

Revista Argentina de Salud Pública

ISSN 1852-8724
ISSN 1853-810X
Reg. Prop. Intelectual
N° 5251754

Vol. 6 - N° 22
Marzo 2015
Buenos Aires, Argentina

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

ARTÍCULOS ORIGINALES

Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad vascular en Cipolletti, Río Negro. Estudio FARICI
Pablo Olavegogeochea, José Allevato, Enrique Bavio, Andrea Federico, Laura Lamfré

Cesación de tabaco no asistida en Buenos Aires: estudio cualitativo
Lorena Peña, Jonatan Konfino, Raúl Mejía

La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar
Alejandro Capriati, Ana Clara Camarotti, Pablo Di Leo, Gabriela Wald, Ana Lía Kornblit

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes: representaciones y prácticas en Villa Carmela, Tucumán
Horacio Javier Silva



Sede de los ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la Nación

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación



Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 6 - N° 22 - Marzo 2015
 Publicación trimestral
 ISSN 1852-8724 - impreso
 ISSN 1853-810X - en línea
 Reg. Prop. Intelectual N° 5251754

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

EDITOR - PROPIETARIO

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

CORRESPONDENCIA A:

Comisión Nacional Salud Investiga
 Av. Rivadavia 877 piso 3 (C1002AAG)
 Buenos Aires. Argentina.
 Tel.: 011 4331 4645 / 48 int. 105
 www.saludinvestiga.org.ar
 rasp@msal.gov.ar

COMITÉ EDITORIAL

Director General: Dr. Jaime Lazovski
Director Científico: Dr. Abraam Sonis (†)
Directora Editorial: Lic. Carolina O'Donnell
Coordinadora Científica: Lic. Fernanda Bonet
Editores Científicos: Dr. Oscar Ianovsky, Dr. Manuel Lago
Coordinador Editorial: Lic. Marcelo Barbieri
Coordinadora Ejecutiva: Lic. Natacha Traverso Vior

EQUIPO EDITORIAL

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

CONSEJO ASESOR: Ministerio de Salud de la Nación: Dr. Gabriel Yedlin, Cdr. Eduardo Garvich, Dr. Daniel Yedlin, Dr. Carlos Devani, Dra. Marina Kosacoff, Dr. Andrés Leibovich, Dra. Silvia Pérez, Dr. Raúl Penna, Dr. Javier Osatnik, Valeria Zapesochny, Dr. Ernesto de Titto, Dr. Guillermo Williams, Dra. Isabel Duré, Lic. Tomás Pippo, Dr. Carlos Chiale. Dr. Ginés González García. **Embajador de Argentina en Chile.** Lic. Silvina Ramos. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Dr. Pedro Cahn. **Fundación Huésped.** Dr. Daniel Stamboulian. **Fundación Centros de Estudios Infectológicos.** Dr. Reinaldo Chacón. **Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer.** Dr. Horacio Lejarraga. **Hospital Garrahan.** Dra. Mercedes Weissenbacher. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Dr. José María Paganini. **Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud.** Dr. Paulo Buss. **Fundación Oswaldo Cruz.**

COMITÉ CIENTÍFICO: Edgardo Abalos. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** Mónica Abramzon. **Universidad de Buenos Aires (UBA).** Graciela Abriata. **Ministerio de Salud de la Nación (MSN).** Patricia Aguirre. **Instituto de Altos Estudios Sociales-Universidad Nacional de San Martín.** Adriana Alberti. **UBA.** José Alfie. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Fernando Althabe. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.** Juan Altuna. **MSN.** Marcelo Amable. **Universidad Nacional de Avellaneda.** Analía Amarilla. **MSN.** Hugo Ambrune. **MSN.** Paola Amiotti. **Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.** María Marta Andreatta. **Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC).** Sergio Arias. **ANLIS.** María Eugenia Barbieri. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Victoria Barreda. **UBA.** Waldo Bellosio. **Hospital Italiano de Buenos Aires.** Daniel Beltramino. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Ricardo Bernztein. **MSN.** Mabel Bianco. **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.** Claudio Bloch. **MSN.** Rosa Bologna. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** José Bonet. **Fundación Favaloro.** Octavio Bonet. **Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Brasil. Marcelo Bortman. **World Bank.** Juan Carlos Bossio. **Universidad Nacional del Litoral.** Carlos Bregni. **Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica.** Guillermo Carroli. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP).** Natalia Casas. **MSN.** María Gracia Caletti. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Haroldo Capurro. **Centro Rosarino de Estudios Perinatales.** Pedro Casserly. **UBA.** Yamila Comes. **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.** Mónica Confalone. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Ezequiel Consiglio. **Universidad Nacional de La Matanza.** Lilian Corra. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Graciela Cortegoso. **Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.** Mario Deluca. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Pablo Durán. **Organización Panamericana de la Salud.** Horacio Echenique. **MSN.** María Eugenia Esandi. **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.** Silvia Faraone. **Instituto de investigaciones Gino Germani.** UBA. Diana Fariña. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Ana María Fernández. **UBA.** Daniel Ferrante. **MSN.** Silvana Ferreira Bento. **Universidade Estadual de Campinas.** Liliana Findling. **Instituto de Investigaciones Gino Germani.** Juan José Gagliardino. **Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada.** Marcelo García Diéguez. **Universidad Nacional del Sur.** Bárbara García Godoy. **UBA.** Mónica Gogna. **UBA - CONICET.** Ángela Gentile. **SENASA.** Ángela Spagnuolo de Gentile. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Sandra Gerlero. **Universidad Nacional de Rosario.** Dante Graña. **Fundación "Avedis Donabedian".** Mabel Grimberg. **CONICET.** Nathalia Katz. **MSN.** Jonatan Konfino. **MSN.** Ana Lía Kornblit. **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.** Pedro Kremer. **MSN.** Isabel Kurlat. **MSN.** Graciela Laplacette. **UBA.** Sebastián Laspiur. **MSN.** Roberto Lede. **ANMAT.** Rosa Liascovich. **Centro Nacional de Genética Médica.** Horacio Lopardo. **Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan".** Elsa López. **UBA.** Luis Loyola. **Universidad Nacional de Cuyo.** Leandro Luciani Conde. **Universidad Nacional de Lanús.** Nora Luedicke. **MSN.** Florencia Luna. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Daniel Maceira. **Centro de Estudios de Estado y Sociedad.** Susana Margulies. **UBA.** Matilde Massa. **MSN.** Carmen Mazza. **Hospital de Pediatría "Dr. J.P. Garrahan".** Raúl Mejía. **Hospital de Clínicas "José de San Martín".** Irene Meler. **Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).** Raúl Mercer. **Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.** Mauricio Monsalvo. **MSN.** Verónica Monti. **Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente.** Mabel Mora. **Hospital Materno Infantil de San Isidro.** Susana Murillo. **UBA.** Pablo Orellano. **MSN.** Otto Orsingher. **ANMAT.** Alejandra Pantelides. **Consejo Nacional de Investigaciones**

Científicas y Técnicas. Mario Pecheny. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Virgilio Petrunaro. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Iván Redini. MSN. Carlos Ripoll. Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy. Marta Rivas. INEI-ANLIS. Josefa Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Susana Rodríguez. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Mariana Romero. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. María Teresa Rosanova. Hospital de Pediatría "Dr. J. P. Garrahan". Ana Rosato. UBA-UNER. Adolfo Rubinstein. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Andrés Ruiz. MSN. Fernanda Sabio. Universidad Nacional de Quilmes. Patricia Saidón. Hospital "Ramos Mejía". Daniel Salomón. Instituto Nacional de Medicina Tropical. Elsa Segura. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Alfredo César Seijo. Hospital de Infecciosas "F. Muñiz". Sergio Sosa Estani. MSN. Alicia Stolkiner. UBA. Ana Tambussi. Hospital "Ramos Mejía". Graciela Touze. Intercambios Asociación Civil. Marta Vacchino. Universidad Nacional de Mar del Plata. Néstor Vain. Fundación para la Salud Materno Infantil. Carlos Vasallo. Universidad de San Andrés. Mario Virgolini. MSN. Carla Vizzotti. MSN. Silvana Weller. MSN. Nina Zamberlin. MSN. Jorge Zarzur. MSN.

Foto de tapa: Área de Investigación Pública y Comunicación

Indizada en:



SUMARIO

Revista Argentina de Salud Pública

Vol. 6 - N° 22 - Marzo 2015 - Publicación trimestral

ISSN 1852-8724 - impreso

ISSN 1853-810X - en línea

Reg. Prop. Intelectual N° 5251754

EDITORIAL	6	INTERVENCIONES SANITARIAS	35
RECONOCIMIENTO A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO QUE PARTICIPARON COMO REVISORES EN 2014 Acknowledgment to the Scientific Committee members who participated as peer reviewers in 2014 Comité Editorial		INICIATIVA MENOS SAL, MÁS VIDA: ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA INGESTA DE SODIO EN ARGENTINA Less Salt, More Life Initiative: Strategy to Reduce Sodium Intake in Argentina Daniel Ferrante, María Emilia Gautero, Mónica Carles, Claudia Elorza, Claudio Duymovich, Jonatan Konfino, Sebastián Laspiur, Marina Kosakof	
ARTÍCULOS ORIGINALES	7	SALA DE SITUACIÓN	40
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD VASCULAR EN CIPOLLETTI, RÍO NEGRO. ESTUDIO FARICI. Prevalence of Risk Factors for Vascular Disease in Cipolletti, Río Negro. FARICI Study. Pablo Olavegogeoascoechea, José Allevato, Enrique Bavio, Andrea Federico, Laura Lamfre		SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE CHIKUNGUÑA EN LAS AMÉRICAS: DICIEMBRE DE 2013 A FEBRERO DE 2015 Epidemic Situation of Chikungunya in the Americas: December 2013 to February 2015 José Moya, Pilar Ramon-Pardo, Sylvain Aldighieri, Marcos Espinal	
ARTÍCULOS ORIGINALES	14	HITOS Y PROTAGONISTAS	44
CESACIÓN DE TABACO NO ASISTIDA EN BUENOS AIRES: ESTUDIO CUALITATIVO Unassisted Smoking Cessation in Buenos Aires: Qualitative Study Lorena Peña, Jonatan Konfino, Raúl Mejía		LOS PRIMEROS MÉDICOS DEL RÍO DE LA PLATA The pioneering doctors in Río de la Plata Federico Pégola	
ARTÍCULOS ORIGINALES	21	SALUD INVESTIGA	46
LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA: UN MODELO PARA ARMAR Prevention of Problematic Drug Consumption from a Community Perspective: A Model Kit Alejandro Capriati, Ana Clara Camarotti, Pablo Di Leo, Gabriela Wald, Ana Lía Kornblit		RED MINISTERIAL DE ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN ARGENTINA: ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD Ministerial Network for Health Research in Argentina: strategy to strengthen the National Health Research System Carolina Faletty, Andrea Leston, Carolina O'Donnell	
ARTÍCULOS ORIGINALES	29	INSTRUCCIONES PARA AUTORES	49
SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN VILLA CARMELA, TUCUMÁN Sexuality and Sexual and Reproductive Rights in Adolescents: Representations and Practices in Villa Carmela, Tucumán Horacio Javier Silva			

RECONOCIMIENTO A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO QUE PARTICIPARON COMO REVISORES EN 2014

Acknowledgment to the Scientific Committee members who participated as peer reviewers in 2014

PALABRAS CLAVE: Miembro de Comité – Revisión por Expertos

KEY WORDS: *Committee Membership – Peer Review*

La *Revista Argentina de Salud Pública* lleva ya cinco años de publicación ininterrumpida, difundiendo evidencia científica entre los tomadores de decisión sanitaria, miembros de equipos de salud, investigadores y docentes, centros de investigación, sociedades científicas, asociaciones de profesionales de la salud y universidades del país y de Latinoamérica.

