáneo).

Este estudio describe la visión que estas mujeres tienen de su propia realidad utilizando la metáfora del "torbellino", que tiene un potente valor informativo como situación extrema, de "destino", de absoluto aislamiento, de imposibilidad de "ver" fuera o de "salir", así como imposibilidad de los demás de entrar en esa realidad, en la que prevalecen el miedo, la resignación y la indefensión. Es llamativa la importancia de los valores inculcados y las fuertes distorsiones cognitivas en la interpretación de las relaciones de pareja que manifiestan las mujeres y de las que sólo son conscientes cuando han logrado no sólo "salir" sino reconstruir sus vidas de forma activa.

Las aportaciones del estudio nos llevan a los profesionales de la salud a una profunda reflexión acerca de nuestra

intervención en el problema de la violencia de género: adoptar un punto de vista no directivo e integral; reconocer en cada caso la trayectoria personal, el bagaje familiar y cultural y el entorno que rodea a la mujer y su realidad; entender la salida como un proceso en el que la intervención profesional debe favorecer la autonomía personal en la toma de decisiones; contribuir a la adquisición social de valores que contrarresten los identificados por las mujeres como mantenedores de la situación y aportar apoyo profesional en la búsqueda de alternativas frente a los impedimentos para la salida.

Se realizó también un análisis separado de las valoraciones que las mujeres hacen de los hombres que les han infligido la violencia. Se encuentra que la mujer no siempre tiene una visión negativa del agresor y no manifiesta que su forma de ser y actuar sea motivo de la ruptura. Coexisten valoraciones negativas y el reconocimiento de algunos aspectos positivos del agresor ("trabajador", "buen padre"). Se tiene una imagen de él como frágil, manipulable y vulnerable ("desgraciado") y es frecuente justificar y excusar su conducta. Se reconoce la "doble cara" del agresor, su

buen imagen social que la mujer trata de mantener. Sólo se le reconoce como maltratador cuando la mujer "sale" por completo de la relación.

Aplicación de modelos interpretativos

En el continuo proceso investigación-reflexión, el equipo investigador se planteó la necesidad de abordar aspectos de comprensión teórica del problema.

Se han descrito varios modelos interpretativos de la violencia doméstica. Cada modelo de análisis se orienta a una parte del problema pero no lo abarca en su amplitud y complejidad.

Los modelos más aceptados son los psicosociales o profeministas. Es común en estos modelos:

- La consideración de la violencia como algo aprendido. El haber sido objeto o testigo de agresiones durante la infancia se describe como principal experiencia predisponente. La orientación de género considera la violencia como una consecuencia de la condición social de la mujer sustentada en los valores culturales patriarcales según los cuales los hombres deben dominar y ejercer control sobre las mujeres. Desde esta perspectiva el maltrato no es un problema individual o familiar ni un problema aislado o patológico sino una manifestación del sistema de dominación masculina.

- La desvinculación de la violencia de anomalías personales en víctimas o agresores: son hombres normales los que actúan violentamente para mantener la dominación sobre las mujeres.

- La construcción social de lo masculino y lo femenino como opuestos: ser hombre es no ser como mujer.

Para algunos autores, la perspectiva de género no explicaría por sí sola este tipo de violencia, como el hecho de su persistencia en el caso de uniones "modernas";³⁷ encontrándose que, ni el trabajo remunerado, incluso con mayores ingresos a los de su pareja, ni el nivel de formación superior, reducen el riesgo de sufrir maltrato.³⁸

Los modelos psicopatológicos constituyeron la primera generación de modelos explicativos y se consideran globalmente sustituidos por los modelos multicausales, dado que las alteraciones psicológicas presentes en la víctima y su agresor pueden considerarse más consecuencia de la violencia que su causa. Se adscribirían los modelos psicopatológicos basados en las consecuencias de la violencia sufrida (trastorno por estrés posttraumático (TEP),^{39,40} indefensión aprendida, depresión⁴¹), los estudios sobre el síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica⁴²

Tabla 2. Resumen de evaluación de modelos explicativos del ejercicio de la violencia contra sus parejas por parte de los hombres.

Modelo	Datos a favor	Datos en contra
Abuso alcohol	Frecuente asociación alcohol-violencia. Efecto desinhibidor del alcohol.	No suele darse violencia en mujeres alcohólicas. Frecuente alcoholismo sin violencia. En casos de alcohol y violencia, elección de un objeto femenino.
Psicopatología	Frecuente presencia de síntomas.	Presencia minoritaria de trastornos psicopatológicos. Dirección no clara de la relación violencia-síntomas.
Transmisión transgeneracional	Imitación de modelos de la infancia como patrón conductual.	Sólo presente en 1/3 de casos.
Profeminista	Cultura patriarcal: dominación del hombre sobre la mujer. Los hombres ejercen todo tipo de violencia mucho más que las mujeres.	Todos los hombres reciben igual socialización y sólo se da en algunos. Se produce también sobre mujeres emancipadas.

y los centrados en el cambio conductual (modelo transteórico o de fases de cambio).⁴³ Este modelo de fases puede ser de utilidad de cara a analizar el cambio individual necesario para la adopción de nuevos comportamientos. Su utilización como modelo explicativo se ha extendido por diversos autores al análisis de la violencia doméstica.⁴⁴⁻⁴⁶

Entre los modelos integradores destaca el modelo ecológico, planteado por Bronfenbrenner en 1979 y adaptado por Corsi.⁴⁷ Este modelo se basa en la violencia contra las mujeres como una construcción en el contexto cultural y social caracterizada por la interacción de cuatro subsistemas: macrosistema, exosistema, microsistema, sistema individual (Tabla 1).

Dentro de este microsistema, en cuanto al proceso de la violencia, se han establecido los modelos de fases. El clásico es la teoría del ciclo de la violencia, que define tres fases: 1) acumulación de tensión: escalada gradual de la tensión, con episodios aislados de violencia física; la mujer cree que controla la situación y las agresiones no se volverán a producir; 2) explosión o agresión: agresiones físicas, psicológicas y sexuales; 3) reconciliación o luna de miel: el hombre pide perdón por las agresiones, utiliza estrategias de manipulación afectiva para evitar la ruptura. Este ciclo ha sido ampliamente descrito por las mujeres en los relatos, junto con otros círculos viciosos frecuentes perpetuadores de la situación: sumisión-dominio-mayor sumisión; aguantar para evitar sufrimiento-mayor sufrimiento; esfuerzo en mantener la relación-mayor sensación de fracaso con la ruptura.

Para estudiar la posible adecuación de las vivencias de las mujeres a un modelo de fases de cambio, realizamos un segundo análisis de los relatos biográficos, que reveló una clara descripción de un proceso largo de cambio psicológico-conductual en fases identifi-

cables con características específicas. El principal énfasis se realiza en la descripción de las fases precontemplativa, contemplativa y de mantenimiento, las fases de acción tienen poca relevancia. El análisis de las vivencias narradas ofrece claves para una intervención profesional ajustada al estado de cambio en que se encuentra la mujer.

Proyectos de investigación: la perspectiva del agresor

La continuación de nuestras investigaciones nos lleva a la necesidad de aproximarnos al conocimiento del elemento agente de la violencia. El elevado número de mujeres víctimas de violencia permite estimar en consecuencia un elevado número de hombres con comportamientos violentos en sus relaciones de pareja, por lo que no es posible abordar completamente el problema sin incluir a los hombres responsables de la violencia.⁴⁸

El análisis de los datos disponibles reafirma la idea de que no existe un perfil de agresor,⁴⁹ identificado en ocasiones con niveles socioeconómicos bajos, cuando algunos estudios muestran como frecuentes la estabilidad laboral⁵⁰ y la pertenencia a clases sociales altas.⁵¹ Parece existir una influencia del antecedente de violencia en la familia de origen,⁵² si bien sólo se da en un tercio de casos. La relación alcohol-maltrato es compleja: la mayoría de los maltratadores no son alcohólicos, los que abusan de drogas y alcohol agreden tanto bajo efectos de estas sustancias como estando sobrios y la mayoría de los alcohólicos no maltratan a sus mujeres.^{53,54} Respecto de las características psicopatológicas⁵⁵ de los individuos, la mayor parte de agresores no presentan ningún trastorno psicopatológico específico y los expertos reiteran que esta violencia no se relaciona con una enfermedad sino con un ejercicio premeditado y en beneficio propio del control absoluto sobre otra persona⁵⁶ y

es compatible con la imputabilidad de los agresores.⁵⁷ Así, los trastornos mentales como tales son poco frecuentes y destacan los trastornos de personalidad.^{58,59} Si son más frecuentes alteraciones psicológicas de tipo emocionales (falta de control de impulsos, presente en el 45% de maltratadores, hostilidad,^{60,61} dificultad de expresión de las emociones, baja autoestima); cognitivas (distorsiones cognitivas basadas en la inferioridad de la mujer, en la concepción de ésta como propiedad y en la legitimidad de la violencia como forma de resolución de conflictos); interpersonales (déficit en habilidades interpersonales, aislamiento emocional, dificultad para establecer relaciones de intimidad o amistad profunda, déficit de habilidades de comunicación, se ha denominado "analfabetismo emocional").⁶² La Tabla 2 trata de resumir las controversias sobre los agresores.

Existen investigaciones⁶³ que describen los discursos fundamentales sobre las mujeres que tienen los hombres violentos ("*las mujeres provocan de los incidentes violentos*"; "*las mujeres son poco dignas de confianza*"; "*las mujeres son misteriosas, no pueden comprenderse del todo, sobre todo en lo referente a cambios emocionales que presentan a lo largo del ciclo menstrual*"; "*las mujeres tienen superioridad verbal al hombre*"), que usa por ello la superioridad física.

