

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 4, Octubre 2013



La hipertensión arterial en la Provincia de Buenos Aires. Una mirada desde el Programa REMEDIAR + REDES

La provisión de medicamentos para garantizar el acceso a quienes lo necesitan requiere actualmente un nuevo estadio, basado en el seguimiento de la población con hipertensión.

Luciana Pozo, Columnista experta, Buenos Aires, Argentina
Sección Artículos originales, pág. 19

Revista

Epidemiología y Salud

Vol. 1, N° 4, Octubre 2013

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
Dra. Mariana B. Duarte

Asesores Científicos

Dr. Enrique Vázquez
Dr. José Moya

Comité Científico
(en formación)

Dra. Graciela Abriata
Dr. Mario Borini
Dr. Jorge Chaui
Dr. Ricardo López Santi
Dr. Guillermo Macías
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 N° 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: De Es Schwertberger, «Los tallos», óleo
sobre madera, 162,56 x 127 cm, 1973; pág. 39 - Ramón
Gomez Cornet, «La Urpila», óleo sobre tela, 1946.

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 4, Agosto 2013

Artículos originales

- Alfabetización sobre esquizofrenia en estudiantes de medicina: reconocimiento, causas atribuibles y sugerencia de tratamiento de la enfermedad a partir del género y la percepción de agresividad..... Pág. 5
- Impacto del VIH/sida en las dimensiones del cuestionario de calidad de vida de la OMS y sus factores determinantes..... Pág. 9
- Infecciones respiratorias agudas bajas en el Hospital Luisa Cravenna de Gandulfo de Lomas de Zamora..... Pág. 16
- La hipertensión arterial en la Provincia de Buenos Aires. Una mirada desde el Programa REMEDIAR + REDES..... Pág. 19

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

Informes

- El concepto de derecho a la salud desde la perspectiva liberal y neoliberal: de negación a restricción del derecho..... Pág. 26
- El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización..... Pág. 31
- Papel del profesional farmacéutico en la antibioticoterapia..... Pág. 35

Entrevistas

- Herramientas de análisis económico para la gestión hospitalaria..... Pág. 37
- Enteroparasitosis en niños de Villaguay, Entre Ríos: un estudio integrado al estado nutricional y al ambiente..... Pág. 39

Novedades

- Noticias breves**..... Pág. 42
- La salud de Buenos Aires**..... Pág. 42

Instrucciones para los autores

Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)..... Pág. 44

Congresos

Eventos recomendados por SIIC

Artículos originales

Alfabetización sobre esquizofrenia en estudiantes de medicina: reconocimiento, causas atribuibles y sugerencia de tratamiento de la enfermedad a partir del género y la percepción de agresividad

Mental health literacy in schizophrenia among medical students: recognition, attributional causes and suggested treatment by gender and perception of aggressiveness



Ana Fresán Orellana

Doctora en Psicología y Salud, Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F., México

Rebeca Robles García, Médica, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F., México

Nicolás Martínez López, Médico, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F., México

Ingrid Vargas-Huicochea, Médica, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F., México

Carlos Berlanga-Cisneros, Médico, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F., México

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Primera edición, www.siicsalud.com: 1/12/2012

Enviar correspondencia a: Rebeca Robles García, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. Mexico Xochimilco 101, 14370, México, D.F., México
reberobles@hotmail.com

+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Resumen

Introducción: La alfabetización en salud mental (ASM) por parte de estudiantes y profesionales de la salud implica su capacidad para reconocer la enfermedad mental y su adecuado manejo, lo que constituye un elemento esencial para reducir el estigma y la brecha de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el reconocimiento, causas atribuibles y tratamiento sugerido de la esquizofrenia, con el género y la percepción de agresividad (PA) en un grupo de estudiantes de medicina. **Método:** Noventa y ocho estudiantes de una universidad pública de la Ciudad de México completaron el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA) para valorar la ASM y la PA. **Resultados:** El 94.9% de los estudiantes reconocieron la presencia de una enfermedad mental. Menos de la mitad (44.9%) consideraron las intervenciones psiquiátricas como las más adecuadas para el control de los síntomas. El reconocimiento de la enfermedad mental se asoció con el nivel de restricción del tratamiento sugerido por los hombres. Las etiologías psicológica y biopsicosocial de los síntomas fueron las más frecuentemente referidas. El 82.7% de los estudiantes consideraron que la persona descrita era agresiva. **Conclusiones:** La atribución biopsicosocial de los síntomas y la PA podrían estar relacionados con la sugerencia de tratamientos coercitivos. Las campañas de ASM para estudiantes de medicina deben abocarse a incrementar el conocimiento de opciones terapéuticas y de la prevalencia real y métodos de prevención de la agresividad de los pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: alfabetización en salud mental, esquizofrenia, estigma, agresividad, género

Abstract

Introduction: Developing mental health literacy in students, and health professionals in general, implies gaining the ability to recognize and treat mental illnesses. In schizophrenia this is an important issue since it helps reduce the stigma and the treatment gap that are frequently found in this population of patients. **Objectives:** To determine the associations between recognition, attributional causes and suggested treatment in schizophrenia, and gender and aggressiveness perception in a group of medical students. **Method:** Ninety-eight students from a public university in Mexico City completed the Aggressiveness Public Concept Questionnaire to assess Mental Health Literacy and aggressiveness perception. **Results:** 94%-4% of students recognized the presence of a mental illness. Less than half of them (44.9%) considered psychiatric interventions as the most adequate alternative to control symptoms. Recognition of the mental illness was associated with the level of treatment restriction suggested by male individuals. Psychological and biopsychosocial etiologies of the symptoms were the most frequently referred. 82.7% considered that the person described in the vignette was aggressive. **Conclusions:** Attributing a biopsychological etiology of the symptoms as well as the perception of aggressiveness could be related with the suggestion of coercive treatments. Campaigns of Mental Health Literacy for medical students must be directed to increasing knowledge of therapeutic options, as well as of the real prevalence and methods of prevention of aggressiveness in schizophrenic patients.

Key words: mental health literacy, schizophrenia, stigma, gender, aggressiveness.

Introducción

La alfabetización en salud mental (ASM; traducción del término anglosajón *Mental Health Literacy*) se refiere al conocimiento y creencias acerca de los trastornos mentales que permiten su reconocimiento, manejo y pre-

vención,¹ por lo que resulta un factor fundamental para la reducción tanto del estigma hacia las personas con trastornos mentales como de la importante brecha de tratamiento que les caracteriza y que les ocasiona tantas dificultades.²

Sin embargo, en diversos países del mundo, incluido México, la población presenta problemas para reconocer o tratar adecuadamente a las personas con trastornos mentales, sobre todo si estos son graves y persistentes como la esquizofrenia.^{1,3-5} La comunidad médica no es la excepción,⁶ aun cuando tienen mayor probabilidad de impactar en la vida de estos pacientes debido a su actividad laboral cotidiana y a pesar de la necesidad creciente de tratamiento comunitario de los trastornos mentales en el primer nivel de atención a la salud. Así, entre los grupos blanco de las intervenciones para aumentar la ASM y reducir el estigma hacia las personas con trastornos mentales se encuentran justamente los estudiantes y profesionales de la salud.⁷ De entre estos, de acuerdo con el reciente estudio de Fernando y cols. en 2010,⁸ los estudiantes de medicina presentan un mayor número e intensidad de actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con esquizofrenia (y otros trastornos mentales) en comparación con los profesionales graduados.

Para lograr que las campañas de ASM y antiestigma sean efectivas, su diseño habrá de realizarse sobre la base del conocimiento de las variables relacionadas en estas muy particulares poblaciones. A la fecha se dispone de evidencia científica en torno a la influencia de algunas de ellas, entre las que destacan el género, que a su vez implica deferencias en las causas atribuibles de la enfermedad y la percepción de agresividad (PA) del paciente.

Así por ejemplo, se ha informado que las mujeres consideran que los problemas de salud mental se relacionan con factores socioeconómicos más que clínicos y psicológicos,⁹ y que tienden a exagerar la prevalencia de esquizofrenia así como la manifestación de conductas peligrosas por parte de los pacientes;¹⁰ aunque es claro que esto puede variar de región en región y de acuerdo con los significados que se tengan acerca de la enfermedad,^{3,11} lo que pone de manifiesto la necesidad de estudios locales en muestras de interés particular.

En esta dirección, el objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el reconocimiento, las causas atribuibles y el tratamiento sugerido de la esquizofrenia, con el género y la PA, en un grupo de estudiantes de medicina. Las hipótesis centrales fueron: 1) hombres y mujeres mostrarán un reconocimiento similar de la enfermedad mental y de su tratamiento mediante intervenciones psiquiátricas, 2) los hombres reconocerán las causas biológicas de la enfermedad con mayor frecuencia que las mujeres, y 3) las mujeres tendrán una mayor PA y peligrosidad (PAP) en contraste con los hombres.

Método

Participaron un total de 98 estudiantes del primer año de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina de una universidad pública en la Ciudad de México. El 51% (n = 50) eran hombres y el 49% (n = 48) restante mujeres, con una edad promedio de 19.3 años (desviación estándar [DE] = 1.3 año). La mayoría de los estudiantes se encontraban cursando el primer año de la licenciatura (n = 70, 71.4%) y el 28.6% (n = 28) el segundo año.

El presente estudio fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Todos los alumnos aceptaron participar de forma voluntaria y anónima tras explicarles los objetivos de la investigación.

El Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA)¹² fue empleado para valorar la ASM y la PAP. El

CPA consiste de una viñeta clínica de un paciente con esquizofrenia paranoide de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. El uso de viñetas ha mostrado adecuados resultados en la evaluación de variables asociadas con la ASM.¹³ Esta viñeta fue tomada del trabajo de Link.¹⁴ Para evitar los sesgos provocados por la presentación de un paciente del sexo masculino o femenino,^{15,16} la viñeta fue modificada para la realización del presente estudio y quedó de la siguiente manera:

“Una persona de 25 años empezó a tener cambios en su vida desde hace un año. Pensaba que la gente a su alrededor estaba hablando mal de su persona. Además, esta persona estaba convencida de que la gente lo espía y de que podían escuchar lo que pensaba. Eventualmente, no pudo trabajar debido a estos pensamientos y permanecía encerrada en su cuarto la mayor parte del día. Escuchaba voces aun cuando no había nadie cerca de ella. Estas voces le decían lo que tenía que hacer y lo que tenía que pensar. Esta persona ha estado viviendo así por seis meses.”

Tras la presentación de la viñeta se hicieron algunas preguntas para evaluar la PAP y algunas variables relacionadas con el reconocimiento de la enfermedad, las causas atribuibles y el tratamiento sugerido. Para la evaluación de la PAP, el CPA incluye 4 reactivos adaptados de la Escala de Agresión Explícita^{17,18} que valoran la percepción de agresión verbal, agresión autodirigida, agresión hacia objetos y agresión heterodirigida; así como el siguiente reactivo para evaluar la percepción de peligrosidad: “Considero que es una persona peligrosa para la sociedad”, con base en una escala tipo de Likert (totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo). Los reactivos fueron dicotomizados en presente o ausente a los fines de comparación. Finalmente, se incluyen preguntas dirigidas a evaluar si el alumno considera que el paciente descrito en la viñeta sufre alguna enfermedad mental, las causas que originan los síntomas (pudiendo elegir todas aquellas opciones que se consideren correctas) y su percepción acerca de la intervención más adecuada para su control, de acuerdo con el nivel de restricción de la medida: 1) intervenciones no psiquiátricas, no-restrictivas (p. ej., sin ayuda, conversando); 2) intervenciones psiquiátricas (p. ej., uso de medicamentos orales, inyecciones u hospitalización), y 3) intervenciones restrictivas (p. ej., amarrar a la persona, atención médica secundaria a lesiones).

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.0. La descripción de las variables se realizó con frecuencias y porcentajes en el caso de las categóricas, y con medias y DE para las continuas. Como pruebas de hipótesis se utilizó la de *chi* al cuadrado (χ^2) para la comparación entre hombres y mujeres. Para determinar la asociación lineal entre las variables de PAP y ASM se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. Para este análisis se utilizaron las puntuaciones ordinales del CPA. El nivel de significación estadística se fijó con un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados

Reconocimiento de la enfermedad, causas atribuibles y tratamiento sugerido

El 94.9% (n = 93) de los estudiantes reconocieron la presencia de una enfermedad mental en la viñeta clínica. El 5.1% (n = 5) que no reconocieron una enfermedad mental fueron mujeres ($p = 0.01$). A pesar del elevado

Tabla 1. Causas atribuibles y tratamiento sugerido por género.

	Hombres n = 50		Mujeres n = 48		Comparación estadística
	n	%	n	%	
Causas atribuibles de los síntomas					
Debilidad de carácter					
No	41	82	40	83.3	$\chi^2 = 0.03$, 1 gl, p = 0.86
Si	9	18	8	16.7	
Problemas familiares					
No	20	40	31	64.6	$\chi^2 = 5.93$, 1 gl, p = 0.01
Si	30	60	17	35.4	
Problema médico					
No	14	28	19	39.6	$\chi^2 = 1.47$, 1 gl, p = 0.22
Si	36	72	29	60.4	
Problema psicológico					
No	7	14	6	12.5	$\chi^2 = 0.04$, 1 gl, p = 0.82
Si	43	86	42	87.5	
Problema biopsicosocial					
No	4	8	11	22.9	$\chi^2 = 4.20$, 1 gl, p = 0.04
Si	46	92	37	77.1	
Intervención sugerida para el control de los síntomas					
No-psiquiátrica	24	48	18	37.1	$\chi^2 = 1.24$, 2 gl, p = 0.53
Psiquiátrica	21	42	23	47.9	
RestRICTIVA	5	10	7	14.6	

porcentaje de reconocimiento de la enfermedad mental, tan sólo el 44.9% (n = 44) consideraron las intervenciones psiquiátricas (p. ej., medicamentos, hospitalización) como las más adecuadas para el control de los síntomas, seguido por intervenciones no-psiquiátricas/no-restrictivas (p. ej., se tranquiliza solo, conversar con el sujeto, vigilarlo) en el 42.9% (n = 42) y el 12.2% (n = 12) que consideraron las intervenciones restrictivas (p. ej., aislamiento, sujeción, tratamiento médico por lesiones).

En la valoración de las causas que originaban los síntomas, la etiología psicológica de estos (n = 85, 86.7%) así como la atribución biopsicosocial (n = 83, 84.7%) fueron las más frecuentemente referidas, seguidas por la etiología clínica (n = 65, 66.3%), los problemas familiares (n = 47, 48%) y la debilidad de carácter (n = 17, 17.3%).

Un mayor porcentaje de hombres, en comparación con las mujeres, consideraron la etiología familiar y biopsicosocial (Tabla 1).

PAP

Aun cuando en la viñeta clínica empleada no se hace referencia a conductas agresivas específicas, el 82.7% (n = 81) de los estudiantes consideraron que la persona descrita era agresiva. La agresión autodirigida (n = 64, 65.3%) y la agresión hacia otras personas (n = 61, 62.2%) fueron las referidas principalmente, seguidas de la agresión hacia objetos (n = 56, 57.1%) y la agresión verbal (n = 51, 52%). Más de la mitad de los estudiantes (n = 59, 60%) consideraron que la persona descrita en la viñeta es peligrosa para la sociedad. Se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de agresión autodirigida y agresión general (Tabla 2).

El 64.3% (n = 63) de los estudiantes consideraron que la persona descrita era del sexo masculino y el 35.7% restante que era del sexo femenino. No hubo diferencias entre los estudiantes hombres y mujeres (p = 0.22) en

Tabla 2. Percepción de agresión y peligrosidad por género.

	Hombres n = 50		Mujeres n = 48		Comparación estadística
	n	%	n	%	
Agresión verbal					
Ausente	26	52	21	43.8	$\chi^2 = 0.66$, 1 gl, p = 0.41
Presente	24	48	27	56.3	
Agresión autodirigida					
Ausente	22	44	12	25	$\chi^2 = 3.90$, 1 gl, p = 0.04
Presente	28	56	36	75	
Agresión hacia objetos					
Ausente	22	44	20	41.7	$\chi^2 = 0.05$, 1 gl, p = 0.81
Presente	28	56	28	58.3	
Agresión heterodirigida					
Ausente	22	44	15	31.3	$\chi^2 = 1.69$, 1 gl, p = 0.19
Presente	28	56	33	68.8	
Percepción global de agresión					
Ausente	13	26	4	8.3	$\chi^2 = 5.33$, 1 gl, p = 0.02
Presente	37	74	44	91.7	
Percepción de peligrosidad					
Ausente	20	40	19	39.9	$\chi^2 = 0.02$, 1 gl, p = 0.96
Presente	30	60	29	60.4	

cuanto al sexo percibido de la persona descrita en la viñeta o si éste difería de acuerdo con la percepción de agresión (p = 0.96) o peligrosidad (p = 0.68).

Restricción de tratamiento y PAP

Se observó una asociación entre el nivel de restricción del tratamiento sugerido para el control de los síntomas y el grado de agresión percibido, tanto en hombres (r = 0.32, p = 0.02) como en mujeres (r = 0.34, p = 0.01). Aquellos que estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en la presencia de agresividad en la persona descrita en la viñeta consideraron intervenciones más restrictivas para el tratamiento de los síntomas. De forma similar, el reconocimiento de la enfermedad mental se asoció con el nivel de restricción del tratamiento sugerido por los hombres (r = 0.28, p = 0.04), mientras que en las mujeres el nivel de agresión percibido se asoció con la convicción de que la persona descrita es peligrosa para la sociedad (r = 0.31, p = 0.03).

El reconocimiento de la enfermedad, así como las causas atribuibles a los síntomas no se asociaron con la percepción de agresión o peligro (p > 0.05).

Conclusiones

Con la finalidad de contribuir a la identificación de los aspectos clave para incluir en las campañas de ASM y antiestigma en estudiantes de medicina, en el presente trabajo se examinó la relación entre el reconocimiento, las causas atribuibles y el tratamiento de la enfermedad, con el género y la PAP. Además, se obtuvieron datos relevantes sobre ASM y PAP en esta población específica. Así, los datos de esta investigación demuestran la necesidad de incrementar los esfuerzos de ASM en estudiantes de medicina, sobre todo en lo relativo a las modalidades de tratamiento efectivas existentes. Esto se debe a que menos de la mitad de la muestra evaluada atinó a sugerir

intervenciones psiquiátricas adecuadas para el tratamiento del paciente descrito en la viñeta. Este hecho se comprobó aun cuando prácticamente la totalidad reconoció que presentaba una enfermedad mental, y un alto porcentaje la atribuyó a una combinación de factores biopsicosociales.

El desconocimiento de los estudiantes (futuros profesionales) de la salud acerca de los tratamientos psiquiátricos efectivos puede explicar en mucho la brecha de atención especializada de los pacientes con trastornos mentales en general, y con esquizofrenia en particular.¹⁹ Para reducir esta brecha será necesario dar a conocer, como parte de la formación médica, los servicios y tratamientos disponibles, y no sólo los aspectos teóricos relativos a su definición y etiología (que habrá de insistirse biopsicosocial, particularmente en el caso de la ASM para mujeres). Se sugiere pues una educación médica en salud mental basada en competencias específicas de identificación para canalización y tratamiento oportunos y adecuados.

Además, un alto porcentaje de estudiantes informó percibir al paciente con esquizofrenia como agresivo (sobre todo hacia sí mismo y hacia otras personas) y peligroso para la sociedad. En congruencia con lo señalado por Stuart y Arboleda-Flores,¹⁰ en nuestra muestra las mujeres mostraron una mayor percepción de agresión (auto-dirigida y global) en comparación con los hombres. Algunos autores han señalado la limitante de incluir como paciente descrito en las viñetas a un varón, que puede re-

sultar más aterrador para una mujer por su condición de género, no así por la enfermedad mental *per se*, con lo que se cuestionaba la evidencia en torno a la mayor PAP de los pacientes con trastornos mentales por parte de las mujeres.^{15,16} En el presente estudio se resuelve esta limitación al haberse empleado una viñeta clínica que no señala género alguno para el paciente, y en tanto que no hubo diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al sexo percibido de la persona descrita ni a la PAP que le conferirían dado su género.

La PAP se vincula estrechamente con actitudes discriminatorias que ponen barreras adicionales a la búsqueda de tratamiento y, por lo tanto, a las posibilidades de rehabilitación de los pacientes, que al empeorar presentan conductas extrañas que pueden ocasionar mayor estigma social, cerrándose así un círculo vicioso.⁷ En la muestra aquí evaluada, tanto hombres como mujeres propusieron tratamientos más restrictivos que involucran la coerción y separación social en tanto mayor era su PAP del paciente descrito en la viñeta. Así pues, a los esfuerzos por reducir la brecha de tratamiento de la enfermedad habrá de sumarse al desarrollo de competencias para la canalización o el tratamiento de la esquizofrenia, la información objetiva acerca de la prevalencia real y los métodos de prevención y control de la agresión de los pacientes con esquizofrenia que permita la disminución del temor y el rechazo al que generalmente y lamentablemente están expuestos.²⁰

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siic.salud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siic.salud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál es la utilidad de fomentar la alfabetización en salud mental en la población general y en la población clínica?

A, Incrementa el conocimiento de la biología de los trastornos mentales; B, Reduce el estigma y la brecha de tratamiento; C, Se conoce la etiología biopsicosocial de los trastornos mentales; D, Incrementa la atención especializada al aumentar el estigma.

Verifique su respuesta en: www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/128892

Cómo citar este artículo: Fresán Orellana A, Robles García R, Martínez López N, Vargas-Huicochea I, Berlanga-Cisneros C. Alfabetización sobre esquizofrenia en estudiantes de medicina: reconocimiento, causas atribuibles y sugerencia de tratamiento de la enfermedad a partir del género y la percepción de agresividad. *Epidemiología y Salud* 1(4):5-8, Oct 2013.

How to cite this article: Fresán Orellana A, Robles García R, Martínez López N, Vargas-Huicochea I, Berlanga-Cisneros C. Mental health literacy in schizophrenia among medical students: recognition, attributional causes and treatment suggestions by gender and perception of aggressiveness. *Epidemiología y Salud* 1(4):5-8, Oct 2013.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

- Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 166:182-186, 1997.
- Depla M, De Graaf R, Van Weeghel J, Heeren T. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 20:146-153, 2005.
- Angermeyer M, Buyantugs L, Kenzine D, Matschinger H. Effects of labeling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand* 109:420-425, 2004.
- Fresán A, Robles-García R. Illness recognition and beliefs about treatment for schizophrenia in a community sample of Mexico City: Differences according to personality traits. In: Melissa Jordan, ed. *Personality Traits: Theory, Testing and Influence*. New York: Nova Science Publishers, Inc. pp. 145-154; 2011.
- Wright A, Harris M, Wiggers J, Jorm A, Cotton S, Harrigan S, Hurworth R, McGorry P. Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *Med J Aust* 183:18-23, 2005.
- Lauber C, Nordt C, Rössler W. Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:835-843, 2005.
- Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness. A report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. New York; 2006.
- Fernando S, Deane F, McLeod H. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:733-739, 2010.
- Kermode M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural Maharashtra, India. *BMC Public Health* 7:225-235, 2007.
- Stuart H, Arboleda-Flores J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 46:245-252, 2001.
- Jorm A, Griffiths K. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand* 118:315-321, 2008.
- Fresán A, Robles-García R, De Benito L, Saracco R, Escamilla R. Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 38:340-344, 2010.
- Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253:248-251, 2003.
- Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 89:1328-1333, 1999.
- Cotton S, Wright A, Harris M, Jorm A, McGorry P. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 40:790-796, 2006.
- Penn D, Kommana S, Masfield M, Link B. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 25:437-446, 1999.
- Páez F, Licon E, Fresán A, Apiquian R, García-Anaya M, Robles-García R, Pinto T. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 25(6):21-26, 2002.
- Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 143(1):35-9, 1986.
- Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 35:1773-1783, 2005.
- Phelan J, Link B, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *JHSB* 41:188-207, 2000.

Impacto del VIH/sida en las dimensiones del cuestionario de calidad de vida de la OMS y sus factores determinantes

Impact of HIV/AIDS in the dimensions of the WHOQOL-HIV BREF questionnaire and its determining factors



Jaiberth Cardona Arias

Magister en Epidemiología, Docente, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 3/12/2012 - Aprobación: 9/2/2013
Primera edición, www.siicsalud.com: 11/3/2013

Enviar correspondencia a: Jaiberth Cardona Arias, Universidad de Antioquia, Calle 67 Número 53 – 108, Bloque 5, oficina 103, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia
jaiberthcardona@gmail.com

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

Resumen

Introducción: En Medellín no se ha evaluado la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida con instrumentos específicos. **Objetivo:** Describir el impacto del VIH/sida en las dimensiones del WHOQOL-HIV BREF en personas que viven con VIH/sida de Medellín, Colombia, entre 2010 y 2011, y su asociación con algunos factores determinantes. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal en adultos con VIH/sida de Medellín. Se empleó fuente de información primaria que incluyó una encuesta sobre factores demográficos, socioeconómicos y clínicos, una prueba para evaluar adhesión terapéutica y el WHOQOL-HIV BREF. El análisis se fundamentó en medidas de frecuencia y resumen, pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión lineal. **Resultados:** En todas las dimensiones de calidad de vida el puntaje fue igual o mayor de 60, el menor puntaje se observó en la Salud física y el mayor en la Independencia. Los principales factores determinantes de la calidad de vida fueron la satisfacción económica, las relaciones familiares, la escolaridad, las comorbilidades y el estrato social. **Conclusión:** Dado el aumento en la prevalencia de VIH/sida, la efectividad de la terapia antirretroviral, su carácter crónico, la posibilidad de tratamiento y la supervivencia, la calidad de vida constituye un factor clave para quienes viven con la infección.