Un gran lustro de trabajo que ha sido posible gracias al esfuerzo de todos los que, desde múltiples funciones, han participado en el proceso de gestión y edición de esta publicación. Hoy el Comité Editorial expresa su reconocimiento y gratitud a los miembros del Comité Científico que se desempeñaron como evaluadores y evaluadoras de los artículos científicos presentados a la revista para su publicación durante 2014. La evaluación externa es un proceso crítico y dinámico que ayuda a

autores y editores en el propósito de mejorar la calidad de los artículos. El trabajo desinteresado de los evaluadores ha contribuido para que la *Revista Argentina de Salud Pública* haya sido recientemente incorporada al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, un proyecto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) que conforma un conjunto de publicaciones científicas y tecnológicas argentinas en los distintos campos del conocimiento. La admisión fue el resultado de un exhaustivo proceso de evaluación del Comité Científico Asesor del CONICET, en base a criterios únicos de calidad y trascendencia.

Expresamos nuestro agradecimiento a quienes, a través de su invaluable aporte, contribuyen al crecimiento de este instrumento de comunicación científica al servicio de la Salud Pública.

Comité Editorial

Revista Argentina de Salud Pública

Evaluadores externos que participaron en el Volumen 5 de la Revista Argentina de Salud Pública

Althabe, Fernando
Amable, Marcelo
Amarilla, Analía
Consiglio, Ezequiel
Cortegoso, Graciela
Farace, María Isabel
Faraone, Silvia
Fariña, Diana
Fernández, Ana María
Ferrante, Daniel
Findling, Liliana

García Diéguez, Marcelo
Gogna, Mónica
Grimberg, Mabel
Katz, Nathalia
Konfino, Jonatan
Kurlat, Mabel
Massa, Matilde
Mejía, Raúl
Meler, Irene
Murillo, Susana
Pippo, Tomás

Seijo, Alfredo
Sosa, Estani Sergio
Spagnuolo de Gentile, Ángela
Tambussi, Ana
Touzé, Graciela
Vacchino, Marta
Weller, Silvana
Yedlin, Gabriel
Zamberlin, Nina

Cómo citar este artículo: Reconocimiento a los miembros del Comité Científico que participaron como revisores en 2014 [editorial]. *Rev. Argent Salud Pública*. 2015; Mar;6(22):6

ARTÍCULOS ORIGINALES

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD VASCULAR EN CIPOLLETTI, RÍO NEGRO. ESTUDIO FARICI.

Prevalence of Risk Factors for Vascular Disease in Cipolletti, Río Negro. FARICI Study.

Pablo Olavegogeoascoechea¹, José Allevato,¹ Enrique Bavio,¹ Andrea Federico,² Laura Lamfre³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La enfermedad vascular y los eventos asociados constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos. En Argentina los eventos cardiovasculares fueron la principal causa de muerte entre 2006 y 2009. Los factores de riesgo son conocidos, y su detección y modificación ayudan a disminuir los eventos vasculares. OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedad vascular en la población adulta de Cipolletti y relacionarlos con la Encuesta Nacional (ENFR) de 2009. MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta estructurada y validada. Se incluyó a la población mayor de 18 años. Se relevaron los principales factores de riesgo para enfermedad vascular. RESULTADOS: El 58,2% de la población no realizaba el nivel mínimo recomendado de actividad física, el 60,4% presentaba un índice de masa corporal >25, el 15,9% eran fumadores activos y el 14,7% estaba expuesto pasivamente al humo de tabaco. Hubo 41% de prevalencia de presión arterial elevada, 36,6% de colesterol elevado y 14,7% de diabetes/hiperglucemia. Comparando con la ENFR de 2009, existieron prevalencias más elevadas y diferencias estadísticamente significativas en diversos marcadores. CONCLUSIONES: Las iniciativas suelen ser nacionales o provinciales, pero deberían ser abordadas por las comunas locales y con un esfuerzo conjunto entre el sector público, el privado y actores reconocidos dentro de la comunidad.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Vascular diseases and related events are one of the leading causes of morbidity and mortality in adults. In Argentina, cardiovascular events were the leading cause of death between 2006 and 2009. Risk factors are well-known; their detection and modification help reduce vascular events. OBJECTIVES: To determine the prevalence of vascular disease risk factors in the adult population of Cipolletti, and to relate them with the National Survey of Risk Factors (ENFR) of 2009. METHODS: A cross-sectional study was performed. Data were collected with a structured and validated questionnaire, including people aged over 18 and analyzing the main risk factors for vascular disease. RESULTS: According to the main indicators, 58.2% of the population did not meet the minimum level of recommended physical activity, 60.4% had a body mass index >25, 15.9% were active smokers and 14.7% were passively exposed to tobacco smoke. The prevalence of high blood pressure was 41%, high cholesterol 36.6% and diabetes/hyperglycemia 14.7%. Comparing with the ENFR of 2009, there were higher prevalences and statistically significant differences in several parameters. CONCLUSIONS: Initiatives usually take place at national or provincial level, but they should be addressed by local communities, with joint efforts of public sector, private sector and different actors recognized within the community.

PALABRAS CLAVE: Factores de Riesgo - Enfermedad Vascular - Prevalencia Factores de Riesgo

KEY WORDS: Risk Factors - Vascular Disease - Prevalence Risk Factors

¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue.

² Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Abierta Interamericana.

³ Facultad de Economía, Universidad Nacional del Comahue.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Gobierno de la Ciudad de Cipolletti y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

FECHA DE RECEPCIÓN: 10 de noviembre de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 16 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Pablo Olavegogeoascoechea
Correo electrónico: polavego@gmail.com

ReNIS N°: IS000636

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular y los eventos que ella desencadena constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos.^{1,2} Los factores de riesgo (FR) modificables son los más prevalentes;^{3,4} y los eventos derivados de la enfermedad vascular, incluyen el infarto de miocardio,⁵ la enfermedad vascular periférica⁶ y la enfermedad cerebrovascular^{7,8}. Los FR clásicos fueron descriptos por primera vez en el estudio de Framingham,⁹ a partir de lo cual ha cambiado la manera de ver la enfermedad vascular. Existen estudios que demuestran la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo de enfermedad vascular (FREV) y el efecto beneficioso de abordar aquellos modificables.^{10,11} En Argentina los eventos cardiovasculares son la principal causa de muerte; entre 2006 y 2009 representaron el 30% del total.¹² Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2020 el 75% de las muertes serán atribuibles

a eventos vasculares.¹³ Las características clínicas argentinas de la enfermedad coronaria se asemejan a las descriptas para la población de la India,¹⁴ es decir, la prevalencia e incidencia es mayor en individuos más jóvenes. El conocimiento de las prevalencias de los FR en una población permite desarrollar estrategias más direccionadas a su modificación y estimar un descenso de los eventos vasculares. En Argentina las dos primeras Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) realizadas mostraron cifras que se mantienen en el tiempo y otras con escasa mejora,^{15,16} comparable a lo descripto para los países del Mercosur y Estados asociados.¹⁷

Los últimos indicadores a nivel nacional fueron: baja actividad física 54,9%, consumo de tabaco 27,1%, presión arterial elevada 34,8%, diabetes 9,6%, colesterol elevado 29,1%, etc.¹⁶ Otros estudios efectuados en distintas ciudades de Argentina mostraron prevalencias muy diferentes.¹⁸⁻²⁰ Esto se convirtió en un estímulo para realizar la investigación en la ciudad de Cipolletti, provincia de Río Negro, sumada a las herramientas válidas para determinar las prevalencias de enfermedades no transmisibles como el método STEPwise de la OMS, que permite obtener de manera sencilla información de suma utilidad para la formulación de políticas de salud.²¹

El perfil de prevalencias de FREV podría reflejar una aproximación a lo que ocurre en la región del Alto Valle de Río Negro y Neuquén, que comprende la ciudad de Neuquén, Cipolletti y otras ciudades adyacentes: Allen, Cinco Saltos, Centenario, Gral. Roca, Plottier. Los objetivos del estudio fueron: determinar la prevalencia de FREV en la población adulta de la ciudad de Cipolletti y relacionarlos con los datos de la ENFR de 2009.¹⁶

MÉTODOS

Se realizó un estudio de prevalencia o corte transversal. El instrumento fue una encuesta utilizada y validada previamente en la ENFR de 2005;²² las áreas temáticas fueron las mismas referidas en la investigación mencionada. El trabajo de campo (encuesta) se realizó entre los meses de septiembre de 2013 y marzo de 2014, con carga y análisis de datos durante abril y mayo de 2014.

La población estuvo compuesta por residentes de la ciudad de Cipolletti mayores de 18 años, no institucionalizados y con más de 10 años de residencia. Se adoptó este punto de corte en forma intuitiva, asumiendo que en ese tiempo los hábitos culturales se deberían haber modificado completamente (frente a la hipótesis de que las costumbres de inmigrantes se conservan e influyen en las prevalencias a relevar). Cabe destacar que Cipolletti recibió históricamente una corriente migratoria principalmente de Chile, donde el consumo de tabaco (2011) y la obesidad (2008) casi duplican los valores de Argentina.²³

En una población de 87.492 habitantes, calculando una prevalencia de 37,5% de los FR más representativos, como HTA, dislipemia y tabaquismo, el n obtenido fue de 1.235 encuestas, con un error aceptado de 7,20% y una z de 1,96 (error alfa de 0,05).

El diseño muestral propuesto correspondió a una muestra

polietápica probabilística, estratificada por conglomerados en el área urbana. La selección de las unidades de muestreo en la primera etapa fue equiprobabilística; se escogieron al azar 12 conglomerados de un universo de 38.

En la segunda etapa se seleccionó una muestra de viviendas en forma sistemática (entre 90 y 100 por conglomerado). Dentro de cada una de ellas se relevó al primer adulto mayor de 18 años que tomaba contacto visual con el encuestador para responder al cuestionario específico de FR. Esta era la tercera y última etapa de muestreo.

El cuestionario fue el utilizado para la ENFR de 2005. Toda la información fue autorreferencial; no se realizaron exámenes físicos ni mediciones bioquímicas (según lo recomendado por la OMS como primer paso en Epidemiología). Los encuestadores recibieron entrenamiento previo en diseño de estudio y metodología de encuestas. La investigación fue aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue.