Las estrategias que usa el hombre que ejerce violencia se basan en la negación para eludir la responsabilidad e incluyen la justificación (nerviosismo, estrés), el olvido, el arrebató, la minimización, la normalización y la atribución externa (la mujer, otros problemas, el alcohol).⁶⁴ Es muy relevante el hecho denominado "doble fachada", descrito por las mujeres en los relatos, que consiste en un desdoblamiento de la imagen social pública (persona agradable, racional, equilibrada) y la imagen privada (ejercicio de la violencia física y la tortura psicológica sobre la mujer y

los hijos) que lleva a aumentar su credibilidad frente a la mujer que, además, por los efectos psicológicos del maltrato, pueden ser percibidas socialmente como contradictorias y desequilibradas, desconfiándose de la veracidad de su testimonio (“doble victimización”).

La construcción social de la masculinidad (masculinidad es igual a actividad y a agresividad) es también dañina para los propios hombres, ya que se basa en la llamada “triada de la violencia masculina”: contra la mujer (por representar lo pasivo y algo inferior a él), contra otros hombres (con los cuales está en constante competencia, a fin de mostrar su superioridad y no sentirse en ningún momento como un ser pasivo) y contra sí mismo (estar en permanente lucha por mitigar todos los sentimientos que puedan hacerlo ver como alguien débil o inferior).⁶⁵

Se ha descrito una tipología de hombres que ejercen violencia. La clasificación clásica⁶⁶ diferencia entre los hombres que son agresores sólo dentro del hogar, menos violentos y sin ningún tipo de alteración de personalidad (50%); los maltratadores límite, que ejercen violencia también dentro del hogar, psicológicamente alterados y con frecuente abuso de alcohol y drogas, han sufrido abuso en la infancia y tienen actitudes negativas hacia las mujeres en general (25%) y los hombres violentos en general (25%) con violencia grave, más inclinados a presentar trastornos de personalidad, historial delictivo, abuso de alcohol y drogas. Estos tipos constituirían a su vez categorías de riesgo bajo, medio y alto. Desde un punto de vista empírico existirían dos tipos de agresores: sujetos violentos en general (25%), no integrados socialmente e inestables emocionalmente y sujetos violentos sólo en el hogar (75%), integrados socialmente y estables a nivel emocional.⁶⁷

El estudio de estas tipologías ha mos-

trado que suelen ser bastante estables en el tiempo, sin que exista paso de una a otra categoría.⁶⁸ Su utilidad también está en el ámbito de la intervención y de la prevención, proponiéndose su consideración en los programas de rehabilitación dirigidos a hombres que han ejercido violencia, pues puede aumentar la efectividad de éstos.

Respecto de los programas de atención a hombres que han ejercido violencia contra las mujeres, en nuestro país son de implantación reciente, a partir de la nueva Ley Integral contra la Violencia de Género,⁶⁹ que contempla la rehabilitación del maltratador, introduciendo la posibilidad de suspensión o sustitución de la pena por la participación en programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico dentro o fuera del centro penitenciario.⁷⁰⁻⁷² Este nuevo enfoque supone que el objetivo final va más allá de la condena judicial del agresor, orientándose a la recuperación integral de la mujer para que pueda vivir con libertad y autodeterminación y a que también el agresor obtenga su rehabilitación.⁷³

El éxito de estos tratamientos está por demostrarse y en las revisiones realizadas a nivel internacional los resultados han sido discretos.⁷⁴⁻⁷⁶

Un problema fundamental de estos tratamientos es la fuerte resistencia al cambio en el agresor, con elevadas tasas de rechazo y abandono.^{77,78} Se han realizado investigaciones⁷⁹ que ponen de manifiesto que los hombres participantes no se consideran culpables, niegan el maltrato, no tienen conciencia sobre el impacto de su comportamiento violento y muestran una muy baja motivación para el cambio. En el caso de existir cierto grado de reconocimiento, éste se realiza sobre el hecho puntual, no les dan la importancia suficiente y están convencidos de que existe un gran desfase entre “lo que él ha hecho y lo que están haciendo con

él”. Para mejorar la adhesión a estos programas se proponen estrategias motivacionales,⁸⁰ que consideran el estado de cambio en el que se encuentre el hombre,^{81,82} diseñando las intervenciones en función de la predisposición al cambio, sus características diferenciales y del contexto de la intervención.

Tras esta revisión, planteamos la realización de una investigación, en fase de proyecto en el momento actual, para analizar la perspectiva de los hombres que han ejercido violencia contra sus parejas o ex parejas y que participan en programas oficiales de tratamiento. Se utilizará la técnica de relato biográfico, con igual metodología que el estudio realizado con mujeres y contando *a priori* con la alta posibilidad de la presencia de sesgos de baja participación y de deshabilitación social en sus respuestas.

El conocimiento de la perspectiva de los hombres agresores respecto de la violencia de género nos permitirá la mejor comprensión del fenómeno de cara a la intervención profesional sobre el problema. En el momento actual la única intervención recomendada desde el sistema sanitario con los maltratadores es la atención sanitaria que requieran, derivada de su estado de salud y la información sobre recursos disponibles en su comunidad autónoma para la modificación de la conducta violenta, en caso de que el hombre o la mujer lo solicitaran. La utilidad del estudio puede extenderse al ámbito de la investigación, de forma que de las conclusiones puedan derivarse nuevas hipótesis de estudio abordables con metodología cuantitativa o cualitativa. Además, las conclusiones del estudio podrían aplicarse en la intervención social en otros ámbitos no sanitarios (servicios sociales, judiciales, policiales, educativos) y tener la utilidad social de contribuir a la consideración no estereotipada del fenómeno.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siic.salud.com

Bibliografía

1. Corsí J. La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Fundación Mujeres, 2002.
2. Valls Llobet C. Patologías invisibles. En: Mujeres invisibles. Ed Debolsillo: Barcelona, pp. 251-262, 2006.
3. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.
4. Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA, Viñuela E. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001.

5. Comisión Técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de Actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Distrito Sanitario Málaga, Junio 2000.
6. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia doméstica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2003.
7. Torró C, Llamas C. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.
8. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en Atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid, 2008.
9. Instituto de la Mujer. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados, 2006.

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

RedCIbe difunde avances médicos y sanitarios de América Latina, España y Portugal, mediante la edición de informes territoriales o especializados, entrevistas y novedades para la salud, que contribuyen a la comunicación responsable de acontecimientos que fomentan el progreso de las ciencias médicas de la región.

Informes

Informes observacionales redactados por profesionales de la salud con el objetivo de comunicar sus experiencias o reflexiones científicas.

La Salud de las Mujeres: el Estado, Garante del Acceso Igualitario



Alejandro Collia
Médico, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

En la provincia de Buenos Aires viven más de 8 millones de mujeres. Lactantes, niñas, adolescentes, jóvenes, jóvenes madres, mujeres adultas, adultas mayores, ancianas. Son nuestras madres, hijas, mujeres, compañeras de trabajo. El Ministerio de Salud provincial, que tengo el honor de encabezar, concentra el sistema de salud público más grande del país en la atención de la salud de las mujeres. Y todos los días avanza en igualar el derecho de cada habitante de esta provincia en el acceso a la salud.

Por eso, en el marco de la semana del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, quisiera recordar los avances que logramos junto a ellas, en el trabajo diario de construir juntos un sistema de salud que sea cada vez más inclusivo y acorde a las necesidades reales de las personas. Como pregona nuestro gobernador Daniel Scioli, Buenos Aires se transformó con la fuerza de las mujeres. Queremos seguir transformándola.

Desde el Ministerio de Salud provincial abordamos la salud y la problemática de género reconociendo y promocionando el derecho de igualdad de la mujer en todos los ámbitos. Uno de los logros que más enorgullece por sus frutos es la Ley de Fertilización Asistida, porque iguala el derecho de toda mujer a ser madre.

Toda mujer con problemas de infertilidad puede recibir tratamiento gratuito en nuestros hospitales. Hoy podemos decir que nacieron 17 bebés y unos 70 vienen en camino.

Eso es igualar los derechos de la mujer.

La salud sexual y reproductiva es uno de los puntos más importantes en el acceso de la mujer a una buena salud y, con ella, a una mejor calidad de vida. El Primer Informe sobre la Situación de Salud de las Mujeres en la Provincia de Buenos Aires reveló que en cuatro años se incrementó del 31.8% al 42% la cantidad de mujeres que “siempre” se cuidan en sus relaciones sexuales. También que aumentó en 10 puntos porcentuales el uso del preservativo.

Los resultados forman parte del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio, un programa basado en la difusión y entrega de métodos anticonceptivos y en la educación sexual. Porque el acceso a los métodos anticonceptivos gratuitos y la información para tener un embarazo programado y prevenir las enfermedades de transmisión sexual es un derecho al que todas las mujeres deben acceder.

La salud es un derecho humano de las mujeres. No debe tener restricciones ni exclusiones de ningún tipo. La incorporación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) en el calendario nacional obligatorio y gratuito es un paso más para lograr ese objetivo. En la provincia de Buenos Aires vamos por las 125 000 vacunas: significa que cubrimos casi el 90% del universo de 140 000 niñas de 11 años por inmunizar en 2012.

Otro gran paso para el bienestar en la salud de la mujer es el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, que consiste en el respeto de las decisiones de la mujer durante todo el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. En todas nuestras maternidades promovimos el concepto de parto respetado, lo que nos llevó en seis meses a aumentar más de un 20 por ciento los casos de acompañamiento de la mujer durante el parto por parte de quien ella elige.

Estamos avanzando en generar acciones para que cada vez más la atención de la salud de las mujeres sea un derecho cumplido para todas las bonaerenses. Es el Estado, en este caso representado por el Ministerio de Salud provincial, quien debe ser pionero en la lucha por igualar los derechos, para que todas las mujeres se realicen los controles ginecológicos anualmente, puedan acceder a la atención médica cerca de sus casas y sin complicaciones, y sean respetadas por sus costumbres y su cultura en el ámbito hospitalario, siempre.