Palabras clave: VIH, sida, calidad de vida, determinantes, Colombia

Abstract

Introduction: *Quality of Life of people living with HIV/AIDS in Medellín has not been evaluated with specific instruments.* **Objective:** *To describe the impact of HIV/AIDS in the dimensions of the WHOQOL-HIV BREF in people living with HIV/AIDS in Medellín, Colombia, 2010-2011, and its association with determinants factors.* **Methods:** *Cross sectional study in adults with HIV/AIDS in Medellín. We used primary source of information that included a survey with demographic, socioeconomic and clinical aspects, SMAQ and WHOQOL-HIV BREF. The analysis was based on frequency and summary measures, parametric and nonparametric tests, and linear regression.* **Results:** *In all dimensions of quality of life the score was equal to or greater than 60, the lowest score was observed in the physical health and greater independence. The main determinants of quality of life were economic satisfaction, family relationships, education, comorbidities and social stratum.* **Conclusion:** *Due to the increasing prevalence of HIV/AIDS, the effectiveness of antiretroviral therapy, its chronic nature, the possibility of treatment and survival, quality of life is a key factor for those living with the infection.*

Key words: HIV, AIDS, quality of life, determinants, Colombia

Introducción

EL VIH/sida es un problema de salud mundial dada su elevada morbilidad y mortalidad; en 2011, en el mundo existían 34 millones de infectados y 1.8 millones de muertes; 1.3 millones de nuevos casos se presentaron en América.¹ En Colombia, la prevalencia estimada es de 0.57% en la población de 15 a 49 años y hasta diciembre de 2011 se habían informado 83 467 casos.² En la ciudad de Medellín se registró una tasa de 20.7/100 000 habitantes en 2010.³

Esta pandemia deteriora la salud física, psicológica y social de los infectados y sus familias; en Colombia constituye una enfermedad de alto costo cuyo manejo ha comprometido cerca del 0.5% del gasto en salud, generado dificultades laborales y de salud y la muerte de personas en edad productiva, lo que, en conjunto, impacta negativamente sobre la calidad de vida de millones de personas.^{4,5}

La calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según la OMS, aluden a la forma en que un sujeto percibe su cotidianidad, objetivos, criterios y

preocupaciones, y el lugar que ocupa en su contexto cultural; subsume la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales.⁶ Su medición es relevante para implementar y evaluar modelos de atención en salud y orientar acciones de salud pública; en VIH/sida, ayuda a estudiar factores determinantes de la adhesión al tratamiento y la percepción y progresión de la enfermedad.⁷⁻¹⁰

La CVRS puede ser evaluada con instrumentos como el *Medical Outcome Study Short Form (MOS SF-36)*, el *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* y el *WHOQOL-BREF* para personas con VIH (WHOQOL-HIV BREF); los tres han sido validados transculturalmente, están disponibles en múltiples idiomas y presentan excelente estructura conceptual y psicométrica.¹¹⁻¹³ En personas con VIH/sida de Medellín, presentaron buena fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante y convergente/divergente.¹⁴

Asimismo, en Medellín, los individuos que viven con VIH/sida tuvieron un buen perfil de CVRS según las di-

mensionaciones del MOS SF-36 y el WHOQOL-BREF;¹⁵ sin embargo, esto podría atribuirse al hecho de que estas escalas no evalúan aspectos determinantes para los infectados como la Espiritualidad, las afecciones derivadas del diagnóstico, el estigma y el apoyo social.^{16,17} Esto demuestra la necesidad de evaluar la CVRS con instrumentos específicos como el WHOQOL-HIV BREF.

Investigaciones previas han referido como factores determinantes de la CVRS el género, la edad, el nivel educativo, el empleo, el ingreso económico, el apoyo familiar y social, el aseguramiento en salud, el tiempo de diagnóstico, el estadio de la infección, el recuento de linfocitos CD4, la carga viral, la adhesión al tratamiento y las comorbilidades.¹⁸⁻²⁸

Por lo anterior, se realizó un estudio cuyo objetivo fue describir el impacto del VIH/sida en las dimensiones del WHOQOL-HIV BREF en personas que viven con estas enfermedades de Medellín, Colombia, entre 2010 y 2011, y su asociación con algunos factores determinantes de tipo demográfico, socioeconómico y clínico.

Materiales y métodos

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La población de referencia estuvo conformada por personas con diagnóstico confirmado de VIH/sida que cumplieran criterios de inclusión como el ser atendidos en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Medellín, mayores de 18 años, de ambos sexos, adscritos a un programa de manejo del VIH/sida en cualquiera de los regímenes de afiliación en salud de Colombia –el contributivo, que agrupa a los colombianos que tiene vinculación laboral y capacidad de pago, o el subsidiado, que incluye a las personas desempleadas sin capacidad de pago y que tienen acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que les ofrece el Estado. Se incluyeron 187 sujetos a partir de un muestreo no probabilístico, con base en una población de 1 200 pacientes, una desviación estándar de 7 en los puntajes de CVRS, un intervalo de confianza del 95% y un error de muestreo del 1%.

Para la recolección de la información se empleó una fuente de información primaria basada en una encuesta con variables demográficas, socioeconómicas y de salud. La adhesión al tratamiento antiviral se evaluó por medio del *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) y la CVRS con el WHOQOL-HIV BREF, el cual es un instrumento que subsume las 26 preguntas que componen el WHOQOL-BREF más 5 específicas para los infectados: problemas físicos relacionados con la infección, aceptación por las personas cercanas, sentido de vida, estigma, temor al futuro y preocupación por la muerte. Los 31 puntos generan un perfil de 6 dimensiones, Salud física, Salud psicológica, Nivel de independencia, Relaciones sociales, Ambiente y Espiritualidad o trascendencia.⁶ Ha sido validado tras culturalmente y es aplicable a infectados de diferentes estratos socioeconómicos y diversas culturas, dadas sus buenas propiedades psicométricas.^{14,29-31}

Análisis estadístico

La descripción de los sujetos de estudio se realizó por medio de frecuencias y medidas de resumen. Se identificaron los determinantes demográficos, socioeconómicos y clínicos de cada una de las dimensiones de la CVRS utilizando coeficiente de correlación de Spearman, prueba de la U de Mann-Whitney, ANOVA, HSD de Tukey y prueba H de Kruskal-Wallis; se evaluó el supuesto de normalidad con pruebas de Kolmogorov-Smirnov con corrección

Tabla 1. Descripción de algunos determinantes socioeconómicos y clínicos de la CVRS del grupo de estudio.

Factores determinantes		Nº	%
Estado civil	Soltero/Separado/Viudo	147	79
	Casado/Unión libre	40	21
Estrato socioeconómico	Bajo	87	49
	Medio	81	45
	Alto	10	6
Ocupación	Trabaja	93	51
	Busca trabajo	24	13
	Oficios del hogar	23	12
	Otros	44	24
Sus amigos saben que usted vive con VIH/sida	Si	71	38
	No	115	62
Relación familiar	Mala	29	16
	Buena	89	48
	Excelente	68	37
Satisfacción económica	Muy insatisfecho	45	25
	Poco satisfecho	43	24
	Lo normal	64	35
	Muy satisfecho	21	11
	Totalmente satisfecho	10	6
Enfermedad o accidente el último mes	No	146	79
	Si	39	21
Hospitalización el último año	No	146	79
	Si	38	21
Relación peso-talla (IMC)	Bajo peso	14	8
	Peso normal	117	67
	Sobre peso	42	24
Consumo de sustancias psicoactivas	Si	100	54
	No	86	46
Consumo de antirretrovirales	Entre 95% y 100%	111	75
	Menor del 95%	37	25
	No lo requiere	31	17

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; IMC: Índice de masa corporal.

de Lilliefors y Shapiro-Wilk, y la homocedasticidad con el estadístico de Levene. Para explorar los factores que explican cada uno de los dominios de la CVRS se realizaron modelos de regresión lineal, en los cuales se evaluaron los supuestos de la aleatoriedad con la prueba de rachas, homocedasticidad e independencia de Y, la normalidad y la falta de correlación (Durban-Watson) de los residuales, la linealidad, la no colinealidad y la significación de los coeficientes de determinación. Los datos fueron almacenados y analizados con el programa SPSS 20.0, con base en un nivel de significación estadística de 0.05.

Aspectos éticos

Los aspectos éticos se fundamentaron en los principios de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano y la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

El 86.5% (160) de los participantes fueron hombres y el 13.5% (25) mujeres; el 67.2% (123) del total estaba afiliado al régimen contributivo en salud y el 32.8% (60) al subsidiado.

Un 32.5% (52) de los individuos presentaba estadio de infección 1, el 41.9% (67) tenía estadio 2 y el 25.6% (41), el 3.

La mayor frecuencia de participantes del estudio correspondió a personas solteras, separadas o viudas (79%), de estrato social bajo (49%) y empleados (51%); la mayoría de los sujetos de estudio no comunican su diagnóstico a los amigos (62%), presentan buenas relaciones familiares (48%), están satisfechos con el apoyo familiar (68%) e insatisfechos con su situación económica (49%); un porcentaje importante no registró enfermedades, accidentes u hospitalizaciones previas (79%), presentan peso normal (67%), consumen alguna sustancia psicoactiva (54%) y tienen buena adhesión al tratamiento antirretroviral (75%) (Tabla 1). Entre quienes presentaron adhesión al tratamiento del 95% al 100%, la mediana del recuento de linfocitos CD4 fue 340/mm³, la de la carga viral fue 40 copias de ARN/mm³ de sangre y el 22% se encontraba en estado 3 o sida (CD4 menor de 200/mm³). Entre quienes presentaron una adhesión terapéutica menor del 95%, la mediana del recuento de linfocitos CD4 fue de 314/mm³, la de la carga viral fue 187 copias de ARN/mm³ de sangre y el 28% estaba en estado 3 de la infección.

Entre quienes estuvieron hospitalizados, la principal causa fue por enfermedades relacionadas con el VIH/sida (24 individuos) como diarrea o fiebre crónicas (15 casos), tuberculosis (6 casos) y demencia (3 casos); seguido de cirugía (6), parto (4) y enfermedades no relacionadas con el VIH/sida. Entre quienes registraron consumo de alcohol, el 34% lo hace de forma ocasional y el 7.5% de forma frecuente. En cuanto al hábito de fumar, el 20% corresponde a fumadores ocasionales y 14.5% a fumadores frecuentes. Con respecto al consumo de marihuana, el 6.4% registra consumo ocasional y el 1.1% consumo frecuente.

La media de edad de los pacientes fue de 40 años (18 a 68 años); el promedio de los años de escolaridad fue 10 y el promedio de ingresos mensuales fue US\$460.

El recuento de linfocitos CD4 estuvo entre 4/μl y 1 262/μl, con una media de 403/μl. El promedio de los años de diagnóstico fue 8; el 20% de los participantes presentaron más de 10 años de diagnóstico, el 33% entre 6 y 10 años, y el 47%, 5 años o menos.

Tabla 2. Medidas de resumen de determinantes socioeconómicos y clínicos y de las dimensiones de la CVRS.

	X ± DE	Mediana	Rango
Condiciones socioeconómicas y clínicas			
Edad	40 ± 12	40	18-68
Años de estudio	10 ± 4	11	0-20
Ingresos (dólares 2011)	460 ± 542	340	0-4 538
IMC	23 ± 3	22.8	12.1-30.1
Años de diagnóstico	8 ± 5	7	2-22
Recuento CD4/μl	403 ± 262	367	4-1 262
Carga viral	7 809 ± 27 920	40	0-203 024
Dimensiones WHOQOL-HIV BREF			
Salud física	60 ± 16	63	13-94
Salud psicológica	65 ± 17	69	19-94
Independencia	72 ± 18	75	31-100
Relaciones sociales	66 ± 24	69	0-100
Ambiente	69 ± 19	69	6-100
Espiritualidad	71 ± 23	75	0-100

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; X: media.

Tabla 3. Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de la CVRS y algunos determinantes socioeconómicos y clínicos.

	DIMENSIONES DE LA CVRS DEL WHOQOL-HIV BREF					
	SF	SP	NI	RS	Amb	Esp
Edad	-0.042	-0.186*	-0.121	-0.069	-0.045	0.020
Años estudio	-0.032	0.144*	0.204**	0.272**	0.118	-0.008
Ingresos	0.135	0.229**	0.284**	0.470**	0.200**	0.068
IMC	0.054	0.055	0.154*	0.167*	0.140	0.048
Años de diagnóstico	-0.036	-0.154*	0.008	-0.049	-0.024	0.027
Recuento CD4/μl	0.086	0.047	-0.034	0.131	-0.017	0.048
Carga viral	0.014	-0.060	-0.206*	-0.178*	-0.105	-0.117
Estrato social	0.041	0.205**	0.252**	0.372**	0.222**	0.005
Frecuencia de la actividad física	-0.154*	-0.193**	-0.314**	-0.142	-0.196**	-0.233**
Grado de satisfacción con						
Situación económica	0.194**	0.302**	0.322**	0.492**	0.297**	0.241**
Relaciones familiares	0.242**	0.300**	0.371**	0.285**	0.180*	0.293**
Apoyo familiar	0.317**	0.332**	0.383**	0.338**	0.251**	0.210**

**Correlación significativa en el nivel 0.01. *Correlación significativa en el nivel 0.05. Amb: Ambiente; Esp: Espiritualidad; NI: Nivel de independencia; RS: Relaciones Sociales; SF: Salud física; SP: Salud psicológica.

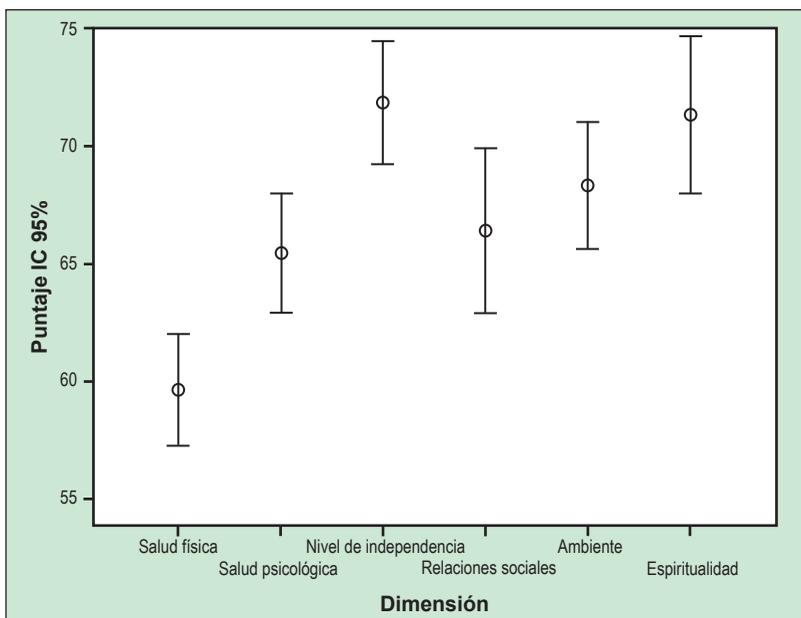


Figura 1. Puntajes de la calidad de vida relacionada con la salud según las dimensiones del WHOQOL-HIV BREF.

Tabla 4. Perfil de la CVRS según algunos determinantes socioeconómicos y clínicos.

	DIMENSIONES DE LA CVRS DEL WHOQOL-HIV BREF					
	SF	SP	NI	RS	Amb	Esp
	X ± DE	X ± DE	X ± DE	X ± DE	X ± DE	X ± DE
SOCIOECONÓMICOS						
Sexo						
Masculino	60 ± 16	66 ± 17	73 ± 18	68 ± 24	70 ± 18	72 ± 23
Femenino	56 ± 17	63 ± 20	70 ± 17	58 ± 25	60 ± 19	71 ± 26
Valor p [†]	0.194	0.454	0.550	0.055	0.018*	0.945
Estrato social						
Uno	53 ± 21	61 ± 21	63 ± 20	52 ± 30	53 ± 22	60 ± 33
Dos	62 ± 16	63 ± 16	71 ± 17	64 ± 26	66 ± 15	73 ± 23
Tres	57 ± 16	65 ± 18	73 ± 19	67 ± 21	70 ± 18	72 ± 21
Cuatro o más	65 ± 14	75 ± 13	80 ± 15	80 ± 16	83 ± 12	70 ± 18
Valor p [†]	0.022*	0.016*	0.009**	0.003** [‡]	0.000**	0.377 [‡]
Ocupación						
Trabaja	62 ± 16	70 ± 16	76 ± 18	71 ± 23	74 ± 17	74 ± 21
Desempleado	59 ± 15	61 ± 17	68 ± 17	63 ± 24	64 ± 17	69 ± 24
Valor p [†]	0.116	0.001**	0.002**	0.019*	0.000**	0.383
Satisfacción económica						
Insatisfecho	58 ± 19	61 ± 19	68 ± 19	60 ± 26	61 ± 18	66 ± 26
Normal	57 ± 15	68 ± 15	72 ± 17	70 ± 22	71 ± 15	75 ± 20
Muy satisfecho	69 ± 9	75 ± 12	84 ± 13	80 ± 16	86 ± 14	80 ± 17
Valor p [†]	0.000** [‡]	0.001** [‡]	0.000**	0.000** [‡]	0.000**	0.010** [‡]
Satisfacción apoyo familiar						
Insatisfecho	51 ± 19	56 ± 20	65 ± 17	52 ± 29	59 ± 19	66 ± 30
Normal	56 ± 17	63 ± 17	72 ± 17	63 ± 21	65 ± 18	67 ± 23
Muy satisfecho	64 ± 14	70 ± 15	75 ± 18	73 ± 22	73 ± 18	75 ± 20
Valor p [†]	0.000** [‡]	0.000**	0.026*	0.000** [‡]	0.000**	0.069 [‡]
CLÍNICOS						
Afiliación en salud						
Subsidiado	57 ± 18	61 ± 18	68 ± 19	57 ± 27	58 ± 17	69 ± 26
Contributivo	61 ± 16	67 ± 17	74 ± 17	70 ± 22	73 ± 17	72 ± 21
Valor p [†]	0.169	0.030*	0.055	0.001**	0.000**	0.631
Enfermedad o accidente el último mes						
No	62 ± 15	67 ± 15	75 ± 17	69 ± 23	72 ± 17	74 ± 21
Si	50 ± 19	59 ± 23	61 ± 19	55 ± 28	56 ± 20	63 ± 30
Valor p [†]	0.000**	0.045*	0.000**	0.007**	0.000**	0.084
Hospitalización el último año						
No	61 ± 16	66 ± 17	73 ± 17	69 ± 24	70 ± 18	73 ± 22
Si	55 ± 18	63 ± 20	68 ± 21	58 ± 23	61 ± 19	64 ± 27
Valor p [†]	0.027*	0.576	0.156	0.009**	0.009**	0.057
Porcentaje de adhesión a TARV						
95%-100%	62 ± 15	66 ± 18	74 ± 19	67 ± 23	69 ± 18	73 ± 21
85%-94%	56 ± 18	64 ± 17	71 ± 16	65 ± 24	66 ± 18	69 ± 25
65%-84%	45 ± 22	64 ± 18	63 ± 21	53 ± 34	51 ± 26	54 ± 42
Valor p [†]	0.027*	0.796	0.358	0.391	0.076	0.587 [‡]
Obesidad						
Bajo peso	51 ± 19	57 ± 22	64 ± 21	61 ± 34	59 ± 25	70 ± 32
Peso normal	61 ± 16	66 ± 17	72 ± 18	66 ± 24	69 ± 18	71 ± 24
Sobre peso	62 ± 15	69 ± 15	77 ± 17	73 ± 20	73 ± 17	73 ± 19
Valor p [†]	0.550	0.164	0.258	0.150	0.091	0.793

**Estadístico significativo en el nivel 0.01. *Estadístico significativo en el nivel 0.05.

† Prueba de la U de Mann-Whitney. ‡ ANOVA. § Prueba H de Kruskal-Wallis.

Amb: Ambiente; DE: desviación estándar; Esp: Espiritualidad; NI: Nivel de independencia; RS: Relaciones sociales; SF: Salud física; SP: Salud psicológica; TARV: terapia antirretroviral; X: media.

En todas las dimensiones de la CVRS el puntaje fue igual o mayor que 60; el menor puntaje se observó en Salud física y el mayor en Independencia (Tabla 2, Figura 1).

El grado de satisfacción con la situación económica, las relaciones familiares y el apoyo familiar tuvieron relación directa con todas las dimensiones de la CVRS; las personas de mayor edad y con mayor número de años de diagnóstico presentaron peor Salud psicológica. El mayor nivel educativo y de ingresos se correlacionó con el mejo-

ramiento de la Salud psicológica, las Relaciones sociales y el dominio de Ambiente; el Nivel de independencia se correlacionó con los ingresos y el estrato social (Tabla 3).

El sexo se asoció en forma estadística con el Ambiente, con un mayor puntaje en los hombres; el estrato social cuatro o superior, los individuos con empleo, aquellos que están muy satisfechos con su situación económica o con el apoyo que reciben en sus familias y los sujetos que no presentaron enfermedades el último mes registraron el mejor perfil de CVRS en todas las dimensiones. Asimismo, todas las dimensiones tuvieron mayor puntaje entre los afiliados al régimen contributivo en salud, en quienes la Salud psicológica, las Relaciones sociales y el Ambiente fueron estadísticamente significativos. El registro de hospitalizaciones generó un deterioro estadísticamente significativo de la Salud física, las Relaciones sociales y el Ambiente; los sujetos con mayor adhesión terapéutica tuvieron mayores puntajes de CVRS, entre los cuales, aquellos referidos a la Salud física fueron estadísticamente significativos. Las personas con bajo peso registraron los puntajes más bajos de CVRS, aunque estos no fueron estadísticamente significativos (Tabla 4). En todas las dimensiones de la CVRS se registraron puntajes estadísticamente iguales en los diferentes estados civiles, entre quienes comunicaron o no su diagnóstico a los amigos, en los diferentes estadios de la infección y entre quienes usaron o no antirretrovirales el último mes.

En la Tabla 5 se presentan los modelos de regresión para cada una de las dimensiones de la CVRS. Se demostró que la Salud física recibe un impacto negativo por la presencia de enfermedad y los estadios avanzados de la infección, mientras que el aumento de la satisfacción con el apoyo familiar y de la adhesión terapéutica la mejoran; en la Salud psicológica se observó una disminución a medida que aumenta la edad y los años de estudio, mientras que hubo un aumento con la mejora de las relaciones familiares, la satisfacción

económica, el estrato social y la satisfacción con el apoyo familiar; en el dominio de Independencia se observó una disminución ante la presencia de enfermedad y un aumento con la participación en grupos sociales, la satisfacción económica y la satisfacción con el apoyo familiar; en las Relaciones sociales se comprobó un aumento con el mejoramiento en las relaciones familiares, la satisfacción económica, la satisfacción con el apoyo familiar y el estrato social; la dimensión del Ambiente tuvo un impacto

negativo con la presencia de enfermedad y mejoró con la afiliación al régimen contributivo en salud, la satisfacción económica, la satisfacción con el apoyo familiar y el estrato social. La Espiritualidad tuvo un impacto positivo con el mejoramiento de las relaciones familiares y la satisfacción económica, mientras que disminuyó entre quienes participan en grupos sociales, presentaron enfermedades el último mes y en las mujeres (Tabla 5). Los coeficientes de determinación de cada dimensión de CVRS demostraron que las variables que resultaron estadísticamente significativas presentan un buen porcentaje de explicación de los puntajes hallados en cada dominio de CVRS, los cuales variaron entre 18% y 46% (Tabla 5).

Discusión

Las dimensiones que registraron los mejores puntajes de CVRS en este estudio fueron el nivel de Independencia y la Espiritualidad, seguidos de Ambiente, Relaciones sociales y Salud psicológica, mientras que el dominio con el puntaje más bajo fue Salud física; esto coincide con otros trabajos en los que se ha referido el nivel de Independencia y la Espiritualidad como las dimensiones con el mejor puntaje, mientras que difiere de otros estudios en los cuales el mejor desempeño se ha informado en las Relaciones sociales o la Salud física.^{20,25,26,32-34} Esto demuestra la diversidad de los perfiles de CVRS en personas con VIH/sida en diferentes países, a lo cual se suma la diversidad de rangos en los puntajes, que en el estudio actual estuvo entre 60 (Salud física) y 72 (nivel de Independencia), en comparación con otras investigaciones que verificaron peores perfiles, como la de Reis, donde los puntajes variaron entre 55 (Ambiente) y 66 (Espiritualidad). Por su parte, Imama registró un rango de entre 52 (Ambiente) y 66 (Espiritualidad) y Gaspar, de entre 54 (Ambiente) y 66 (Espiritualidad).^{25,26,34}

Con respecto a los determinantes de Salud física, en nuestro trabajo se identificaron algunos de tipo socioeconómico y clínico, dado que ésta fue mejor entre quienes informaron buenas relaciones familiares, satisfacción con la situación económica, estadio 1 de infección, adhesión al tratamiento y ausencia de enfermedades el último mes. Esto coincide con lo registrado en otras investigaciones que indicaron la asociación de la Salud física con el estadio de la infección^{20,26,33,35-37} y la presencia de enfermedades^{24,32} y la ausencia de relación de la Salud física con el sexo y la edad.³⁸ No obstante, nuestras observaciones al respecto difieren de aquellas de estudios que informaron asociación con el sexo,²⁹ la edad,^{34,37} la escolaridad,^{25,33} el desempleo^{20,23,26,37} y la carga viral.²² Cabe aclarar que, a diferencia de algunos instrumentos genéricos, el WHOQOL-HIV BREF incorpora en esta dimensión los daños físicos derivados del VIH/sida; en este sentido, se observó que los determinantes clínicos no presentaron gran relevancia en esta población, lo que podría explicarse por el buen estado de salud del grupo incluido.

En la Salud psicológica se hallaron asociaciones con la edad, la escolaridad, el estrato socioeconómico, la satisfacción con las relaciones familiares y con la situación económica, la ocupación, los ingresos mensuales, el tiempo de diagnóstico y la presencia de enfermedad. Esto es coherente con lo observado en estudios que han

Tabla 5. Modelos de regresión lineal multivariados para las dimensiones de la CVRS.

Dimensión	Variables del modelo	Coefficiente de regresión ajustado (IC95%)
Salud física	Satisfacción con apoyo familiar	5.695 (2.573; 8.817)* *
	Enfermedad el último mes	-7.892 (-13.725; -2.059) **
	Adhesión al tratamiento	5.270 (0.632; 9.907) *
	Estadio	-2.815 (-5.209; -0.421) *
	Coefficiente de determinación	21.2%
Salud psicológica	Relación con la familia	4.474 (0.718; 8.230) *
	Satisfacción económica	4.141 (2.077; 6.205) **
	Estrato socioeconómico	3.782 (1.124; 6.440) **
	Satisfacción con apoyo familiar	2.684 (0.578; 4.791) *
	Años de estudio aprobados	-0.823 (-1.482; -0.163) *
	Edad (años cumplidos)	-0.399 (-0.602; -0.196) **
	Coefficiente de determinación	29.8
Independencia	Enfermedad el último mes	-9.610 (-15.897; -3.324) **
	Participación comunitaria	5.625 (0.506; 10.743) *
	Satisfacción económica	3.466 (1.195; 5.736) **
	Satisfacción con apoyo familiar	2.051 (0.043; 4.060) *
	Coefficiente de determinación	20.4
Relaciones sociales	Relación con la familia	7.107 (2.076; 12.137) **
	Satisfacción económica	4.095 (1.260; 6.930) **
	Satisfacción con apoyo familiar	4.280 (1.364; 7.196) **
	Estrato socioeconómico	3.840 (0.696; 6.983) *
	Coefficiente de determinación	30.1
Ambiente	Enfermedad el último mes	-8.566 (-13.974; -3.159) **
	Régimen de afiliación en salud	6.011 (0.837; 11.185) *
	Satisfacción económica	5.254 (3.234; 7.275) **
	Estrato socioeconómico	3.970 (1.662; 6.278) **
	Satisfacción con apoyo familiar	2.905 (1.207; 4.604) **
	Coefficiente de determinación	45.8
Espiritualidad	Sexo	9.682 (0.846; 18.518) *
	Enfermedad el último mes	-8.646 (-16.722; -0.570) *
	Relación con la familia	7.834 (3.534; 12.135) **
	Satisfacción económica	2.914 (0.103; 5.725) *
	Participación comunitaria	-1.159 (-1.987; -0.332) **
	Coefficiente de determinación	18.0

**Coeficiente significativo en el nivel 0.01. *Coeficiente significativo en el nivel 0.05.
IC 95%: Intervalo de confianza del 95% para los coeficientes de regresión ajustados por las demás variables del modelo.
CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

referido variaciones en la Salud psicológica según el empleo,^{23,26,34,37} la escolaridad,^{20,25,33,37} la edad,^{32,33,37} el apoyo social, el estigma y la discriminación,²⁴ los ingresos^{20,34} y la presencia de enfermedad recientemente.^{24,32} Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos asociación con otras variables relevantes, identificadas en trabajos previos, como el sexo,^{29,37} el recuento de linfocitos CD4,²² la carga viral²² y estadio de la infección.^{20,26,33,35,36} Esto último podría atribuirse al hecho de que esta dimensión se evalúa sobre la base de aspectos generales que no sumen asuntos inherentes o específicos de la infección.