Para la definición de FR se utilizaron las opciones ya publicadas²⁴ y propuestas por la Organización Panamericana de la Salud; para las características socio-demográficas se utilizaron las definiciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).²⁵

Los principales indicadores fueron:

- Datos personales y de la vivienda: edad, sexo, educación, ingreso del hogar y características de la vivienda.
- Situación laboral: ocupado/a, desocupado/a o inactivo/a.
- Salud general: calidad de vida relacionada con la salud evaluada por preguntas derivadas del cuestionario.
- SF-36 y Euroqol: escalas genéricas que proporcionan un perfil del estado de salud y son aplicables tanto a los pacientes como a la población)
- Peso corporal: autorreporte de peso y altura, estimación del índice de masa corporal (IMC).
- Alimentación: frecuencia de uso de sal, consumo de frutas y verduras.
- Tabaco: consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco ajeno.
- Consumo de alcohol: consumo habitual de riesgo (más de un trago promedio por día en mujeres y más de dos en hombres), consumo esporádico excesivo (más de cinco tragos en una oportunidad).
- Diabetes: diagnóstico de diabetes o glucemia elevada (efectuado por profesional de la salud), medición de glucemia alguna vez en la vida.
- Actividad física: nivel de actividad física según el cuestionario *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ).
- Presión arterial: diagnóstico de presión arterial elevada (efectuado por profesional de la salud), medición de la presión arterial en los últimos dos años.
- Colesterol: diagnóstico de colesterol elevado (efectuado por profesional de la salud), medición del colesterol al menos una vez en la vida (en población mayor a 35 años en varones y a 45 años en mujeres).

El análisis estadístico de los resultados tuvo en cuenta el diseño multietápico de la muestra. Se calibraron los pesos

o factores de expansión iniciales (las inversas de las probabilidades de selección) con ayuda de información auxiliar conocida o preestablecida a partir de registros o fuentes externas. Asimismo, se corrigieron los factores de expansión por no respuesta, definida como el cociente resultante de la suma del número de viviendas que respondieron y el número de las que no respondieron teniendo al menos un hogar, dividido por el número de viviendas que efectivamente respondieron. La No Respuesta se corrigió dentro de cada unidad primaria de selección (conglomerado). Para evaluar los errores de muestreo de las principales estimaciones estatales y nacionales, se usó el método de conglomerados últimos, según el cual la mayor contribución de la varianza de un estimador, en un diseño como este, es la que se presenta entre las unidades primarias de muestreo (UPM). El concepto de conglomerados últimos se utilizó para denotar el total de las unidades en la muestra de una unidad primaria de muestreo. Para obtener las precisiones de los estimadores de razón, conjuntamente con el método de conglomerados últimos, se aplicó el método de series de Taylor.

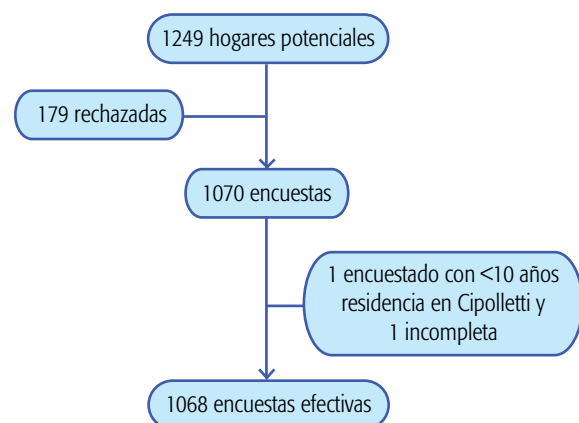
Las proporciones se indicaron en forma de porcentaje con IC95%. Los datos numéricos se presentaron como media y desvío standard (DS).

RESULTADOS

Se seleccionaron 1.249 hogares y hubo un total de 181 encuestas no cumplimentadas (179 rechazadas, 1 donde el individuo no cumplía los criterios de inclusión y 1 que resultó incompleta). Se efectivizaron 1068 encuestas, con una tasa de respuesta final de 85,66% sobre el total seleccionado (Figura 1: Diagrama de flujo).

La edad promedio de los encuestados fue de $49,9 \pm 16,9$ años (rango: 18-99), y el sexo femenino correspondió al 60,1% de la población encuestada (642 mujeres), con una edad promedio de 50 años (IC95%: 48,7-51,4). El 67,8% (65-71%) de la población tenía actividad laboral; de esa porción, el 70,9% (64,1-77,9%) trabajaba más de 35 horas semanales. El 16,7% (14,4-19,1%) de la población era jubilada.

FIGURA 1. Diagrama de Flujo de Participantes



Fuente: elaboración propia

Los principales indicadores resultaron (Tabla 1):

- Percepción de salud: El 23,5% (20,1-27%) describió su estado de salud como regular o malo. Esta percepción mostró una relación directa y significativa con la inactividad física ($X^2=30$; $p<0,001$). La prevalencia en el estado de salud percibido como regular o malo no fue diferente entre géneros ($p=0,17$).

- Sensación de ansiedad/depresión: El 20% (17,7-22,3%) de la población dijo sentir una ansiedad/depresión moderada y el 2,9% (1,90-4,14%), una de tipo severo. La prevalencia en mujeres fue mayor que en hombres (25,4% frente a 18,1%) con una diferencia significativa ($p=0,03$).

- Actividad física: El 58,2% (55,2-61,1%) de la población no realizaba el nivel mínimo recomendado de actividad física.

- Exceso de peso (sobrepeso/obesidad): El 60,4% (57,3-63,4%) de la población presentaba un IMC >25 (sobrepeso u obesidad), y en el 23,5% (20,9-26,1%) se estimó un IMC >30 (obesidad). El 40,4% (36,0-43,9%) consigné que estaba haciendo algo para bajar de peso. El sobrepeso/obesidad mostró una relación directa estadísticamente significativa ($X^2=9,1$; $p=0,003$) con la falta de actividad física. Tanto el sobrepeso como la obesidad fueron más prevalentes en el sexo masculino respecto al sexo femenino (72,3% frente a 56,5% y 27,1% frente a 23,7%, respectivamente).

- Tabaquismo: El 57,2% (52,0-60,7%) de la población reconoció haber fumado alguna vez, mientras que del total de encuestados sólo el 15,9% (13,6-18,1%) lo hacía en la actualidad. Entre los que habían dejado el hábito, el 64,1% (59,0-68,6%) lo había hecho más de un año atrás; el 69,5% (61,9-66,0%) de los fumadores dijeron que querían dejar el hábito. La edad promedio de comienzo del tabaquismo fue de $17,8 \pm 7,8$ años. Considerando tanto a fumadores como a no fumadores, el 28,9% (26,1-31,6%) reconoció que estaba en entornos con fumadores activos; en más de la mitad de los casos, el ámbito era el hogar (55,4%), seguido del laboral (13,7%) y ambos (6,3%). El 14,7% (12,3-16,8%) de la población consigné una exposición pasiva al humo de tabaco los siete días de la semana, con ex fumadores activos como mayoría, con un porcentaje significativamente mayor a los no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno (53,1% frente a 22,9%, respectivamente; $p<0,001$). En este rubro no hubo diferencias significativas entre sexos (19,0% en hombres y 16,4% en mujeres), pero sí se observó una mayor prevalencia en el grupo etario de 35-49 años (22,6%; IC95%: 16,7-28,5%).

- Hábitos de alimentación: El 61,7% (58,0-64,8%) de la población no utilizaba sal en las comidas, mientras que el 15,6% (13,5-17,9%) lo hacía siempre. El 45,1% (42,1-48,2%) consumía frutas los siete días de la semana, mientras que ese valor era del 46% (42,9-49,0%) para vegetales, del 33% (30,3-36,1%) para carne y en el mejor de los casos del 8,7% (6,9-11,0%) para el pescado, con un consumo de apenas dos días a la semana.

- Presión arterial (PA): El 82,1% (79,9-84,4%) se había controlado la PA dentro del último año; de ellos, el 41% (36,2-46,1%) presentaba elevación de la PA en al menos

una consulta. El 34% (29,2-39,0%) de los individuos reconoció que no estaba realizando tratamiento. Dentro de la población tratada (64,3%), el 32,6% (26,7-38,0%) recibía tratamiento farmacológico; el 13,9% (9,0-18,1%), no farmacológico; y el restante 53,5% (47,4-60,0%), ambos. La prevalencia de PA elevada no se relacionó con el sedentarismo ($p=0,24$) ni mostró diferencia entre géneros ($p=0,51$).

- **Colesterol:** El 89,3% (84,1-94,4%) de la población se había medido el colesterol en sangre dentro de los últimos dos años. Dentro de esta franja, el 36,6% (33,4-39,7%) había presentado elevación del colesterol. El 63,7% dijo que estaba recibiendo algún tratamiento; tratamiento farmacológico el 18,4% (12,2-23,9%), no farmacológico el 49,5% (42,9-56,1%) y ambos el 32,1% (25,2-38,0%) de la población con hipercolesterolemia. Las cifras elevadas de colesterol mostraron una relación directa estadísticamente significativa ($X^2=7,8$; $p=0,05$) con la falta de actividad física.

- **Diabetes:** El 76,3% (70,9-82,0%) de la población se había realizado el control de glucemia dentro de los últimos dos años. La prevalencia de diabetes/hiperglucemia fue del 14,7% (12,6-16,8%). El 23,7% (14,90-32,12%) de las mujeres la había adquirido durante el embarazo. Al momento del relevamiento, el 60,5% (51,0-69,0%) realizaba algún tratamiento y casi la mitad de ellos (49,5%) lo hacía con combinación de fármacos y estrategias no farmacológicas (dieta, ejercicio, control de peso). La prevalencia de diabetes/hiperglucemia mostró una relación directa estadísticamente significativa ($X^2=6$; $p=0,05$) con la inactividad física.

- **Alcohol:** El 55,1% (51,4-58,2%) de la población dijo que consumía alcohol. El promedio de días de consumo fue de $10,5 \pm 9,8$ al mes. El 24,8% (19,9-30,0%) consumía entre uno y tres tragos de cerveza, y el 33% (28,2-38,2%), igual cantidad de vino.

Al comparar los principales indicadores de salud entre ambos sexos (Tabla 2), la ansiedad/depresión fue más prevalente en el sexo femenino que en el masculino ($p=0,01$),

TABLA 1. Principales indicadores.