El Concepto de Pobreza Asociado con Gratuidad en la Conformación de las Primeras Acciones de Protección de la Salud en Argentina: Recuperación de la Historia

Nery Orlando Fures

Médico, Universidad Nacional de La Plata; Magíster en Epidemiología, Gestión y Política de Salud, Universidad Nacional de Lanús; Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Salud Pública, FCM, UNLP, Buenos Aires, Argentina

Yamila Comes

Psicóloga, Magíster en Salud Pública, Doctora en Psicología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en [siicsalud](#)



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Los primeros modelos de protección de la salud en Argentina configuran un estereotipo de pobreza asociada con la carencia material y moral y lógicamente conectada con el concepto de gratuidad. Aun habiendo pasado una etapa peronista donde el concepto de gratuidad –o mejor expresado como no arancelamiento– quedaría ligado a la garantía de un derecho, coexisten las ideas en gran parte de la población sobre la gratuidad justificada únicamente por la inclusión en la categoría de pobreza, borrando de esta manera los derechos sociales adquiridos... recuperemos la historia...

Durante la época colonial, eran los cabildos los que se ocupaban de la salud de los pobres. En cada ciudad había una manzana reservada para construir un hospital donde fueran “atendidos los pobres enfermos” según mandaban las Leyes de Indias; estos se fueron construyendo desde el siglo XVI. Los enfermos con recursos eran asistidos en sus casas.

En el Virreinato del Río de la Plata, las ideas de la ilustración moderna se introdujeron rápidamente en los inicios del siglo XIX. De esta manera, se expresaron y pusieron en práctica concepciones de Estado que entraban en abierta contradicción con el modelo monárquico existente.

La pobreza, en este nuevo escenario, adquiere una connotación moral y rápidamente se configuran mecanismos de control y “educación” de los individuos con recursos escasos. El pobre es definido como víctima de “vicios” e ignorancia, motivo por el cual se organizan instituciones para reordenar y controlar la cotidianidad de este

estrato social. El presidente Rivadavia fue quien propulsó la creación de la Sociedad de Beneficencia, en 1823, dedicada fundamentalmente a obras de caridad. Desde esa organización, la filantropía absorbería los labores de caridad desde una perspectiva laica de origen racional.

En el año de su creación, la organización encomienda a las damas de beneficencia porteñas “construir los cimientos sobre los que debe erigirse la moral pública”, haciéndose cargo de las instituciones de salud y beneficencia, entre ellas asilos y hospitales, que se encontraban en las manos de organizaciones religiosas. Si bien se decían laicos, el proceso respetó en gran medida la influencia del pensamiento religioso que atravesaba la tradición institucional de dichas organizaciones. Se observa claramente cómo la relación entre salud y control social se hacía muy estrecha.

La Sociedad de Beneficencia Argentina crea entre otros, el hogar de expósitos, también llamado Casa Cuna, actualmente convertido en hospital general pediátrico Dr. Pedro de Elizalde en la Ciudad de Buenos Aires; el hospital de mujeres (primera maternidad gratuita, hoy denominado Hospital Rivadavia, en la Ciudad de Buenos Aires) y el hospital de alienadas (hoy denominado Dr. Braulio Moyano, también en la Ciudad de Buenos Aires). Todo niño que salía del hogar de expósitos llevaba el apellido Expósito, estigma que nunca en la vida se podría quitar de encima.

El culto a la limosna, los legados, la concepción del encierro al huérfano, pobre o desamparado, la exaltación de la pobreza “solemne” y “bien llevada” son valores que impregnaron a la sociedad argentina de la época, y que moldearían formas de vincularse entre la población de bajos recursos y los servicios de salud. Esta sociedad delineó todas las políticas asistenciales para “pobres y desvalidos” hasta el gobierno de Perón.

Esta modalidad vincular entre excluidos y Estado fue duramente criticada por la corriente denominada higienista, desarrollada en el siglo XIX. Las críticas principales se orientaban a su accionar, considerándolo puramente paliativo, que si bien se diferenciaba del de la iglesia desde el discurso, sostenía prácticas idénticas a las ensayadas por las instituciones religiosas. La corriente filantrópica higienista consideraba la necesidad de acercarse a la familia de recursos escasos por medio de una labor educativa,

con el fin de incentivar el conocimiento y la aplicación de medidas preventivas y desestimar viejas prácticas de curanderismo. En el trabajo concreto, los higienistas no lograron la intervención temprana y preventiva, sino que



más bien se trabajó, puertas adentro, sobre la enfermedad ya instalada.

Aproximadamente en 1880 llegan a la Argentina los progresos desarrollados en Europa. El doctor Guillermo Rawson, gran higienista argentino, creó la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en 1872. Hizo un estudio epidemiológico de los "conventillos" de la ciudad (equivalentes a las posteriores "villas de emergencia"). Sus grandes discípulos iniciaron programas especiales de salud: contra las enfermedades infecciosas, el Dr. José Penna; contra la tuberculosis, el Dr. Emilio Coni, quien también promovió obras de saneamiento ambiental; se duplicó el número de camas hospitalarias y se fundaron colonias para enfermos crónicos (Dr. Domingo Cabred). Comenzaron a fundarse los primeros sanatorios privados, ya que los hospitales estaban dedicados a los enfermos pobres, y los pudientes ya no podían ser atendidos en sus casas por los progresos de la medicina.

Esta fue una etapa de un gran desarrollo de instituciones dedicadas al control de los enfermos, locos y delincuentes y coincide con las clásicas ideas liberales sobre la libertad y el



culto a la propiedad privada.

El financiamiento de la atención corría por cuenta de las organizaciones de beneficencia que recibían subsidios: algunos, del gobierno, y otros, fondos privados. En estos servicios la atención era gratuita sólo para los pobres "de solemnidad", y eran considerados tales los enfermos que carecieran de todo recurso, mientras que se calificaba simplemente como pobres a aquellos que aun aptos para el trabajo poseían

algún recurso propio o recibían auxilio de sus familias, de sociedades o de particulares.

La condición de pobre debía ser certificada por el comisario o el presidente de la Comisión Auxiliar de Higiene parroquial. En las instituciones de la beneficencia y en los hospitales de colectividades había una clasificación de acuerdo con sus capacidades de pago. Los profesionales derivaban sus pacientes privados a comodidades diferenciales en esos mismos hospitales y podían cobrar sus honorarios.

Se puede observar en estas líneas, el ideario de una época y el concepto de atención no arancelada ligado únicamente a un criterio de pobreza extrema.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Entrevistas

Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIC.

La Nueva Medicina Tropical

“Depois da diáspora para as cidades, os Trópicos passaram a carregar (cargar) agora (ahora) consigo as novas mazelas (males) da pobreza urbana, da fome (el hambre) urbana, das doenças (enfermedades) urbanas. Cabe as sociedades científicas relacionadas ao tema, a missão (misión) de reviver (revivir) a grandeza da Medicina Tropical, como item prioritário para a agenda global.”

Entrevista exclusiva a

Carlos Henrique Nery Costa

Médico, Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição, Universidade de Brasília, Brasília; Laboratório de Laishmaniose/IDTNP; Departamento de Medicina Comunitária, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud



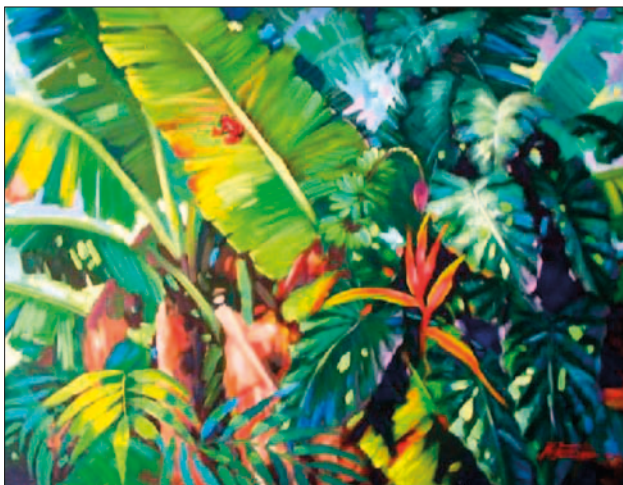
Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales del autor.

Teresina, Brasil (especial para SIIC)

SIIC: ¿Cuál es el origen del concepto tradicional de “medicina tropical”?

CNC: Seguramente, a medicina tropical como disciplina científica e especialidade médica, foi inventada por Patrick Manson, em 1899, com a criação (*creación*) da London School of Tropical Medicine and Hygiene, com o carimbo (*con el sello*) dos interesses coloniais ingleses. Isto não quer dizer que tenha sido criada para sustentar o Império Britânico, embora (*aunque*) tenha (*ha*) contribuído para isto. Os interesses de Manson eram genuínos do ponto de vista médico, embora estivessem enviesados (*sesgados*) originalmente em favor do bem-estar dos colonos, em detrimento dos povos (*pueblos*) subjugados. A propósito, é necessário deixar (*dejar*) claro que os povos colonizados não tinham (*tenían*), em seus próprios países, o mesmo status de cidadania que tinham os colonizadores. Antes de Manson, a medicina tropical se constituía em grupo de patologias bastante desconhecidas para os padrões da época. Deve-se a ele então (*se debe a él entonces*), a organização do campo de conhecimento e a agregação da área de atuação.



Si bien distintos académicos han intentado definir en forma moderna a la medicina tropical, persisten dificultades para lograr un consenso. ¿Cómo suele definirse a esta disciplina en la actualidad?

Creio que a medicina tropical deve ser definida como uma disciplina científica e uma especialidade médica dedicadas aos problemas sanitários que são mais relevantes nas regiões tropicais. Esta definição torna irrelevantes as definições baseadas na etiologia das doenças (*enfermedades*) e confronta diretamente todas as principais questões de saúde (*salud*) dos Trópicos, o que traz (*lo que trajo*) simultaneamente grande amplitude e grande profundidade ao assunto. De qualquer forma, é importante salientar (*destacar*) a distinção entre o conceito de área e de disciplina científica e a noção de campo de atuação profissional. A área da Medicina Tropical é muito abrangente (*es muy abarcativa*) e é multidisciplinar. Por esta razão, existe mais de uma área de atuação profissional, como epidemiologia e saúde pública, até especialidades médicas, dominadas pelas doenças infecciosas e parasitárias, mas que inclui pediatria, cirurgia, dermatologia, hematologia, traumatologia, etc.