En el modelo de regresión para las Relaciones sociales las variables que presentaron mayor influencia fueron el estrato social, la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar, sumados a la escolaridad, el ingreso, la ocupación y el régimen de afiliación en salud, las cuales resultaron significativas en el análisis bivariado. Otros autores informaron que el desempleo,^{23,26,34,37} el estadio de la infección,^{26,35,36,38} el apoyo social,^{24,33} la escolaridad^{25,33,34} y el ingreso³⁴ afectan esta dimensión. Otras investigaciones señalaron la relevancia del sexo,²⁹ la edad,^{33,37} el recuento de linfocitos CD4²² y padecer enfermedad.^{24,32} Las asociaciones identificadas demuestran la relevancia del micro-contexto de las personas que viven con VIH/sida.

En el Nivel de independencia, los factores determinantes, según el modelo de regresión, los constituyen la presencia de enfermedad, la participación en grupos comunitarios, la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar, sumado a la ocupación, que resultó significativa en el análisis bivariado; estos hallazgos son convergentes con otros estudios que refieren la asociación con el apoyo social,²⁴ el desempleo^{23,26,34,37} y la enfermedad,^{24,32} mientras que difieren con los obtenidos en otros trabajos que no verificaron relación con el sexo,^{29,38} la edad,^{33,34,37,38} la escolaridad,^{25,32,33,37} los ingresos,³⁴ la carga viral,²² el tratamiento antirretroviral²³ y el estadio de la infección.^{26,35-37} Al igual que en la Salud física, los aspectos inherentes a la infección no resultaron significativos, posiblemente por el buen estado de salud del grupo estudiado.

En Ambiente, la enfermedad, el régimen de afiliación en salud, la satisfacción con la situación económica, el apoyo familiar y el estrato social fueron los factores determinantes, sumados a la escolaridad, los ingresos, la carga viral, el sexo, la ocupación y la hospitalización, que fueron significativos en el análisis divariado. Esto resulta similar a lo descrito en otros países y ciudades de Colombia donde se señaló la relevancia del sexo,²⁹ la escolaridad,^{25,32-34} los ingresos,^{33,34} el desempleo,^{20,23,26,34,37} el apoyo social^{20,24,33} y la enfermedad.^{24,32} No obstante, en el grupo de estudio no se identificaron la carga viral²² ni el estadio de la infección^{26,36,37} como factores importantes.

Los factores determinantes en lo inherente a la Espiritualidad fueron la enfermedad, el sexo, la participación en grupos comunitarios, la satisfacción con la situación económica y el apoyo familiar; en el análisis bivariado se hallaron diferencias de los puntajes de esta dimensión según los ingresos y el estrato social, lo que resultó congruente con investigaciones previas que aluden a la asociación con enfermedad,²⁴ apoyo social²⁴ y sexo,^{29,37} aunque difiere de lo registrado en otras que observaron diferencias según escolaridad,²⁵ empleo²⁶ y estadio de la infección.^{26,36}

La Espiritualidad, Trascendencia o Creencias religiosas ha señalado puntajes elevados en éste y otros estudios, lo cual podría indicar que las personas aumentan este dominio ante problemas que los trascienden, y que los aspectos existenciales son relevantes para la CVRS de las personas que viven con VIH/sida al ayudarlas a enfrentar eventos adversos como el diagnóstico, el estigma y el estrés psicológico. Todo ello es llevado a cabo por medio del autofortalecimiento y la autoaceptación, el fomento de emociones positivas, la eliminación del temor a la muerte, el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la mitigación de actitudes de derrota y de la inconformidad existencial.^{16,29,33-35,39}

Asimismo, en los modelos de regresión, las variables incluidas presentaron un porcentaje de explicación de los puntajes de CVRS del 46% en Ambiente, 30% en Relaciones sociales y Salud psicológica, 21% en Salud física, 20% en Independencia y 18% en Espiritualidad. Esto demuestra algunas diferencias y similitudes con al estudio de Mahalakshmy, donde se reportó un coeficiente de determinación del 57% para Relaciones sociales, 43% para Ambiente y 20% para Salud Física.²⁴ El estudio de Pereira señaló coeficientes de determinación de entre 22% (Ambiente) y 46% (Salud psicológica), los cuales son mayores en comparación con los obtenidos en el presente trabajo en Salud física (33%), Salud psicológica (46%), Espiritualidad (26%) y Nivel de independencia (24%), y menores en Relaciones sociales (26%) y Ambiente (22%).³⁷ Con respecto a los principales determinantes demográficos de

la CVRS, se ha informado que los jóvenes y las mujeres presentan menores puntajes de CVRS,²⁴ particularmente en el aspecto psicosocioespiritual,^{30,31,37} lo que podría explicarse por la presencia de menor apoyo social, menor inclusión social y mayor temor al futuro; esto implica la necesidad de aumentar la consejería y los grupos de autoayuda.²⁹ Las personas más jóvenes tienen mejor CVRS^{21,31,37} lo que podría explicarse por presentar más sentimientos positivos, mejor función cognitiva, autoestima y satisfacción con su apariencia y ser diagnosticados en fases tempranas.

En los determinantes económicos, el ingreso resulta central para la CVRS ya que éste aumenta el acceso a servicios de salud y prevención y mejora la seguridad social, ambiental y financiera.^{24,33} Otro factor relevante es el empleo, ya que evita problemas financieros, reduce el estrés, mejora la Salud psicológica, las Relaciones sociales⁴⁰ y, en general, la CVRS.^{21,37} La educación mejora la actitud frente a la infección²⁰ y la CVRS;^{21,37} el nivel educativo está conectado con el acceso a mejores empleos y la consecución de mejores salarios; además, los beneficios financieros y el empleo constituyen una fuente de apoyo social.³⁴ Tener peores condiciones económicas e inequidad para insertarse en el trabajo contribuye a disminuir la CVRS.³⁴

En los determinantes sociales, algunos estudios han referido la asociación del apoyo social con todos los dominios de la CVRS en las personas que viven con VIH/sida,²⁴ lo cual demuestra la importancia de fortalecer el apoyo social, disminuir el estigma y el rechazo y aumentar el apoyo familiar y la consejería después del diagnóstico.^{25,26} Además, el apoyo familiar es vital ya que en la familiar existe apoyo social, moral, financiero y seguridad.^{20,33}

En los determinantes clínicos, éste y otros estudios han referido la asociación de la enfermedad con todos los dominios de la CVRS,²⁴ lo que refleja la importancia de la terapia antirretroviral.²⁰ En general, las personas sin acceso a terapia antirretroviral presentan los menores puntajes de CVRS²⁴ lo que implica la necesidad de hacer seguimiento clínico exhaustivo después del diagnóstico para mejorar la CVRS.²⁵ La terapia antirretroviral mejora la Salud psicológica al desconstruir la idea que el VIH/sida es mortal, lo cual mejora la perspectiva de vida bajo la cronicidad;⁴¹ esto contribuye a la construcción de proyectos en la vida, la inserción en el trabajo y el mejoramiento de las relaciones afectivas y sexuales. Además, la terapia antirretroviral es determinante para los demás factores clínicos como el recuento de linfocitos CD4, la carga viral, la presencia de infecciones oportunistas, entre otras.

Dado el aumento en la prevalencia de VIH/sida, la efectividad de la terapia antirretroviral, su carácter crónico, la posibilidad de tratamiento y la supervivencia, la CVRS constituye un factor clave para quienes viven con la infección, debido a su utilidad para evaluar la carga y los efectos de la enfermedad, el impacto de la terapia y de las comorbilidades y a la necesidad de comprender los efectos del aislamiento social y el estrés asociado con el diagnóstico.^{20,30} La CVRS debe ser un elemento central de la planificación, la implementación, la evaluación y el seguimiento de las respuestas nacionales ante la infección, de la investigación y de la práctica de la Salud Pública y la clínica basadas en la evidencia,²⁹ así como de la atención integral de las personas infectadas o afectadas por el VIH/sida.

A pesar de la complejidad de la medición y la conceptualización de la CVRS en diferentes culturas, el WHO-QOL-HIV BREF demostró que ésta puede ser abordada con constructos transculturales.²⁰

Entre las limitaciones del estudio se destacan su diseño transversal, con muestreo no probabilístico, lo que impide generalizar los resultados y establecer asociaciones causales; además, no se incluyeron variables importantes como la presencia de infecciones oportunistas. Se debe aclarar que el perfil de la CVRS presentado resume los contenidos esenciales de este tópico; sin embargo, no agota su multidimensionalidad ni las controversias inherentes a la delimitación de las dimensiones que muchos autores consideran como prioritarias.

En resumen, en esta investigación se describió el perfil de la CVRS a partir de los dominios de un instrumento específico y se analizaron algunos de sus factores determinantes, información relevante para estudios posteriores, para los prestadores y evaluadores de los programas de salud y para familiares, grupos de apoyo y comunidad en general. Los resultados pueden ser útiles en la orientación de acciones e intervenciones de los profesionales de la salud y la implementación de políticas de salud pública.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál de estas afirmaciones acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes VIH positivos es correcta?

A, Se asocia con la salud física y psicológica, así como con el grado de independencia; B, Alude a la forma en que un sujeto percibe sus objetivos y preocupaciones; C, Ayuda a estudiar factores determinantes de la adhesión al tratamiento; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/data/evaluaciones.php/128773

Cómo citar este artículo: Cardona Arias J. Impacto del VIH/sida en las dimensiones del cuestionario de calidad de vida de la OMS y sus factores determinantes. *Epidemiología y Salud* 1(4):9-15, Oct 2013.

How to cite this article: Cardona Arias J. Impact of HIV/AIDS in the dimensions of the WHOQOL-HIV BREF questionnaire and its determining factors. *Epidemiología y Salud* 1(4):9-15, Oct 2013.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía

- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report. 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Colombia renueva el compromiso frente al VIH/Sida [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Colombia-renueva-el-compromiso-frente-al-VIHSIDA.aspx>. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Eventos de Salud Pública; 2011. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/eventos-de-salud-publica>. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control. Protocolo de vigilancia de VIH-SIDA; 2007. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/protocolos>. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Guía para el manejo de VIH/Sida basada en la evidencia Colombia; 2005. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Mental health: evidence and research, Department of mental health and substance dependence World Health Organization. WHOQOL-HIV. Instrument, user's manual, scoring and coding for the WHOQOL-HIV instruments. Switzerland: World Health Organization; 2002.
- Phaladze NA, Dlamini SB, Hulela EB, Hadebe IM, Sukati NA, Makoae LN, et al. Quality of life and the concept of living well with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *J Nurs scholarsh* 37(2):120-6, 2005.
- Espinosa O. Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. *Rev Contribuciones (Fundación Konrad Adenauer de Alemania y el CIEDLA)*. 63(3):119-48, 1999.
- Heckman TG, Somlai EM, Sikkema KJ, Stephen JK. Psychosocial predictors of life satisfaction among persons living with HIV infection and AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 8(5):21-30, 1997.
- Webb A, Norton M. Clinical assessment of symptom-focused health-related quality of life in HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 15(2):67-81, 2004.
- Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. Tercera edición. Barcelona: Fundación Lilly; 2002.
- Coons S, Rao S, Keininger D, Hays R. A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments. *Pharmacoeconomics* 17(1):13-35, 2000.
- Colautti M, Palchik V, Botta C, Salamano M, Tra-

- verso M. Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/SIDA. *Acta Farm. Bonaerense* 25(1):123-30, 2006.
- Cardona-Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia. *Colomb Med* 42(4):438-47, 2011.
- Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez O. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia. *Biomédica* 31(4):532-44, 2011.
- Cardona-Arias J, Higuaita-Gutiérrez L. Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental. *Salud Uninorte. Barranquilla* 27(2):236-46, 2011.
- Cardona-Arias J. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Rev. Salud Pública* 12(5):765-76, 2010.
- Suárez M, Cano R, Pérez P, Aguayo M, Cuesta F, Pujol De La Llave E. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *An Med Interna* 19(8):396-404, 2012.
- Morandi E, França D, Lopes J. Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 41(Supl.2):1-7, 2007.
- Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mohan C, Kumar S. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci* 60(1):3-11, 2006.
- Hays R, Cunningham W, Sherbourne C, Wilson I, Wu A, Cleary P, et al. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. *Am J Med* 108:714-22, 2000.
- Chandra P, Gandhi C, Satishchandra P, Kamat A, Desai Anita, Ravi V, et al. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads - a study from South India. *Quality of Life Research* 15(10):1597-1605, 2006.
- Razera F, Ferreira J, Bonamigo R. Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *Int J STD AIDS* 19(8):519-23, 2008.
- Mahalakshmy T, Premarajan K, HamideA. Quality of Life and its Determinants in People Living with Human Immunodeficiency Virus Infection in Puducherry, India. *Indian J Community Med* 36(3):203-7, 2011.
- Reis R, Santos C, Gir E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 24(5):626-34, 2012.
- Imam M, Karim M, Ferdous C, Akhter S. Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Med Res Counc Bull* 37(1):1-6, 2011.
- Vinaccia S, Fernández H, Quiceno J, López M,

- Otálvaro C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica* 26(1):125-32, 2008.
- Valencia C, Canaval G, Marín D, Portillo C. Quality of life in persons living with HIV/AIDS in three health care institutions of Cali, Colombia. *Colomb Med* 41(3):206-14, 2010.
- O'Connell K, Saxena S, Skevington S. WHOQOL-HIV Quality of Life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care* 16(7): 882-9, 2004.
- World Health Organization. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med* 57(7):1259-75, 2003.
- WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with and AIDS: results from the held test. *AIDS CARE* 16(7):882-9, 2004.
- Belak K, Vurusic T, Duvancic K, Macek M. Quality of Life of HIV-Infected Persons in Croatia. *Coll Antropol* 30(Suppl.2):79-84, 2006.
- Odili V, Ikhurionan I, Usifoh S, Oparah A. Determinants of quality of life in HIV/AIDS patients. *West Afr J Pharm* 22(1):42-8, 2011.
- Gaspar J, Reis R, Vieira Pereira F, De Souza Neves L, De Castro Castrighini C, Gir E. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the State of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 45(1):225-31, 2011.
- Ücker Calvetti P, Campio Muller M, Tiellet Nunes M. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá* 13(3):523-30, 2008.
- Rai Y, Dutta Y, Gulati A. Quality of Life of HIV-Infected People Across Different stages of Infection. *J Happiness Stud* 11(1):61-9, 2010.
- Pereira M, Canavaro M. Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-Infected patients. *AIDS Behav* 15(8):1857-69, 2011.
- Mishra M, Khushalani D, Chaudhari S, Acharya S. Impact of HIV on the quality of life amongst the seropositive patients at a rural tertiary care hospital in central India. *J Community Med* 7(1), 2011; 2012. Disponible en: http://www.jcmorissa.org/index_files/Page457.htm. [Consultado 12 de febrero 2012].
- Siegel K, Schrimshaw E. Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 51(10):1543-54, 2000.
- Ruutel K, Pisarev H, Loit H, Uuskula A. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *J Int AIDS Soc* 12(1):13-20, 2009.
- Schaurich D, Coelho D, Motta G. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após osantiretrovirais. *Rev Enferm UERJ* 14(3):455-62, 2006.

Infecciones respiratorias agudas bajas en el Hospital Luisa Cravenna de Gandulfo de Lomas de Zamora

Acute lower respiratory infections in Luisa Cravenna de Gandulfo Hospital, Lomas de Zamora

Guillermo Barrionuevo

Médico, Director Asociado del Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Mirta Fernández, Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Jorge Larcamon, Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Ana María Ortiz, Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Romina Priano, Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

María Laura Fink, Hospital Interzonal General de Agudos, Luisa Cravenna de Gandulfo, Lomas de Zamora, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 11/7/2013 - Aprobación: 15/8/2013

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en Argentina, constituye la tercera causa de muerte en menores de un año y es la primera causa si tomamos la mortalidad posneonatal. En este contexto, desde el año 2002, debido al lanzamiento del Programa Nacional IRAB, se lleva a cabo en el hospital en el período de Contingencia (1 de junio al 31 de agosto de cada año) el Centro de Prehospitalización, con el fin estratégico de disminuir la morbimortalidad de pacientes con enfermedad respiratoria aguda baja menores de 2 años. Durante 2012 realizamos un estudio descriptivo poblacional de corte transversal, en el que se analizó el manejo de la Contingencia IRAB en el Hospital Luisa Cravenna de Gandulfo, contemplando la participación de todos los servicios involucrados. Entre los objetivos específicos se encuentran: obtener indicadores de morbimortalidad por IRAB y realizar contrarreferencia de pacientes IRAB atendidos en nuestro centro. Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta todos los niños menores de 2 años atendidos en nuestro hospital por IRAB. En el transcurso de la Contingencia, se atendió un 35 % más de pacientes que en 2011, a expensas de esfuerzos propios y regionales.

Palabras clave: infección respiratoria aguda baja, lactantes, plan de salud pública

Abstract

Mortality for acute lower respiratory infections (ALRI) in Argentina is the third cause of death in infants less than one year old, and the first if we consider post-neonatal mortality. Against this backdrop, with the launch of the National ALRI Program, since 2002 the Pre-hospitalization Centre has been operating in the hospital during the Contingency period (July 1 to August 31 of each year), with the strategic aim of reducing the morbidity and mortality of patients with acute lower respiratory pathology in infants aged less than two years old. In 2012 we carried out a cross-sectional, descriptive population study to analyze the way ALRI Contingency was handled in the Luisa Cravenna de Gandulfo Hospital, considering the participation of all the medical services involved. The specific objectives included obtaining indicators of morbidity and mortality for ALRI and performing counter-references on ALRI patients treated in our health centre. In order to perform our study we included all infants aged less than two years old who were treated in our Hospital for ALRI. During the Contingency, due to self and regional efforts, we treated 35% more patients than in 2011.

Keywords: acute lower respiratory infections, infants, public health program

Introducción

Entre las principales causas de morbimortalidad infantil se encuentran las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB). Éstas son la primera causa de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación.³ En nuestro país, constituye la tercera causa de muerte en menores de 1 año.¹ Cada año, nuestro hospital se prepara en el período invernal para recibir a los pacientes con IRAB. Éste es un proceso que requiere la participación de múltiples servicios que trabajan en conjunto para lograr los mejores resultados posibles.

Objetivos

- Obtener indicadores de morbimortalidad por IRAB en pacientes atendidos en el hospital.

- Monitorizar pacientes con factores de riesgo determinados por el Programa Nacional IRAB por medio de su *software*.
- Realizar seguimiento longitudinal de los pacientes de riesgo atendidos, determinados por el Programa Nacional IRAB.

Pacientes y métodos

Población de estudio

Se consideró como población de estudio a todos los niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Prehospitalización (CPH) del Hospital Luisa Cravenna de Gandulfo de Lomas de Zamora (Argentina) por enfermedad respiratoria aguda en el período de contingencia (1 de junio al 31 de agosto de 2012). Se incluyeron a los pacientes

que concurren por esta misma causa, fueran o no menores de 2 años, a la guardia pediátrica o al Consultorio de Demanda Espontánea (CODE), y a todos aquellos que estuviesen internados o hubieran concurrido al servicio de Kinesiología.

Metodología de la atención

Las vías de ingreso a nuestro hospital son múltiples, situación que se tuvo que tener en cuenta a la hora de realizar el relevamiento de los datos. Esta tarea estuvo a cargo del área de epidemiología. Para tener la información completa no bastaba con obtener los datos del CPH, sino que se tuvo que ampliar el relevamiento de los datos a la guardia y al CODE pediátrico.

Hace varios años viene implementándose en el hospital el CPH como estrategia para la disminución de la morbimortalidad infantil, enmarcado en el Programa Nacional IRAB. En el CPH se atienden exclusivamente niños menores de 2 años. El centro funciona las 24 horas los 7 días de la semana, con personal propio compuesto por médicos, enfermeros y kinesiólogos abocados a la labor asistencial, junto con promotores de salud que brindan charlas informativas en la sala de espera para estimular hábitos saludables y encuestas con las que se detectan pacientes de riesgo.

También se atendieron y registraron pacientes con enfermedad respiratoria (sobre todo mayores de 2 años) en la guardia y en el CODE Pediátrico; estos datos fueron relevados por el área de epidemiología en forma semanal.

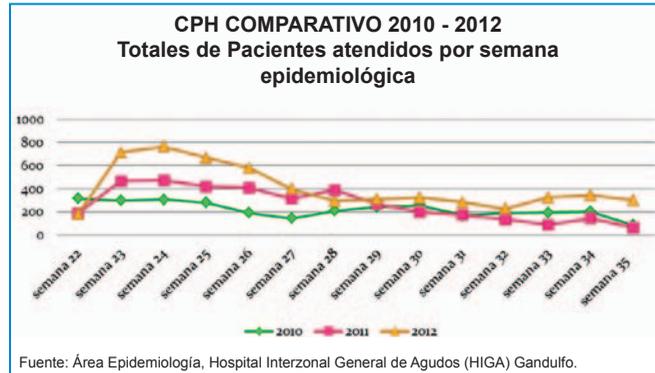
Resultados

Durante el período de contingencia se atendieron en el CPH 5 719 pacientes (Figura 1), de los cuales un 2% requirió internación. El 78% tenía como partido de residencia Lomas de Zamora, el 77% de los pacientes ingresó con un puntaje de TAL leve, el 99% recibió tratamiento con salbutamol en aerosol y el 96% obtuvo como diagnóstico de egreso síndrome broncoobstructivo.

Con respecto a los factores socioambientales y perinatólogos, el 2% presentó bajo peso al nacer, el 7% tenía enfermedad de base, el 12% de las madres no completó la escuela primaria, el 8% de las madres era menor de 18 años, el 43% tenía fumadores intradomiciliarios (Figura 2).

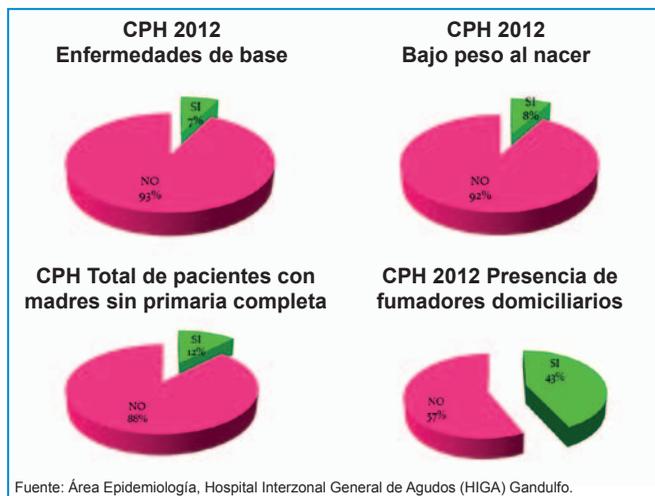
En cuanto al rescate virológico, el 43% de los hisopados nasofaríngeos realizados en el período de contingencia fueron positivos para el virus sincicial respiratorio. Se logró contrarreferenciar al 100% de los pacientes atendidos; de ellos, se pudo realizar seguimiento telefónico al 73% y efectuar visitas domiciliarias al 24% de los pacientes de riesgo.

En la sala de Internación Pediátrica, el 52% de los pacientes presentó como diagnóstico de egreso IRAB; de ellos, el 68% tuvo como diagnóstico de egreso bronquiolitis (Figuras 3 y 4). En cuanto al tratamiento administrado, el 60% de las unidades de salbutamol fueron cubiertas por la región sanitaria, mientras que el 40% restante junto con el 100% de la amoxicilina utilizada fueron cubiertos por el hospital. Con respecto a los corticoides en gotas, sólo el 8.6% del total administrado fue cubierto por la región sanitaria.



Fuente: Área Epidemiología, Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Gandulfo.

Figura 1. Evolución por semana epidemiológica.



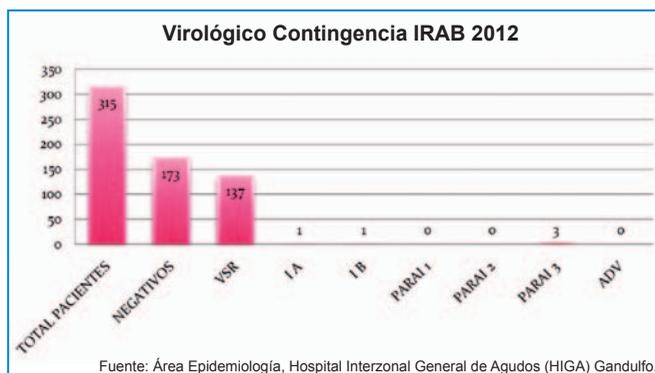
Fuente: Área Epidemiología, Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Gandulfo.

Figura 2. Factores socioambientales asociados con IRAB.



Fuente: Área Epidemiología, Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Gandulfo.

Figura 3. Total de pacientes atendidos en las áreas de Guardia e Internación.



Fuente: Área Epidemiología, Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Gandulfo.

Figura 4. Análisis virológicos realizados durante la contingencia.

Conclusiones

Desde el comienzo del CPH como estrategia para la disminución de la mortalidad infantil en nuestro hospital, se trabajó en conjunto para obtener los mejores resultados.

Cada año se observan innovaciones y canales de comunicación fortalecidos entre los diferentes servicios que participan en la contingencia. Durante 2012 se atendió un 35% más de pacientes que durante 2011, a expensas de esfuerzos propios y regionales. En efecto, durante la contingencia se logró aumentar la entrega de medicación estimada por la Región Sanitaria, debido al requerimiento elevado de ésta.

A su vez, se logró implementar, con la colaboración de promotores de salud, la referenciación de pacientes atendidos en nuestro hospital a las unidades sanitarias que correspondieran por domicilio de residencia. Asimismo, se mejoró el seguimiento de pacientes de riesgo. Para que esto fuera posible se requirió de la red municipio/hospital.

Durante la contingencia no se detectaron fallecimientos en nuestro hospital por IRAB, a pesar de haber tenido pacientes en Sala de Internación General que requerían asistencia respiratoria mecánica y monitoreo continuo de sus parámetros vitales, a la espera de la derivación a centros de mayor complejidad. Del análisis realizado sobre los factores socioambientales brindados por el *software*

del Programa IRAB, nos parece importante resaltar la existencia de un alto porcentaje de fumadores intradomiciliarios, situación que, como agentes sanitarios, no podemos pasar por alto. Es por ello que se debe aumentar la promoción de hábitos saludables, con el fin de lograr la disminución de estos porcentajes alarmantes.

Desde el punto de vista diagnóstico de las IRAB, los síndromes broncoobstructivos y, puntualmente, la bronquiolitis, siguen siendo la principal causa de consulta, y el virus sincicial respiratorio es el principal agente etiológico responsable, situación que no ha cambiado en los últimos años.

Logramos cubrir la demanda con la realización del diagnóstico y el tratamiento a todo paciente que concurrió a nuestro hospital por enfermedad respiratoria, además de referenciar para su seguimiento al 100% de los individuos atendidos. Asimismo, conseguimos realizar visitas domiciliarias a los pacientes de mayor riesgo.