Indicadores	Prevalencias % (IC 95%)
Salud general mala o regular	23,5% (20,1-27%)
Ansiedad y/o depresión	20% (17,7-22,3%)
Actividad física baja	58,2% (55,2-61,1%)
Obesidad (IMC* > 30)	23,5% (20,9-26,1%)
Sobrepeso y obesidad	60,4% (57,3-63,4%)
Alimentación: consumo diario de frutas	45,1% (42,1-48,2%)
Alimentación: consumo diario de verduras	46% (42,9-49%)
Alimentación: consumo diario de carnes	33% (30,3-36,1%)
Siempre utiliza sal	15,6% (13,5-17,9%)
Control PA# en el último año	82,1% (79,9-84,4%)
Prevalencia PA elevada	41% (36,2-46,1%)
Control de colesterol en los últimos dos años	89,3% (84,1-94,4%)
Colesterol elevado (medidos)	36,6% (33,4-39,7%)
Control de glucemia en los últimos dos años	76,3% (72,3-81,6%)
Diabetes (población total)	14,7% (12,6-16,8%)
Consumo de tabaco actual	15,9% (13,6-18,1%)
Exposición al humo de tabaco ajeno	28,9% (26,1-31,6%)

*IMC: Índice de Masa Corporal; #PA: Presión Arterial

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo, Cipolletti.

y lo propio ocurrió con la baja actividad física ($p=0,03$); no obstante, el sobrepeso ($p<0,001$) y el consumo de alcohol ($p<0,001$) fueron más prevalentes en hombres. Para los restantes indicadores no hubo diferencias estadísticamente significativas.

En relación con los grupos etarios, el consumo de tabaco tuvo su mayor prevalencia a los 35-49 años (22,6%; IC95% 16,9-28,3%) y el consumo de alcohol fue de 70,2% (60,3-80,2%) a los 25-34 años. En el resto de los parámetros se observó un aumento de la prevalencia a mayor edad (Tabla 2).

Si se compara respecto al registro nacional con la ENFR de 2009 (Tabla 3), la ciudad de Cipolletti reveló prevalencias más elevadas y con diferencias estadísticamente significativas en colesterol elevado: 36,6% (33,4-39,7%) frente a 29,1% (28,2-30,1%); y en diabetes/hiperglucemia: 14,7% (12,6-16,8%) frente a 9,6% (9,1-10,1%). Sin embargo, las prevalencias en Cipolletti fueron notablemente menores a las medias nacionales en consumo de tabaco: 15,9% (13,6-18,1%) frente a 27,1% (26,3-27,9%); y en exposición pasiva al humo de tabaco: 28,9% (26,1-31,6%) frente a 40,4% (39,3-41,4%). Al realizar las mismas comparaciones pero para la población relevada a nivel provincial en 2009, la diferencia de prevalencia se encontró entre los individuos fumadores: 29,7% (27,1-32,6%) en Río Negro frente a 15,9% (13,6-18,1%) en Cipolletti; y en la prevalencia de diabetes: 10,6% (9,0-12,5%) frente a 14,7% (12,6-16,8%), respectivamente.

DISCUSIÓN

El presente estudio reveló una mayor adherencia a participar por parte de la población femenina (60,1%). El 25,3% percibe su salud como regular o mala, y el 20% tiene síntomas de ansiedad o depresión, parámetros que muestran mayor prevalencia en grupos etarios mayores y en el sexo femenino. Los principales indicadores de salud señalan una mayor prevalencia de obesidad en relación con la media nacional de 2009 (23,5% frente a 18%; significativa: $p<0,01$, al igual que a nivel nacional). En la presente investigación, este parámetro guardó una relación lineal con la baja actividad física. No obstante, las prevalencias de actividad física baja no muestran diferencias significativas entre ambos estudios (58,2% frente a 54,9%), por lo que podría atribuirse la mayor proporción de sobrepeso/obesidad a uno o más factores adicionales. Un razonamiento similar surge al comparar las prevalencias encontradas en la Encuesta Nacional en Chile, 26 donde la baja actividad física (88,6% de la población) resultó muy superior a la del presente estudio ($p<0,01$), aunque sin grandes diferencias en la prevalencia de obesidad entre ambas encuestas (25,1% frente a 23,5%). En Cipolletti, en los últimos años, aumentaron en forma significativa los espacios y programas de ejercicio al aire libre. Sin embargo, ello no fue suficiente para obtener mayor adherencia de la población a la actividad física. En relación con los hábitos alimentarios, no son los recomendados para un buen estado de salud y tampoco difieren marcadamente de registros

previos. El consumo de tabaco muestra una prevalencia sorprendentemente menor cuando se lo coteja con la ENFR de 2009 (15,9% frente a 27,1%) y algo similar ocurre en la proporción de fumadores pasivos; asimismo, al realizar la comparación con localidades cercanas, como San Carlos de Bariloche (distante a 400 kilómetros), la prevalencia continúa siendo marcadamente inferior (15,9% frente a 31,7%). Lo propio sucede al comparar con la Encuesta Mundial de Tabaquismo en adultos de Argentina (2012),²⁷ donde la prevalencia fue del 22,3% (superior a la de esta comunidad) y la edad de comienzo resultó levemente inferior a la evidenciada en el presente estudio (16,2 años frente a 17,8 años). Por otra parte, la mayor prevalencia nacional en 2012 se dio en el grupo etario de 25-34 años (28,2%), mientras que en Cipolletti se observó a los 35-49 años (22,6%). Aunque en esta ciudad se encuentra en vigencia la ley antitabaco, dicha disposición se aplica con la ley nacional, por lo cual la diferencia entre las distintas localidades puede ser motivo de futuras investigaciones. El consumo de tabaco –aun con una prevalencia baja– y de alcohol involucra a los grupos más jóvenes, por lo que los esfuerzos deben ser dirigidos hacia estas poblaciones.

En cerca del 80% de los casos, la población estudiada había efectuado controles de glucemia, colesterol o presión arterial en los últimos dos años, lo que denota un adecuado acceso a las medidas de detección de mayor uso. En relación con la prevalencia de altos niveles de colesterol y PA, se observaron registros significativamente mayores a la media nacional (36,6% frente a 29,1% y 41% frente a 34,8%, respectivamente). El colesterol elevado tuvo una relación directa con la baja actividad física, al igual que el sobrepeso y la obesidad. Por su parte, la PA elevada no mostró relación con la actividad física. En ambos casos, alrededor de un tercio de los individuos reconocieron no haber recibido tratamiento alguno, lo cual plantea un desafío permanente en la detección y la educación de estos grupos vulnerables.

En relación con la prevalencia de diabetes/hiperglucemia los datos hallados son sorprendentes: el 14,7% (12,6-16,8%) de la población dijo que tenía diabetes/hiperglucemia, lo cual difiere notoriamente de otros registros y estudios previos;^{16,18,19} si bien muchos fueron realizados en base a la dosificación plasmática de glucemia, este estudio puede estar manifestando una preocupante prevalencia de la enfermedad, sin diferencias entre sexos. Se muestra

TABLA 2. Principales indicadores según sexo y grupos etarios.

Variables	Ansiedad / depresión % (IC95%)	Actividad física baja % (IC95%)	Consumo de tabaco % (IC95%)	Sobrepeso % (IC95%)	Obesidad % (IC95%)	Consumo de alcohol % (IC95%)	PA elevada % (IC95%)	Colesterol elevado % (IC95%)	Diabetes % (IC95%)
Sexo Varón	18,1 (13,8-22)	54,5 (49-59,1)	19 (14,7-23,3)	72,3 (67,4-77,2)	27,1 (22,2-32)	69,2 (64,1-74,2)	43,3 (37,9-48,8)	39,3 (33,9-44,6)	15,6 (11,6-19,6)
Mujer	25,4 (21,5-29,2)	59,4 (55,1-63,8)	16,4 (13,1-19,02)	56 (52,2-61)	23,7 (20-27,5)	46 (41,6-50,5)	42 (37,6-46,4)	34,7 (30,5-38,9)	15,8 (12,6-19,1)
Grupos de edad (años)									
18-24	20,6 (6,3-34,9)	41,2 (23,7-58,6)	17,6 (4,1-31,1)	35,3 (18,4-52,2)	2,9 (-3,0-8,9)	67,6 (51,1-84,2)	8,8 (-1,2-18,9)	14,7 (2,2-27,2)	2,9 (-3,0-8,9)
25-34	19 (10,5-27,6)	40,5 (29,8-51,2)	20,2 (11,5-29)	47,6 (36,7-58,5)	21,4 (12,5-30,4)	70,2 (60,3-80)	25 (15,5-34,5)	20,2 (11,5-29,0)	11,9 (4,8-19,0)
35-49	20,7 (15,1-26)	52,4 (45,6-59,2)	22,6 (16,9-28,3)	54,8 (47,12-61)	23,1 (17,3-28,9)	53,4 (46,5-60,2)	28,8 (22,6-35,1)	27,4 (21,3-33,5)	11,1 (6,8-15,4)
50-64	22 (16,98-26,99)	62,9 (56,8-69,0)	17,1 (12,4-21,9)	69,4 (63,6-75,2)	29 (23,3-34,7)	55,9 (49,7-62,2)	45,7 (39,4-52,0)	47,3 (41,1-53,6)	16,3 (11,7-21,0)
65 y más	24,2 (17,9-30,5)	64,3 (57,3-71,3)	10,4 (6,12-14,9)	72 (65,4-78,6)	26,4 (19-32,4)	44,5 (37,2-51,8)	68,7 (61,9-75,5)	44 (36,7-51,2)	23,1 (16,9-29,3)

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo, Cipolletti.

TABLA 3. Comparación con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009.

Principales indicadores	ENFR 2009 ⁽¹⁾ Nacional		ENFR 2009 ⁽¹⁾ Río Negro		Estudio FARICI ⁽²⁾ Cipolletti	
	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%
Salud general	19,2	(19,1-20,8)	20,5	(17,3-24,1)	23,5%	(20,1-27%)
Actividad física baja	54,9	(53,9-55,9)	51,9	(47,4-56,4)	58,2	(55,2-61,1%)
Obesidad	18	(17,4-18,5)	18,3	(16-20,9)	23,5	(20,9-26,1%)
Consumo de tabaco	27,1	(26,3-27,9)	29,7	(27,1-32,6)	15,9	(13,6-18,1%)
Exposición al humo de tabaco ajeno	40,4	(39,3-41,4)	38,5	(34,5-42,6)	28,9	(26,1-31,6%)
Prevalencia de PA elevada	34,8	(34-35,7)	32,8	(29,2-36,6)	41	(36,2-46,1%)
Colesterol elevado	29,1	(28,2-30,1)	29,2	(25,5-33,2)	36,6	(33,4-39,7%)
Diabetes	9,6	(9,1-10,1)	10,6	(9-12,5)	14,7	(12,6-16,8%)

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, Encuesta de Factores de Riesgo Ciudad de Cipolletti.

más prevalente en grupos etarios avanzados y con relación directa a la baja actividad física. Por otro lado, cabe resaltar que cerca del 40% de la población con diabetes no recibe ningún tratamiento. Al comparar con los datos de la ENFR de 2009 para la provincia de Río Negro, se observa en Cipolletti un incremento de la prevalencia de colesterol elevado (36,6% [33,4-39,7%] frente a 29,2% [25,5-33,2]) y diabetes (14,7% [12,6-16,8%] frente a 10,6% [9-12,5]), y se mantiene la menor prevalencia de fumadores activos en Cipolletti (15,9% [13,6-18,1%] frente a 29,7% [27,1-32,6%]).