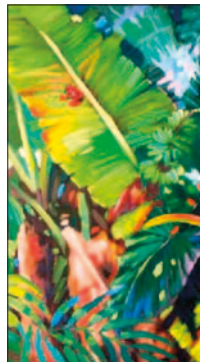
Ao incorporar os principais problemas de saúde de cerca de 40% da população global (*población mundial*), a medicina tropical torna-se, então, vasta (*amplia*). Assim, reúne as doenças transmissíveis, especialmente às enfermidades

parasitárias rurais e as epidêmicas urbanas, doenças não transmissíveis como a anemia falciforme, a intoxicação intradomiciliar por fumaça (*humo*), o câncer de pele, e as doenças de causas externas, rurais, como a desnutrição e os acidentes por animais peçonhentos (*ponzoñosos*), e urbanas, como a violência armada nos favelas e a epidemia de acidentes

de motocicleta nas cidades tropicais.

É importante salientar (*destacar*), entretanto, que, ao longo do tempo, e talvez devido ao avanço (*debido al avance*) de outras disciplinas e ao apego às definições coloniais, a medicina tropical fragmentou-se ao perder partes de seu corpo de estudo e prática para outros campos que emergiam. Como exemplo, pode-se citar a saúde

pública (*nos Trópicos*) e a saúde internacional (*no Norte Global*), a parasitologia, a virologia, as doenças infecciosas ou infectologia, e a epidemiologia. Ao mesmo tempo em que o corpo de participantes reduzia-se, a medicina tropical transformava-se em um campo de atuação e em uma disciplina relacionados apenas às chamadas (*llamadas*) doenças endêmicas, usualmente causadas por parasitas ou transmitidas por vetores, o que a reduziu (*redujo*) a uma espécie de parasitologia tropical aplicada à clínica. Ao se abrir (*al abrirse*) novamente os seus campos de atuação, como faziam e fazem (*hacían y hacen*) os ingleses, aos dilemas gerais e globais das doenças dos Trópicos, ou mais importantes nos Trópicos, toda a grandeza e toda a complexidade do desafio aparecem nitidamente, e colocam medicina tropical como uma das mais relevantes disciplinas científicas ou especialidades médicas. Colocada de tal maneira, a medicina tropical reincorpora a saúde pública, a epidemiologia, as doenças infecciosas e parasitárias, integrando também disciplinas como a ecologia tropical, a sociologia e antropologia dos povos tropicais, a economia e a geopolítica que guiam o destino dos Trópicos.



do Globo que está delimitada por coordenadas físicas, como os Trópicos de Capricórnio e de Câncer, pode não ser (*puede no ser*) a melhor (*mejor*) representação da unidade física e sócio-econômica dos Trópicos. Além (*mas allá*) de conterem (*contener*) ampla variedade climática, incluindo florestas (*bosques*), campos e desertos, ou calor e frio extremos, muitas regiões situadas além (*mas allá*) dos paralelos delimitadores têm características ambientais mais próximas dos Trópicos do que das regiões de clima temperado (*templado*).

Assim, é nesta (*es en esta*) imprecisão conceitual que se apoia (*apoya*) a definição de Medicina Tropical. Adicionalmente, (*además*) muitas doenças que assumem o aspecto de tropicais por estarem associadas à pobreza e aos vetores, não pertencem aos Trópicos geograficamente definidos. O melhor exemplo atual são as leishmanioses (*leishmaniasis*). O calazar, por exemplo, é mais prevalente no Nordeste da Índia, em Bihar, e no (*en el*) Mediterrâneo, ao norte do Trópico de Câncer, do que no resto do mundo. A infecção pelo HIV e a AIDS originárias e ainda (*es aún*) muito mais prevalentes nos Trópicos, são, também, problemas globais.

Finalmente, muitas doenças e condições médicas (*situaciones de salud o enfermedades*) são mais relevantes nos Trópicos apenas devido à carência de recursos para prevenção e tratamento de doenças (*sólo por falta de recursos para la prevención y el tratamiento de las enfermedades*), embora não estejam (*aunque no estén*) originalmente ou etiologicamente ligadas aos Trópicos, como muitas doenças crônico-degenerativas. Desta forma, creio que a definição corrente de doença tropical é além (*más allá*) de analítica, altamente intuitiva e ligada ao domínio do conhecimento (*conocimiento*) do assunto por nações e culturas não tropicais. Mas do ponto de vista conceitual, creio que uma definição operacional deva estar ligada às suas origens históricas (*sus orígenes históricos*) e às suas causas atuais (*y a sus causas actuales*), tendo os (*teniendo a los*) trópicos geográficos como uma referência e não como uma exigência (*requisito*).

¿Cuál es la repercusión de los movimientos migratorios hacia las grandes ciudades en relación con la medicina tropical?

O mundo tropical tornou-se um mundo de favelas (*barrios pobres*) após (*después*) a grande diáspora (*migración*) do campo para as cidades. Um bilhão (*un billón*) de pessoas (*personas*) vive hoje em favelas, e este número deverá estar duplicado em 2030. Na Índia, a população (*población*) residente em favelas mais que duplicou nas últimas duas (*dos*) décadas. Vinte milhões de pessoas vivem em favelas nas Filipinas e, na capital, Manilha, mais de 50% reside nelas. Mais de 90% da população de alguns países africanos ao sul do Saara habita em favelas. Seis por cento da população brasileira vive em favelas, o que equivale a 11.4 milhões de pessoas.

O locus (*El lugar*) da pobreza está se movendo do campo para as cidades, em um processo agora reconhecido como "urbanização da pobreza". O número absoluto de pobres e desnutridos nas cidades aumenta. As condições de vida destas pessoas são muito precárias. A maioria não tem direito (*derecho*) à propriedade da terra, eventualmente sendo expulsas para locais ainda mais precários ainda (*eventualmente son expulsados a lugares más precarios aún*). Não existe recolhimento de lixo (*recolección de basura*), não existem redes de esgotos (*redes cloacales*).

Se ha asociado la medicina tropical con la medicina del Tercer Mundo. ¿A qué atribuye esta vinculación?

Com raras exceções (*excepciones*), o mundo tropical é (*es*) o mundo dos pobres. Sejam quais sejam (*Sean cuales sean*) os determinantes do subdesenvolvimento (*subdesarrollo*) dos Trópicos, é aqui que reina a pobreza, o que o fez ser qualificada (*por lo cual fue calificada*) pejorativamente como Terceiro ou Quarto Mundos pela (*por la*) geopolítica da divisão do mundo. Poucas exceções existem. Entre os pobres não tropicais restam apenas os países da Ásia Central, Oriente Médio e África Mediterrânea. E entre os ricos tropicais, salvam-se, talvez, Cingapura (*Singapur*) e Taiwan e, caso seja aceita como tropical (*y en caso que sea aceptado como tropical*) por seu 1/3 tropical, a Austrália deve ser incluída entre estas exceções. O Brasil recente poderia, eventualmente, ser qualificado como parcialmente rico, mas a pobreza de 3/4 da população do País e a enorme desigualdade sócio-econômica o qualificam como uma nação de pobres.

Há (*Hace*) cerca de 10 anos Jeffrey Sachs fez (*hizo*) uma abordagem teórica das razões da pobreza dos Trópicos, seguindo-se à belíssima obra de Jared Diamond. Embora assunto (*si bien el asunto es*) profundamente controverso, parece consensual (*consensuado*) que a geografia da distribuição das massas continentais dos Trópicos através de latitudes levou (*llevó*) a uma desvantagem (*desventaja*) econômica inicial que gerou (*generó*) diferenças de poder e domínio. Outros fatores podem ter (*podieron haber*) contribuído para estas diferenças como o efeito (*el efecto*) do próprio clima levando à pobreza dos solos (*de los suelos*), as doenças, a dinâmica social, a carência de inovação tecnológica e a estrutura dos (*de los*) diferentes processos colonizatórios (*colonizadores*). Neste contexto, a superação das doenças (*de las enfermedades*) como um processo decorrente (*debido a*) da desvantagem (*desventaja*) econômica envolve (*implica*) a própria superação do subdesenvolvimento (*del subdesarrollo*), um dos maiores desafios da nova medicina tropical.

¿Por qué puede señalarse que la medicina tropical no es en realidad un concepto con limitaciones geográficas o conceptuales?

A própria definição do que são os Trópicos é complexa. Por exemplo, a pura definição geográfica de uma região

Em muitos destes locais (*lugares*) não existem latrinas (*baños*), nem existe água potável (*potable*), e os assentamentos (*asentamientos*) são feitos (*se hacen*) em locais (*lugares*) próximos a contaminantes químicos, depósitos de lixo (*basura*), ou sujeitos a inundação e deslizamentos (*sujetos a inundaciones o derrumbes*). A densidade habitacional, por residência é enorme, muitas vezes com mais de uma dezena de pessoas dividindo pequenos compartimentos (*en más de una decena de personas conviviendo en cuartos pequeños*). Assim, a ocorrência de doenças originárias de contaminação fecal-oral é muito mais alta, assim como a de doenças por transmissão respiratória, como a tuberculose (TBC) e o sarampo (*sarampión*). A falta de saneamento facilita a proliferação de vetores e reservatórios, levando ao surgimento de epidemias como leptospirose e calazar (*leptospirosis y Kala Azar*). E, o que é mais grave, é que pouco sabemos do que se passa realmente no interior destes aglomerados (*Y lo que es más grave, lo poco que sabemos acerca de lo que pasa en el interior de estos conglomerados*).