Cada año quedan mecanismos para mejorar; sin embargo, logramos incrementar la atención brindada a nuestra comunidad, fortaleciendo la red hospital/provincia/municipio.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicisalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siicisalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál es la principal causa de consulta en lactantes con infección respiratoria aguda baja?

A, La neumonía tuberculosa; B, Los síndromes broncoobstructivos; C, El absceso pulmonar; D, Todas se presentan con igual prevalencia.

Verifique su respuesta en: www.siicisalud.com/dato/evaluaciones.php/138276

Cómo citar este artículo: Barrionuevo G, Fernández M, Larcamon J, Ortiz AM, Priano R, Fink ML. Infecciones respiratorias agudas bajas en el Hospital Luisa Cravenna de Gandulfo de Lomas de Zamora. *Epidemiología y Salud* 1(4):16-8, Oct 2013.

How to cite this article: Barrionuevo G, Fernández M, Larcamon J, Ortiz AM, Priano R, Fink ML. Acute lower respiratory infections in Luisa Cravenna de Gandulfo Hospital, Lomas de Zamora. *Epidemiología y Salud* 1(4):16-8, Oct 2013.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

Dirección de Estadísticas en Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación 2013. www.deis.gov.ar.

Vidaurreta SM, Marcone DN. Infección aguda viral en niños menores de 5 años. *Arch Argent Pediatr* 296-304, 2011.

Benguigui Y, Lopez FJ, Schmunis G. Infecciones respiratorias en niños. Washington DC, OPS; 1997. Pp. 496.

Boletín del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, año 2011. Mortalidad infantil y sus componentes según región de residencia.

López I, Sepúlveda H, Valdés I. Enfermedades respiratorias bajas en el lactante: magnitud y factores de riesgo. *Rev Chil Pediatr* 65:154-157, 1994.

Moreno A, Donaden A. Estudio epidemiológico de las enfermedades del tracto respiratorio inferior con sibilancias y factores de riesgo asociados. *Anales Españoles de Pediatría* 50:379-383, 1999.

Galve F, García C, Rubio FJ, Peñascal E, Jiménez JM, Martínez JA. Tabaquismo pasivo y otros factores de riesgo en las afecciones respiratorias de vías bajas en los lactantes. *Aten Primaria* 22:46-51, 1998.

Martínez FD, Cline M, Burrovs B. Aumento de la incidencia de asma en hijos de madres fumadoras. *Pediatrics* (ed. Esp) 33:19-25, 1992.

López I, Sepúlveda H, Valdés I. Enfermedades respiratorias agudas en los primeros 18 meses de vida. *Bol Oficina Sanit Panam* 120:378-388, 1996.

La hipertensión arterial en la Provincia de Buenos Aires. Una mirada desde el Programa REMEDIAR + REDES

Hypertension in Buenos Aires Province.

Perspectives from the REMEDIAR + REDES Program

Luciana Pozo

Licenciada en Sociología, Consultora de la Gerencia de Planificación del Programa REMEDIAR + REDES

Paula Luque, Programa REMEDIAR + REDES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Gonzalo La Cava, Programa REMEDIAR + REDES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en
sicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 11/7/2013 - Aprobación: 15/8/2013

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

Introducción: La relevancia del estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles se explica principalmente por la cantidad de muertes que generan en la población mundial, incluida la Argentina. El presente artículo pretende brindar una perspectiva desde el Programa REMEDIAR + Redes de la Hipertensión Arterial Primaria (HTA) en la provincia de Buenos Aires, a partir del tratamiento farmacológico de la enfermedad indicado a los usuarios de los centros de salud. **Material y método:** Las principales fuentes de información fueron los formularios diseñados por REMEDIAR + REDES para su utilización en los centros de salud, y fuentes secundarias tales como el CENSO 2010 y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009. **Resultados:** En el período abril de 2007 a marzo de 2008, el 13.4% de las recetas tuvieron como diagnóstico HTA, con la indicación de enalapril en casi 3 de cada 4 de esta recetas. En promedio, los usuarios de REMEDIAR + REDES con HTA recibieron 6 tratamientos anuales, con algunas diferencias significativas al realizar comparaciones por región. **Conclusiones:** El avance en términos de provisión de medicamentos para garantizar el acceso a quienes lo necesitan, requiere actualmente un nuevo estadio basado principalmente en el seguimiento de la población con HTA.

Palabras clave: Programa Remediador, hipertensión, terapia antihipertensiva

Abstract

Introduction: The relevance of the study of non-communicable chronic diseases is mainly explained by the number of deaths they cause in the global population, including Argentina. This article aims to provide an insight into Primary Hypertension (HT) in the province of Buenos Aires. The analysis was based on the drug treatment indicated for the pathology to users of health centers under the REMEDIAR + REDES Program. **Methods:** The main sources of information were the forms designed by REMEDIAR + REDES, which are used in health centers. Other sources were the 2010 Census and the 2009 Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (national survey of risk factors). **Results:** In the period April 2007 to March 2008, 13.4% of prescriptions had hypertension as the diagnosis, with Enalapril being indicated on nearly 3 out of 4 of these prescriptions. On average, REMEDIAR + REDES users with hypertension received 6 treatments per year, with some significant differences by region. **Conclusions:** Progress in terms of provision of drugs mainly requires monitoring of the population with hypertension.

Key words: Remediador Program, hypertension, antihypertensive treatment.

Introducción

El Programa REMEDIAR + REDES se inició a finales de octubre de 2002, como componente fundamental de la Política Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina. Persigue como principal objetivo fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, garantizando el acceso a los medicamentos esenciales a la población en situación de vulnerabilidad social con cobertura pública exclusiva.

Desde el inicio de su implementación, el Programa le asignó una alta prioridad al desarrollo de un sistema de información que incrementase el nivel de conocimiento sobre las unidades sanitarias del Primer Nivel de Atención (PNA), para la toma de decisiones informadas en términos de suministro de medicamentos. Dicho sistema, inicialmente basado en información primaria generada directamente por el personal de los centros mediante formularios estandarizados, le ha permitido a REMEDIAR + REDES contar con series históricas de utilización y *stock* de medicamentos con apertura por unidad sanitaria. Asimismo, la inversión realizada en términos de digitalización de los

Formularios R (recetas de aquí en adelante) del programa confeccionadas por los médicos del PNA, posibilitó contar con perfiles de usuarios de medicamentos, realizar estudios de asociación entre prescripción y diagnóstico y disponer de una base que actualmente alcanza los 15 millones de personas identificadas.

La información consolidada a nivel central permitió identificar, entre otros aspectos, la variabilidad en la prescripción de medicamentos por causas no atribuibles a patrones de carácter epidemiológico, que dio origen a distintas acciones de capacitación al personal médico de los centros de salud en conjunto con las facultades de medicina de todo el país.

Asimismo, desde el año 2008 el Programa cuenta con un componente destinado al fortalecimiento de las redes de servicios de salud que financia proyectos de este tipo que impulsen actividades vinculadas con la detección, la clasificación y el seguimiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), diabetes, o ambas, posteriormente a la realización de un diagnóstico sociosanitario a nivel local. Finalmente, desde 2009 REMEDIAR + REDES

Tabla 1. Establecimientos incluidos en el Programa REMEDIAR + REDES.

Establecimientos de Salud	Total
Categoría	
Centro de Atención Primaria de la Salud	1 636
Depósito	51
Hospital público	117
Otras instituciones*	87
Total	1 891

*En la categoría Otras instituciones se incluyen principalmente establecimientos penitenciarios y universidades.

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del Programa REMEDIAR + REDES.

integra en su estrategia de distribución a los programas más relevantes del Ministerio, y se propone como objetivo fortalecer las redes de servicios de salud, haciendo principal hincapié en el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades crónicas.

Por su extensión geográfica y cantidad de población, la provincia de Buenos Aires representa un desafío para el Programa en términos de cobertura y resultados. Buenos Aires cuenta con 1 891 establecimientos que reciben medicamentos e insumos a través del Programa REMEDIAR + REDES (Tabla 1). Al segundo semestre de 2012, ha recibido más de 369 000 botiquines con aproximadamente 80 888 000 tratamientos de medicamentos esenciales, que representan alrededor del 26% del total de la distribución del Programa.

El presente artículo de carácter descriptivo, pretende brindar una perspectiva del tratamiento farmacológico de la HTA primaria, en los establecimientos del Primer Nivel de Atención (PNA) de la provincia de Buenos Aires. Algunas de las preguntas que guían este trabajo son: ¿Cuál es el perfil de las personas hipertensas en la provincia de Buenos Aires? ¿Cómo es el tratamiento farmacológico que reciben estas personas? ¿Existe alguna diferencia significativa por región sanitaria?

Material y método

Las principales fuentes de información utilizadas para el análisis fueron los formularios diseñados por REMEDIAR + REDES: Formularios B de utilización y *stock*, y Formularios R (recetas). El circuito de la información está planteado de forma tal, que en el mismo acto de entrega de los botiquines de medicamentos del programa el centro de salud recibe formularios para ser completados con la información del mes que se inicia, y el Programa retira los formularios con la información completada por el personal del centro, correspondientes al mes anterior.

Las recetas son completadas por los médicos al momento de la prescripción de un medicamento. Entre los datos que deben consignarse figuran el diagnóstico que motiva la prescripción del medicamento, las características del consultante (apellido y nombre, tipo y número de documento, sexo, fecha de nacimiento, otros), el medicamento y la cantidad prescrita, entre otros. Los diagnósticos son codificados en los centros de salud mediante la clasificación estadística de los problemas de salud en atención primaria (CEPS-AP), surgida como producto de una adaptación de la clasificación CIE 10, para el PNA.

Los Formularios B, por su parte, consignan *stock* y prescripción agregada de medicamentos distribuidos por el Programa, y total de consultas médicas y odontológicas producidas por la unidad sanitaria. Ambos formularios son digitalizados a nivel central.

Las recetas seleccionadas para el análisis cumplen con los siguientes criterios:

Tabla 2. Distribución de recetas REMEDIAR + REDES con HTA. Apertura por región sanitaria.

Región sanitaria	Recetas total período	Recetas (diagnóstico único)	Recetas con HTA	%
I	85 006	58 022	8 758	15.1%
II	64 403	45 127	6 666	14.8%
III	48 803	35 870	5 094	14.2%
IV	111 115	77 367	9 886	12.8%
V	627 603	422 166	56 789	13.5%
VI	694 535	422 259	51 119	12.1%
VII	248 504	146 221	21 998	15.0%
VIII	144 476	93 865	13 346	14.2%
IX	43 722	30 840	4 571	14.8%
X	65 239	46 867	7 175	15.3%
XI	232 681	157 844	20 398	12.9%
XII	56 876	34 961	4 621	13.2%
Total	2 422 963	1 571 409	210 421	13.4%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de recetas de REMEDIAR + REDES

- Pertenecen a centros de salud bajo programa de la provincia de Buenos Aires.
- Corresponden al período abril de 2007 a marzo de 2008, por ser el último año con mayor cantidad de datos completados disponibles (2 422 963 recetas).
- No se encuentran anuladas por el médico.

La Tabla 2 presenta la distribución de recetas consideradas para el análisis con apertura por región sanitaria y la cantidad de recetas en las que se consignó el diagnóstico de HTA (tanto en términos absolutos como porcentuales).

Según lo establecido por el Programa, en las recetas se pueden indicar dos diagnósticos y dos medicamentos en una misma consulta. Esto obstaculiza el análisis de indicación-prescripción, ya que no es posible identificar con qué diagnóstico se asocia cada medicamento. Por ello, se seleccionaron aquellas recetas con un único diagnóstico (1 571 409, 64.9%). El 13.4% de estos últimos indican HTA (210 421 recetas). Finalmente, para la caracterización de la población usuaria de los servicios públicos de salud se utilizaron fuentes secundarias de información, como el CENSO 2010 y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2009). Esta última se empleó a los fines de calcular la prevalencia de HTA en la población de la provincia de Buenos Aires, a partir de los datos de población del último censo.

¿Por qué priorizar el estudio de la HTA? ¿Por qué el PNA?

En Latinoamérica, así como en la mayor parte de los países del mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se presentan como las principales causas de muerte. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 ocasionaron aproximadamente dos tercios de las muertes a nivel mundial. En Latinoamérica y el Caribe estas enfermedades provocan el 68% de las defunciones y se estima que para Argentina, en 2009, el porcentaje de fallecimientos atribuibles a ECNT asciende al 79.3%.

De acuerdo con la última ENFR, un 29% de la población adulta argentina presentaba en 2009 colesterol elevado, 9% diabetes y 35% HTA, que afectaba en mayor medida a los sectores con menor nivel educativo y de ingresos. La información disponible indica principalmente cuatro factores de riesgo comunes a las ECNT, como son el tabaquismo, la falta de una dieta saludable, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol.

Tabla 3. Población total, población potencialmente objetivo del programa y población bajo programa con HTA, correspondiente a la Provincia de Buenos Aires.

Región sanitaria	Población (2010)				Factores de riesgo		Usuarios REMEDIAR		
	Hombres	Mujeres	Total	Cobertura pública exclusiva	Población con HTA (total)	Población con HTA y Cob. Pub. Excl.	Total	Con HTA	%
	a	b	c = a + b	d	e	f	g	h	i = h / f
I	319 186	336 606	655 792	222 817	241 987	82 220	149 318	13 973	17.0 %
II	129 008	133 030	262 038	88 924	96 692	32 813	88 389	9 488	28.9 %
II	122 094	128 632	250 726	83 747	92 518	30 903	78 700	8 881	28.7 %
IV	272 704	287 952	560 656	183 856	206 882	67 843	195 351	19 604	28.9 %
V	1 524 426	1 607 466	3 131 892	996 173	1 155 668	367 588	1 088 349	96 108	26.1 %
VI	1 831 753	1 937 241	3 768 994	1 344 071	1 390 759	495 962	1 393 031	106 315	21.4 %
VII	1 097 592	1 156 180	2 253 772	799 815	831 642	295 132	531 076	42 420	14.4 %
VII	554 783	595 507	1 150 290	389 650	424 457	143 781	280 880	27 597	19.2 %
IX	154 055	157 710	311 765	105 243	115 041	38 835	68 295	7 322	18.9 %
X	157 190	166 034	323 224	108 690	119 270	40 107	88 608	11 861	29.6 %
XI	575 100	605 019	1 180 119	417 790	435 464	154 165	384 016	33 794	21.9 %
XII	866 690	909 126	1 775 816	646 555	655 276	238 579	145 233	13 245	5.6 %
Total	7 604 581	8 020 503	15 625 084	5 387 331	5 765 656	1 987 925	4 491 246	390 608	19.6 %

Fuente: Elaboración propia, según información del Censo 2010, la ENFR 2009 y las recetas de REMEDIAR + REDES.

En el año 2010, la población de la Provincia de Buenos Aires estaba compuesta por 15 625 084 personas: el 48.7% eran hombres y el 51.3% restante representa las mujeres (Tabla 3). Con la realización de una apertura por regiones sanitarias, se observa que las que presentan mayor cantidad de población son la región VI con una participación total del 24.12%, seguida de la región V con un 20%. Ambas comprenden aproximadamente el 50% de la población de la Provincia de Buenos Aires. El 47.8% de la población bonaerense posee cobertura proveniente de la seguridad social (PAMI incluido), mientras que el 35.4% tiene cobertura pública exclusiva; el analfabetismo es del 1.4% para el total de la provincia. Cabe destacar que no se observan diferencias significativas por regiones en la distribución de la población por nivel educativo y sexo.

El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las unidades sanitarias que comprenden el PNA del subsistema público de salud resulta una prioridad para las políticas públicas de salud, tanto desde la prevención como en el tratamiento de las ECNT. En este sentido, los centros que integran el PNA presentan claras oportunidades a partir del análisis de tres dimensiones:

- **Volumen de consultas.** Los últimos datos disponibles a nivel nacional muestran que un 61% del total de las consultas ambulatorias en el subsector público se realizan en establecimientos del PNA.
- **Motivo de consultas.** Un estudio realizado por REMEDIAR + REDES en el año 2011 a partir de una muestra representativa de CAPS a nivel nacional, señala que el 71% de los consultantes a CAPS posee cobertura pública (66% tiene cobertura pública exclusiva y el 5%, programas o planes estatales de salud), mientras que el 28% refirió tener otra cobertura de salud (16% obra social, 8% PAMI, 3% prepaga y 2% mutual). Al indagar respecto de los motivos de consulta de estas personas, puede observarse que el 32.9% acude al centro de salud "Para control general, sin estar enfermo", mientras que el 9.8% lo hace para continuar con un tratamiento y el 5.3% para buscar medicamentos.
- **Perfil socioeconómico de la población consultante.** En el año 2004, estudios del SIEMPRO mostraban que el 83% de los consultantes con prescripción médica cubierta por REMEDIAR + REDES se encontraba

por debajo de la línea de pobreza. Al mismo tiempo, se pudo establecer que uno de cada dos usuarios/as del programa vivía en hogares que no lograban cubrir sus necesidades alimentarias, es decir, que eran indigentes (SIEMPRO, 2004). Según el estudio realizado por el programa en 2011 (ya citado), el 78.6% de los hogares de consultantes a los centros de salud y sus vecinos se encuentran en los primeros 4 deciles de ingreso definidos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH, IV trimestre de 2011).

En función de la información disponible y en el marco del Listado de Medicamentos para el Primer Nivel de Atención del año 2010, REMEDIAR + REDES incluye en su Vademecum los siguientes medicamentos para el tratamiento de la HTA: 1) hidroclorotiazida comprimidos 50 mg, 2) hidroclorotiazida comprimidos 25 mg, 3) enalapril comprimidos 10 mg, 3) atenolol comprimidos 50 mg. Las recetas del programa confeccionadas por los médicos de los centros de salud de la provincia que indican alguno de estos medicamentos para el tratamiento de la HTA representan la base para el presente artículo.

Resultados

En el período 2002-2009, se atendieron en los centros de salud de la Provincia de Buenos Aires cerca de 4.5 millones de personas unívocamente identificadas. De ese total, a 390 608 se le diagnosticó en al menos una consulta HTA (código 351 CEPS-AP). Como puede observarse en la Figura 1, el 64.8% de las personas con HTA identificadas son mujeres (el 66% tenía entre 50 y 74 años al momento de la consulta). Según la ENFR 2009, la presión arterial elevada no varía significativamente entre los sexos; no obstante, es sabido que las mujeres suelen atender más al cuidado de su salud, con lo que se incrementa la probabilidad de diagnóstico oportuno. La ENFR ilustra estas diferencias: mientras que la prevalencia de autoinforme de presión arterial elevada es del 34.9% para los hombres y del 36.2% para las mujeres de la Provincia de Buenos Aires, el porcentaje de control de la presión arterial por parte de un profesional de salud asciende al 76.7% para el sexo masculino y al 84.8% para el femenino.

Atendiendo a la distribución geográfica de los usuarios del Programa en la provincia, se observa que el 62.7% de

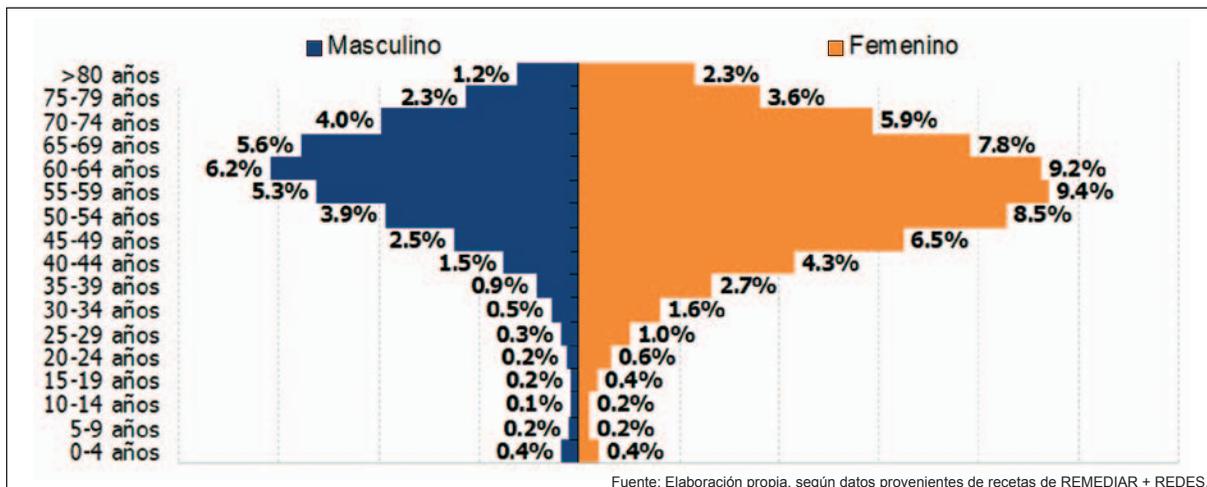


Figura 1. Distribución por sexo y grupo etario de usuario/as de REMEDIAR + REDES con, al menos, un diagnóstico de HTA.

Tabla 4: Promedio, máximo y mínimo, de unidades indicadas para el tratamiento de HTA. Apertura por medicamento.

Medicamento	Promedio	Máximo	Mínimo
Aspirina	36	180	1
Atenolol	37	180	1
Enalapril	39	601	1
Hidroclorotiazida	29	120	1

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de recetas de REMEDIAR + REDES

los consultantes con al menos una receta con diagnóstico de HTA se atendió en centros de salud de las regiones sanitarias V, VI y VII. Los datos presentados en la Tabla 3 permiten observar que cerca del 20% de la población objetivo (aquellas personas con cobertura pública exclusiva y HTA, según la ENFR) ha recibido medicamentos por parte del Programa.

Se observa asimismo (Tabla 3 y Figura 2) una gran variación entre regiones sanitarias: mientras que en la región XII menos del 6% de los potenciales usuarios tuvieron un diagnóstico de HTA en una consulta que concluyó con prescripción de REMEDIAR + REDES, en la región X este porcentaje asciende hasta casi el 30%.

Los colores más oscuros del mapa dan cuenta de las regiones sanitarias en las cuales la brecha entre los usuarios del programa REMEDIAR + REDES y la población objetivo según la ENFR es menor. Así, de acuerdo con este análisis, las regiones con colores más claros (como por ejemplo la Región Sanitaria I) tendrían menor cantidad de pacientes hipertensos que retiran medicación antihipertensiva del programa Remediar + Redes de los centros de salud. Si bien existe una multiplicidad de posibles explicaciones para dar cuenta de esta situación (funcionamiento o características del sistema de salud, fuentes de provisión alternativa de medicamentos, entre otras), no deja de ser una primera aproximación interesante.

Al considerar los medicamentos indicados en aquellas recetas con un único diagnóstico (HTA) y un solo medicamento ($n = 102\ 796$, 48.9% de las recetas con un único diagnóstico), se observa la siguiente distribución: casi 3 de 4 recetas indican enalapril 10 mg. Cuatro medicamentos explican más del 95% de las recetas que indican HTA como único diagnóstico: enalapril (73.5%), atenolol (13.9%), hidroclorotiazida (7.1%) y aspirina 100 mg (2.2%) (véase Fig. 3).

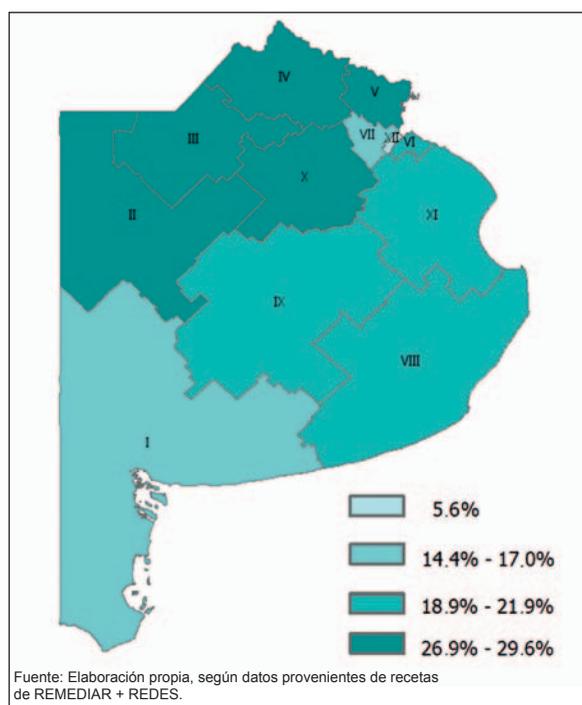


Figura 2. Relación entre usuarios REMEDIAR + REDES con HTA y población potencialmente usuaria según la ENFR 2009 (población con cobertura pública exclusiva con HTA).

En la Tabla 4 se observa que la cantidad de unidades indicadas para cada medicamento en promedio es similar, y ronda las 30 unidades (un comprimido diario).

Ahora bien, al considerar aquellas recetas con diagnóstico de HTA, se observa que en el 50.4% se indican 2 medicamentos (106 104 recetas). De este universo, el 41.1% indica enalapril (véase Fig. 4).

Debido a que un porcentaje significativo de las recetas contiene la indicación de dos medicamentos, se indagó cuáles son las asociaciones más frecuentes con el enalapril. Los resultados producto de este análisis indican que las combinaciones más frecuentes fueron atenolol (35%) e hidroclorotiazida (16.2%)

Asimismo, al considerar los tratamientos prescritos en los centros de salud se observa que en 2011 en la provincia se prescribieron cerca de 640 mil tratamientos de enalapril, 128 mil de atenolol y 65.6 mil de hidroclorotiazida.

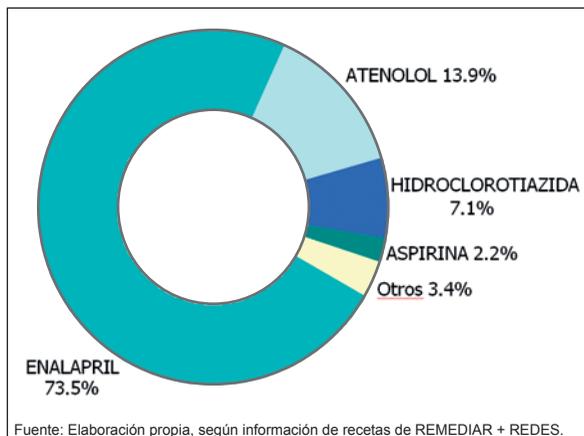


Figura 3. Medicamentos indicados en Formularios R con un único diagnóstico (HTA) y un único medicamento prescrito.

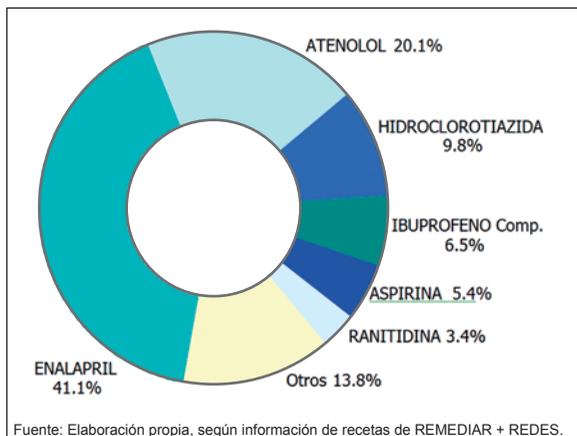


Figura 4. Medicamentos indicados en Formularios R con un único diagnóstico (HTA) y dos medicamentos prescritos.