En cuanto a las limitaciones del estudio, el diseño muestral no fue exactamente el usado en la ENFR de 2009 y en la Encuesta Mundial de Tabaquismo. Uno de los criterios de exclusión empleados -individuos con más de 10 años de residencia en la ciudad- puede condicionar los hallazgos de la comparación de los resultados con la ENFR de 2009, aun realizando los ajustes por factores de expansión para poder generalizar los resultados a toda la población. Por ello, los resultados de la comparación con la ENFR 2009 deben ser tomados con cautela.

A pesar de que existen programas a nivel nacional^{28,29,30} e iniciativas locales³¹ tendientes a incrementar la adherencia a los buenos hábitos de vida, como comida saludable, actividad física y prevención de hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), no parecen ser suficientes para mantener las prevalencias en niveles más bajos, más allá de si existen o no diferencias con encuestas previas. Las iniciativas en los enfoques de esta problemática suelen ser nacionales o, en algunos casos, provinciales, pero deberían ser abordadas por las comunas, que se encuentran más cerca de la población. En tal marco, es necesario sumar los esfuerzos del sector público (hospitales y facultades de Medicina), el sector privado (clínicas, sanatorios, seguros de salud, etc.) y actores reconocidos dentro de la comunidad (profesionales de distintas disciplinas, coordinadores, auditores, etc.). Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus FR son una problemática que no sólo impacta en el individuo, sino también en su entorno y, por último, irremediablemente, en la comunidad.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los datos obtenidos continúan aportando evidencias sobre la situación de los FR en las diferentes regiones argentinas.

El hecho de haber utilizado una encuesta validada permitiría comparar con registros previos. Al observar las diferencias planteadas, puede afirmarse que las intervenciones deben estar más cerca de la población (en este caso, las comunas).

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En la presente investigación epidemiológica se capacitaron y participaron 32 estudiantes avanzados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Esto implica formar a 32 futuros profesionales con diferente enfoque de los problemas en salud. Las personas en cuestión ya se convirtieron en replicadores de la actividad entre sus pares, con la expectativa de continuar con el estudio de esta cohorte de individuos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este estudio es una fuente de información de gran utilidad para el desarrollo de investigaciones futuras, con utilización de herramientas ya validadas y aptas para realizar comparaciones.

AGRADECIMIENTOS

Al Jefe de Gobierno de la Ciudad de Cipolletti, Sr. Abel Baratti, por el apoyo logístico, económico y de difusión del estudio; al director de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, Dr. Alejandro Schroeder, por el financiamiento y la difusión del estudio; a la Sra. Marisa Marín, del Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue; al Prof. Sergio Bramardi, de la Facultad de Agronomía de la Universidad Nacional del Comahue; y al grupo de estudiantes investigadores de la Facultad de Ciencias Médicas, por su colaboración en el trabajo de campo y posterior carga de la base de datos: Néstor A. Jerez, Yanet L. Dietrich, María V. Fernández, Daniela Toloza, Gastón Montiveros, Juan M. Salgado, Vanesa B. Moreno, Alejandra Ordinola, Antonella Della Gaspera, Sergio A. Pérez, María E. Perramón, Tatiana López, Carla V. Benítez, María Y. Luffi, Brenda B. Jones, Nadia Mendoza Ponce, Jenifer Nichols, Laura Taub, Leonardo A. Orellana Kittsteiner, Joaquín Urdiales Peñalva, Lorena V. Colque, Noelia N. Lallana, María C. Bellusci, Cardina Correa Uranga, Mayne A. Cianci, Pamela La Paz, María F. Rodríguez, Zuleica Mansilla, Emanuel A. Llanquiman, Marisol A Acencio, Hernán Figueroa Willam, Emiliano J. Altina, Carolina G. Fuentes.

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

Cómo citar este artículo: Olavegogeoascoechea P, Allevato J, Bavio E, Federico A, Lamfre L. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad vascular en Cipolletti, Río Negro. Estudio FARICI. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):7-13.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for Chronic Disease Surveillance. MMWR. 2004;53(RR-11):1-89.
- Bhatt DL, Steg G. International Prevalence, Recognition, and Treatment of Cardiovascular Risk Factors in Outpatients with Atherothrombosis. JAMA. 2006;295(2):180-189.
- Grundy SM y col. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance from Framingham: A Statement for Healthcare Professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. Circulation. 1998;97:1876-1887.
- Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, et al. Role of Risk Factors for Major Coronary Heart Disease Events with Increasing Length of Follow Up. Heart. 1999;81:374-379.
- Greenland P, Deloria Knoll M, Stamler J, et al. Major Risk Factors as Antecedents of Fatal and Nonfatal Coronary Heart Disease Events. JAMA. 2003;290:891-897.
- Serrano Hernando FJ, Conejero AM. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):969-82.
- Wilhelmsen L, Köster M, Harnsen P. Differences between Coronary Disease and Stroke in Incidence, Case Fatality, and Risk Factors, but Few Differences in Risk Factors for Fatal and Non-Fatal Events. European Heart Journal. 2005;26:1916-1922.
- Sanz J, Moreno PR, Fuster V. The Year in Atherothrombosis. JACC. 2008 2008; 51(9):944-955
- Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes J III. Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease – Six-Year Follow-Up Experience: The Framingham Study. Ann Intern Med. 1961;55:33-50.
- Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S, et al. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study. Lancet. 2004;364:937-52.
- Lanas F, Avezum A, Bautista LE, et al. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America. The INTERHEART Latin American Study. Circulation. 2007;115:1067-1074.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=18&option=com_content Último acceso: 13 de Mayo de 2015
- Organización Mundial de la Salud. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. WHO Global Report. Ginebra, Suiza, 2005.
- Xavier D, Pais P, Devereaux PJ. Treatment and Outcomes of Acute Coronary Syndromes in India (CREATE): A Prospective Analysis of Registry Data. Lancet. 2008;371:1435-42.
- Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2007;75:20-29.
- Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta crónica de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2011;2(6):34-41.
- Primer Reporte de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles – Mercosur y Estados Asociados, 2011. [Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16758&Itemid]. [Último acceso: 4 de mayo de 2015].
- Pitarque R, Bolzán A, Gatella ME, et al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población adulta de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. Rev Argent Cardiol. 2006;74:447-452.
- Redruello MF, Calderón G, Masoli O, Mulassi A, Agüero R, La Bruna MC, et al. Prevalencia de factores de riesgo y riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas. Rev Argent Cardiol. 2008;76:450-458.
- Calandrelli M, et al. Survey on Cardiovascular Risk Factors in Bariloche. Rev Argent Cardiol. 2011;79:344-350.
- STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance (STEPS), 2015. [Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>]. [Último acceso: 4 de mayo de 2015].
- Boletín Epidemiológico Especial. Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2004. [Disponible en: http://www.msar.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/validacion_adaptacion_transcultural_enf.pdf] [Último acceso: 13 de Mayo 2015]
- OMS. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países, 2014. [Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/ch_es.pdf?ua=1]. [Último acceso: 4 de mayo de 2015].
- OPS. Herramienta para Vigilancia de ENTs: Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, 2014. [Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncd-surv-tools.htm>]. [Último acceso: 4 de mayo de 2014].
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. La nueva Encuesta Permanente de Hogares, 2003. [Disponible en: http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/Metodologia_EPHContinua.pdf] [Último acceso: 13 de Mayo de 2015]
- Ministerio de Salud de Chile. Segunda Encuesta Nacional de Salud, 2009-2010. [Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b-64dfe040010165012d23.pdf>] [Último acceso: 4 de mayo de 2015]
- Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, Linetzky B, Caixeta R, Ferrante D. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012: Resultados de la primera implementación en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2013;4(16):6-15.
- Plan Nacional Argentina Saludable. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. [Disponible en: <http://www.msar.gov.ar/argentina-saludable/plan/argsal.html>] [Último acceso: 4 de mayo de 2015].
- Boletín Oficial 14/10/2010. Resolución N° 1083/09. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y Plan Nacional Argentina Saludable. [Disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=BPBCF&=20100114>] [Último acceso: 5 de mayo de 2015].
- Ley Antitabaco 26687. Argentina, 2011 [Disponible en: [http://www.enre.gov.ar/web/bibliotd.nsf/\(SIDWeb\)/859E6A02EE79BB8A032578B1004124FA](http://www.enre.gov.ar/web/bibliotd.nsf/(SIDWeb)/859E6A02EE79BB8A032578B1004124FA)] [Último acceso: 5 de mayo de 2015]
- Concejo Deliberante de la ciudad de Cipolletti. Ordenanza 120/08: Espacios cerrados 100 por ciento libres de humo de tabaco, 2008. [Disponible en: <http://www.msar.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/legislacion/rionegro-ord-cipolletti.pdf>] [Último acceso: 5 de mayo de 2015]

ARTÍCULOS ORIGINALES

CESACIÓN DE TABACO NO ASISTIDA EN BUENOS AIRES: ESTUDIO CUALITATIVO

Unassisted Smoking Cessation in Buenos Aires: Qualitative Study

Lorena Peña,¹ Jonatan Konfino,² Raúl Mejía¹⁻³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La mayoría de los ex fumadores han dejado de fumar sin ayuda (cesación no asistida). Sin embargo, el uso de fármacos para ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones más promocionadas por la industria farmacéutica. **OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio fue explorar motivaciones, facilitadores y obstáculos que intervienen en el proceso de cesación de tabaco no asistida médicamente. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo. Se aplicó una entrevista semiestructurada a una muestra conveniente de 30 varones y mujeres mayores de 18 años, que habían dejado de fumar sin ayuda, en Buenos Aires durante el período 2011-2012. **RESULTADOS:** El interés por el cuidado de la salud fue uno de los motivos más importantes para dejar de fumar en forma abrupta. La presencia de espacios libres de humo se describió como uno de los facilitadores más destacados, mientras que los espacios públicos donde se permitía fumar aparecieron como la principal barrera. Las percepciones con relación a la dependencia del tabaco fueron reportadas como "compañía" y "esclavitud" y, a su vez, como importantes obstáculos al momento de dejar de fumar. **CONCLUSIONES:** Existe un amplio conocimiento acerca del tabaquismo, por lo que el cuidado de la salud parece ser uno de los motivos más relevantes para dejar de fumar. Sin embargo, hay percepciones fuertemente instaladas que giran en torno a las resignificaciones otorgadas al cigarrillo. Esto representaría un problema para aquellos fumadores que están intentando dejar de fumar.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Most former smokers have quit without assistance (unassisted cessation). However, the use of drugs to help quit smoking is one of the interventions widely promoted by the pharmaceutical industry. **OBJECTIVES:** To describe the motivations, facilitators and barriers involved in the medically unassisted smoking cessation. **METHODS:** A qualitative study was conducted. Semi-structured interviews were carried out to a convenient sample of 30 men and women older than 18, who had quit smoking without help, in Buenos Aires during 2011-2012. **RESULTS:** Interest in one's health was one of the most important reasons to suddenly quit. Smoke-free places were mentioned as one of the leading facilitators, while public smoking areas were considered the main barrier. Perceptions regarding tobacco dependence included "company" and "slavery", and appeared as important barriers when trying to quit. **CONCLUSIONS:** There is a wide knowledge about smoking, so health care seems to be one of the most important reasons for quitting. However, there are strong perceptions about new significations given to cigarette. This would represent a problem for those smokers who are trying to quit.