O estado (*El estado*), nos países tropicais, ou pequeno ou corrupto, está despreparado (no está preparado) para organizar o rápido crescimento urbano, onde o trânsito é enlouquecedor (*donde el tránsito es enloquecedor*) e os acidentes de motocicleta configuram a mais letal (*la más letal*) das (*de las*) epidemias modernas. Abandonadas pelo estado (*por el estado*), estas populações tornam-se vítimas da violência decretada pelos senhores (*por los señores*) do tráfico e da guerra. Poucas equipes de saúde (*equipos de salud*) aventuram-se em locais tão perigosos e tão insalubres (*se atreven en lugares tan peligrosos e insalubres*), o que leva ao desconhecimento (*desconocimiento*) de soluções factíveis (*factibles*). Estas são as verdadeiras e novas populações e povos (*pueblos*) negligenciados (*olvidados*). Mais dramático ainda (*aún*), pouca esperança resta para estes povos em um mundo falsamente globalizado, mas sim, (*además*) dividido pelos muros que separam o Norte do Sul, o mundo rico e os pobres dos Trópicos.

Los cambios en la economía y la demografía mundial han motivado modificaciones en la epidemiología de las “enfermedades tropicales”. ¿Podría resumir el actual escenario?

O caso da doença (*enfermedad*) de Chagas é um excelente exemplo de como as inversões (*inversiones*) capitalistas no campo (*en el campo*) podem modificar a ecologia e a transmissão de doenças e o Estado de São Paulo é o seu melhor protótipo (*es su mejor ejemplo*), como mostrou, há muitos anos, o trabalho do Luís Jacinto da Silva. Os campos do oeste do Estado foram (*fueron*) ocupados para a agricultura, fumigados com inseticidas, o que levou ao desaparecimento (*desaparición*) dos ecótopos silvestres dos vetores endêmicos. Mesmo com a invasão do *Triatoma infestans*, ali exclusivamente domiciliado, a necessidade de mão-de-obra para a agricultura, aliada à sobra de recursos para o controle da malária, levou ao investimento precoce (*inversión temprana*) em inseticidas. Isto levou ao controle mais rápido da doença, mais de duas décadas antes que o resto do País. Os exemplos se sucedem.

Além disto, a migração das pessoas da zona rural para as cidades é uma causa direta da redução do número absoluto de casos de epidemias rurais: a vasta maioria (*la mayoría*) dos latino-americanos, por exemplo, já vive nas

cidades. O mesmo acontecerá com a África e com o Sul da Ásia. Um outro (*Otro*) caso interessante é o da leptospirose que deixou (*dejó*) de ser uma doença silvestre, esporádica, adquirida em alagadiços (*zonas húmedas*) de plantações, para tornar-se uma epidemia urbana durante as enchentes (*inundaciones*) nas favelas. Os trabalhos da equipe de Albert Ko, Mitermayer Reis e do seu (*y de su*) grupo em Salvador, no Brasil, mostraram isto (*demonstraron esto*) de forma brilhante. A urbanização do calazar, com determinantes ainda (*aún*) desconhecidos, é outro exemplo de como as doenças silvestres podem se adaptar ao ambiente urbano tropical.

Pode-se dizer que as cidades estão cercadas por doenças que, eventualmente, um dia eclodirão (*eclosionarán*) como doenças emergentes, epidêmicas. Este é um tema do qual pouco se sabe, e, portanto, deve ser um foco de investimentos (*inversión*) em pesquisa (*investigaciones*) nos países tropicais.

¿Cree usted que las normativas de la medicina tropical pueden extrapolarse entre distintas regiones afectadas (América Latina y África, entre otros)?

Creio que sim. Existem alguns elementos que são comuns aos países tropicais: a temperatura, a insolação, muitos ecossistemas de florestas (*bosques*), savanas e desertos, a pobreza, as favelas, a fragilidade dos estados e instituições, a baixa (*baja*) inovação tecnológica, a ciência incipiente, não prioritária, a baixa escolaridade, e a submissão (*sumisión*) econômica, geopolítica e armada.

Mesmo com (*Lo mismo que*) a separação continental por oceanos, o (*fue lo*) que permitiu (*permitió*) a divergência evolutiva de espécies biológicas, muitas doenças atravessaram os meridianos e os Trópicos, como a malária, a febre amarela e a dengue. Com o aumento da velocidade de contato entre os continentes e cidades por via aérea, isto se torna mais provável ainda. Hoje (*Hoy*), apesar de relativamente limitados, dezenas de voos (*vuelos*) ligam (*unen*) a América Latina à África, e esta ao sul da Ásia, através do Atlântico e do Índico. Tudo favorece à dispersão global de vetores e agentes de doença. Como os determinantes sócio-econômicos são comuns, é possível que novas (*nuevas*) doenças transmissíveis atravessem os oceanos tropicais. Como é óbvio, as causas externas de doenças, como a violência armada e o tráfico são comuns a todas as cidades tropicais. Finalmente, deve ser lembrado (*debe recordarse*) que o aquecimento (*calentamiento*) global pode levar a desastres igualmente catastróficos, como mostram os exemplos do Quênia, da Índia, do Brasil e do México, dados por Christian Parenti em seu excelente livro “Tropics of Chaos”.

De acuerdo con su experiencia, ¿cuál es el papel de Brasil en la producción científica vinculada con la medicina tropical en la actualidad?

O Brasil tem (*tiene*) a quinta maior (*mayor*) área geográfica e quinta maior população do planeta, e é, hoje, a quinta maior economia do mundo. Isto o faz (*esto lo hace*) a nação (*nación*) tropical mais proeminente do globo. Entretanto, em vez de ufanismo, isto implica em responsabilidades. Estando nos Trópicos, compartilha (*compartía*) as mesmas experiências, dificuldades e desafios, que são semelhantes (*semejantes*) em todas as demais nações tropicais e em desenvolvimento (*y en desarrollo*). Esta condição de nação tropical permite, assim, ver os Trópicos a partir dos próprios Trópicos, o que o distingue do olhar (*de la mirada*) das

nações (*de las naciones*) dominantes do Norte, que vêm os povos (*a los pueblos*) tropicais com um certo alheamento (*alienación*), com outra experiência e com outros objetivos, muitas vezes apenas de pilhagem (*saqueo*). Estas pré-condições podem ter profundas implicações (*repercusiones*) para o futuro.



A compreensão dos problemas tropicais do ponto de vista dos próprios Trópicos certamente demandará diferentes prioridades científicas e distinto olhar (*mirada*) cultural. Se o Brasil avançar no investimento (*en inversión*) à ciência e tecnologia, como começou a fazer (*hacer*) no governo Lula, se o País se aliar a outras nações tropicais mais poderosas ou avançadas como Arábia Saudita, Austrália, Cuba, Índia, México, e outras grandes nações, e se elegerem (*eligieran*) para eles o desafio do desenvolvimento (*del desarrollo*) tecnológico para a solução de problemas tropicais e, em particular, das doenças tropicais, nós veremos em breve uma revolução na prevenção e tratamento dos males dos Trópicos.

¿Considera apropiada la necesidad de una asociación científica para favorecer la investigación en medicina tropical a nivel de organismos como el MERCOSUR o la UNASUR?

A conectividade do conhecimento é a chave (*clave*) para o futuro no mundo moderno. A integração Sul-Sul é fundamental para a soma (*la suma*) de esforços para a investigação e resolução de seus problemas sanitários comuns. Evidentemente, a saúde tropical e a sua medicina são um dos denominadores comuns. Como vimos, um dos (*uno de los*) determinantes do subdesenvolvimento (*subdesarrollo*) e da pobreza dos Trópicos é a carência de inovação tecnológica e sua difusão. Quanto mais rápido uma nação se apropria de uma tecnologia, mais ela reduz (*reduce*) a distância tecnológica perante (*ante*) as nações (*las naciones*) que produzem inovação (*innovación*). Desta forma, além (*más allá*) da missão (*misión*) que os Trópicos têm de inovação científica, têm que rapidamente aplicar e usar os avanços produzidos alhures (*en otros lugares*). As sociedades científicas têm a missão de estimular as descobertas (*los descubrimientos*), mas têm (*pero tienen*), principalmente, o dever de congregar (*juntar*) conhecimentos e de difundir as inovações.

Portanto, não só é (*no sólo es*) fundamental a integração científica em Medicina Tropical no âmbito da América do Sul, como isto deve ser extensivo a todas as nações tropicais do Novo Mundo. Este movimento deve ser o ponto de partida para associações entre cientistas de todos os Trópicos em todos os assuntos relevantes para a integração dos Trópicos, sejam (*sean*) elas de natureza científica, cultural, econômica ou política.

A modo de finalización, por favor sintetice sus principales conclusiones.

Algumas pessoas têm se referido (*algunas personas se refieren*) às sociedades de Medicina Tropical como sociedades agonizantes. Isto se deve à deriva (*a la derivación*) da disciplina para o campo muito restrito (*muy restrictivo*) das doenças

endêmicas tradicionais, de parasitologia tropical aplicada. Até mesmo (*incluso*) doenças tipicamente tropicais, como a dengue, têm sido eventualmente omitidas de relatórios sobre o escopo (*informes sobre el alcance*) da Medicina Tropical. Ao longo (*a lo largo*) do tempo, médicos e pesquisadores (*investigadores*) ligados a epidemiologia e saúde pública, parasitologia e infectologia deixaram a medicina tropical brasileira e levaram consigo os próprios temas. Até a AIDS, que emergiu nos Trópicos e que tem a maioria das infecções transmitida nos Trópicos foi retirada do âmbito das doenças tropicais mediante o argumento de que doença também ocorre fora dos Trópicos. Parte deste processo é natural, mas parte pode ser política.

Finalmente, um conceito de doenças negligenciadas (*olvidadas*), aplicado inicialmente à negligência da indústria farmacêutica para algumas doenças tropicais, ameaça (*amenaza*) substituir o adjetivo tropical para (*por*) doenças dos Trópicos. Alguns defendem este ponto de vista argumentando que o mundo, agora (ahora), é global, um só (*uno solo*), como se o mundo se tivesse tornado (*se volvió*) igual graças (*gracias*) à globalização da economia. Sabemos que foi exatamente o contrário que aconteceu (*sabemos que ocurrió exactamente lo contrario*). Esta substituição (*sustitución*), a meu ver (*en mi opinión*), é pura cínica geopolítica (*es puro cinismo geopolítico*), pois, (*pues*) na verdade (*en verdad*), o mundo nunca esteve (*estuvo*) econômica e politicamente tão dividido.