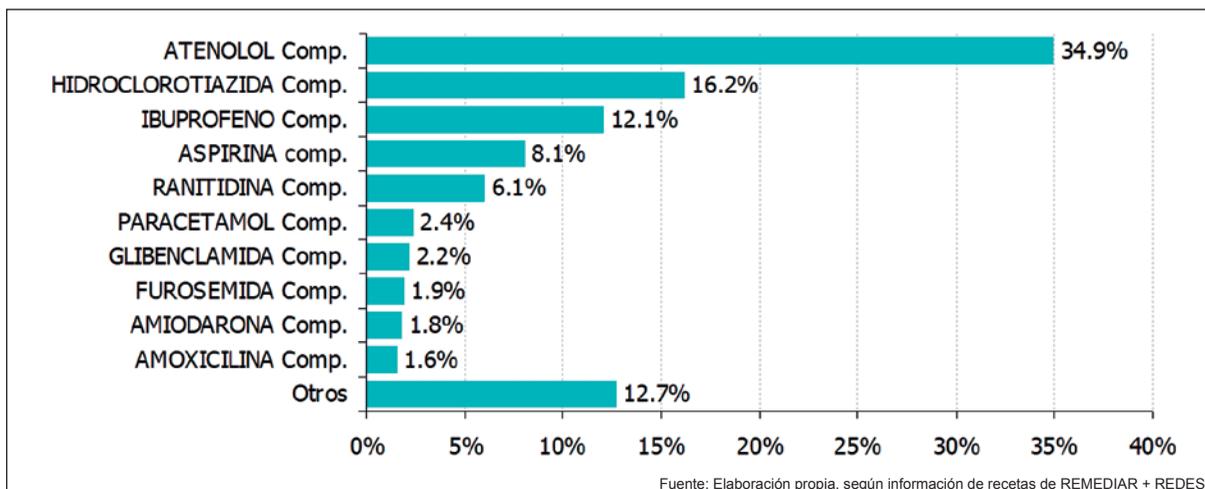


Figura 5. Medicamentos asociados con enalapril en recetas con un único diagnóstico (HTA) y dos medicamentos prescritos.

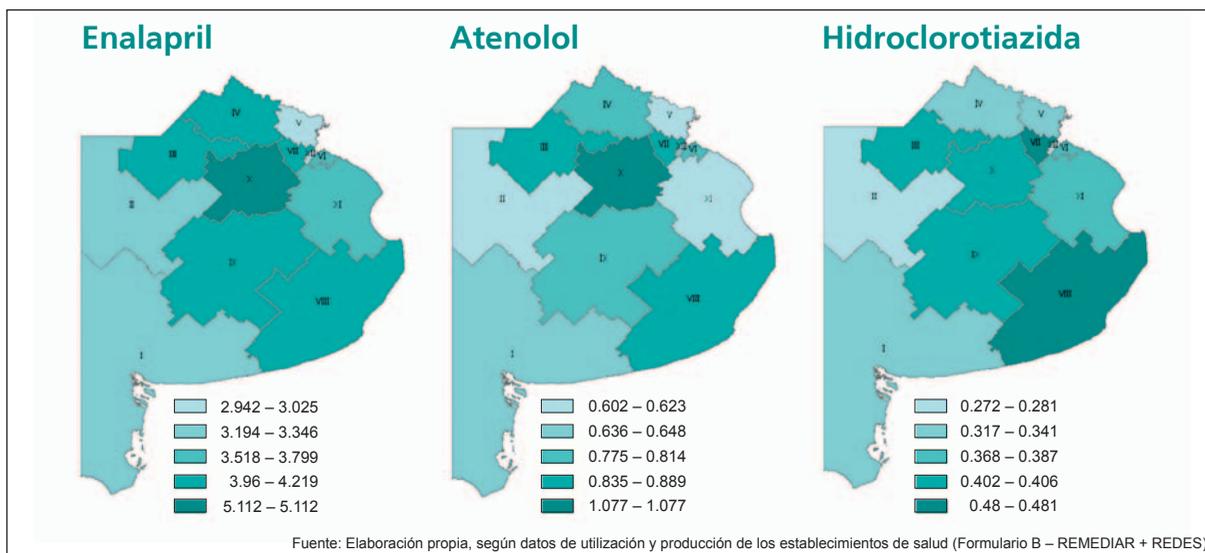


Figura 6. Tratamientos indicados cada 100 consultas, según región sanitaria. Año 2011.

rotiazida. Al tener en cuenta los tratamientos en relación con la población identificada con HTA, se observa para el total provincial que cada usuario/a de REMEDIAR + REDES identificado con HTA habría recibido en promedio 1.6 tratamientos de enalapril al año.

Al realizar una apertura por región sanitaria se observa que, en promedio, los usuarios de REMEDIAR + REDES con HTA en la región VIII recibieron 6 tratamientos anuales de enalapril; en el otro extremo, en la región sanitaria IX recibieron 0.2 tratamientos. Si bien esto no implica necesaria-

mente que el usuario no haya adquirido el tratamiento por otros medios, es una medida que muestra la variabilidad en la utilización de los medicamentos del Programa y abre una línea de análisis respecto del funcionamiento de los sistemas de salud de las distintas regiones sanitarias.

Los mapas presentados en la Figura 6 presentan la variabilidad en la indicación de los medicamentos destinados al tratamiento de la HTA cada 100 consultas, con apertura por región sanitaria. La lectura de los mapas indica que se presenta menor cantidad de antihipertensivos cada 100 consultas en las zonas del interior de la provincia, que lo que sucede en aquellas cercanas a sectores urbanos.

Conclusiones

En la actualidad, el tratamiento de las enfermedades crónicas resulta una de las mayores prioridades para los Estados en términos de políticas públicas de salud. En la Argentina existe amplio conocimiento en la materia, tanto desde la perspectiva de los condicionantes sociales, como del diagnóstico y el tratamiento. Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación en los últimos años ha realizado inversiones para obtener información relevante en la materia, como son las encuestas a la población. En este marco, se espera que el fortalecimiento de Direcciones

que conforman la estructura permanente del Ministerio, así como la creación de nuevos programas destinados a la atención de estas enfermedades, aporte información novedosa que colabore con el objetivo de tomar mejores decisiones informadas por parte de los distintos niveles de gobierno. Sin embargo, más allá de la utilidad de los datos agregados, se espera que el aporte de nueva información a nivel local promueva la generación de dispositivos destinados a brindar soluciones que respondan a las particularidades de una determinada población. La divulgación del conocimiento disponible debe entenderse como un incentivo destinado a quienes trabajan diariamente en la temática, para que a su vez desarrollen nueva información que se encuentre disponible para quienes toman decisiones en materia de salud pública.

El avance en términos de provisión de medicamentos para garantizar el acceso a quienes más lo necesitan requiere actualmente un nuevo estadio basado principalmente en el seguimiento de la población con HTA. A pesar de sus limitaciones, la mirada de la HTA a partir del tratamiento farmacológico a los consultantes permite un acercamiento interesante para dimensionar el nivel de respuesta a la problemática por parte de los servicios de salud, en vistas a continuar trabajando en la mejora del acceso a salud de calidad para los usuarios del subsistema público.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál de estos parámetros podría considerarse un buen abordaje para estimar el nivel de respuesta de los pacientes hipertensos?

A, Las campañas de promoción de la dieta hiposódica; B, Los programas comunitarios de ejercicio físico; C, Los datos acerca del tratamiento farmacológico; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137253

Cómo citar este artículo: Pozo L, Luque P, La Cava G. La hipertensión arterial en la Provincia de Buenos Aires. Una mirada desde el Programa REMEDIAR + REDES. *Epidemiología y Salud* 1(4):19-24, Oct 2013.

How to cite this article: Pozo L, Luque P, La Cava G. Hypertension in Buenos Aires Province. Perspectives from Programa REMEDIAR + REDES. *Epidemiología y Salud* 1(4):19-24, Oct 2013.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

INDEC (2012). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos. Variables seleccionadas de los cuestionarios básico y ampliado. Cuarta Publicación. Disponible en www.censo2010.indec.gov.ar. Fecha de ingreso 06/11/2012.

Ministerio de Salud de la Nación (2011): 2da. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, para enfermedades no transmisibles, año 2009. Disponible en

www.msal.gov.ar/fesp/.../seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf. Fecha de ingreso 06/11/2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Global Health Observatory Data Repository. Cause-specific mortality, 2008: World Bank income group. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/?vid=10015>. Fecha de ingreso 06/11/2012.

REMEDIAR + REDES: Formulario Terapéutico para el Primer Nivel de Atención, 2011. Disponible en [\[remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/LME%20para%20subir%20a%20la%20web.pdf\]\(http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/LME%20para%20subir%20a%20la%20web.pdf\). Fecha de Ingreso 06/11/2012.](http://</p>
</div>
<div data-bbox=)

REMEDIAR + REDES (2012). Acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención. Evaluación de medio término del Programa Remediar +Redes. Año 2011.

SIEMPRO – SISFAM (2004): Programa REMEDIAR. Evaluación de Medio Término. (s/d)

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.

El concepto de derecho a la salud desde la perspectiva liberal y neoliberal: de negación a restricción del derecho

Right to healthcare from a liberal and neoliberal standpoint: from negation to right restriction



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)

➤ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

Introducción

El derecho a la salud se inscribe dentro de lo que T. Marshall considera el elemento social de la Ciudadanía. El derecho a la salud ha sido objeto de fuertes debates, al igual que los derechos humanos en general. Desde distintas posiciones éticas y desde distintas teorías de la justicia se ha intentado estimar su alcance o directamente de justificar su supresión.

En la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al estatus que debiera otorgársele al Derecho a la Salud. Los autores liberales más radicales lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo tanto, desde esta perspectiva, la obligación del Estado debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar la salud del individuo.

Este trabajo se propone desentramar las distintas posiciones filosóficas y bioéticas de aquellos autores que justifican la eliminación o limitación del derecho. El objetivo es desnudar la relación entre modelos económicos liberales y neoliberales, posiciones éticas hedonistas y utilitaristas y cómo eso se expresa en los modos que adquieren

los diferentes sistemas sociales para cuidar la salud de sus ciudadanos. En este primer artículo se ahondará en los modelos liberales y neoliberales y en un segundo artículo se continuará con las posiciones igualitarias que dieron lugar a los modelos de estado social y socialdemocracias. Se partirá, para la argumentación, de autores que imprimieron ideas en el campo de la salud y en la concepción del Derecho a la salud.

El estatus que cada autor asigne al derecho a la atención de la salud aportará elementos que fueron tomados por diferentes Estados para erigir modelos de ciudadanía imperantes en los sistemas jurídicos, sociales y políticos. Dicho estatus va a ser la resultante de un gran número de ideas del campo de la justicia, la justicia distributiva, la justicia social y la equidad (igualdad en el acceso) y aludirá a concepciones éticas dentro del campo de la filosofía.

Paradigmas liberales y neoliberales

El paradigma liberal, marco económico de los Estados de la Modernidad europeos y norteamericanos hasta la Gran Depresión de los años '30, tiene su origen en las ideas económicas de Adam Smith. En su obra, enmarcada en la llamada Corriente de la Economía Clásica, Smith expresa que la solución al funcionamiento económico de la sociedad descansa en las leyes del Mercado y en la interacción del interés individual y la competencia.¹ Este autor planteaba que el "mercado es impersonal y no conoce favoritos, con él se acabaron las prerrogativas de la nobleza"¹ en momentos donde la Revolución francesa y el nuevo orden de la modernidad era revolucionario.

Adam Smith fue el gran defensor del *laisse faire*, es decir de la no intervención del gobierno en los asuntos

económicos ya que, a su juicio, los gobiernos son “derrochadores, fáciles de corromper, ineficaces e inclinados a otorgar privilegios en detrimento de la sociedad en su conjunto”.¹

Adam Smith defendió la libertad como pieza fundamental de su teoría justo en momentos donde el pensamiento de Hobbes y Rousseau pretendía difundir nuevas normas sociales mediante la idea de Contrato Social, es decir, un pacto “donde cada uno de nosotros pone en común su persona y todo su poder bajo la dirección suprema de la voluntad general”.¹

Los autores que, dentro de las corrientes liberales y su variante neoliberal desarrollan posiciones con relación al derecho a la atención de la salud, aluden a dos posiciones fundamentales: la negación del derecho y la tesis del mínimo decente.

La negación del derecho

Esta posición expresa la negación del derecho. Dicha negación se sustenta en el principio liberal de autonomía “Siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir con esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución”.²

Dentro de esta línea se encuentra el filósofo contemporáneo R. Nozick, quien ha defendido un liberalismo e individualismo radicales, desarrollando una teoría sensiblemente opuesta a la que sustentó el proyecto social del Estado de Bienestar. La teoría de Nozick está basada en la idea de un estado mínimo, es decir, una sociedad en la que el estado no interfiera en la vida de los ciudadanos, con excepción de un pedido expreso de estos o la existencia de un conflicto entre partes. En este sentido, plantea que es ilegítimo repartir bienes sociales ya que no le pertenecen al estado sino que son propiedad de quienes lo producen. Dicho autor, de inspiración lockeana, expresa que los únicos derechos que el Estado estaría en condiciones de garantizar son los que el principio de autonomía permite legitimar, es decir, los derechos de no interferencia.³

Hay algunos autores que, enmarcados en esta corriente, avanzan sobre el concepto de Derecho a la atención de la Salud. Entre ellos pueden mencionarse a R. Sade, T. Engelhart y Ch. Fried.

Robert Sade desarrolla una teoría del derecho basada en concepciones iusnaturalistas. Desde esta perspectiva, se considera inalienable el derecho a la vida. El autor propone una división en tres puntos: “1. Derecho a elegir los valores necesarios para realizar sus proyectos, 2. Derecho a ejercer el propio juicio para llevar a cabo el mejor curso de acción en prosecución de dichos valores y 3. Derecho a disponer de esos valores, una vez conquistados, sin la coerción de los otros”.³

De estos postulados generales, Sade marca una posición de distanciamiento respecto a los derechos positivos, en tanto estos entrarían en conflicto con los de derechos fundamentales. El derecho a la atención de la salud es un derecho positivo y, en consecuencia, el autor plantea que debería ser pensado como un servicio y no como una garantía desde la ley formal “La salud es un bien de consumo como otros y debe estar regulada por el mercado libre...un Estado justo no debe instrumentar legislaciones que reglamenten la atención de la Salud...”⁴

Por su parte, T. Engelhart también plantea la negación del derecho a la salud pero desde otros enunciados. El autor expresa que los derechos que posibilitan reclamos hacia terceros (como en este caso) pertenecen a la esfera de la justicia, por lo tanto, si se considera el derecho a la atención de la salud dentro de esta línea se está estimando que la enfermedad es una injusticia. Para el autor, esto se vincula con el desconocimiento del funcionamiento de las leyes del azar en la vida de las personas. En consecuencia, la enfermedad no entraría dentro de la categoría de justicia, sino que sería parte de la falta de fortuna o resultado de lo que él mismo llama: la lotería natural.³

“Dicho estado de infortunio no tendría por qué dar lugar a un reclamo jurídico hacia terceros ya que corresponde a la esfera del azar. Igualmente cuando alguien es rico o pobre, no lo es debido a una injusticia, mas bien, al decir del autor, dicha condición se enclava en la capacidad individual de generar el talento o el interés necesario para llevar a cabo empresas exitosas, es decir es producto de la lotería social. En este sentido no debe ser objeto de un reclamo hacia terceros tampoco. Distinta es la situación de cuando alguien resulta desfavorecido por acción de terceros y en este caso sí es necesaria la intervención de la justicia”.³

De estos principios se desprende la necesidad de considerar a la salud, no como derecho sino como un producto que el individuo debe adquirir voluntariamente (y de esto se desprende también que debería comprarse y venderse en el mercado). De estas teorías surge la conclusión de que es el mercado el mejor regulador posible, dado que es el único que respeta la facultad de no intervención en la instancia libre de la elección.

La tesis del mínimo decente (decent minimum): la restricción del Derecho

Charles Fried comparte con los autores precedentes el mismo paradigma liberal en torno al derecho a la atención de la salud. Sin embargo, se diferencia de Sade y Engelhart al considerar que debe estar garantizada por un mínimo decente de asistencia sanitaria.⁵

Su teoría se fundamenta en la noción de humanidad: “La humanidad que compartimos se materializa en los frutos que producen las comunidades y que son manifestaciones de nuestra interdependencia: la lengua, la cultura, la seguridad, los productos del trabajo”. De esta concepción se desprende la idea de la existencia de un derecho positivo que permita a toda la comunidad compartir de forma equitativa los recursos de una sociedad.

Fried considera que los derechos positivos también forman parte de la autonomía, puesto que son necesarios para la concreción de planes de vida y, en este sentido, constituyen un reclamo legítimo. En principio, parecería justificarse en su desarrollo teórico la existencia y defensa de un derecho positivo como sería el de la atención de la salud. Fried continúa con el siguiente razonamiento: “sin embargo, no cualquier plan de vida da lugar a una demanda legítima” “...algunas necesidades suelen ser voraces y pueden implicar demandas excesivas”.³

Podría deducirse de esta afirmación que Fried se refiere al punto de corte entre necesidad y deseo, borroso, culturalmente construido en los sistemas sociales e inducido en las sociedades capitalistas.

Si bien reconoce la necesidad de garantizar la salud para la concreción de proyectos de un individuo, no considera que las necesidades de todo tipo den lugar a derechos. El autor plantea que la forma de salir de es-

ta frontera difusa consiste en garantizar “un mínimo de prestaciones esenciales (más cercanas a las necesidades básicas del individuo) y el resto de la atención quedaría a cargo del mercado”.³

Fried no especifica aquello que quedaría incluido dentro de este mínimo decente, solamente plantea que concentraría *lo necesario para una vida tolerable*, pero, al mismo tiempo, tampoco ofrece una definición clara del concepto de *vida tolerable* sino que sostiene que es cada sociedad quien debe definirlo en función del balance económico en términos de costos beneficio y una decisión sobre lo que la comunidad está dispuesta a destinar a lo que a salud se refiere.³

De todas maneras, Fried reconoce que su tesis podría conducir a una atención deficitaria para poblaciones sin recursos; sin embargo, justifica la presencia de este riesgo argumentando que, de otra forma, demandaría un gasto excesivo a expensas de otros bienes sociales igualmente importantes. Asimismo, la garantía de este derecho –en su máxima capacidad de cobertura– repercutiría en la calidad de la atención ya que los costos se reducirían en función de poder garantizarlo.

“La tesis del *decent minimum* también refleja los alcances inequitativos de la propuesta, ya que introduce la habilidad de pagar como la condición para acceder a los servicios que superen el límite fijado”.³

Allen Buchanan apoya la tesis del mínimo decente, pero la característica saliente es que no considera el problema en términos de derecho sino que lo plantea como un acto concerniente a la beneficencia o la caridad de la sociedad; se trata de “un esfuerzo colectivo, de carácter obligatorio y coordinado por el Estado”.⁶

Buchanan expresa que la idea de mínimo decente da la posibilidad de eludir el planteo de un derecho igualitario, en el sentido de igual acceso para toda la población. Para Buchanan, el riesgo del derecho igualitario reside en un presupuesto general: debido a que, en lo que respecta a la salud, las necesidades son ilimitadas, un sistema igualitario –pensado con un buen estándar de calidad– iría en detrimento de otras áreas sociales igualmente importantes, o bien se correría el riesgo de que, en función de garantizar el cumplimiento del derecho, se reduzca la calidad de los servicios para que no cause déficit a las economías estatales el uso irrestricto de estos.

Además, este autor subraya que, si se estatuyera este derecho como igualitario e irrestricto, debería procederse a prohibir, a los individuos que estén en condiciones de hacerlo, gastar recursos propios para acceder a prestaciones que no se encuentran disponibles para todos.³

“El concepto de Derecho demanda excesivos compromisos teóricos, la noción de beneficencia, en cambio, es más débil y por tanto no requiere de una teoría que la respalde...en efecto...los deberes de beneficencia, a diferencia de los de justicia, no tienen como correlato un derecho y por tanto, su contenido y su destinatario dependen de la voluntad del agente”.⁶

Hasta aquí se han descripto, desde el campo de la justicia, dos diferentes estatus que le han otorgado al derecho a la atención de la salud. Si bien ambos plantean diferencias, su gran denominador común es negar la necesidad de plantearlo como un derecho igualitario.

Ambos aportes se diferencian en algunos supuestos y tienen contacto y acuerdo en otros: por un lado, se plantea como la negación del derecho en tanto el hombre es libre de elegir los valores para los proyectos de vida y, siguiendo este supuesto, la garantía del derecho sería una

coerción en el camino de la elección de valores. Asimismo, se plantea la garantía de un derecho mínimo aduciendo la dificultad que muestra el límite entre necesidades y deseos. También se excusan en función del cálculo costo/beneficio para toda la sociedad en su conjunto. Ambas posiciones acuerdan en que el derecho a la salud no debe ser igualitario y, en algunos casos, llegan a entenderlo dentro del campo de la beneficencia o la caridad.

Dichas propuestas comparten el origen liberal de sus autores, como también contienen concepciones éticas de carácter hedonistas y utilitaristas imbricadas en sus ideas. Estos planteos han sido la base de sistemas de salud altamente inequitativos, como el de EE.UU. y de las propuestas de reforma de los años 90 para América Latina.

Concepciones éticas y de justicia latentes en el debate

El origen liberal de las concepciones anteriormente descriptas puede observarse con claridad en el hecho de que sostienen *la libertad del sujeto para elegir sus planes de vida* y de que *...El Estado (y los demás individuos) no deben interferir con esa elección o adopción...*

Tras estas argumentaciones pueden observarse ciertos supuestos éticos que subyacen en las estrategias argumentativas en torno a la discusión del derecho a la atención de la salud.

La ética es definida por Aristóteles como “las cualidades, acciones, modos de ser o virtudes que se desenvuelven en la práctica y que van encaminadas a la consecución de un fin. A éstas pertenecen las que sirven para la realización del orden de la vida del Estado (la justicia, la amistad, el valor) y tienen su origen directo en las costumbres y en el hábito o tendencia”. “Lo ético ha llegado a significar propiamente la ciencia que se ocupa de los objetos morales en todas sus formas, la filosofía moral”.⁷

El término moral proviene de la palabra costumbre, lo mismo que ética, por eso son empleados a veces indistintamente. El significado de moral, sin embargo, es más amplio que el de ética y a veces se lo relaciona con todo lo que corresponde a las producciones del espíritu subjetivo.⁷

Locke, figura angular del liberalismo económico, ha sido un autor importante dentro de la corriente ética hedonista. La ética hedonista está basada en la tendencia a considerar que el placer es un bien, incluso en muchos casos se ha estimado que el placer es el mayor bien al que pueda aspirarse. Los antiguos hedonistas, especialmente los cirenaicos, consideraban que el bien es el placer y el mal es el dolor. “El hombre debe dedicarse a buscar el primero y a evitar el segundo”.⁸ “Se trata al placer como un ingrediente común en todas las cosas que encontramos placenteras, es decir que cuando un hombre hace algo lo hace porque espera que sea placentero o porque cree que es un medio para obtener algo placentero”.⁸

La ética hedonista es de un evidente carácter individualista y persigue la búsqueda de placer particular sin fijar sus límites. El principio de autonomía enuncia un sustrato hedonista al expresar como especialmente valiosa la elección individual. En este sentido, una teoría de justicia basada en dichos conceptos no defenderá en primeros términos los derechos colectivos y privilegiará los derechos individuales.

Locke expresa que hay “leyes morales cuya obediencia produce el bien y cuya desobediencia produce el mal, estas leyes, aunque proceden de dios son racionales y coinciden con las leyes naturales”.⁸ Las leyes naturales son para el derecho “normas superiores a la voluntad humana y

a la misma comunidad que deben guiar el establecimiento del derecho sirviéndole de fundamento racional".⁹ En este sentido, se observa la relación entre el hedonismo y el derecho liberal que funda las bases de la sociedad Civil de nuestros tiempos.

También Locke plantea que la sociedad está fundada en derechos naturales, tales como el derecho de existencia y el de propiedad (este último es el que permitiría al hombre disponer de los bienes necesarios para su existencia y subsistencia). El derecho a la propiedad tiene sus limitaciones, ya que ningún otro miembro de la sociedad debería ser perjudicado por la propiedad que otros detentan.¹⁰ De esta expresión negativa de derechos emana la idea de justificar la atención de la salud sólo en el caso de que haya habido un estado de enfermedad a causa de terceros. Esta acción, de características reparadoras, pareciera negar en sí las circunstancias de las determinaciones sociales en la producción de las enfermedades. Es en este tipo de concepciones donde encuentra su basamento la política de la cobertura de riesgo o seguros de salud.

En sintonía con lo anterior, los principios de equidad y justicia distributiva poseen una connotación particular. Para la corriente entroncada en las concepciones liberales, la equidad se encuentra garantizada por la economía de mercado, en tanto promueve la igualdad social mejorando paulatinamente el nivel de vida de la mayor parte de la población y generando de este modo un aumento progresivo de consumidores.³ Esta afirmación presenta semejanzas con el pensamiento en salud que sostuvieron los organismos internacionales que tienen ingerencia en el sector salud (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) durante los años 90, donde el patrón rector de la organización del sistema debía ser el mercado y el Estado se limitaría a corregir las desigualdades más notorias.

La corriente hedonista y, en particular, los autores que se refieren al Derecho a la salud no ponen a consideración el problema de la justicia distributiva, puesto que la intervención del Estado en la distribución de bienes sociales lesionaría el tan preservado principio de autonomía. Es por esta razón que el Estado es pensado como un Estado mínimo,¹¹ es decir, un Estado que únicamente garantice el derecho negativo que emana del principio de autonomía. Sade plantea que "Un estado justo no debe instrumentar ninguna legislación que reglamente la atención de la Salud".⁴

Dentro del pensamiento hedonista se incluyen los utilitaristas ingleses. Dicho término designa la doctrina según la cual el valor supremo es el de la utilidad, es decir, la doctrina según la cual la proposición X es valioso, es considerada como sinonimia de la proposición X es útil.

J. Bentham es considerado el fundador y principal representante del Utilitarismo. Dicho autor formuló, como primera ley de la ética, el llamado principio de interés, según el cual el hombre se rige siempre por sus propios intereses, intereses que se manifiestan en la búsqueda del placer y en la tendencia a evitar el dolor.¹² El principio de interés es equivalente a un principio de felicidad.

"Como la búsqueda del placer por parte del individuo puede entrar en conflicto con la misma búsqueda por parte de otros individuos, es necesario que el aumento del placer y al evitación del dolor no se confinen al reino individual sino que rijan en toda la sociedad. El principio de la felicidad debe, pues, asegurar la mayor cantidad posible de esta última para la mayor cantidad posible de individuos".¹³

De dichos supuestos se desliga el principio de utilidad: "debemos promover el placer, el bien o la felicidad (que son una y la misma cosa) y evitar el dolor, el mal y la des-

dicha...con el fin de elegir lo que es bueno, es necesario establecer un cálculo de placeres y dolores".¹³

Sidgwick, otro autor que desarrolla esta doctrina, expresa que se cumple con la idea utilitarista cuando las instituciones más importantes de la sociedad están estructuradas de modo que obtienen el mayor balance neto de satisfacción distribuido entre todos los individuos pertenecientes a ella; entonces la sociedad está correctamente ordenada y es, por tanto, justa.¹²

No importa si en las particularidades del balance neto de satisfacción hay ganadores y perdedores, es decir, gente que se beneficia y gente que es confinada al padecimiento, lo importante es el resultado con saldo positivo, es decir, con un beneficio para la mayoría.