PALABRAS CLAVE: Tabaco - Cesación no asistida - Motivación - Percepción

KEY WORDS: Tobacco - Unassisted cessation - Motivation - Perception

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

² Programa Nacional de Control de Tabaco, Ministerio de Salud de la Nación.

³ Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Proyecto "Mentoría para investigadores en control de tabaco en Argentina", International Development Research Center, Canadá, IDRC 103460-076.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27 de octubre de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 16 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Lorena Peña
Correo electrónico: lo@ipaddress.com.ar

ReNIS N°: IS000628

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente seis millones de personas mueren cada año como consecuencia de la epidemia mundial de tabaquismo. Se estima que esta cifra podría duplicarse para 2030 si no se toman medidas para evitar la tendencia en los desenlaces de mortalidad.¹ La morbimortalidad asociada al tabaquismo es mayor en los países de ingresos bajos o medios, donde reside casi el 80% de los millones de fumadores que hay en el mundo.^{1,2}

En Argentina, la prevalencia de consumo de tabaco en la población total es del 25,1%.³ Más de 40.000 muertes anuales evitables pueden atribuirse directamente a enfermedades conexas.⁴ Se gastan aproximadamente 21.000 millones de pesos en costos directos para el tratamiento de patologías relacionadas con el consumo de tabaco. Esto representa el 1% del producto bruto interno del país y el 12% de su gasto anual en salud.⁴

La efectividad de las diferentes intervenciones dirigidas a orientar y facilitar el abandono del consumo de tabaco están ampliamente estudiadas.⁵ Las medidas más costo-

efectivas comprenden la aplicación de mayores impuestos al tabaco, la eliminación de la promoción y publicidad, la implementación de ambientes libres de humo y la inclusión de advertencias gráficas en las marquillas de cigarrillos.^{2,6} La cesación asistida de tabaco también forma parte de estas intervenciones.

La cesación asistida es un método que ayuda a los interesados a dejar de fumar. Cada fumador tiene la posibilidad de apoyarse en diferentes recursos, entre los que se pueden mencionar:^{7,8} intervenciones breves, grupos de autoayuda, uso de materiales impresos, líneas telefónicas de ayuda,^{5,7,8} sitios especializados en Internet⁹ y uso de fármacos, como terapia de reemplazo de nicotina (TRN),^{10,11} bupropión o vareniclina.^{7,8,11}

La farmacoterapia y la TRN forman parte de los métodos más promocionados por la industria farmacéutica.^{5,11-13} Incluso, algunos de los sustitutos de nicotina que están disponibles en el mercado son de venta libre (chicles, caramelos, parches). Numerosos estudios han demostrado la eficacia de estos productos para el control de los síntomas de abstinencia,¹⁴ y se cree que son los más utilizados en los últimos tiempos.¹¹⁻¹³ Sin embargo, la mayoría de las investigaciones que ponderan las intervenciones farmacológicas fueron financiadas por las compañías farmacéuticas responsables de desarrollar los productos para dejar de fumar.¹⁵

La utilización de fármacos para ayudar a dejar de fumar se inscribe en el desarrollo del proceso de medicalización.¹⁵ Este proceso no sólo implica que los sujetos naturalicen diferentes comportamientos cotidianos en términos de enfermedad y padecimiento, sino que dichos comportamientos comienzan a ser explicados y atendidos a través de técnicas y concepciones biomédicas.¹⁶ En los últimos años, la creciente incorporación de la farmacoterapia como estrategia altamente eficaz para la cesación asistida ha convertido a la lucha contra la epidemia de tabaquismo en una práctica medicalizada.¹⁵

La cesación de tabaco no asistida es el método más utilizado por quienes dejaron de fumar. Sin embargo, son escasos los estudios acerca de esta temática.^{15,17-20} En Argentina, según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA) de 2012, el 48,6% de los fumadores habían hecho un intento de dejar de fumar en el último año,¹⁷ y el 89,9% de ellos lo habían realizado sin recurrir a ningún tratamiento o intervención que los ayudara.

En este sentido, resulta sumamente importante contar con información local para generar políticas públicas que estimulen a la población a que deje de fumar sin ayuda. El objetivo de este estudio fue describir las motivaciones, facilitadores y obstáculos que intervienen en el proceso de cesación de consumo de tabaco no asistida, en personas que dejaron de fumar en Buenos Aires, Argentina.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio cualitativo de carácter descriptivo-exploratorio para abordar y comprender las estructuras de significados del contexto sociocultural de los sujetos y

analizar los discursos que circulan en ese espacio. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas.²¹

La muestra del estudio (n=30) fue no probabilística y determinada por muestreo teórico,²² se consideró la relevancia, el propósito y la saturación teórica²² para establecer el tamaño muestral final. La selección de los participantes fue por conveniencia, según la técnica de bola de nieve. Se realizaron 30 entrevistas en total durante noviembre de 2011 y febrero de 2012, siguiendo una guía con temas que a priori se consideraron como los más significativos. Debido a la ausencia de datos y estudios cualitativos acerca de la cesación no asistida, la guía de la entrevista se basó en la información proporcionada por referentes en tabaquismo. Se exploraron las siguientes dimensiones: conocimientos y percepciones acerca del tabaquismo, motivos y estrategias utilizadas para dejar de fumar, y barreras y facilitadores intervinientes en el proceso de cesación no asistida (ver Tabla 1).

Un integrante del equipo de investigación contactó por teléfono y correo electrónico a cada uno de los participantes. Todas las personas contactadas aceptaron participar. Se les pidió autorización para grabar sus discursos, y se garantizó la confidencialidad de sus opiniones. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos y se realizaron en diferentes lugares de acuerdo con las preferencias de la persona en cuestión (generalmente, en su domicilio o en un espacio público, como un bar o café).

Las primeras entrevistas fueron más exhaustivas, ya que cubrieron todos los puntos de la guía. Una vez avanzado el trabajo de campo, cuando algunos temas habían saturado la diversidad de respuestas, las preguntas se fueron centralizando sobre algunos ítems específicos, como la valoración del cigarrillo, los significados que se le otorgan y los obstáculos

TABLA 1. Dimensiones exploradas con relación a la cesación de tabaco no asistida, Buenos Aires, 2011-2012.

Motivaciones	Cuidado de la salud Embarazo/Hijos Edad Estética Liberación
Estrategias para dejar de fumar	Cesación abrupta/De un día para el otro Distracción (pensar y hacer otra cosa) Consumir chicles, caramelos, frutas, cereales Dejar con otra persona
Facilitadores	Pensar en los beneficios Dejar con otra persona Actividad física Ejercicios de respiración Espacios libres de humo Apoyo de la familia y amigos/as Fuerza de voluntad
Obstáculos	Síntomas de abstinencia Espacios no libres de humo Temor al aumento de peso Percepción del tabaco como compañía Estrés

Fuente: elaboración propia

que intervienen al momento de dejar de fumar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: varones y mujeres ex fumadores de 18 años o más, que habían realizado un intento serio para dejar de fumar sin ayuda en los 12 meses previos al momento de la entrevista y que vivían en la ciudad de Buenos Aires o el conurbano bonaerense.

Los criterios de exclusión fueron: varones y mujeres menores de 18 años o que habían dejado de fumar a partir de una recomendación médica o mediante uso de fármacos, sustitutos de nicotina, materiales de autoayuda, páginas web, líneas telefónicas de ayuda o grupos de cesación.

Se consideró ex fumador a toda persona que había dejado el tabaco en los últimos 12 meses,¹⁷ y cesación no asistida o dejar de fumar sin ayuda, a la ausencia de tratamiento farmacológico y/o cualquier intervención cognitiva individual o grupal, en el contexto de un intento serio de cesación.¹⁵ Por último, un intento serio supuso haber permanecido sin fumar al menos durante 24 horas.²³

A los entrevistados se les comunicó la finalidad de la investigación y el carácter voluntario de su participación. Se obtuvo un consentimiento firmado de cada uno de ellos. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires.

Todas las entrevistas fueron grabadas. Posteriormente se efectuó su transcripción para procesar y analizar la información. El procesamiento de la información se realizó mediante un análisis de contenido. Las variables o categorías de análisis fueron definidas en una matriz de elaboración propia construida en Excel. El proceso de análisis se realizó a partir de la codificación de cada una de las transcripciones (asignación de las unidades de texto a cada categoría de análisis, en cada una de las transcripciones). La estrategia que se aplicó a los datos codificados fue la comparación permanente. De esta manera, luego de un proceso de lectura

y relectura de los textos, se identificaron las dimensiones del estudio y aquellas nuevas que emergieron durante las conversaciones, a partir de las cuales se elaboraron los resultados.

RESULTADOS

Se entrevistó a 15 varones y 15 mujeres. Su rango de edad estuvo entre los 22 y 58 años, con un promedio de 36. Todos manifestaron ser trabajadores activos o estar empleados, y la mayoría había completado los estudios universitarios; las demás características demográficas se describen en la Tabla 2.

Los entrevistados señalaron que habían comenzado a fumar durante su adolescencia; el promedio de edad de inicio fue de 16 años. La mayoría había tenido dos o más intentos de dejar de fumar, aunque algunos participantes se encontraban en el primero.

Algunas personas transitaban un momento de recaída dentro de los últimos 12 meses, desde que habían dejado de fumar. Al momento de la entrevista, tres de los entrevistados estaban en esa etapa y fumaban hasta cinco cigarrillos por día.

Los participantes mencionaron que el tabaquismo es una adicción que provoca múltiples problemas para la salud, entre los cuales reconocieron: cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), problemas cardíacos, respiratorios y circulatorios. A pesar de conocer las consecuencias para la salud, manifestaron que fumar formaba parte de una rutina, de sus prácticas y comportamientos, de un estilo de vida. Percibían al cigarrillo como a un "compañero" que está presente en cualquier momento.

"Es un bastón, pero bueno, es de humo, o sea, te hace caer igual ¿no?" (Mujer, 39 años)

Según los entrevistados, hubo diversas razones que en forma simultánea los impulsaron a intentar dejar de fumar. Sin embargo, siempre identificaron un motivo que se presentaba como el más fuerte o que actuaba como el disparador de la decisión: en tal sentido, se destacaron el cuidado de la salud y la toma de conciencia de los riesgos ocasionados por el cigarrillo. En algunos casos esta idea estuvo acompañada por un suceso precursor que generó preocupación o miedo, y los intentos de abandono fueron no planificados.

"Dejé de fumar porque yo jugaba campeonatos de fútbol, y en uno de los partidos, cuando quise hacer un pique largo, buscaba el aire porque no lo tenía en ningún lugar, fue sinceramente desesperante (...) evidentemente me di cuenta de que el pucho me estaba empezando a matar." (Varón, 43 años)

En las mujeres, la presencia de un embarazo fue señalada como el motivo más importante para dejar de fumar. Para las que tenían un hijo o más, el embarazo siempre había sido la principal causa de sus intentos para dejar de fumar.