Depois da diáspora para as cidades, mediada pela (*por la*) política monetária, os Trópicos passaram a carregar agora consigo, encarceradas (*encerradas*) em suas cidades, as novas mazelas (*males*) da pobreza urbana, da fome (*del hambre*) urbana, das doenças urbanas. Cabe a nós (*nos cabe a nosotros*), congregados em sociedades científicas relacionadas ao tema, a missão de revivermos (*revivir*) a grandeza da Medicina Tropical, ao abordarmos com coragem estes novos temas urbanos, os mais vívidos dramas da humanidade hoje (*hoy*). Temos o dever de trazer os Trópicos, as suas tragédia e o enfrentamento das doenças tropicais como itens prioritários para a agenda global (*Tenemos el deber de traer los Trópicos, sus tragedias y la lucha contra las enfermedades tropicales como temas prioritarios para la agenda global*).

Proponen Normativas para la Selección y el Uso de Protección Respiratoria en las Tareas con Agroquímicos


“El solo uso de normativas para el uso seguro de agroquímicos no es suficiente, sino que debe acompañarse de controles eficaces y constantes. La utilización de protección personal para la aplicación de estos productos debería exigirse por medio de las leyes que regulan el trabajo agropecuario.”

Entrevista exclusiva a

Patricia Neira

Jefa Laboratorio de Sanidad Vegetal, Dirección de Agricultura Ministerio de Industria, Agricultura y Ganadería, Gaiman, Chubut, Argentina

uso/aplicación de agroquímicos fue “mejorar las condiciones laborales del trabajador rural contribuyendo al uso efectivo y manejo de los equipos de protección individual, para la aplicación de agroquímicos”.

Acceda a este artículo en siicsalud	
	<p>Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)</p> <p>Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.</p>

SIIC: El uso de agroquímicos es habitual durante las tareas de los trabajadores agrícolas. ¿Cuáles son los índices de utilización y de uso correcto de los equipos de protección?

PN: Si bien no existen trabajos sistemáticos que cuantifiquen los índices de utilización de los Equipos de Protección Personal (EPP), a partir de las encuestas realizadas a productores hortícolas se indagó sobre el equipo empleado para manipular agroquímicos (máscara, botas, guantes, antiparras, pantalón y camisa especiales). De los encuestados, el 31% no utilizaba equipo de protección alguno, nadie utiliza el equipo completo para la aplicación de agroquímicos, y sólo el 3.6% emplea 5 de los elementos necesarios; el 7.1% utiliza 4 de los elementos necesarios, un 25% emplea 3 de los elementos necesarios, otro 25% utiliza 2 de los elementos y el 17%, 1 solo elemento. El 21.4% de los productores manifestaron que no emplean elementos de protección para manipular agroquímicos.

Buenos Aires, Argentina (*especial para SIIC*)

Los países en vías de desarrollo informan una elevada incidencia de intoxicaciones agudas por plaguicidas, que se ha atribuido a varias causas, como la deficiencia en la legislación y de medios para obligar a que se cumpla; los niveles educacionales bajos, que determinan una escasa percepción de los riesgos e incluso la falta de comprensión de las pautas de alerta de las etiquetas, y el uso generalizado de productos prohibidos o restringidos en países industrializados.

Las consultas por exposición/intoxicación por plaguicidas constituyen el 14% del total de las consultas a los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica, de las cuales aproximadamente el

50% corresponden a niños de 0 a 9 años. Del total de las consultas por plaguicidas, un 30% están relacionadas con piretroides y piretrinas, un 24% con organofosforados y un 14% por derivados cumarínicos.

La Argentina carece de una legislación única que regule la adquisición y uso de agroquímicos, por ello su regulación se realiza a partir de decretos y disposiciones legales nacionales. Algunas provincias tienen leyes de agroquímicos, que en la generalidad de los casos no se ejecutan en su totalidad.

El objetivo principal del trabajo, realizado conjuntamente con las Dras. Marcela Regnando y Silvana Montanelli, *Guía práctica para protección respiratoria en el*



La protección que siempre usan son las botas y, en menor porcentaje, los guantes. Para el caso de la protección respiratoria, sólo el 32.1% emplea máscara.

La encuesta no nos permitió concluir que los elementos utilizados sean los adecuados y que se encuentren en el estado óptimo para brindar la protección necesaria.

¿Se reconocen factores demográficos o socioeconómicos relacionados con esta conducta?

La mayoría de los trabajadores no utilizan los equipos de protección personal o lo hacen de manera incorrecta, y esta práctica no parece variar en función de la edad, el nivel de formación o el nivel socioeconómico de los trabajadores. Sin embargo, esta situación se revierte cuando existe un control estricto y un beneficio económico para los productos frutihortícolas que certifica Buenas Prácticas Agrícolas para la exportación, por medio de las diversas normativas internacionales que existen para tal fin (*Globalgap, Tesco Nurture, BRC, etc.*), que son de cumplimiento obligatorio para aquellos productores que

exportan al Mercado Común Europeo, al sudeste Asiático y a otros países compradores.

El valle inferior del Río Chubut es una región de importancia agraria. ¿Cuáles son los productos agroquímicos de uso más habitual en esta zona de la Patagonia?

De acuerdo con nuestros relevamientos, entre los plaguicidas utilizados se constata que el 70% corresponde a insecticidas, el 22% a herbicidas y el 7% a fungicidas.

Entre los insecticidas se registraron los siguientes principios activos: cipermetrina (35.4%), pirimicarb (18.7%), lambdacialotrina (16.6%), metamidofos (14.58%), clorpirifos (8.33%), endosulfán (4.16%) y dimetoato (2.08%). Sin embargo, existe una importante fluctuación en el uso de los productos, de acuerdo con su costo y con la disponibilidad que presentan en el mercado local.

¿Se dispone en la actualidad de guías o normativas provinciales o regionales en las cuales se especifiquen las recomendaciones de protección?

Las recomendaciones en el uso de protección personal se especifican en el marbete del producto agroquímico, y ésta depende de la clase toxicológica de cada uno de los productos a utilizar.

En general, las leyes provinciales en materia de agroquímicos, y la nuestra en particular, consideran el uso de protección personal como algo inherente a la actividad que el productor/aplicador conoce y utiliza. No obstante, esto no es así, en la mayoría de los casos debido a una baja percepción del riesgo ante el uso de sustancias tóxicas.

Desde nuestro Laboratorio de Sanidad Vegetal se realizan capacitaciones, elaboración de folletos y recomendaciones en cada oportunidad que tiene el técnico de llegar a los productores.

Los agroquímicos volátiles pueden difundirse hacia la vía aérea. ¿Qué equipos resultan de mayor importancia para la protección de las personas expuestas?

La exposición respiratoria es particularmente peligrosa ya que las pequeñas partículas de los plaguicidas pueden ser



rápidamente absorbidas por los pulmones y, de esta forma, llegar al torrente sanguíneo.

De lo antedicho se desprende la importancia de la correcta elección de la protección respiratoria. Los distintos tipos de máscaras respiratorias que existen en el mercado en la actualidad pueden ser agrupados en: respiradores libres de mantenimiento o máscaras descartables, los cuales se emplean para la manipulación y aplicación de agroquímicos en polvo, cuya clase toxicológica no constituya un riesgo para la salud, y que se deben desechar luego de su uso; y respiradores con mantenimiento, entre los cuales se encuentran con cartucho químico o bien con suministro de aire.

No sólo es importante el tipo de protección respiratoria, sino también la correcta colocación y mantenimiento de ésta.

Los índices de utilización correcta de los equipos de protección son aún bajos. ¿Cuáles son las principales estrategias a implementar para lograr un mayor uso?

La primera estrategia es la educación, tanto sobre la importancia de la utilización como sobre la correcta forma de uso de los equipos de protección personal. Esta estrategia debería adecuarse a cada situación, a cada tipo de productor en particular e incluir a su familia.

Podría ser una recomendación para la industria mejorar el diseño de los equipos de protección para lograr una mayor aceptación por parte de los aplicadores, ya que en muchos casos es la excusa para no emplearlos.

De acuerdo con su experiencia, ¿es posible generalizar este tipo de normativas a nivel nacional?

Tener una única normativa a nivel nacional es lo adecuado; sin embargo, la normativa sola no es suficiente, tiene que acompañarse de control y éste debe ser eficaz y constante. Además, el uso de la protección personal para la aplicación de agroquímicos tendría que ser para el aplicador una medida de prevención de intoxicaciones, que él mismo debería solicitar para cumplir sus tareas, por lo que las leyes que regulan el trabajo agropecuario deberían exigir y regular su uso.

Esta sección difunde las actividades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y las novedades del Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE).

Jornada de salud reproductiva en la Legislatura provincial

Buenos Aires presentó el nuevo protocolo de aborto no punible adecuado al fallo de la Corte



Nicolás Carvalho, subsecretario de Derechos Humanos de la Provincia, el Dr. Alejandro Collia, ministro de Salud provincial y Cristina Álvarez Rodríguez, ministra de Gobierno.

El nuevo protocolo permite realizar abortos en el sistema de salud por casos de violación, sin necesidad de autorización judicial. Lo presentó el ministro Collia, en una jornada donde también anunció la baja de la mortalidad materna.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires presentó el nuevo protocolo de aborto no punible que contiene la adecuación solicitada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

De este modo, deja en claro que toda mujer violada tiene derecho a solicitar esa práctica en el sistema de salud sin necesidad de judicializar el caso y que los médicos tienen un plazo no mayor de diez días para efectuarlo.

Así lo explicó el ministro de Salud provincial, Alejandro Collia, en la Legislatura provincial, durante la presentación del nuevo protocolo. Este documento protege el derecho de las mujeres víctimas de abuso sexual y *“ofrece un marco legal certero al médico y al equipo de salud en su conjunto,*

que ya no requieren autorización judicial para realizar un aborto en caso de violación”.