John Stuart Mill, otro autor de la línea utilitarista, plantea que se debiera respetar el principio de utilidad estrictamente, sólo abandonándose en circunstancias excepcionales si con ello se maximiza la suma de ventajas.¹⁴

El discurso del costo/beneficio expuesto precedentemente en la retórica de los autores liberales –que restringen el derecho a la atención de la salud– pareciera provenir de esta vertiente en la que el costo y el beneficio se miden por analogía con el cálculo entre placer y dolor expresado en el principio de utilidad.

El concepto de justicia distributiva al que arribamos dentro de ésta concepción se desprendería del siguiente enunciado: "Del mismo modo en que un individuo equilibra ganancias presentes y futuras con pérdidas presentes y futuras, de ese modo una sociedad puede equilibrar satisfacciones e insatisfacciones entre individuos diferentes".¹²

Podría decirse a partir de esto que la distribución de justicia entre individuos es la que maximiza el balance neto de satisfacción general.

El concepto de equidad estaría determinado por una sociedad en la cual sus instituciones se estructuran de modo tal de obtener el mayor balance neto de satisfacciones. En este sentido, no habría razón para no sacrificar el bienestar o la libertad de algunos si haciéndolo se lograra un mayor bien para muchos.

En este punto, la ética utilitaria se diferencia de la hedonista en que en la segunda el principio de autonomía es invulnerable. La ética utilitaria plantea que si el balance neto de satisfacción beneficia a la mayoría se podría sacrificar derechos individuales.

Los argumentos sostenidos por los autores citados precedentemente, es decir, aludir a que el hecho de brindar atención de la salud para todos los individuos implicaría desfinanciar otros bienes sociales igualmente importantes y, además, afirmar que si se brindara el derecho a la atención de la salud de manera indiscriminada bajaría la calidad de ésta, encuentran un punto de contacto central con el principio de utilidad propio de esta corriente.

"Los dos conceptos principales de la ética son el de lo bueno y lo correcto; el concepto de una persona moralmente digna se deriva de ellos. La estructura de una teoría ética está entonces ampliamente determinada por el modo de definir y de conectar estas dos nociones básicas. Ahora bien, parece que el camino más fácil de relacionarlas es el que toman las teorías teleológicas: el bien es definido independientemente de lo correcto y entonces lo correcto es definido como aquello que maximiza el bien".¹⁵

Se desprende de esta corriente que es el Estado quien debería regular la distribución de bienes sociales en función de lograr el máximo beneficio de la comunidad al menor costo posible o al costo menor para la mayoría. Algunos individuos (la teoría no especifica el rol social de

estos) serán los encargados de identificar y decidir qué satisfacciones se buscará maximizar y, por lo tanto, cómo se habrán de asignar en la sociedad los derechos y deberes para que la mayoría disfrute de los recursos asignados.

La teoría presenta signos importantes de arbitrariedad ya que no define sobre qué base o qué justicia se definirá lo que es bueno para la mayoría, dejando demasiados resquicios para que se filtren los intereses específicos de quienes detentan el poder económico y manejan las instituciones de la sociedad.

El pensamiento utilitarista ha sido la base de los discursos neoliberales en salud en los últimos años, especialmente en lo que refiere a la distribución y alcances de la atención de la salud.

Conclusiones

El derecho a la salud constituye un elemento social de la ciudadanía y su interpretación difiere, según lo que cada país o sistema social disponga. Sin embargo, en su interior existen múltiples debates y maneras de concebirlo. Estos debates aluden a ideas sobre el derecho que se nutren de concepciones filosóficas, económicas, éticas y bioéticas, conceptos de justicia, de justicia social y de equidad en salud.

Entre las concepciones económicas liberales y neoliberales, hay autores que justifican su limitación. El argumento es que se trata de un derecho negativo, derivado del derecho a la vida y por lo tanto fuera de la lista de garantías explícitas desde el Estado. La única excepción a esto es que las acciones de otros pudieran dañarlo y ahí el Estado debería actuar para obligar a reparar el daño.

En esta misma perspectiva, hay autores que justifican con argumentos variados. Algunos expresan que la salud es un bien de consumo, es decir, un servicio, y esto no entraría dentro del concepto de derecho o que la injusticia de caer en la enfermedad no sería tal sino más bien obra del infortunio o el azar en nuestras vidas. Otros autores avanzan algo más con la cobertura y no plantean la negación pero sí la restricción del derecho. En lo

más profundo de sus argumentaciones se encuentran los mismos postulados pero los articulan con el concepto de bondad o de humanidad y por lo tanto traducen dicho derecho a acciones de caridad o beneficencia, sin la garantía del Estado pero coordinadas por éste. Algunos de ellos justifican la restricción del derecho en lo difuso del límite entre necesidades y deseos. Ante esta situación se podrían elevar al Estado demandas excesivas. Para salir de estos dilemas es que se propone la tesis de un mínimo decente de asistencia sanitaria para una vida tolerable. Es lo que en nuestros países se ha denominado canasta de prestaciones.

Un denominador común en la argumentación de estos autores es que analizan el derecho con el acento puesto en los costos, que repercutirán en el Estado según se lo defina de una manera u otra.

Entre las posiciones éticas latentes en este debate sobresalen el hedonismo, que considera que el placer es un bien y que es un objetivo buscarlo individualmente, y la ética utilitarista que, sobre la misma base, argumenta que lo que es bueno es útil. La gran diferencia entre una y otra es que la segunda es capaz de contradecir el principio de autonomía si la búsqueda de placer individual perjudica a la mayoría (a eso denominan *principio de Felicidad*).

El concepto de justicia social o distributiva al que arribamos desde estas perspectivas plantea que la sociedad también puede equilibrar satisfacciones e insatisfacciones entre individuos y que sería equitativa la distribución si se obtiene el mayor balance neto de satisfacciones para la mayoría, al menor costo para cada uno y todos.

A partir de aquí es que en los sistemas políticos y sociales liberales y neoliberales se empieza a definir cuál sería el mayor beneficio y cuál el menor costo que estaríamos dispuestos a tolerar. De este debate profundo sobre el sujeto, el Estado y el Derecho es que surgen las políticas en salud que luego se aplican a todo un país o región.

En el próximo número y por una cuestión de espacio, trabajaré el concepto de derecho a la salud en aquellos autores que argumentan que debe ser igualitario.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Cómo citar este artículo: Comes Y. El concepto de derecho a la salud desde la perspectiva liberal y neoliberal: de negación a restricción del derecho. *Epidemiología y Salud* 1(4):26-30, Oct 2013.

How to cite this article: Comes Y. Right to healthcare from a liberal and neoliberal standpoint: from negation to right restriction. *Epidemiología y Salud* 1(4):26-30, Oct 2013.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía

1. Becker V, Mochow F. *Economía: Principios y aplicaciones*. España, Ed. McGraw Hill; 1993.
2. Vidiella G. *El derecho a la Salud*. Buenos Aires, Ed. Eudeba; 1984.
3. Vidiella G. *El Derecho a la Salud*. Buenos Aires, Ed. Eudeba; 2000.
4. Sade R. Medical care as a Right: a Refutation. *New England Journal of Medicine* 285; 1971.
5. Fried Ch. *Rights and wrong*. Harvard University Press, Cambridge; 1978.
6. Buchanan A. *The Right to Decent Minimum of Health Care*. *Philosophy and Public Affairs* 13, New Jersey, Princeton University Press; 1984.
7. Aristóteles. *Ética a Nicómano*. Traducción de Mário da Gama Kuri 3era. Ed. Brasilia; 1999.
8. Locke. *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Madrid, Editorial Nacional; 1980.
9. Llambías J. *Tratado de Derecho Civil, parte General, Tomo 1*. Buenos Aires, Ed. Perrot; 1960.
10. Locke. *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Madrid. Alianza Editorial; 2004.
11. FALTA CITA (NOZICK, 1991)
12. Rawls J. *El derecho de Gentes y una revisión de la idea de razón pública*. Barcelona, Ed Paidós; 1999.
13. Bentham J. *An introduction to the Principles of Morals and Legislation*. London, nueva ed. Burns y Hart, T. Pain; 1982.
14. FALTA CITA (MILL, 1863)
15. Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México, FCE; 1971.

El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización

Towards a reappraisal of the National Integrated Health System



Vicente Ierace

Doctor, Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Interzonal Región Sanitaria VI, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en **siicsalud**



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

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

El Sistema de Salud de la República Argentina muestra un grado de desarrollo elevado respecto a otros países de América Latina, aunque considerando que presenta además un nivel de gasto en salud considerablemente mayor que muchos de ellos, esta supremacía no se ve totalmente reflejada en los resultados sanitario nacionales.

Esta disparidad entre potencialidades y resultados puede atribuirse al alto grado de segmentación y fragmentación de nuestro sistema sanitario, entendiendo como segmentación la coexistencia de diversos subsistemas responsables de la protección y atención de diferentes grupos poblacionales, y por fragmentación a la deficiencia de coordinación entre los distintos subsectores y niveles de atención.¹

Esta situación, que existe a lo largo de amplios períodos de la vida nacional, tuvo sin embargo una excepción en la política sanitaria implementada durante los primeros gobiernos del peronismo, por el ministro Ramón Carrillo, la cual estuvo caracterizada por un fuerte papel del estado nacional, una firme centralización normativa y un importante desarrollo de la capacidad instalada del sistema público de salud. En ese período se lograron niveles de integración, equidad y coberturas inéditos en nuestra historia sanitaria.

El tránsito de un sistema universalista y centralista a un modelo de alta segmentación y fragmentación estuvo determinado por las diversas coyunturas políticas, las correlaciones de fuerza inestables de los actores involucrados y, como un factor omnipresente, las rupturas institucionales reiteradas, con el consiguiente impacto en la continuidad de las políticas estatales.²

Sin embargo, hubo intentos de revertir esta situación con propuestas que, cristalizadas en sendas leyes, sólo fueron instrumentadas de manera parcial, por lo cual no lograron imprimir al sistema de salud la impronta a la que aspiraron sus impulsores.

En este sentido, Belmartino identifica a la ley del Seguro Nacional de Salud, sancionada en 1987, como un intento de constituir un sistema que, conservando el principio

de solidaridad grupal propio de las Obras Sociales, incorporaba a los sectores de menores recursos dependientes del subsector público, con una tendencia a la cobertura universal y la igualdad de acceso para toda la población.

Asimismo, puede rescatarse la propuesta de conformación de un servicio tomando como modelo el Servicio Nacional de Salud británico, con la propuesta de un sistema único regionalizado, con servicios organizados por niveles de complejidad, con población a cargo, cobertura universal y financiamiento estatal.³

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), plasmado en un marco legal sancionado legislativamente (Leyes 20748 y 20749), fue implementado desde 1974 hasta 1978, año en que fue derogado por la dictadura militar, en cuatro provincias argentinas. Por sus aportes conceptuales, algunos precursores para la época y la profundidad del cambio estructural que propone merece ser rescatado y revisado a la luz de los problemas sanitarios persistentes de nuestro país.

Características del proyecto

Una ley representa las aspiraciones de una sociedad en un momento dado sobre cómo resolver un problema determinado. Es un modelo para el futuro mediante el cual se pretende generar un marco normativo que sirva de plataforma de cambio para la superación de una realidad que se considera negativa.

Las leyes por sí mismas, por el mero hecho de ser sancionadas y entrar en vigencia, no resuelven siempre las situaciones para las que han sido dictadas, pero posibilitan que esa situación sea abordada.

El caso de la ley 20748 del Sistema Nacional Integrado de Salud representa las aspiraciones de la sociedad argentina de los años setenta, que coincidente con los anhelos de los sectores mayoritarios de la sociedad de construir una sociedad centrada en la justicia social en un país sin lazos de dependencia con los poderes dominantes del momento histórico que transcurría.

Es por esto que una de las primeras acciones encaradas por el gobierno del general Perón, que asumió el 12 de octubre de 1973, fue comenzar a sumar consensos, especialmente con la principal fuerza opositora, el radicalismo, para posibilitar la elaboración y la sanción de una ley que abordara la solución de la realidad sanitaria del país.

El proyecto que fue elaborado por el secretario de Salud Pública del gobierno justicialista, Dr. Domingo Liotta, con la colaboración de sanitaristas de otras tendencias políticas, entre los que se destacaban Aldo Neri, Carlos Canitrot y Mario Testa,⁴ sufrió modificaciones, especialmente por las presiones del sector sindical, y fue sancio-

nado en septiembre de 1974 como leyes 20748 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y 20749 de Carrera Sanitaria Nacional.

La intensidad y la conflictividad de los hechos vividos durante el período transcurrido entre 1973 y 1976, a la vez que condicionó y dificultó tanto la sanción como la posterior implementación de ambas leyes, ha eclipsado la memoria de este proceso que, aunque limitado en su concreción, introduce aspectos conceptuales novedosos respecto de la organización sanitaria del país, planteando la creación de un sistema nacional con fuerte papel del estado y con cobertura universal, que integra progresivamente a los otros subsectores en un importante esfuerzo por superar las deficiencias que el sistema sanitario presentaba en la primera mitad de la década de 1970.

La salud como derecho y el papel del Estado

La Ley 20748, en su artículo 1° expresa que se declara “a la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina” y que “a tales efectos el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación”; es decir, remedia una lamentable omisión del texto constitucional vigente en ese momento (la Constitución de 1853) que no incluía al derecho a la salud entre los resguardados por la carta magna.

La salud como derecho constitucional tiene varias menciones en la Constitución de 1949, tanto en lo referente a la salud del trabajador como al derecho de las familias. El gobierno de facto de 1955 deroga por decreto el texto constitucional y la reforma realizada por la Convención Constituyente de 1957 no incluye el derecho a la salud en su texto.

La ley, además, compromete al Estado a fijar “como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos”.

Es decir que no sólo instituye la responsabilidad final del Estado como garante del derecho a la salud, sino que además la establece en lo referente a la dirección y financiación de un sistema destinado a cubrir a todos las personas de manera igualitaria, sin discriminación alguna.

Recupera además ideas básicas del peronismo como la de incorporar la planificación de la salud dentro de los “grandes lineamientos” de la política nacional, definiendo como herramienta metodológica el principio de la normalización centralizada con ejecución descentralizada, propiciando la cogestión con las entidades representativas del sector dentro del marco de la Comunidad Organizada.⁵

Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

El Título II se refiere a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, la cual se establece en el artículo 2°.

De los objetivos planteados en este artículo se desprende que la ley plantea un estado omnipresente en salud, que no sólo se hace responsable de la asistencia de las personas, sino que delinea otra serie de funciones que incluyen aspectos fundamentales para la salud de la población como el control y la vigilancia de la producción, la comercialización y el consumo de insumos necesarios para la práctica de las acciones sanitarias, tales como las tecnologías necesarias, estimulando el desarrollo de la industria nacional del equipamiento sanitario.

Si bien la ley establece la incorporación de los otros subsectores de manera voluntaria, este fuerte papel del Estado se convierte en la principal herramienta de superación del alto grado de segmentación del sistema de salud, lo que posibilita iniciar un camino, seguramente arduo, hacia el objetivo de un modelo universalista.

Otro aspecto que se destaca es el relacionado con la acción reguladora del estado referida no sólo a los aspectos estructurales, sino también a las acciones de salud.

La formación de los recursos humanos para el sector y el estímulo a la investigación son otros objetivos taxativamente expresados en el texto legal.

Es importante subrayar que estos objetivos están planteados desde una concepción de la salud que incluye los aspectos biológicos y psicológicos, propiciando acciones que incluyan, además de las asistenciales, las de promoción, protección y rehabilitación y aquellas relacionadas con el medio ambiente.

El Título IV trata sobre la incorporación de las distintas jurisdicciones, la cual es detallada en el artículo 4°, el que expresa que las provincias, las universidades y el subsector privado se podrán incorporar mediante la firma de convenios.

Respecto de las Obras Sociales, establece que éstas quedan exceptuadas hasta que decidan su incorporación voluntaria.

El proyecto original establecía la integración de manera obligatoria de todos los efectores dentro del Sistema de Salud. La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los interesados.⁶

El artículo 36 expresa que “las obras sociales mencionadas en este artículo podrán incorporarse, a solicitud de las mismas, total o parcialmente al Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante convenios especiales en forma similar a lo previsto en el art. 4°”.

Posteriormente agrega que “las obras sociales no adheridas al sistema deberán, en todos los casos, dentro del área programática, coordinar su planificación y acciones de salud con el sistema nacional integrado de salud, a través de sus organismos competentes”.

En el artículo 37 dispone que “en caso de emergencia sanitaria nacional, provincial o regional declarada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, los establecimientos y servicios asistenciales de las obras sociales están, mientras dure la emergencia, afectados y subordinados a la administración federal del sistema nacional integrado de salud y deberán dar cumplimiento a las directivas que al efecto les imparta la autoridad sanitaria nacional”.

Plantea una estrategia de consenso gradual, en consonancia con la relación de fuerzas existente en el momento, especialmente en el sector sindical.

Respecto de las provincias, manifiesta respeto por las autonomías y realidades locales, lo que se expresa en la modalidad de adhesión mediante convenios voluntarios y en la designación de los consejeros provinciales en la que asigna un papel protagónico a las legislaturas y al ejecutivo provinciales.

Estructura administrativa

La organización del sistema creado por la ley está detallada en el Título V, que trata sobre la administración del SNIS.

En el Artículo 5° se crea la Administración Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud, compuesta por los siguientes órganos:

- A nivel nacional: a) el Consejo Federal; b) el secretario ejecutivo nacional y c) el cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional.
- A nivel provincial: d) los Consejos Provinciales, con composición similar al Consejo Federal.
- A nivel local-regional: e) Los consejos de las áreas programáticas.

Las funciones ejecutivas serán desempeñadas en los tres niveles por:

- A nivel nacional, el Secretario Ejecutivo Nacional será el secretario de Estado de Salud Pública, que estará acompañado por un cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional.
- A nivel provincial, por los secretarios ejecutivos provinciales.
- A nivel local-regional, por los directores de las áreas programáticas.

De acuerdo con Katz, "el Consejo Federal era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión. Fue pensado como un gran y poderoso ente institucional, constituido por el Ministro de Bienestar Social –que lo presidía-, los Secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, un representante de cada Jurisdicción Provincial, un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos de la CGE, tres representantes del personal profesional de la salud –de los cuales uno por lo menos debía ser médico- designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, y un representante de las entidades privadas adheridas al sistema".⁷

Además, establece en cada nivel jurisdiccional una instancia participativa novedosa para la organización sanitaria existente en esa época que posibilita la participación de múltiples actores en cada instancia.

Las áreas programáticas

Son las unidades de organización sanitaria de la ley. "Deberán satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada por circunstancias demográficas técnico-sanitarias, a través de un proceso unificado de programación y conducción de todos los recursos de salud disponibles para la atención de la población que la compone" (Artículo 19).

Este artículo, de particular importancia en el esquema organizativo de la ley, representa una importante apuesta a un sistema que, cuatro años antes de Alma Ata, define una organización territorial que podría emparentarse con la idea de Distrito Sanitario o Sistema Local de Salud, que fueron desarrolladas años más tarde. También pueden rastrearse huellas de las primeras concepciones de Carrillo, especialmente los conceptos de regionalización expresados en el Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958.⁸

El Área Programática es el espacio de integración que permite lograr la articulación necesaria entre los subsectores y los distintos niveles del sistema de salud, posibilitando superar la fragmentación existente.

La dirección del Área Programática será ejercida por un director, asesorado por un Consejo integrado por representantes de los municipios que la componen, por los directores de los establecimientos de mayor complejidad, representantes del personal profesional y no profesional de la salud, designados a propuesta de las entidades gremiales representativas con personería gremial, representantes de las asociaciones de trabajadores que tengan

obras sociales y relación territorial con el área y de las asociaciones civiles representativas.

La conducción del Área Programática se constituye en un espacio de integración entre las distintas jurisdicciones y entre los diferentes niveles de atención. Pero, además, y como aspecto sustancial, posibilita la participación de los trabajadores (no sólo los médicos) del sector salud y otros representantes de gremios que tuvieran obras sociales en el área y representantes de la comunidad, hechos todos estos profundamente innovadores para el momento histórico.

Otro aspecto relevante es que los hospitales, si bien forman parte del Área Programática, no se constituyen en el centro del sistema y sus directivos participan en el Consejo de Área Programática, junto con otros actores como los municipios, los trabajadores y las organizaciones de la comunidad.

La financiación

Establece una financiación integrada por: a) los aportes fijados por el presupuesto anual de gastos de la Nación; b) la cuenta especial *fondo financiero sanitario nacional* de carácter acumulativo, que se crea por este artículo, el cual estará integrado por el aporte de las provincias que ingresaren a este sistema; c) las contribuciones del sector privado adherido.

Para los años posteriores se incorporarán al presupuesto general las partidas que sean necesarias para el cumplimiento de la presente ley, que nunca serán inferiores al 5.1% del cálculo de recursos del presupuesto general.

Las contribuciones anuales de las provincias, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud al adherirse al sistema nacional integrado de salud no podrán ser inferiores a los porcentajes para gastos de salud incluidos en los presupuestos respectivos para el año 1973.

Es decir, que desde el punto de vista presupuestario, establece un mínimo de asignación anual tanto para la Nación como para las provincias, estableciendo un *fondo financiero sanitario nacional* de carácter acumulativo.

La ley 20749 de la Carrera sanitaria nacional establece en su artículo 1º que "los trabajadores gozarán de estabilidad inviolable, remuneración adecuada a las prestaciones que realicen, con incentivos económicos, científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio acorde con la trascendencia de sus labores..."

En el artículo 3º establece un régimen laboral de cargo único, con dedicación exclusiva o sin ella (salvo para docencia o investigación).

En el caso de la dedicación parcial, ésta no se extenderá más allá del 1 de enero de 1980.

En el artículo 5 fija la jornada laboral en cuarenta y cuatro (44) horas semanales en el caso de dedicación exclusiva y cuarenta (40) horas semanales en los de dedicación parcial.

Se incorpora a la carrera sanitaria nacional "el sistema de residencias médicas para posibilitar la formación intensiva y programada de los graduados, a fin de cumplir las necesidades crecientes de médicos integralmente formados".

El ingreso a la carrera sanitaria nacional de los profesionales de la salud y sus colaboradores se realizará únicamente por concurso abierto, el que se llevará a cabo cada 5 años.

El artículo 14 establece que todos los agentes tienen el derecho y la obligación de capacitarse para mejorar la pres-

tación de servicios de salud. A tales efectos, la Administración Federal deberá implementar un régimen permanente.

La dictadura militar y el fin del SNIS

La ley del SNIS, si bien sufrió modificaciones en importantes aspectos respecto al proyecto original, provocó el rechazo de los sindicatos, del subsector privado y otros actores del sistema.

El texto establecía la adhesión voluntaria de las Obras Sociales, lo que en el breve período de su implementación no se concretó, con lo cual persistió en ese lapso la segmentación del sistema.

El SNIS llegó a implementarse en cuatro provincias (Chaco, Formosa, San Luis y La Rioja) y fue suprimido por la dictadura militar que derogó las leyes 20748 (SNIS) y 20749 (Carrera Sanitaria Nacional) mediante la ley 21902 de noviembre de 1978.

La política sanitaria implementada en ese período profundizó la descentralización, debilitándose claramente el protagonismo del Estado, que fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios, sin el traspaso de los recursos necesarios.

A su vez, la pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió la aparición de un mercado de servicios de salud que se consolidó como un modelo prestador de servicios sumamente tecnologizado, con un fuerte desarrollo del sector privado.⁹

El advenimiento de la democracia en 1983 posibilitó la reapertura del debate sobre la necesidad de un Sistema Nacional de Salud.

La concepción del gobierno radical de Raúl Alfonsín, representada en el área de salud por el ministro Aldo Neri, lo llevó a elaborar un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, el cual fue aprobado hacia el final del mandato presidencial y, en la práctica, no llegó a implementarse debido a que la reglamentación de varios de sus aspectos distorsionó el espíritu de la ley, especialmente la realizada durante el gobierno de Carlos Menem.

En los años '90 la implementación de las políticas neoliberales llevaron a profundizar y concluir el proceso de descentralización del sistema público en el cual se introdujeron modalidades de gestión propias del sector privado (arancelamiento, tercerización) que repercutieron

negativamente sobre su capacidad y funcionalidad, lo que, sumado a una profunda desregulación del Sistema de Obras Sociales, redundó en el fortalecimiento del subsector privado.

La crisis de 2001 profundizó este cuadro y produjo un grave deterioro de los tres subsectores, ya que el altísimo desempleo minó la base de sustentación del las Obras Sociales y la afectación de amplios sectores de la clase media deterioró los ingresos del subsector privado.

Fue sin embargo el Sistema Público de Salud el que, pese a sus carencias, se convirtió en el único recurso para amplios sectores de la población que anteriormente eran asistidos por los otros subsectores.

La reactivación de la economía a partir del gobierno de Néstor Kirchner posibilitó que los estados municipales y provinciales, que mayoritariamente administran servicios de salud en nuestro país, pudieran volcar mayores recursos para la gestión de estos. El crecimiento sostenido de la economía en los años siguientes y la generación creciente de puestos de trabajo hizo que los otros subsectores se fueran recuperando.

Sin embargo, como consecuencia de las políticas implementadas en los años 90 y las secuelas de la crisis, además de las consecuencias alejadas de las políticas de descentralización, el sistema público de salud argentino presenta un alto grado de segmentación, fragmentación, barreras a la accesibilidad, falta de cobertura y déficit de recursos humanos, entre otros aspectos, que sólo pueden ser solucionados desde la perspectiva de una política nacional de salud que hace imprescindible un amplio y serio consenso entre los niveles nacional, provinciales y municipales, de manera de garantizar un sistema con equidad para todos sus habitantes, cualquiera sea la capacidad económica de la jurisdicción responsable.

Hoy, después de casi 30 años de continuidad democrática, la recuperación desde el pasado de esta experiencia trunca, como muchas otras de nuestra historia, puede constituirse en un acicate para emprender, como los actores de aquel momento tan complejo, la tarea pendiente de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal y mayores niveles de equidad, que se exprese en la satisfacción y un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Cómo citar este artículo: Ierace V. El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. *Epidemiología y Salud* 1(4):31-4, Oct 2013.

How to cite this article: Ierace V. Towards a new valuation of Health Integrated National System. *Epidemiología y Salud* 1(4):31-4, Oct 2013.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía

Ley 20748. Sistema Nacional Integrado de Salud - Creación. Boletín Oficial 23/09/1974.

Ley 20749 Carrera Sanitaria Nacional. Boletín Oficial 23/09/1974

Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciencia & Saude Colectiva* 16(6):2807-2816, 2011.

Belmartino, S. La atención médica en el siglo XX.

Siglo XXI Editores. Buenos Aires; 2005.

Perrone N, Teixidó L. Estado y salud en la Argentina. *Revista de la Maestría en Salud Pública* 5(10), 2007.

Bello J. Política de salud 1976/81. Aporte para la evaluación de un proceso. *Cuadernos Médico Sociales* 23, 1983.

Carrillo R. Contribuciones al Conocimiento Sanitario. *Obras Completas II.EUDEBA*, Buenos Aires; 1974.

Belmartino S, Bloch C. Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales* 22, 1982.