"Sí, el bebé. No lo hice por mí, lo hice por el bebé, porque le hacía mal." (Mujer, 29 años)

TABLA 2. Características socio-demográficas, Buenos Aires, 2011-2012.

Principales indicadores	Mujer	Varón	Total
Edad (años)			
Hasta 29	4	5	9
30 a 49	8	9	17
50 y más	3	1	4
Nivel educativo (años)			
Hasta 7	1	2	3
8 a 12	2	5	7
13 y más	12	8	20
Intentos de dejar de fumar			
Entre 1 y 2 intentos	10	11	21
Entre 3 y 5 intentos	3	3	6
6 o más intentos	2	1	3
Edad a la que comenzó a fumar (años)			
12 a 15	4	9	13
16 a 19	9	6	15
20 a 23	2	0	2
Total	15	15	30

Fuente: elaboración propia

Los hijos ocupaban un rol muy importante para varones y mujeres, ya que no sólo priorizaban la salud y el bienestar de todos los integrantes de la familia, sino que a veces eran ellos mismos quienes generaban un fuerte desafío a partir del insistente pedido para dejar de fumar. En algunas situaciones, las promesas formuladas a los hijos/as creaban un compromiso mayor con la decisión y cumplía un papel importante, no sólo para tomar la decisión sino también para mantenerla en el tiempo.

"Esta vez ya fue distinto de otras veces anteriores, porque yo le prometí a los chicos, yo tengo tres hijos." (Varón, 42 años)

La edad y el tiempo como fumador también fueron mencionados como motivos para la cesación. El hecho de cumplir determinada edad (30 o 40 años) generaba una preocupación que actuaba como motivación. Esta inquietud se sumaba a la cantidad de años llevados en condición de fumador, que representaba una consecuencia mayor para la salud.

Otra de las motivaciones que surgieron en forma recurrente en el discurso de los/as entrevistados/as fue el deseo de liberación. En este caso, el éxito de la cesación del consumo de tabaco simbolizaba tanto la superación de una situación percibida como esclavitud como el logro de dejar de estar atado a algo.

"Bueno, de alguna manera te conduce a una dependencia, ¿sí? A una esclavitud de algo, y eso es lo que nunca quise. La verdad es que trabajé toda mi vida, trabajé con mis hijos para que no sean esclavos de nada, que puedan decidir ellos su vida." (Mujer, 50 años)

Los aspectos estéticos, como el olor a tabaco en el cuerpo o la ropa, el aliento y los efectos en la piel y dientes, también fueron enumerados como razones para dejar de fumar. En general, este componente estaba acompañado de otra motivación más fuerte y formaba parte de los beneficios reconocidos por dejar de fumar.

En lo que respecta a las estrategias, en general, los participantes refirieron haber dejado el cigarrillo de un día para el otro y no como parte de un proceso de disminución progresiva. Sin embargo, algunos señalaron que la cesación abrupta generaba mayor ansiedad y angustia, por lo que se proponían objetivos cercanos o fases cortas de interrupción para percibir la cesación como algo más factible y amigable.

"Lo que hacía era posponerlo: 'después del café', decía, y cuando llegaba, esas ganas que yo había tenido en un primer momento se habían pasado. Entonces decía: '¿realmente tengo ganas de fumar ahora?', era como tomar conciencia cuándo sí y cuándo no". (Mujer, 39 años)

Otra de las estrategias mencionadas fue comprometerse con otra persona para dejar de fumar al mismo tiempo. Algunos/as refirieron tomar la decisión simultáneamente con amigos, hermanos o parejas como una estrategia de cesación.

Cuando surgía la necesidad imperiosa de consumir un cigarrillo –como antojo–, las/os entrevistadas/os dijeron que focalizaban la atención en alguna actividad extra u

otra cosa. Las estrategias de distracción incluían mirar una película, entretenerse con algún juego, salir a caminar o realizar ejercicios de respiración, entre otras. Mencionaron también el consumo de caramelos, chicles, cereales y mucha agua, principalmente en los primeros meses de cesación y abstinencia. Asimismo, indicaron que no habían utilizado ningún tipo de fármaco o TRN para dejar de fumar por elección propia. Las razones por las cuales habían tomado esa decisión eran la falta de confiabilidad y credibilidad en el método; al mismo tiempo, reforzaron la importancia de tener fuerza de voluntad para dejar de fumar concluyentemente.

"No creo en nada de eso, no creo. Me hablaron del Niquitin, que era que te saciaba bastante, la verdad que no creo en eso (...) No sé por qué no creo, no me imagino algo que, ¿qué es nicotina? Digo, no estoy fumando y me estoy agregando nicotina, ¿qué es esto, estoy loca?." (Mujer, 50 años)

"Si quiero dejar de fumar, voy a dejar de fumar porque yo quiera, no por comer un chicle. Así es como lo veo yo." (Varón, 22 años)

Pensar en todos los beneficios de dejar de fumar fue el principal facilitador para mantenerse en el proceso de cesación. Las ventajas mencionadas fueron la percepción de mayor capacidad respiratoria, la ausencia de olor a cigarrillo en la ropa y los ambientes, el placer de volver a sentir el sabor de las comidas, la mejora en el aspecto de la piel y la posibilidad de llevar menos cosas en la cartera y/o los bolsillos.

Otro de los facilitadores destacados por las/os entrevistadas/os fueron los espacios libres de humo, cuya implementación ayudó a consumir menos tabaco durante la toma de decisión y, a su vez, permitió continuar con el proceso de cesación satisfactoriamente.

"A mí, por lo menos, también me ayudó eso: no poder ir a un bar y fumar, o tomar una cerveza en un bar y fumar. A mí me sacó como las ganas de tener que salir a la vereda a fumarme un cigarrillo. Lo hice al principio, y después ya... A mí me ayudó." (Mujer, 39 años)

Se habló de estar convencido de la decisión y de poseer la fuerza de voluntad necesaria para mantenerla. De lo contrario, según las/os entrevistadas/os, la cesación no se habría completado exitosamente.

"Si vos querés, dejás. No necesitás libro, no necesitás inyecciones, no necesitás paulatinamente, no necesitás... porque eso de la dependencia de la nicotina es todo un chamuyo. Lo que más sirve es la voluntad, si vos tenés la voluntad, lo dejás. Yo soy un convencido de eso." (Varón, 40 años)

"Yo sé que todos los que dejaron es porque estaban seguros de que querían dejar y pusieron la fuerza de voluntad, yo creo que es fuerza de voluntad." (Varón, 34 años)

De acuerdo con las/os entrevistadas/os, la aprobación, la buena predisposición y la mirada positiva de los demás también ayudaron mucho. Se observó que la comunicación sobre la decisión, el apoyo y reconocimiento diario de familiares y amigos intervienen como facilitadores del proceso de cesación.

"La felicitación diaria del otro (...) Para mí, el tema que más ayuda es el apoyarse en la familia, digamos, y hacerle bien presente a la familia que a uno le cuesta y la auto-celebración, ¿viste? Un día más... miren, chicos, es un día más, que blablá. Esa onda, digamos, hacer ver que uno necesita que le reconozcan eso, aunque sea como juego, ¿viste?" (Varón, 42 años)

Al hablar de los obstáculos para dejar de fumar, los/as participantes hicieron referencia a los que existen antes de la toma de decisión y durante el proceso de cesación. Las barreras previas estaban relacionadas con el temor al aumento de peso, al manejo de los síntomas de ansiedad y abstinencia, a "no poder lograrlo" y a la imposibilidad de imaginarse sin la "compañía de un cigarrillo".

"Parecía que lo iba a extrañar tremendamente. Que no iba a poder, por eso es que ni intentaba." (Mujer, 48 años)

"El cigarrillo para mí era compañía y apoyo (...) Eso me preocupaba de dejar de fumar, y era una mentira obviamente, pero yo sentía que me iba a faltar esa compañía y me iba a faltar ese apoyo en situaciones difíciles." (Mujer, 39 años)

En algunos casos, esta imposibilidad de imaginarse sin la "compañía de un cigarrillo" también se identificó con la percepción de dejar de tener ciertos momentos de goce y perder "algo que da placer".

"No sé si era preocupación, pero era una molestia dejar de hacer algo que a uno en algún momento como que te daba un cierto placer, algo que te da placer y dejarlo de hacer." (Varón, 34 años)

Por otro lado, luego de dejar de fumar, compartir espacios con fumadores fue una de las barreras más importantes. Se mencionó que, en ciertos contextos, hubo que soportar actitudes y comportamientos poco apropiados por parte de personas fumadoras, particularmente en eventos y reuniones sociales donde no sólo fumaban sin preguntar si eso ocasionaba algún malestar, sino que "te ofrecían cigarrillos" sin respetar uno de los momentos más difíciles de sobrellevar.

"Me acuerdo del peor comentario que me hicieron en mi vida, fue el de una amiga que me dijo: 'ahora que dejaste de fumar, sos aburrida'. (...) Porque estábamos en un lugar y había que salir a fumar y entonces me ofreció: '¿Vamos afuera a fumar?', y yo le dije: 'No, dejé de fumar... ¡No!'; ella ya sabía que había dejado de fumar." (Mujer, 30 años)

"El obstáculo más grande fue el hecho de en algún momento haber sentido las ganas de fumar, los primeros días, y que alguien por ahí te diga: 'Tomá, fumate un pucho, total uno no te va a hacer nada'." (Varón, 32 años)

Los entrevistados/as, además, señalaron que la presencia de situaciones con mayor tensión y estrés durante los primeros meses de cesación, principalmente, podía facilitar un período de desliz y/o recaída.

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada, el interés por el cuidado de la salud fue el factor que más motivó a dejar de fumar. Por lo general, el abandono se realizó en forma abrupta, aunque

en algunos casos la estrategia de posponer los cigarrillos vinculados a prácticas cotidianas, como tomar un café después de comer, beber alcohol, etc., produjo menor ansiedad y resultó ser efectiva. Cabe señalar que la estrategia de posponer el cigarrillo no apuntaba a una disminución progresiva de consumo de tabaco; las personas en cuestión rehusaban definirse como no fumadoras desde el primer día de cesación, debido al temor de no poder alcanzar con éxito la meta.

En este estudio, todos los/as participantes habían dejado de fumar sin ayuda al momento de la entrevista. Entre los que contaban con más de un intento, todos habían sido sin ayuda y de un día para otro. Este hallazgo concuerda con otras investigaciones, que revelan que dejar de fumar de un día para el otro (*cold turkey*) y la fuerza de voluntad (*willpower*)²⁴ son las estrategias más utilizadas por quienes desean dejar de fumar.^{25,26} Según un estudio realizado en Estados Unidos en 2003, 20 años después de la incorporación al mercado de la TRN, los fumadores que habían tratado de dejar sin ayuda en el último año duplicaban en número a los que habían utilizado tratamientos farmacológicos, y sólo el 8,8% de los estadounidenses con intentos de dejar de fumar había recurrido a un tratamiento conductual.²⁶

Se reconoció el cuidado de la salud como el principal motivo para dejar de fumar, al igual que en la Encuesta de Tabaquismo en Grandes Ciudades de Argentina 2004.²⁰ A diferencia de otros estudios con resultados similares,^{26,27} ninguno de los/as entrevistados/as vinculó la decisión de dejar el cigarrillo con un problema de salud relacionado con el tabaco, sino que el disparador fue la toma de conciencia acerca de los efectos nocivos. El tiempo de fumador en años, la edad, los efectos en la piel y dientes, y la conciencia sobre todos los beneficios que traía la cesación fueron otros factores mencionados, que reflejan una creciente autopercepción de riesgo por parte del fumador en los últimos tiempos.