El texto del protocolo deja en claro que *“el hospital y el médico tratante tienen la obligación legal de practicar la intervención a requerimiento siempre que exista el consentimiento informado de la mujer”*, explicó Collia.

El ministro recordó que el 13 de marzo de este año, la Corte Suprema de Justicia *“dejó en claro que basta con que la mujer firme una declaración jurada en la que asegure que su embarazo es consecuencia de una violación para que la práctica se efectúe en un establecimiento de salud habilitado, por un médico diplomado, a fin de garantizar la seguridad de la intervención”.*

Los especialistas del Ministerio de Salud presentaron el nuevo Protocolo ante los titulares de las Comisiones de Salud de las cámaras de Diputados y de Senadores, Viviana Nocito y Marcelo Carignani, respectivamente. En el encuentro también estuvieron presentes la ministra de Gobierno, Cristina Álvarez Rodríguez y el subsecretario de Derechos Humanos de la Provincia, Nicolás Carvalho.

Del encuentro participó el experto chileno Aníbal Faúndes, invitado por el Área de Políticas de Género de la cartera sanitaria provincial. Faúndes es ginecólogo y obstetra; publicó los libros *Muerte materna, una tragedia evitable* y, junto con José Barzelatto, *El drama del aborto*. Además, coordina el Grupo de Trabajo sobre Prevención del Aborto Inseguro de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO).

Según Faúndes, en América Latina se realizan *“4 millones de abortos inseguros por año”*, y estimó que *“una de cada 28 mujeres se realiza un aborto en algún momento de su vida”*. Del total *“de abortos realizados, la mitad son legales y seguros, y la otra mitad ilegales e inseguros, es decir, hechos por personas no calificadas y en lugares que no reúnen las condiciones sanitarias necesarias”*.

Agregó que *“el aborto es la principal causa de muerte materna en los países de América Latina donde esta práctica es ilegal”*.

Disminución de la mortalidad materna

El año pasado se logró, después de años de estancamiento, un descenso de la mortalidad materna de 1.2 punto, al pasar de 4.3 muertes en el embarazo, parto o puerperio por cada 10 000 nacidos vivos durante todo 2010, a 3.2 muertes maternas por 10 000 nacimientos en 2011. *“En números absolutos, durante 2011 se registraron 92 muertes maternas, contra 125 en 2010, es decir unos 33 casos menos”*, anunció el ministro.

“Sin embargo, el peso del aborto como causa de muerte materna se mantiene estable y abarca al 34 por ciento de esas muertes”, detalló Collia. En ese sentido, dijo que el *“aggiornamento”* del protocolo de aborto no punible *“es una herramienta más que contribuirá a la reducción de las muertes por prácticas abortivas inseguras”*.

Además, recordó que el Programa de Salud Reproductiva *“ofrece asesoramiento en anticoncepción y entrega gratuita de todo tipo de métodos anticonceptivos en centros de atención primaria y hospitales provinciales”*, y que se trata de *“otro de los instrumentos en plena vigencia para reducir los embarazos no planificados”*.

Qué dice el nuevo protocolo de aborto no punible

A. G. son las iniciales de la víctima de violación embarazada por su padrastro a los 15 años, que motivó el fallo de la Corte en el que se explicita que no es punible el aborto cuando la gestación es producto de un abuso sexual.

Por eso, la nueva guía de procedimiento de aborto no punible (resolución 3146/12), firmada por el ministro de Salud provincial, Alejandro Collia, *“se fundamenta en la necesidad de contar con pautas que garanticen el acceso al aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del artículo N° 86, incisos 1 y 2, del Código Penal, y del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación”*.

La guía aclara que *“el supuesto de aborto no punible contemplado en el inc. 2 del art. 86 comprende a aquel que se practique respecto de todo embarazo que sea consecuencia de una violación; con independencia de la capacidad mental de su víctima”*.

El protocolo aclara que, a partir de esa interpretación, el aborto prac-

ticado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible en tres supuestos:

1. Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo proviene de una violación, conforme la manifestación de la propia víctima o su representante legal y con prescindencia de la denuncia y/o calificación penal del hecho.
3. Si el embarazo proviene de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Asimismo agrega que *“al concluir que el aborto practicado a una mujer víctima de violación no es punible otorga protección legal al equipo de salud que realiza la práctica, garantizando así el acceso a la misma. La realización de la práctica no implica ninguna responsabilidad administrativa, civil ni penal para el equipo de salud”*.

El Hospital Paroissien recupera pacientes cardíacos al ritmo del 2 x 4

El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien, de La Matanza, incorporó a su oferta sanitaria un taller de tango para la rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Lo hizo a través de una presentación en el Círculo Médico del distrito, que contó con la participación del reconocido director de orquesta, compositor y bandoneonista argentino Leopoldo Federico.

De esta manera, el hospital se suma a experiencias similares puestas en práctica en los Hospitales Mariano y Luciano de la Vega, de Moreno, y el Servicio de Neumotisiología de Tandil.



Las clases se dictan los lunes, a las 18.30, en el Círculo Médico. Hasta ahora ya se sumaron entre 15 y 20 parejas. Las clases son gratuitas y puede participar cualquier persona con antecedentes cardiovasculares, aunque no se haya atendido en esos dos hospitales.

El Hospital Descentralizado Zonal General Mariano y Luciano de la Vega, de Moreno, organiza clases de tango, salsa y folklore, durante dos horas, una vez por semana, para el público en general. Asisten un promedio semanal de 15 personas por cada curso, en su mayoría mujeres mayores.

En tanto, el Servicio de Neumotisiología de Tandil brinda clases de salsa, yoga y caminatas para quienes padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad y para los que concurren al consultorio de cesación tabáquica. Las clases se dan tres veces por semana y para la inscripción se requiere certificado médico.

Diástole y fútbol

Los médicos del servicio de rehabilitación del Hospital Paroissien también crearon, hace 2 años, un equipo para la práctica de papi fútbol reducido al que denominaron *Diástole*. Lo integran también pacientes con enfermedades cardiovasculares en rehabilitación, que practican este deporte con un reglamento especial preparado por los médicos.

La Unidad de Rehabilitación Cardiovascular del Paroissien atiende a 150 pacientes que sufrieron infarto, preinfarto, enfermedades coronarias o tienen un *bypass*. Dos veces por semana estos pacientes tienen la opción de jugar al fútbol en espacios reducidos.

.....
En los dos mil vacunatorios de la provincia

Ya está disponible la vacuna contra la hepatitis B para los adultos

El Ministerio de Salud de la provincia distribuyó más de 300 000 dosis de vacunas contra la hepatitis B para su aplicación en adultos. La medida fue anunciada por el ministro Alejandro Collia en el marco de la Semana de la Hepatitis, durante la que también se realizaron extracciones de sangre gratuitas y jornadas educativas y de prevención.

El Ministerio de Salud nacional, a cargo de Luis Manzur, universalizó la vacuna contra este virus, y la incorporó al Calendario Nacional y gratuito para la población adulta.

Por eso, desde el 3 de agosto, en los 2 000 vacunatorios públicos de la Provincia de Buenos Aires está disponible para la población adulta la vacuna contra el virus B de la hepatitis, causante de cirrosis y cáncer de hígado.

Los adultos que se vacunen deben aplicarse una primera dosis, un refuerzo al mes y otro a los seis meses de la primera dosis.

Anteriormente, la vacuna sólo era gratuita para el recién nacido, con un refuerzo a los 2 y a los 6 meses, o bien para los chicos de 11 años, con dos refuerzos: uno al mes de la primera dosis y otro a los 6 meses.

En la provincia ya había un antecedente para los adultos: en junio, el Ministerio de Salud lanzó una campaña de vacunación destinada a las trabajadoras sexuales, al considerarse uno de los grupos de riesgo de contraer hepatitis B.

Cómo se contrae

Se estima que en el país cerca de 1 000 000 de personas se encuentran afectadas por los virus B y C de la hepatitis. Sin embargo, cerca de la mitad desconoce su condición, porque en las primeras etapas ambas infecciones son asintomáticas.

Ambos tipos de hepatitis se contraen del mismo modo que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): por mantener relaciones sexuales sin preservativo o por contacto con la sangre de una persona infectada. En el caso de la hepatitis B, el riesgo de contagio es mucho mayor porque se trata de un virus 100 veces más infeccioso que el VIH.

En la provincia, se estima que menos del 2 por ciento de la población es portadora del virus, pero muchas personas infectadas no lo saben. Por esta razón, los especialistas señalan que los adultos deberían hacerse un chequeo general una vez al año.

La prueba es gratuita en todos los centros de salud de la Provincia de Buenos Aires. Y también, sin necesidad de orden médica, en los 293 centros de asesoramiento y prueba voluntaria de VIH.

Según el jefe de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Provincial Eva Perón, de San Martín, Carlos Guma, *"el 85% de quienes padecen hepatitis C evolucionan a hepatitis crónica, en tanto que el otro 15% se cura sin problemas. En tanto que entre el 20% y el 40% de los infectados evolucionarán a cirrosis hepática y un 6% a cáncer de hígado"*. La hepatitis C es la primera causa de trasplante de hígado en la Provincia de Buenos Aires.

Respecto del virus B, el 95% de las personas infectadas suelen curarse sin haber notado siquiera que tuvieron la infección, y un 5% presenta una infección crónica, con el riesgo de que un 3% de ellos evolucionen a un cáncer hepático.

- **Ya están disponibles en los 2 000 vacunatorios de la provincia las 310 000 dosis de vacunas para adultos contra la hepatitis B.**
- **Se estima que en la provincia, menos del 2% de la población padece hepatitis. La mayoría no lo sabe.**
- **Los adultos que se vacunen contra la hepatitis B deben aplicarse una primera dosis, un refuerzo al mes y otro a los seis meses de la primera dosis.**

Actividades

Durante la última semana de julio se realizaron análisis de sangre gratuitos, jornadas educativas y de prevención y actividades en lugares públicos de varias ciudades de la provincia y el país.