Katz J, Muñoz A. Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad. Centro Editor de América Latina, CEPAL, Buenos Aires; 1988. P. 71.

Dirección de Información Parlamentaria. *Plan Sintético de Salud Pública 1952 - 1958*.

López S. *El Sistema de Salud Argentino*. Facultad de Trabajo Social, UNLP, La Plata; 2006.

Papel del profesional farmacéutico en la antibioticoterapia

Role of the pharmacist in antibiotic therapy



María Gabriela Paraje

Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas,
Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y
referencias profesionales de la
autora.

En 1928, en el hospital Saint Mary de Londres, Alexander Fleming observó como colonias de una bacteria (*Staphylococcus aureus*) que estaba cultivando en placas se tornaron transparentes; habían sido lisadas por un hongo ambiental (*Penicillium*). Este hecho constituyó uno de los hallazgos más trascendentales en la historia de la medicina: el descubrimiento de los antibióticos (ATB). Casi 80 años después, la rápida evolución en el desarrollo de este grupo terapéutico los ubica entre los medicamentos mundialmente más necesarios y utilizados. Sin embargo, en la Argentina, como en casi todo el mundo, el consumo de ATB es elevado y un porcentaje alto de su uso es incorrecto o injustificado.^{1,2} Esto tiene múltiples consecuencias: a nivel epidemiológico, por causas relacionadas con una indicación clínica incorrecta o por incumplimiento del tratamiento por parte del paciente, genera cepas bacterianas con diferentes mecanismos de resistencia, lo que provoca problemas como sobreinfecciones o fracasos terapéuticos. Puede causar desequilibrio de la flora normal del hospedero y, de esta forma, favorecer la aparición de bacterias oportunistas y la pérdida de efectividad frente a otras situaciones similares.

Otro problema relacionado con el uso o abuso de ATB es la automedicación, frecuentemente asociada con el almacenaje de ATB en los domicilios³ y con la libre dispensación de ATB por las farmacias, lo cual se agrava aún más por su venta en ámbitos extrafarmacéuticos, a pesar de las normativas vigentes al respecto, avalada por la falta de control y la confusión de las funciones profesionales.⁴ Los farmacéuticos pueden promover el uso racional y apropiado de los ATB; entre sus funciones se encuentra asesorar e informar, completando los criterios establecidos por el médico y educando al paciente para prevenir el uso irracional y garantizar un efectivo y completo tratamiento para su enfermedad infecciosa.^{5,6}

Este trabajo tuvo dos objetivos principales: el primero, realizar un estudio de los motivos y las características de la dispensación de ATB en farmacias comunitarias donde los alumnos de la carrera de Farmacia de la Facultad de

Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina, realizaron sus prácticas profesionales, y segundo, que el alumno conozca y aplique los fundamentos de Atención Farmacéutica en la antibioticoterapia, con la promoción del uso racional de los fármacos a los pacientes y sus familiares.

Los alumnos del practicanato profesional de la carrera de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNC, supervisados por el farmacéutico instructor de prácticas, efectuaron encuestas semiestructuradas a pacientes ambulatorios en las que solicitaban datos sobre edad y sexo del paciente, diagnóstico, antibiótico prescrito, dosificación, pauta posológica, duración del tratamiento y terapia asociada. Los métodos estadísticos utilizados fueron descriptivos; porcentajes absolutos y relativos para variables cualitativas y media aritmética y desviación típica. Se planteó un margen de confianza del 95.5%, con un error estadístico menor del 3%.

Participaron 48 oficinas de farmacia comunitarias y se obtuvo información completa de 656 pacientes sobre un total de 1 197. De estas prescripciones médicas se observó que sólo el 73% de las solicitudes indicaban el diagnóstico presuntivo, un 93% representaba procesos infecciosos. Los motivos más frecuentes de prescripción fueron: 78% infecciones del tracto respiratorio (ITR), con predominio de las infecciones respiratorias altas (IRA), seguido por bronquitis, con igual porcentaje neumonías e infecciones óticas y, por último, los síndromes gripales, caracterizados por febrícula y dolor de garganta. Le siguieron las infecciones del tracto urinario (ITU; 8%), las infecciones en la cavidad bucal (7%) y en la piel (3%), respectivamente. En "otras infecciones" se agruparon las restantes.

La amoxicilina sola o asociada con ácido clavulánico fueron los ATB más solicitados en ITR y dentarias; norfloxacin y ciprofloxacina en más de la mitad de las ITU y una cefalosporina (cefalexina) en infecciones dérmicas. Tras realizar un análisis según la edad y el sexo del paciente, se observó una prevalencia de ITU en menores de un año y mayores de 65, con un dominio del sexo femenino. Las infecciones dérmicas mostraron una distribución homogénea en la población joven, con preponderancia de mujeres de entre 51 y 65 años, mientras que las infecciones dentarias representaron un porcentaje importante en mujeres de 22 a 35 años (22.86%), con un predominio general del sexo femenino en ambas infecciones. En las enfermedades respiratorias se observó una distribución homogénea en cuanto al sexo y la edad de los pacientes, con una frecuencia destacable (21.94%) en varones de 1 a 13 años.

La pauta más habitual fue 7 a 8 días en ITR y dérmicas, de 12 días en ITU y de 2 a 3 días en infecciones de la cavidad bucal. Un importante número de pacientes no recordaba o no sabía la duración del tratamiento prescrito. En cuanto a la pauta posológica más prescrita fue cada 8 h en ITR y dentarias, de 12 h en ITU, y ambas modalidades en las infecciones dérmicas. En el 28.9% de los pacientes se prescribió terapia asociada con el tratamiento antibiótico. Los antitérmicos/analgésicos fueron los más utilizados; el ibuprofeno fue el principal para ITR e ITU y el paracetamol y el diclofenac para las infecciones de la cavidad bucal. Sólo el 25% de los pacientes había comprendido en su totalidad las indicaciones referidas al diagnóstico, la sintomatología, la posología, la duración del tratamiento y la terapia asociada, si había sido indicada. El consumo de ATB presentó una notoria estacionalidad en los meses de invierno, presumiblemente relacionada con la prevalencia de enfermedades virales y su relación con afecciones bacterianas posteriores. Además, se observó un incremento importante en la dispensación de especialidades genéricas de ATB.

Si bien en términos generales la elección de un antimicrobiano coincidió con las pautas terapéuticas oficiales, es necesario mejorar la calidad de la prescripción/dispensación para conseguir mayor eficiencia en el tratamiento. El 27% de las prescripciones no especificaban diagnóstico, por lo que hay una carencia de información que impide evaluar el uso racional de ATB.⁷ Porcentajes similares se obtuvieron cuando se evaluó si el paciente había comprendido las indicaciones de la terapia farmacológica, lo que destaca la importancia del papel del farmacéutico en la atención farmacéutica en la antibioticoterapia.⁸ Existe

una cultura de libre prescripción de ATB, que asigna la responsabilidad de la automedicación a los propios pacientes. Sin embargo, estos no podrían practicarla si no encontrarán un lugar donde les entregue un antibiótico sin la correspondiente receta firmada por un profesional habilitado. Deberían reforzarse los controles gubernamentales sobre la comercialización indiscriminada de medicamentos, los cuales tendrían que utilizarse de manera estrictamente controlada.

Los profesionales farmacéuticos pueden intervenir categóricamente en promover el uso racional y apropiado de los ATB brindando asesoramiento e información, de manera de completar los criterios establecidos por el médico y educar al paciente para prevenir el uso irracional y garantizar un efectivo y completo tratamiento para su enfermedad infecciosa. La atención farmacéutica en la antibioticoterapia incluye desde la disponibilidad adecuada, la dispensa en condiciones óptimas y la indicación farmacéutica clara y concisa respecto del uso en las dosis, los intervalos y los períodos definidos, lo que contribuiría a reducir los fracasos terapéuticos y las resistencias microbianas.

Su participación y compromiso son fundamentales debido a que, entre los múltiples factores que influyen en el uso óptimo de estos agentes, los farmacéuticos pueden evitar y eliminar una automedicación irresponsable. Además, pueden contribuir a estudios de utilización de medicamentos que permiten evaluar la enfermedad infecciosa en un contexto comunitario, donde el papel del farmacéutico sirve para brindar datos epidemiológicos que contribuyen al conocimiento, prevención y control de las enfermedades infecciosas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Cómo citar este artículo: Paraje MG. Papel del profesional farmacéutico en la antibioticoterapia. *Epidemiología y Salud* 1(4):35-6, Oct 2013.

How to cite this article: Paraje MG. Role of the pharmacist in antibiotic therapy. *Epidemiología y Salud* 1(4):35-6, Oct 2013.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía

1. Bantar C, Sartori B, Saúl M, Salamone F, Vesco E, Morera G. *Infect Control Hosp Epidemiol* 11:264-270, 2001.
2. Bantar C, Famiglietti A, Goldberg M. *Intern J Infect Dis* 4:85-90, 2000.

3. Orero A, González J, Prieto J. *Med Clin (Barc)* 109:782-785, 1997.
4. Uema S, Solá N. *Acta Farm Bonaerense* 19:65-68, 2000.
5. OMS. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunión de la

OMS. Tokio, Japón, 1993.

6. Faus Dader MJ, Martínez Romero F. *Pharm Care Esp* 1:52-61, 1999.
7. Hepler CD. *Farm Clin* 14:63-82, 1997.
8. Kregar G, Flinger E. *Acta Farm Bonaerense* 24:130-133, 2005.

Entrevistas

Reportajes a prestigiosos profesionales de la Argentina, América Latina y el mundo entrevistados por los directores médicos de SIIC y los miembros de los Comités Editorial y Científico de Epidemiología y Salud.

Herramientas de análisis económico para la gestión hospitalaria

Instruments for an economic analysis of hospital management

“La incorporación de las herramientas de análisis económico es una necesidad impostergable para la mejor toma de decisiones en el ámbito de la actividad del hospital público.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a
Rafael Kurtzbart
Médico, Jefe del Área de Evaluaciones e Investigaciones Económicas,
Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner, Florencio Varela, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Florencio Varela, Argentina (especial para SIIC)

SIIC: El uso de herramientas de análisis económico ha ganado creciente importancia en el ámbito de la salud pública. ¿Cuál es el uso de estas estrategias en el Hospital El Cruce?

RK: En primer lugar, debemos decir que en 2008 hemos creado el Área de Evaluaciones e Investigaciones Económicas en el ámbito de las áreas estratégicas dependientes de la Dirección Ejecutiva. Dicha área tiene a su cargo el uso de las siguientes herramientas económicas:

La gestión analítica de costos que es la herramienta que permite lograr un aporte a la gestión, basado en un mayor y mejor conocimiento de la realidad económica integrando los costos con la actividad de producción de servicios hospitalarios, siendo el punto de partida la información económica por Centro de Costo, tanto estructurales, intermedios como finales, así como el costo por cada uno de los pacientes tratados en el Hospital.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen una herramienta valiosa para el análisis de la información. Por favor, describa su aplicación en este contexto.

Se han sentado las bases para la incorporación al sistema de información en un futuro, de los sistemas de medición de la casuística hospitalaria a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que clasifican a los pacientes atendidos en grupos homogéneos en función de la patología atendida y los consumos de recursos y sistemas de medición de la calidad técnica y percibida, permitiendo costear por complejidad y producto como pueden ser intervenciones quirúrgicas y otros procesos.

De acuerdo con su experiencia, ¿cómo puede evaluarse la asociación entre la complejidad de un hospital y sus gastos?

Los hospitales han intentado frecuentemente justificar sus costos más altos alegando que trataron un conjunto de pacientes más complejos. El argumento habitual era que los pacientes tratados por ese hospital estaban “más enfermos”. A pesar de que en el sector hospitalario se aceptaba que una diversidad de casos (*case mix*) más compleja se acompañaba de mayores costos, el concepto de complejidad de la casuística nunca había tenido una definición precisa.

Ya no nos basta saber cuál es el costo de un servicio, sino que pasa a ser fundamental conocer el costo de los productos finales que éstos generan aportando información que permita la formulación de presupuestos.

La información clínica se combina con la económica y del conjunto resultante surge la medición del producto hospitalario que constituye el costo del conjunto de servicios producidos en un período determinado.

Por favor, resuma la importancia del uso de estas herramientas en la generación del sistema de información gerencial.

Con respecto a los recursos económicos, la realidad es parecida a la descrita para la actividad asistencial. No existe contabilidad general que compendie en informes resumidos y precisos la realidad sobre actividad y recursos económicos, éstas son elaboradas sin ninguna confrontación entre ambas. Es decir, el Director Médico recibe desde un sector un informe estadístico asistencial y desde la Dirección Administrativa (con seguridad en otro momento) un informe económico de una fracción del gasto total.

Para el desarrollo del Hospital como institución centrada en los clientes, es necesario atender al triptico producción-calidad-costos, el cual será el eje de la toma de decisiones.

¿Qué papel ocupan los sistemas de gestión presupuestaria y el análisis de costos en este modelo de organización?

El subsistema de Gestión Presupuestaria permitirá también cumplir con los requerimientos de las jurisdicciones financiadoras. La Gestión Analítica de Costos tendrá una mutua realimentación con el presupuesto de gastos, re-

cursos y producción de servicios, posibilitando gestionar las modificaciones presupuestarias, así como programar la ejecución financiera y evaluar la gestión presupuestaria.

En términos de la economía de la salud, ¿cuál es la aplicación de los conceptos de "valor social" y "frontera de producción"?

La producción de los Centros de Costo de diagnóstico y tratamiento es medida según sus costos fijos y variables, dichos costos son evaluados contra el "valor social" expresado por el precio que tiene dicha prestación en distintos nomencladores institucionales.

Se establece la frontera de producción mensual correspondiente a la planta física, la tecnología y la dotación de RRHH, ubicándose el nivel de producción mensual en el momento de la medición, y se establece el porcentaje del nivel de producción respecto a la frontera con el fin de determinar qué aspecto de los costos fijos sería necesario modificar para extender la frontera de producción.

El punto de equilibrio surgirá del nivel de producción que permita igualar el ingreso marginal con el costo marginal y establecer la necesidad, por ejemplo, de disminuir el peso de los costos fijos indirectos si es que elevan desmedidamente la ordenada al origen, trasladando así el punto de equilibrio a niveles de producción significativamente elevados.

¿Considera que la incorporación de recursos tecnológicos relevantes debería ser precedida en todos los casos por una evaluación económica?

En nuestra experiencia, no se lleva a cabo la incorporación de ningún recurso tecnológico significativo sin realizar previamente la evaluación económica de dicha asignación de recursos, ya sea mediante análisis de costo-beneficio, costo-efectividad o de minimización de costos según el problema al que nos enfrentemos.

A modo de ejemplo, la incorporación de equipamiento para la realización de determinaciones de biología molecular se realizó sobre la base del análisis de la oferta posible, según tercerización, comodato o compra del equipamiento, así como de la demanda potencial estimada según tasas de uso sobre la base de datos epidemiológicos, con el surgimiento del análisis comparativo el impacto económico de las distintas alternativas de acceso a dicha tecnología, que permite el uso del concepto de costo-oportunidad para tomar la decisión más eficiente en la adjudicación de los recursos.

A modo de conclusión, ¿cuál es su recomendación para la actividad médica cotidiana?

En síntesis, estamos convencidos de la necesidad impostergable de la incorporación de las herramientas de análisis económico para la mejor toma de decisiones en el ámbito de la actividad del hospital público.

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál es la utilidad de los grupos relacionados por el diagnóstico en la gestión hospitalaria?

A, Permiten clasificar a los pacientes atendidos en grupos homogéneos; B, Permiten el enfoque de los costos por complejidad y producto; C, Son útiles para clasificar el consumo de recursos; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/132098

Cómo citar este artículo: Kurtzbart R. Herramientas de análisis económico para la gestión hospitalaria. *Epidemiología y Salud* 1(4):37-8, Oct 2013.

How to cite this article: Kurtzbart R. Instruments for an economic analysis of hospital management. *Epidemiología y Salud* 1(4):37-8, Oct 2013.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Enteroparasitosis en niños de Villaguay, Entre Ríos: un estudio integrado al estado nutricional y al ambiente

Intestinal parasitosis among children in Villaguay (Entre Ríos): an integrated study on nutritional status and environment

“En Argentina se dispone estudios que evalúan en forma independiente el estado nutricional y las enteroparasitosis; sin embargo, son escasos los que abordan estas problemáticas de manera conjunta. Del total de niños desnutridos, el 81.3% resulta parasitado por al menos una especie parásita.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

María Lorena Zonta

Investigador Asistente CONICET, La Plata, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y
referencias profesionales de la
autora.

La Plata, Argentina (especial para SIIC)

SIIC: Se reconoce que las enteroparasitosis suelen vincularse con múltiples factores. ¿Qué variables ecoepidemiológicas se identifican en este sentido?

MLZ: Entre las variables ecoepidemiológicas que actúan como factores predisponentes de enteroparasitosis se identifican la contaminación con materia fecal del agua de consumo, los alimentos y el suelo, así como los factores climáticos, topográficos, edafológicos y bióticos que caracterizan un área geográfica determinada (por ejemplo, condiciones de humedad, temperatura, vegetación, tipo de suelo). Además, la tenencia de mascotas, la higiene personal y de las viviendas y ciertas carencias estructurales (falta de cloacas, de agua potable y de recolección de residuos) juegan un papel importante en la transmisión de estas parasitosis.

En este sentido, nuestro equipo de investigación interdisciplinario, conformado por biólogos, antropólogos biólogos y estudiantes, realizó estudios en las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Misiones, pertenecientes a diferentes regiones biogeográficas. En ellos, y por medio del análisis de las variables ecoepidemiológicas estudiadas, se observó que mientras las condiciones socioambientales de Mendoza fueron las mejores, las de Misiones presentaron mayor precariedad y las de Buenos Aires características intermedias. De manera similar, los resultados obtenidos de la asociación múltiple entre las variables y las prevalencias parasitarias verificadas indicaron un

gradiente creciente de parasitosis intestinales en la línea Mendoza-Buenos Aires-Misiones.

¿Por qué razón se postula que los menores de edad y las embarazadas constituyen los grupos de riesgo de mayor vulnerabilidad?

Si bien se postula este concepto, las investigaciones parasitológicas no muestran un patrón determinado en este sentido, por cuanto dependen, en mayor medida, de la especie parásita considerada, del estado inmunológico del individuo y del contexto socioeconómico-ambiental y cultural en el que vive y desarrolla sus actividades. Sin embargo, determinadas enfermedades (por ejemplo, anemia por deficiencia de hierro o por carencia de vitamina A, deficiencias nutricionales y toxoplasmosis, entre otras) pueden provocar en los individuos que las padecen, mayor vulnerabilidad frente a la entrada de otros microorganismos patógenos, generando un círculo vicioso y en espiral negativa que conlleva a la depresión del sistema inmune. Por otra parte, entre los factores antes mencionados, las carencias nutricionales en micronutrientes y macronutrientes, actuantes durante la niñez, pueden provocar menor tamaño corporal en el adulto, ya que la energía necesaria para el crecimiento es empleada en otras funciones.

Los estudios realizados por nuestro grupo han dado cuenta de la heterogeneidad en la distribución etaria de las parasitosis intestinales así como de los numerosos factores intervinientes. A modo de ejemplo, en comunidades aborígenes de Misiones, las prevalencias de *ancylostomídeos*, de *Strongyloides stercoralis* y de *Blastocystis* sp aumentaron con la edad o se mantuvieron en valores similares, independientemente del rango etario. Sin embargo, *Giardia lamblia* estuvo presente sólo en niños menores de 4 años. Por otra parte, los estudios llevados a cabo en la ciudad de Villaguay, provincia de Entre

Ríos, indicaron que la mayoría de los niños mayores de 6 años estuvieron más parasitados, con *Blastocystis* sp y *Endolimax nana* entre las especies con mayores prevalencias. Por último, en el partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, observamos que la prevalencia total de parasitados fue más elevada en el intervalo etario de 10 a 14 años.



En Argentina se advierten heterogeneidades en la distribución de la desnutrición aguda y crónica, con algunas regiones del país en las que estos fenómenos son más acentuados. ¿Qué factores vinculan a las enteroparasitosis con la desnutrición, en especial en la población pediátrica?

Es interesante resaltar el impacto que pueden tener las infecciones parasitarias en el estado nutricional. Una nutrición insuficiente puede predisponer a infecciones, debido a que afecta al sistema inmune y provoca en los niños mayor vulnerabilidad ante la entrada de otros microorganismos patógenos como virus, bacterias y otros parásitos. En este sentido, las infecciones causadas por helmintos como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y ancylostomideos, o por protozoos patógenos como *Giardia lamblia* y *Blastocystis* sp pueden afectar el crecimiento, debido a que causan trastornos gastrointestinales que promueven una mala absorción de nutrientes, hipovitaminosis A, diarrea y anemia por deficiencia de hierro, entre otras enfermedades. Esta situación se agrava al presentarse infecciones múltiples, lo cual hace que el sistema inmune se deprima aún más y los niños queden susceptibles a nuevas infecciones.

En este contexto, tanto en Misiones como en Entre Ríos hemos hallado en los niños asociación entre las parasitosis anteriormente señaladas y la desnutrición.

Por favor, exprese brevemente la metodología del estudio realizado por su grupo de investigadores.

Se llevó a cabo un estudio transversal en niños, de ambos sexos, de entre 1 y 11 años de edad, los cuales fueron incluidos para su análisis en 2 grupos etarios (≤ 5 y ≥ 6 años). A nivel parasitológico, la metodología desarrollada consistió en el análisis de muestras fecales y escobillados anales seriados mediante la técnica de sedimentación de Ritchie modificada. A nivel antropométrico se relevaron peso y talla y se estimaron bajo peso para la edad, baja talla para la edad y bajo peso para la talla, utilizando como punto de corte el percentil 5 de la referencia NHANES III. Se relevaron también, mediante encuestas estructuradas, las condiciones socioambientales de las familias de los niños que intervinieron en el estudio.

¿Cuáles fueron las parasitosis de mayor prevalencia, tanto para los casos de monoparasitismo como para aquellos de biparasitismo o poliparasitismo?

En la ciudad de Villaguay, las mayores prevalencias correspondieron a *Enterobius vermicularis* (38.4%), *Blastocystis hominis* (27.2%) y *Giardia lamblia* (11.9%) en todos los casos de parasitismo. Con respecto al biparasitismo, se observó que la asociación más frecuente tuvo lugar entre *B. hominis* y *E. vermicularis* y con *G. lamblia*. Sin embargo, es de destacar que estos valores y asociaciones de especies corresponden a esta ciudad y cambian cuando se analizan otras provincias argentinas.

De acuerdo con el análisis realizado, ¿cree que el grupo etario u otros factores demográficos se asocian con diferencias en la prevalencia de los distintos agentes?

Sí, cuando se analizó la distribución de cada especie parásita según el sexo se encontró que la mayoría de las especies halladas fueron más prevalentes en las muje-



res respecto de los varones. Además, y tal como fuera antes dicho, cuando se tuvo en cuenta la relación entre el grupo etario y las especies encontradas, los niños de 6 años o más resultaron los más parasitados, con *B. hominis* y *E. nana* como especies más prevalentes.

En función de los datos reunidos, ¿cuáles fueron los principales resultados del análisis de la asociación entre el estado nutricional y la presencia de parasitosis?

Los resultados de la asociación entre estado nutricional y parasitosis mostraron que, del total de niños desnutridos, el 81.3% resultó parasitado por al menos una especie parásita. Las prevalencias de las especies patógenas halladas fueron del 56.2% para *B. hominis* y del 25% para *G. lamblia* y *E. vermicularis*.

Según su experiencia, ¿se dispone de otros estudios similares efectuados en el Litoral o en otras regiones del país?

En nuestro país son numerosos los estudios que evalúan independientemente el estado nutricional y las enteroparasitosis; sin embargo, son escasos los que abordan estas problemáticas de manera conjunta. En tal sentido, nuestros estudios contemplan una propuesta integradora, que tiene como objetivo evaluar el estado nutricional infantil, las enteroparasitosis asociadas y la identificación de zonas socioambientales vulnerables a la presencia de infecciones parasitarias. Las investigaciones por nuestro equipo de trabajo se llevan a cabo en las provincias de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Mendoza y Misiones. El conocimiento generado aportará a la determinación de áreas prioritarias y de riesgo ecoepidemiológico, con el fin de que se puedan implementar medidas de erradicación de las parasitosis, de saneamiento ambiental y de atención a los niños con carencias nutricionales.

Del mismo modo, ¿los resultados se asemejan a las conclusiones de otros estudios efectuados en otras áreas de América Latina?

Sí, al igual que en otros países de Latinoamérica, el tipo de desnutrición predominante fue la crónica (baja talla para la edad), seguida por desnutrición global (bajo peso para la edad) y aguda (bajo peso para la talla). De manera similar, los resultados parasitológicos referidos a las especies parásitas encontradas en la población estudiada fueron iguales a las identificadas por otros autores en diferentes poblaciones de América Latina. No obstante, se presentan variaciones en las prevalencias. En el presente trabajo se observó que *E. vermicularis*, *B. hominis* y *G. lamblia* fueron las especies con mayores porcentajes.

En esta cohorte, las condiciones de saneamiento básico parecieron adecuadas. Por consiguiente, ¿podrían las parasitosis reconocidas asociarse con otros parámetros sociales o demográficos?

Efectivamente, la mayoría de las familias tenía acceso a las condiciones de saneamiento básico; no obstante, no presentaban las condiciones socioeconómicas adecuadas. Esto conlleva, por ejemplo, y conforme a lo referido por otros autores, a la importancia de la mujer en la salud y en el cuidado de la familia. Las prácticas de cuidado materno (alimentación, higiene, estrategias de

prevención), mejorarían el estado nutricional de la población infantil y limitarían la infestación por parásitos intestinales.

¿Qué intervenciones a nivel de la salud pública podrían generar repercusiones beneficiosas para estos pacientes?

Es indispensable promover estos estudios a un mayor número de poblaciones para conocer la situación epidemiológica actual y transferir los resultados a las autoridades competentes para la implementación de políticas sanitarias y sociales que permitan alcanzar un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida y el bienestar de la población.

Asimismo, la difusión de la información sobre las infecciones parasitarias y las medidas preventivas necesarias debería realizarse de manera continua, de modo de promover un cambio en las conductas y hábitos de las poblaciones vulnerables.



A modo de conclusión, ¿cuáles son sus principales recomendaciones para la práctica cotidiana?

Con el fin de disminuir las parasitosis intestinales y su efecto en el estado nutricional, así como la contaminación del ambiente que nos rodea, las principales recomendaciones serían: limpiar adecuadamente la vivienda con agua y lavandina; lavarse las manos después de ir al baño, de jugar con las mascotas y en el suelo, antes de preparar los alimentos y antes de comer; consumir agua potable o, en su defecto, agregar 3 gotitas de lavandina por cada litro de agua; lavar con abundante agua segura los alimentos que consumimos crudos (frutas y verduras); cocinar bien carnes y pescados. Además, es importante destacar la tenencia responsable de mascotas, para lo cual es imprescindible vacunarlos, desparasitarlos regularmente y recoger la materia fecal, con el fin de evitar la contaminación del ambiente.

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Cuál de estas variables ecoepidemiológicas se consideran como factores predisponentes de enteroparasitosis?

A, Factores propios del suelo; B, La contaminación fecal del agua de consumo; C, Las variables topográficas; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/135537

Cómo citar este artículo: Zonta ML. Enteroparasitosis en niños de Villaguay, Entre Ríos: un estudio integrado al estado nutricional y al ambiente. *Epidemiología y Salud* 1(4):39-41, Oct 2013.

How to cite this article: Zonta ML. Intestinal parasitosis among children in Villaguay (Entre Ríos): an integrated study on nutritional status and environment. *Epidemiología y Salud* 1(4):39-41, Oct 2013.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Novedades

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).

► Noticias breves

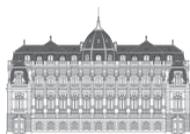
Acción conjunta entre la Fundación SIIC y la Embajada de Brasil

La Integración Científica de América Latina impulsada por SIIC y la Embajada de Brasil

Una nueva jornada del Ciclo Integración Científica de América Latina (CICAL) se llevó a cabo el último 12 de septiembre de 2013 en el auditorio central de la Embajada de Brasil en la Argentina. La conferencia *Medicina Tropical y Enfermedades Emergentes: Enfoques para la Región*, declarada de Interés Nacional por Presidencia de la Nación (Res N° 940/13), reunió profesionales especialistas de los principales centros del país provenientes de 11 provincias argentinas, representantes de 40 hospitales y 14 universidades nacionales. Las amplias instalaciones del auditorio de la Embajada fueron colmadas por un público que participó en las cuatro horas insumidas por la conferencia y el debate posterior.

La jornada se inició con palabras de la Ministro Consejera de la Embajada de Brasil, Gisela Padovan, seguida por el Dr. Nery Fures, director de la Región Sanitaria N°XI (provincia de Buenos Aires), y el Prof. Rafael Bernal Castro, presidente de SIIC.

La exposición principal estuvo a cargo del Dr. Carlos Costa (presidente de la Sociedad Brasileira de Medicina Tropical), profesor especialmente invitado al evento. Al término de la conferencia, y tras el receso, se conformó un panel



EMBAJADA DEL BRASIL

de entrevistadores integrado por los doctores Tomás Orduna (Hospital Muñiz), Raúl Costamagna (Asociación Parasitológica Argentina), Nery Fures (director científico de la revista *Epidemiología y Salud*), Leonardo Gilardi (coordinador científico de la Fundación SIIC) y Elsa Segura (Instituto Nacional de Chagas).

La actividad obtuvo declaraciones oficiales de respaldo emitidas por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación (Res. N° 747/13) y los Ministerios de Salud de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Río Negro y Entre Ríos. Las Facultades de Medicina y Bioquímica de las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Rosario, Litoral y Comahue, entre otras, emitieron declaraciones propias de auspicio.

Las entrevistas y teleconferencias CICAL, de los programas Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE), se llevan a cabo en forma conjunta desde 2011 por la Fundación SIIC y la Embajada de Brasil en la Argentina.

La jornada *Medicina Tropical y Enfermedades Emergentes: Enfoques para la Región* se ejecutó con el patrocinio exclusivo del Banco de la Nación Argentina. Más información: prensa@siic.info.



De izquierda a derecha: Dr. Tomás Orduna, Dra. Elsa Segura, Prof. Dr. Carlos Costa, Dr. Nery Fures, Dr. Leonardo Gilardi y Dr. Sixto Raúl Costamagna.

Expansión del programa patrocinado por el Banco Nación

Comienza ACISE NACION para instituciones y empresas

Con la renovación 2013/14 del acuerdo ACISE NACION, destinado a profesionales de la salud clientes del Banco Nación (BN), las autoridades de la principal entidad financiera del país decidieron extender el beneficio e incorporar a empresas e instituciones de la salud clientes del BN. A partir de agosto del corriente año las entidades que resulten beneficiarias accederán de forma



completa e irrestricta a las obras de actualización del programa ACiSE, entre las que se destacan los sitios siicsalud.com y saludpublica.com y las revistas digitales e impresas Salud(i)Ciencia, Epidemiología y Salud y Medicina para y por Residentes, entre otras. Para más información: Fundación SIIC/Unidad Coordinadora ACISE NACION/ acise-empresa@siic.info.

► La salud de Buenos Aires

Lanzamiento del Movimiento Sanitario Argentino

El ministro de Salud de la Provincia, Alejandro Collia, participó del lanzamiento del Movimiento Sanitario Argentino Néstor Carlos Kirchner (MOSA), fundado por el Grupo Hospital Abierto y la Mesa de Políticas de Salud Ramón Carrillo

El acto se realizó en el Aula Magna del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas de Haedo, y contó con la presencia del subsecretario de Planificación de la Salud, Alejandro Costa, la candidata a senadora provincial, Mónica Machado, el vocal del Consejo de Administración del hospital, Mario Leonardo Marión, el director de la Región Sanitaria XI, Nery Fures, y el director provincial de Capa-



El Ministro Collia participó en el lanzamiento de MOSA en el Hospital Posadas, Haedo.

citación para la Salud, Hector Callá. «Conformamos el movimiento para defender los enormes avances y mejoras que en materia de salud se lograron en los últimos diez años, de la mano de una fuerte inversión e instalación del tema en la agenda política, que permitió revitalizar el sistema público», resaltó Daniel Drago, médico de Terapia Intensiva del Hospital Posadas.

Con la participación de CUCAIBA

Jornada sobre Procuración de Órganos y Tejidos en el Incucai

El presidente del Cucaiba, Adrián Tarditti, participó de la Jornada de trabajo para la evaluación de la implementación de la Estrategia Hospital Donante, organizada por el Incucai en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El encuentro fue coordinado por el vicepresidente del Incucai, Martín Torres, y su director médico, Ricardo Ibar, y estuvieron representados todos los organismos de procuración del país. El objetivo fue compartir las experiencias implementadas con el fin de enriquecer y consolidar la estrategia Hospital Donante. Durante la jornada, Tarditti realizó una presentación institucional con los logros obtenidos por la



En representación del Cucaiba participaron, además, Daniel Flores, director asociado, Gabriel Orlandi, director médico, Rubén Bernardi, coordinador provincial del Programa Hospital Donante, y Mariano Monti, jefe del Servicio Provincial de Procuración.

provincia en procuración de órganos y tejidos, con énfasis en el Plan de Enfermería en Procuración, que considera al enfermero en su papel protagónico en este proceso. El presidente del Cucaiba destacó la incorporación de 15 enfermeros del Plan Eva Perón en hospitales provinciales, dedicados de manera exclusiva a la actividad de procuración. También se expusieron los resultados obtenidos por los hospitales El Cruce de Florencio Varela, Posadas de Haedo y Simplemente Evita de González Catán, tres de los establecimientos sanitarios del territorio bonaerense con mayor obtención de donantes de órganos y tejidos.

Desarrollado por el Instituto Biológico Tomás Perón

Salud presenta una nueva fórmula de vacuna para tratar tumores superficiales de vejiga

El Instituto Biológico Tomás Perón del ministerio de Salud de la Provincia implementó la producción de la vacuna BCG oncológica liofilizada, que se utiliza para el tratamiento posterior a la resección de los tumores superficiales de vejiga. Se trata del único establecimiento público del país que produce esta nueva fórmula de la vacuna con un proceso de liofilizado, es decir que el vencimiento se extiende por un año y medio. La novedad consiste en la fecha de vencimiento de la vacuna. Hasta el momento, la BCG oncológica duraba sólo 45 días sin ser utilizada. En este sentido, el director de Producción del Instituto Biológico, Aníbal Mombiela, señaló que «si bien se producía en el Laboratorio provincial en forma líquida, la novedad está en el proceso de liofilizado, que permite extender la fecha de vencimiento del producto a un año y medio». En tanto, el director Provincial del Instituto Biológico, Gerardo Poggioli, destacó que «somos el único productor a nivel nacional de este tipo de vacuna liofilizada» y agregó que «esta

situación pone de manifiesto la calidad de los profesionales que tenemos al servicio de la salud pública provincial». Actualmente, el Hospital Tomás Perón provee unos 40 tratamientos mensuales de BCG oncológica.

La primera entrega de este nuevo tipo de vacuna liofilizada consistió en un lote de cien tratamientos, equivalente a 400 dosis, destinadas a los pacientes que son derivados por los médicos urólogos de la provincia de Buenos Aires.

«Venimos realizando un trabajo conjunto con el Servicio de Urología del Hospital San Martín desde el año 1994, y con el correr del tiempo lo hicimos extensivo a toda la provincia de Buenos Aires, a requerimiento de los profesionales médicos», informó Laura Esteban, jefa del Departamento de Vacunas Bacterianas. «El trabajo de producción ha sido ininterrumpido durante todos estos años, lo que nos permitió tener un stock permanente», finalizó la profesional a cargo del Departamento que elabora la vacuna.

Disminuyeron más de un 15% las enfermedades respiratorias en la Provincia

Las enfermedades respiratorias se redujeron, hasta el momento, en más de un 15% en la provincia de Buenos Aires, con respecto a las registradas durante 2012. Los datos corresponden al registro del Ministerio de Salud de la Provincia en los hospitales y centros de salud bonaerenses, donde la disminución en las enfermedades tipo influenza (ETI), bronquiolitis y neumonía se reflejó en 64 117 casos menos.

«Los resultados que vemos en este invierno, aunque todavía nos queda un trecho por transitar, son alentadores y dan cuenta del éxito de las campañas de vacunación y de las campañas preventivas, sobre todo del conocimiento por parte de la población de las medidas sociales de prevención y de la concurrencia al médico ante los primeros síntomas respiratorios», afirmó el ministro de Salud de la Provincia, Alejandro Collia.

En rigor, la Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud informó que hasta la primera semana de agosto se habían registrado en la provincia un 30.3% menos de casos de bronquiolitis, un 21.8% menos de neumonías y un 6.5% menos de ETI (que incluyen virus parainfluenza, adenovirus y sincicial respiratorio), en comparación con los números de 2012.

En los últimos dos años la reducción de casos es mucho mayor en las ETI y la neumonía: con respecto a los diagnósticos re-



Las enfermedades tipo influenza, los casos de bronquiolitis y la neumonía se redujeron notablemente con respecto al mismo período de 2012 en la Provincia de Buenos Aires. Esto refleja el éxito de la campaña antigripal y las medidas sociales de prevención.

gistrados en 2011, la reducción fue de un 21% para las ETI y de un 36.5% para las neumonías. El director provincial de Atención Primaria, Luis Crovetto, también destacó que «así como tenemos una importante baja en los casos registrados también tuvimos en lo que va del año un aumento del 20% en las consultas por síntomas respiratorios en todos nuestros hospitales y centros de salud». Según Crovetto, este dato demuestra el éxito de las campañas de prevención que «lograron que los padres llevaran a consulta a sus hijos ante los primeros síntomas, lo que ayuda muchísimo para que no se llegue a una bronquiolitis o neumonía». La respuesta de la gente a la campaña de invierno también se ve

reflejada en la cobertura lograda con la vacuna antigripal: del total de población en condiciones de vacunarse en la provincia se cubrió, hasta el momento, el 87.39%. Este universo incluye embarazadas, puérperas, niños de 6 meses a 2 años, personal de salud, personal esencial, mayores de 65 años y grupos de riesgo, es decir con enfermedades respiratorias de base.

Otras de las vacunas que ayudaron a reducir los casos de infecciones respiratorias son la vacuna neumocócica, con 251 901 dosis aplicadas, y la antioqueluche, presente en las vacunas quintuple, cuádruple, triple bacteriana y triple bacteriana acelular, con un total de 522 621 dosis aplicadas.

Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)

La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presenten artículos para su evaluación y posterior publicación.

Destacamos a continuación los requerimientos básicos para la presentación de trabajos:

...

Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en www.siic.info/ssea

...

Etapa 2 – De los autores

2.A. Datos Personales

Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

...

2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

2.D. Artículos editados

Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

...

Etapa 3 - Del artículo

Tipos de artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis**, informes de opinión, artículos descriptivos [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico [*in vitro*, *in vivo*, *ex vivo*, *in silico*]), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

Materiales y Métodos describirá la muestra (que será de tamaño variable), el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso que corresponda.

En Resultados y Conclusiones los autores deben comparar sus resultados con los obtenidos por

otros colegas y plantear con claridad las conclusiones a las que han arribado.

Artículo de Revisión

Estos artículos reúnen, resumen y revisan la información disponible sobre un tema. Como a menudo los lectores utilizan las reseñas como guías para la práctica clínica, es muy importante que este tipo de artículo sea sistemático, incluya datos relevantes y no esté demasiado influenciado por la opinión de los autores. Deben incluir los métodos para buscar y seleccionar información.

Un Metanálisis es un artículo de Revisión que incluye técnicas estadísticas que analizan resultados de estudios independientes. En una reseña, el autor colocará los subtítulos de acuerdo con su criterio.

3.A Título

Para facilitar la lectura y presentar la esencia del artículo, escriba un título que ofrezca palabras clave o nombres propios debidamente combinados con los comunes. Luego traduzca este título al idioma inglés.

Título abreviado para cabeza de página (Opcional)

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras. Los títulos abreviados se aplican en los encabezados de páginas alternas de los artículos, generalmente acompañados por la cita bibliográfica específica del artículo (volumen, número, páginas del trabajo, etc.). Esta última será definida al concluirse el proceso.

...

Idioma

El trabajo completo podrá escribirse en español o portugués.

Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores informarán claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas empleadas para evaluar los datos serán indicadas con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos utilizó.

Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde* (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH).

Términos superfluos

Evite palabras comunes, enojadas como términos superfluos o ruidosos. Ejemplos: salud, medicina, estudio, pacientes, etcétera.

...

Referencias bibliográficas

Las citas deben aparecer en el texto en forma consecutiva y como superíndice.

Las referencias deben ser citadas todas según el estilo *Vancouver*, cuyas indicaciones son:

1- Orden de la cita. Tipo de referencia: autores, título, abreviatura del nombre de la publicación, volumen, páginas, año.

2- Los apellidos y las iniciales de los autores irán completos. Incluya todos si son seis autores. Si son más de seis, incluya tres autores seguidos por la abreviatura "y col."

3- Las abreviaturas de las revistas médicas deben escribirse de acuerdo con el *Index Medicus* y las Normas de *Vancouver*.

4- Trabajos no publicados, trabajos en preparación y comunicaciones personales no deben ser usados como referencias pero pueden mencionarse en el texto.

5- Pueden utilizarse artículos en prensa, artículos editados en libros y resúmenes presentados en congresos.

Si las referencias conectan a un sitio web, SIIC puede incluir un hipervínculo (*link*), siempre y cuando el autor tenga la autorización correspondiente.

3.D. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen escrito en español o portugués de entre 220 y 250 palabras. No se admiten abreviaturas en el Resumen, excepto aquellas cuyo uso frecuente reemplazó al nombre completo que representan. El Resumen será una breve pero exacta e informativa síntesis del artículo.

...

Abstract

Traduzca con precisión el Resumen del trabajo al idioma inglés.

El resumen en inglés (*abstract*) permite la difusión de artículos entre los lectores de ese idioma.

Los trabajos originales y las revisiones de SIIC incluyen, sin excepción, sus correspondientes *abstracts* cuyas traducciones son evaluadas por el Comité Editorial.

...

3.F. Palabras clave

Incluya de cinco a diez palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación.

Las palabras clave (PC) y las *key words* (KW) respetarán las pautas de los *Descritores de Ciências da Saúde* (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH).

3.G. Abreviaturas

Evite escribir abreviaturas en el título y, en lo posible, evítelas en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de abreviaturas posible. La definición completa de la abreviatura y siglas deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar.

Lista alfabética de abreviaturas

Incluya aquí una lista alfabética y su respectiva definición de las letras, números o símbolos de todas las abreviaturas (siglas y acrónimos) usadas en el artículo, colocando entre paréntesis sus nombres completos. No aclare el significado de las unidades de medida. Ejemplo: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Cuando sean varias las abreviaturas a incluir sepárelas entre sí con un punto y la digitación de un espacio.

Ejemplo: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). OMS (Organización Mundial de la Salud).

Para los casos de abreviaturas en inglés de uso frecuente, traduzca sus nombres completos al español o portugués aclarando que las abreviaturas corresponden a sus denominaciones en inglés. Ejemplo: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). OMS (Organización Mundial de la Salud). HPV (Virus del Papiloma Humano, siglas de su nombre en inglés).

3.H. Institución principal

Escriba en este paso los datos completos de la institución donde se llevó a cabo el estudio o el principal lugar de trabajo del autor. Los registros de las instituciones de los coautores del artículo se solicitan en la etapa Autores, paso Coautores.

...

3.J. Revisores

Revisión Interna

El Departamento Editorial y la Dirección Científica de SIIC realizan una evaluación preliminar de los manuscritos. Aquellos artículos que reúnen los cri-

terios requeridos (interés e importancia del tema, uso del método científico, adecuada presentación y pertinencia) y están acompañados por la documentación apropiada pasan a la etapa de revisión científica externa.

Revisión Externa

Todos los manuscritos atraviesan una revisión científica externa (peer-review) donde se evalúa su relevancia clínica, exactitud técnica, rigor metodológico, claridad y objetividad. Los revisores provienen del ambiente académico y no reciben compensación por su tarea.

...

La decisión concerniente a la aceptación, revisión o rechazo de un artículo es comunicada al autor por escrito.

3.K. Receptor de correspondencia

Indique el nombre de la persona que se relacionará con SIIC y con los lectores (consultas, correspondencia, etc.).

3.L. Ilustraciones, figuras y tablas

Puede incluir hasta 2 (dos) tablas y hasta 5 (cinco) figuras o ilustraciones en color o blanco y negro. Presente las tablas en archivos Word o Excel. Presente las figuras, ilustraciones o fotografías en archivos con extensión JPG o TIFF en por lo menos 300 dpi.

Epígrafes y leyendas

Enumere los epígrafes de las figuras y tablas de acuerdo a cómo aparecen en el texto. Escriba una síntesis de la imagen o tabla con más de 10 palabras y menos de 30. Facilite todo tipo de información que permita la interpretación clara de las figuras.

Si datos, figuras o tablas fueron publicados en otro sitio, cite la fuente original y presente una autorización para reproducir el material.

...

3.N. Declaraciones

Materiales identificatorios

El trabajo debe confeccionarse según las pautas éticas, que incluyen el consentimiento informado del paciente, si fuera necesario. No debe publicarse información identificatoria (nombres de pacientes, iniciales, número de historia clínica, etc.), a menos que sea esencial para los objetivos científicos

del trabajo y el paciente dé su consentimiento informado para su publicación. El consentimiento informado implica que el paciente identificable pueda ver el artículo a ser publicado. En caso de disponer de consentimiento informado, éste debe incluirse en el artículo. Vea el **Formulario de Consentimiento Informado**.

3.Ñ. Tratamiento Ético

Cuando se informe sobre experimentos realizados en seres humanos, los autores deben indicar si estos procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con los estándares éticos de experimentación en seres humanos de la Declaración de Helsinki y los organismos nacionales o institucionales apropiados. Cuando se informe sobre experimentos en animales, los autores deben indicar si se han seguido los estándares de los organismos nacionales o institucionales para el uso de animales de laboratorio. Vea el **Formulario sobre Tratamiento Ético de Seres Humanos y Animales**.

3.O. Declaración de conflictos de interés

Declare si existen o no conflictos de interés, de acuerdo con las normas de estilo de *Vancouver ("Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas", www.icmje.org)*.

...

3.P. Agradecimientos

Incluya aquí los reconocimientos o agradecimientos a aquellas personas o instituciones que colaboraron en la concreción del artículo.

Etapa 4 – Del inglés

Esta etapa es de uso optativo y permite la publicación en idioma inglés del artículo en español o portugués. Usted puede enviar su artículo traducido o delegar la traducción en SIIC. Si lo envía en inglés, le recomendamos que la traducción sea efectuada por un traductor bilingüe (español-inglés y viceversa), si fuera posible, allegado a la temática que aborda el estudio o que sea supervisada por el autor o por el especialista que éste indique, conocedor del tema.

4.A Traducción delegada

El artículo completo en inglés contendrá los mismos segmentos que el original en español o portugués, es decir:

4.B. artículo breve o extenso, 4.C. artículo único,

4.D. esencia, 4.E. abreviaturas, 4.F. imágenes y tablas, 4.G. autoevaluación, 4.H. conflictos de interés, declaraciones, 4.I. agradecimientos. El costo de la tarea está determinado por la extensión del artículo, especialidades, orientación, estilo y otras variables que se evaluarán al recibirse el texto en español o portugués remitido por el autor.

Notificación de la aceptación

Cuando el artículo sea aceptado para su publicación, se le requerirá al autor el envío de la *Certificación de Autoría* y la *Cesión de Derechos*.

...

El material continúa los siguientes pasos del proceso editorial.

Los manuscritos que no cumplan con las presentes *Instrucciones* serán devueltos al autor para que los revise.

Cuando el proceso editorial está terminado y el artículo tenga programada su publicación, el autor recibirá la comunicación pertinente.

El autor podrá usar su material en otras publicaciones, siempre y cuando:

- Solicite permiso escrito de SIIC informando el destino de la nueva publicación.
- SIIC sea mencionada como sitio original de publicación.

• Y únicamente después de tres meses de su publicación en SIIC.

SIIC le informará por adelantado la fecha de publicación de su artículo. Se le otorgará una contraseña para que pueda acceder a él en forma libre durante una semana.

Estas **Instrucciones** se ajustan a los *"Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas"*, establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org). Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC:

www.siic.salud.com/main/sugerencia.php, al teléfono +54 11 4342-4901 o por fax: +54 11 4331-3305.

(Versión SSEA resumida, 30 de agosto 2013)

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Sistema SIIC de Edição Assistida (SSEA)

Instruções para os Autores

...

Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em www.siic.info/ssea

...

Etapa 2 – Dos autores

2.A. Dados Pessoais

Autor/es

Incluir os dados completos do autor principal (nome completo, endereço postal e e-mail, formação acadêmica, função e lugar onde trabalha, etc.).

...

2.C. Coautores

Tendo coautores, por favor, inclua também os respectivos dados completos. Podem ser incluídos até dez autores.

2.D. Artigos editados

Artigos registrados em SIIC

Se você já for um Colunista Especialista de SIIC nosso banco de dados registra seus artigos publicados anteriormente em SIIC ou em outras publicações. Se você precisar corrigir alguma referência pode fazer no banco de dados.

Outros artigos de sua autoria

Cadastre aqui e nas seções seguintes de *Artigos editados* as referências de cada um dos trabalhos do autor principal que melhor expressem sua especialização. Você pode inserir até 10 artigos editados. Recomendamos que sejam os mais recentes.

Esta informação como a recolhida em outras partes do SSEA, vai ajudar o leitor a aprofundar o conhecimento sobre o autor. As obras editadas nas coleções virtuais de SIIC têm um link para as páginas de seus respectivos autores, elaboradas sem custo algum pelo Departamento Editorial da instituição.

...

Etapa 3 - Do artigo

Tipos de artigos

O autor selecionará o formato apropriado para o conteúdo que tenta difundir. Os artigos de publicações científicas são distribuídos nos seguintes tipos principais (**Artigos originais**, **artigos de revisão e meta-análises**, relatos de opinião, artigos descritivos [casos clínicos, estudos observacionais, relatórios breves, comunicações especiais, etc.], artigos de consenso e normas clínicas, correspondência, resenhas de livros ou artigos publicados em outras fontes).

...

Instruções completas na:

www.siic.salud.com/instruccoes_sic_web.php

Caso surja qualquer dúvida, comunique-se com Mensajes a SIIC: www.siic.salud.com/main/sugerencia.php, pelo telefone 0054-11-4342-4901 ou por Fax: 0054-11-4331-3305.

(Versão SSEA resumida, 30 de agosto 2013)

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

SIIC System of Assisted Editing (SSEA)

Guidelines for authors

...

Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at www.siic.info/ssea

...

Etapa 2 – The author/s

2.A. Details of the author

Enter the complete data of the principal author (full name, postal address, e-mail, professional qualification, current position, full name of the institution where you work, etc)

...

2.C. Coauthors

If there are any coauthors, please, supply their personal details. Up to 10 co-authors may be included.

2.D. Published articles

Articles registered in SIIC

If you are already SIIC's Expert Columnist our database has the record of your articles previously published in SIIC or in other journals. If you need to correct a bibliographic reference, you have the opportunity to do it now.

Other articles written by the principal author

Enter here and in the next fields of *Published Articles* the references of each article written by the principal author and in which his or her research field or specialization is more evident. You can include up to 10 published articles. We recommend to enter the most recent articles.

This information, as other included in other sections of SSEA, will help the reader to know the principal author better.

The articles published in the virtual collections of SIIC link to the pages of the authors that have been developed, free of charge, by the Editorial Department of SIIC.

...

Stage 3. The article

Types of articles

The author will chose the style and format for his article. Articles of scientific journals belong to the following principal types (**original articles**, **reviews and meta-analysis**, articles of opinion, descriptive articles (case reports, observational articles, short reports, special communications, etc.), consensus statements and clinical practice guidelines, correspondence, review of books or of articles published in other sources).

...

Complete guidelines in:

www.siic.salud.com/guidelines_sic_web.php

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.salud.com or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, 30 de august 2013).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

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.

- **II Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna**
5 al 8 de noviembre de 2013
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
congreso.sam.org.ar/
- **50° Congreso Argentino de Neurología**
Mar del Plata, Argentina
20 al 23 de noviembre de 2013
www.sna.org.ar/eventos/congreso-de-neurologia
- **SAEM - XVIII Congreso de la Sociedad de Endocrinología y Metabolismo**
6 al 9 de noviembre de 2013
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
www.saem.org.ar/congreso_2013.asp
- **II Congreso de Psiquiatría del NOA**
Salta, Argentina
21 al 23 de noviembre de 2013
www.facebook.com/pages/Asociacion-de-Psiquiatria-de-Salta/358572904930
- **SAN - XIX Congreso Argentino de Nutrición**
Mar del Plata, Argentina
6 al 9 de noviembre de 2013
www.sanutricion.org.ar
- **XXXIII Jornadas CONAREC 2013**
Rosario, Argentina
28 al 30 de noviembre de 2013
www.conarec.org/?seccion=congresos
- **4° Congreso de Enfermedades Endemoepidémicas del Hosp de Infecciosas Francisco J. Muñiz**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
12 al 14 de noviembre de 2013
aaeh.org.ar/img-noticias-portada/congreso_muniz_nov2013.pdf
- **Jornada Internacional de Cardiología 2013 del Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba**
Córdoba, Argentina
29 de noviembre de 2013
www.imcnet.com.ar
- **SAR - 46° Congreso Argentino de Reumatología**
Mar del Plata, Argentina
13 al 16 de noviembre de 2013
www.reumatologia.org.ar/docs/46car_mdp2013.pdf
- **SAT 2013 - XII Congreso Argentino de Trasplante**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
1 al 4 de diciembre de 2013
www.stalyc-sat-2013.org
- **Jornada Inter-Sociedades SAGE - ENDIBA - AAEH**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
15 de noviembre de 2013
www.endiba.org.ar/docs/PROGRAMA_CIENTIFICO_ENDIBA_2013.pdf
- **XIV Congreso Internacional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires, XXV Jornadas Internacionales de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Mar del Plata**
Mar del Plata, Argentina
4 al 6 de diciembre de 2013
sogba.org.ar/congreso/
- **XII Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General**
Salta, Argentina
20 al 23 de noviembre de 2013
www.famfyg.org