El 27 de julio, en la sede del Ministerio de Salud, el Grupo La Plata de Apoyo y Contención a Pacientes con Hepatitis Virales realizó la versión local *"No ver, no oír, no decir"*, representando estas tres acciones con las manos.

El 28 de julio se realizaron en todo el mundo actividades para fomentar la concientización y luchar contra las hepatitis B y C. La Plata participa de la acción global contra la hepatitis para conseguir un récord Guinness.

Lanzamiento del primer número de *Epidemiología y Salud*

Se presentó la revista *Epidemiología y Salud* en el Hospital de Alta Complejidad El Cruce, de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires. El evento, realizado el pasado 17 de julio, fue encabezado por el Director Ejecutivo del Hospital El Cruce, Dr. Arnaldo Medina, y contó con la destacada participación del Dr. Alejandro Colliá, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Dr. Nery Fures, Coordinador de la Región Sanitaria XI y Director Científico de la publicación, el Prof. Rafael Bernal Castro, Presidente de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) y responsable editorial de *Epidemiología y Salud*, y el Dr. Alejandro Bagato, Secretario de Salud de Florencio Varela, entre las personalidades más relevantes.

El Dr. Colliá destacó el valor social de esta publicación y aseguró que la revista permite que todos los trabajadores puedan acceder a la información, que no sólo tiene un papel científico sino, también, el propósito de generar el conocimiento adecuado para poder avanzar en la solución de los problemas.

Para solicitar la versión digital de *Epidemiología y Salud* contáctese con: Fundación SIIC, Programa ACisE, tel: (011) 4342-4901, revista.epidemiología@siic.info.



De izquierda a derecha, Dr. Nery Fures, Dr. Arnaldo Medina, Dr. Alejandro Colliá, Dr. Alejandro Bagato, Prof. Rafael Bernal Castro

.....
Con motivo del Ciclo Integración Científica de América Latina

Entrevistas llevadas a cabo por Fundación SIIC con Embajadas latinoamericanas

Se destaca la creciente participación de profesionales de la salud del Brasil en la realización de entrevistas científicas. Además de las actividades llevadas a cabo en el marco del programa CICAL (Ciclo Integración Científica de América Latina) de la Fundación SIIC y la Embajada de la República Federativa del Brasil en la Argentina, se reconoce un aumento del interés de los médicos brasileños para responder entrevistas formuladas por medios electrónicos. En ámbitos tan variados como la salud mental, la hematología o la salud pública, por sólo citar algunos, numerosos investigadores de ese país han volcado su experiencia y sus conocimientos en textos publicados en portugués en nuestros medios digitales y tangibles, con eventuales traducciones selectivas. El marco de la integración regional involucra diferentes aspectos de la vida de los pueblos, entre los cuales la ciencia puede convertirse en un interesante vector para estimular el crecimiento conjunto.

.....
En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario

Lanzamiento del programa ACisE en el Litoral

El último 23 de mayo se celebró en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario el acto de lanzamiento del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE) en la región del Litoral. Presidido por el decano de la Facultad, Dr. Miguel Farroni, fueron oradores del evento el decano de la Facultad de Bioquímica y Biología de la UNL, Bioq. Javier Lottersberger, el Gerente de Fundación Medifé, Sr. Mario Almirón y el Presidente de la Fundación SIIC, Prof. Rafael Bernal Castro. Como cierre del acto, el Dr. Francisco Maglio disertó bajo el título *El escuchaorío en la relación médico-paciente*. Autoridades hospitalarias y universitarias, docentes, funcionarios públicos provinciales, estudiantes y profesionales de la salud en general conformaron la nutrida concurrencia que colmó el auditorio principal de esa casa de Altos Estudios. *ACisE en el Litoral* permitirá a los hospitales y universidades públicas de las provincias de Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes y Misiones el acceso al conjunto de acciones y recursos científicos de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). El programa cuenta con el patrocinio de Fundación Medifé. Más información, acise.litoral@siic.info.



.....
Para profesionales de la salud clientes del Banco Nación

Ampliación del programa ACisE Nación

En el marco de la alianza estratégica entre el Banco de la Nación Argentina (BNA) y SIIC para el desarrollo nacional del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE), la gerencia de la principal entidad bancaria del país anunció recientemente la ampliación del patrocinio *ACisE Nación* con el objeto de cubrir la demanda generada en estos primeros meses de ejecución del programa. Profesionales de la salud clientes del BNA interesados en suscribirse pueden entrar nuevamente en contacto con Fundación SIIC para gestionar su incorporación. Los inscriptos accederán gratuitamente a una suscripción completa a la revista Salud(i)Ciencia y a una contraseña personalizada al sitio www.siicsalud.com, entre las restantes acciones del programa ACisE. Para conocer la totalidad de acciones ingrese a: www.siicsalud.com/main/banconacion.php. Por gestiones, dudas o consultas contactarse con acise-nacion@siic.info.

.....
Renovación de respaldo a las acciones de la Fundación SIIC

Ministerio de Salud de la Nación auspicia programas ACisE

Con fecha 16 de agosto de 2012, el Ministerio de Salud de la Nación emitió la resolución N° 1258 para la renovación del auspicio oficial a los programas ACisE de la Fundación SIIC, dirigidos a centros asistenciales y educativos públicos de la Argentina y América Latina. Entre sus consideraciones, la resolución firmada por el ministro Juan Manzur destaca "...la importancia de los temas a tratar, así como la valoración de tipo científico cultural, promoviendo el conocimiento y mejorando el nivel y calidad de la salud de la población, mediante acciones de promoción y protección de la salud a través de información actualizada por Red...."

Congresos

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

- **Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva 2012**
Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE)
Mar del Plata, Argentina
4 al 6 de octubre de 2012
sage@sage.org.ar
www.sage.org.ar/nueva/activ_academ_2012.php
 - **XXXVIII Congreso Argentino de Cardiología**
Sociedad Argentina de Cardiología
Buenos Aires, Argentina
5 al 7 de octubre de 2012
info@sac.org.ar
www.sac.org.ar
 - **40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria**
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)
Buenos Aires, Argentina
5 al 8 de octubre de 2012
aamr@aamr.org.ar
www.aamr.org.ar/cj_40congreso.php
 - **5^{tas} Jornadas Anuales de Investigación en Salud Pública**
Hospital Pediátrico Dr. Avelino Castellán
Resistencia, Chaco, Argentina
16 de octubre de 2012
hpdocencia@yahoo.com.ar
www.siicsalud.com/scripts/detallecongreso.php/12716003
 - **VI Congreso Argentino de Parasitología y II Jornadas Bioquímicas del Sudoeste Bonaerense**
Asociación Parasitológica Argentina
Bahía Blanca, Argentina
17 al 19 de octubre de 2012
rcosta@uns.edu.ar
www.parasitologiarg.com.ar
www.siicsalud.com/scripts/detallecongreso.php/12301018
 - **45° Congreso Argentino de Reumatología/ XVI Congreso Rioplatense de Reumatología**
Sociedad Argentina de Reumatología (SAR)
Córdoba, Argentina
17 al 20 de octubre de 2012
sociedad@reumatologia.org.ar
www.reumatologia.org.ar
 - **XLIII Reunión Nacional Anual FASGO**
Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)/ Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Mendoza
Mendoza, Argentina
24 al 26 de octubre de 2012
fasgo@fasgo.org.ar
www.fasgo.org.ar
www.siicsalud.com/scripts/detallecongreso.php/12724007
 - **XXVI Encuentro para la Organización y Administración de la Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires**
Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires
Villa Gesell, Argentina
24 al 26 de octubre de 2012
planificacionhemoterapia@gmail.com
- 
- **1° Jornadas Científicas del Alto Valle en Terapia Intensiva**
Centro Médico Integral del Comahue
Neuquén, Argentina
25 al 27 de octubre de 2012
jornadascientificasaltovalle@gmail.com
www.edu-ci.com/p/jornadas-cientificas-del-alto-valle-en.html
www.siicsalud.com/scripts/detallecongreso.php/12301019
 - **XX Congreso Nacional de Medicina**
Sociedad Argentina de Medicina
Buenos Aires, Argentina
30 de octubre al 2 de noviembre de 2012
congresosam@gmail.com
congreso.sam.org.ar/inscripcion.php

Textos esenciales para el ejercicio responsable de la medicina



www.siicsalud.com

actualización científica confiable

**Resúmenes conceptuales, amplios
y objetivos (ReSIIC), para estudiar
en castellano**

elaborados en base a trabajos originales
completos, seleccionados por especialistas
y provistos a SIIC por las principales fuentes
biomédicas del mundo.

**Artículos exclusivos, originales
e inéditos, arbitrados por expertos
del país y el extranjero.**

Trabajos completos editados en castellano,
portugués e inglés, escritos por renombrados
especialistas de la Argentina, Iberoamérica
y el Resto del Mundo.

siicsalud edita 60 a 80 informes por día;
se ordena en 55 especialidades biomédicas y 2 700 secciones;
transmite por semana, quincena o mes, 55 boletines especializados (*newsletters*) a 370 000 usuarios;
aloja 150 000 informes especializados de SIIC Data Bases.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Frente a situaciones de intoxicación

- Asegúrese de que el paciente esté intoxicado.
- Descarte un síndrome de abstinencia.
- Si el paciente está acompañado, intente averiguar qué sustancia ingirió, cuándo y en qué cantidades.
- Descarte una enfermedad preexistente.
- Recomiende la continuidad del tratamiento en un Centro Provincial de Atención (CPA).

**0800
222
5462**

Orientación en
Adicciones

ANÓNIMO - GRATUITO - TODOS LOS DÍAS - LAS 24 Hs.

**0800
222
9911**

Servicio de
Toxicología

ANÓNIMO - GRATUITO - TODOS LOS DÍAS - LAS 24 Hs.

La Provincia de Buenos Aires cuenta con una red pública y gratuita de atención conformada por:

- **10 Casas de Día**
- **9 Centros de Internación**
- **183 Centros Provinciales de Atención (CPA)**