Al igual que en otros estudios,^{20,27} se observó que la presencia de hijos/as y/o embarazos ocupa un rol fundamental tanto para varones como para mujeres. Si bien la muestra de este estudio no incluyó embarazos en curso, cabe señalar la importancia que se le otorgó a ese momento con relación a la cesación de tabaco. Principalmente las mujeres con hijos/as recordaban que el embarazo había sido el principal motivo para dejar de fumar en todos sus intentos previos. A pesar de esto, en Argentina, las mujeres embarazadas no contarían con el apoyo profesional suficiente para dejar de fumar, ya que la mayoría de los ginecólogos y obstetras les permiten fumar hasta cinco cigarrillos por día durante la gestación.²⁸

Los espacios libres de humo también fueron señalados por todos los entrevistados como importantes facilitadores. A partir de la implementación de la Ley Nacional de Control de Tabaco (26687) en Argentina, los fumadores se vieron obligados a cambiar ciertas prácticas en sus vidas, lo que generó conciencia social sobre el daño causado por el tabaco. Actualmente, estos cambios atraviesan actitudes y

comportamientos de niños y niñas, que reconocen el tabaco como un hábito no saludable y con graves problemas para la salud, a diferencia de otros tiempos, en los que fumar era bien visto y sus consecuencias no estaban suficientemente exploradas e instaladas en la sociedad. Esto podría explicar la gran influencia que tienen los hijos/as en la toma de decisión para dejar de fumar y merece especial atención para continuar trabajando en la promoción y cumplimiento de los espacios 100% libres de humo.

Este trabajo, al igual que la encuesta EMTA 2012,¹⁷ revela que existe un amplio conocimiento por parte de fumadores y ex fumadores acerca del tabaquismo como adicción y sus consecuencias para la salud. Sin embargo, el tabaco aparece como un compañero, que forma parte de las prácticas cotidianas de los fumadores. La dificultad de imaginarse sin un cigarrillo obstaculiza y complica cada intento por dejar de fumar. Esta compañía también es resignificada como una esclavitud, lo que revela una vez más una contradicción en sí misma: fumar cuando las consecuencias nocivas están ampliamente reconocidas por la población. Esta percepción es el resultado del persistente trabajo de la industria tabacalera, que a partir de sus inversiones en publicidad²⁹ logra captar una mayor cantidad y diversidad de fumadores. Algo similar sucede con otras percepciones construidas a partir de la imagen en torno al cigarrillo. Algunas de ellas fueron desarrolladas anteriormente en los resultados de este estudio (*"fumar es algo que te da placer"*, *"ahora que no fumás, sos aburrida"*). Esto podría ejemplificar nuevamente el perseverante trabajo de las campañas publicitarias impulsadas por las tabacaleras.

Existe una discrepancia entre los conocimientos demostrados sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco y la percepción como una compañía o algo que da placer. Esto permitiría abrir el debate para implementar nuevas acciones preventivas, elaborar estrategias que amplíen la conciencia en torno al tabaquismo y generar cambios sobre las representaciones sociales acerca de la enfermedad y los métodos de cesación.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de reflexionar sobre la relación costo-efectividad de las intervenciones contra la epidemia del tabaco. Si bien existe evidencia acerca de la costo-efectividad en los tratamientos farmacológicos y conductuales de cesación,^{12,13} que además ayudan a evitar los elevados costos de atención médica

de las enfermedades atribuibles a la continuidad en el consumo de tabaco, el estímulo hacia una nueva iniciativa de promoción de la cesación no asistida por parte de los decisores de salud posiblemente ayude a la población a dejar de fumar y, por ende, a disminuir los costos en salud ocasionados por estas enfermedades.

Una de las limitaciones de este estudio es que no tuvo confirmación bioquímica de los entrevistados para saber si estaban realmente en un período de abstinencia. Por otro lado, sólo se exploraron prácticas de sujetos que habían dejado de fumar sin ayuda, y no se relevó información acerca de experiencias de cesación de tabaco asistida. Además, al ser un estudio cualitativo con una muestra por conveniencia, los resultados revelan un contexto específico. Sin embargo, su valor reside en proporcionar aspectos poco conocidos de la cesación de tabaco no asistida.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La difusión del contenido de este trabajo entre los distintos efectores de salud pública y las recomendaciones transmitidas a través de los diferentes actores involucrados en el control de tabaco, desde los investigadores y organizaciones de la sociedad civil hasta las autoridades gubernamentales, deberían enfatizar los aspectos que facilitan la cesación no asistida como método para empoderar y ayudar a más personas a dejar de fumar.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La poca información que existe acerca de la cesación no asistida es abordada desde una perspectiva superficial, relativizando todo esfuerzo exitoso en el abandono de tabaco sin ayuda y revalorizando la terapia farmacológica.^{30,31} Según Chapman y MacKenzie, algunos de los factores que establecen la amplia concentración de estudios sobre la cesación asistida son, por un lado, la medicalización creciente característica de la medicina moderna y, por otro, la mercantilización del recurso persistente de la cesación.¹⁵

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia para fortalecer y diseñar estrategias de comunicación que estimulen a la población a dejar de fumar sin ayuda. A su vez, abren nuevos interrogantes, que pueden ser desarrollados en futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

A los entrevistados y las entrevistadas, por el tiempo dedicado.

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

Cómo citar este artículo: Peña L, Konfino J, Mejía R. Cesación de tabaco no asistida en Buenos Aires: estudio cualitativo. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):14-20.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publ Científica. 2000;577. [Disponible en: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/08/03/000011823_20050803170840/Rendered/PDF/196380Spanish092753157790010.pdf] [Último acceso: 16 de marzo de 2015]
- ² World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. 2008. [Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf]. [Último acceso: 16 de marzo de 2015].
- ³ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2013. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/>]. [Último acceso: 16 de marzo de 2015].
- ⁴ Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Marti S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Pública. 2010;27:237-45.
- ⁵ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A US Public Health Service Report. Am J Prev Med. 2008;35(2):158-76.
- ⁶ Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-Based Programmes for Preventing Smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4.
- ⁷ Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of Smoking Cessation Interventions among Adults: A Systematic Review of Reviews. Eur J Cancer Prev. 2008;17(6):535-44.
- ⁸ Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker Who is Struggling to Quit. JAMA. 2012;308(15):1573-80.
- ⁹ Schueller SM, Leykin Y, Perez-Stable EJ, Muñoz RF. Selection of Intervention Components in an Internet Stop Smoking Participant Preference Trial: Beyond Randomized Controlled Trials. Psychiatry Res. 2013;205(1-2):159-64.
- ¹⁰ Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1).
- ¹¹ Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological Interventions for Smoking Cessation: An Overview and Network Meta-Analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5.
- ¹² Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Bupropion and Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: A Systematic Review and Economic Evaluation. Health Technol Assess Winch Engl. 2002;6(16).
- ¹³ Ronckers S, Ament A. Cost-Effectiveness of Treatment for Tobacco Dependence: A Systematic Review of the Evidence; 2003. [Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Ronckers-Cost-effectiveness-whole.pdf>]. [Último acceso: 16 de marzo de 2015].
- ¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. [Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/front-matter.pdf>] [Último acceso: 16 de marzo de 2015]
- ¹⁵ Chapman S, MacKenzie R. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. PLoS Med. 2010;7(2).
- ¹⁶ Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
- ¹⁷ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Encuesta Nacional de Tabaquismo en Adultos. Buenos Aires; 2012. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/>]. [Último acceso: 16 de marzo de 2015].
- ¹⁸ Lee C, Kahende J. Factors Associated with Successful Smoking Cessation in the United States, 2000. Am J Public Health. 2007;97(8):1503-9.
- ¹⁹ Smith AL, Chapman S, Dunlop SM. What Do We Know about Unassisted Smoking Cessation in Australia? A Systematic Review, 2005-2012. Tob Control. 2015;24(1).
- ²⁰ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Control de Tabaco. Encuesta de tabaquismo en grandes ciudades de Argentina, 2004. 2005. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/>]. [Último acceso: 16 de marzo de 2015].
- ²¹ De Souza Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- ²² Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006.
- ²³ Carpenter MJ, Hughes JR. Defining Quit Attempts: What Difference Does a Day Make? Addict Abingdon Engl. 2005;100(2):257-8.
- ²⁴ Balmford J, Borland R. What Does It Mean to Want to Quit? Drug Alcohol Rev. 2008;27(1):21-7.
- ²⁵ Hung WT, Dunlop SM, Perez D, Cotter T. Use and Perceived Helpfulness of Smoking Cessation Methods: Results from a Population Survey of Recent Quitters. BMC Public Health. 2011;11(1):592.
- ²⁶ Sieminska A, Buczkowski K, Jassem E, Lewandowska K, Ucinska R, Chelminska M. Patterns of Motivations and Ways of Quitting Smoking among Polish Smokers: A Questionnaire Study. BMC Public Health. 2008;8(1):274.
- ²⁷ Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Jørgensen T. Motives to Quit Smoking and Reasons to Relapse Differ by Socioeconomic Status. Prev Med. 2011;52(1):48-52.
- ²⁸ Mejía R, Martínez Guil V, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Physician Counseling of Pregnant Women about Active and Second-Hand Smoking in Argentina. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(4):490-5.
- ²⁹ Braun S, Mejía R, Ling PM, Perez-Stable EJ. Tobacco Industry Targeting Youth in Argentina. Tob Control. 2008;17(2):111-7.
- ³⁰ Curry SJ, Sporer AK, Pugach O, Campbell RT, Emery S. Use of Tobacco Cessation Treatments among Young Adult Smokers: 2005 National Health Interview Survey. Am J Public Health. 2007;97(8):1464-9.
- ³¹ Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco Addiction. Lancet. 2008;371(9629):2027-38.

ARTÍCULOS ORIGINALES

LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA: UN MODELO PARA ARMAR

Prevention of Problematic Drug Consumption from a Community Perspective: A Model Kit

Alejandro Capriati,¹ Ana Clara Camarotti,¹ Pablo Di Leo,¹ Gabriela Wald,¹ Ana Lia Kornblit¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En el estudio del consumo problemático de drogas; hay dos modelos hegemónicos que se han aplicado hasta la actualidad: el ético-jurídico y el médico-sanitario. OBJETIVOS: Identificar instituciones y organizaciones cuyas estrategias estén en línea con el modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas, para así ampliar y fortalecer dicho modelo. MÉTODOS: Se trabajó con un diseño exploratorio-descriptivo. Para la producción, el procesamiento y el análisis de la información, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa. La información se relevó mediante entrevistas en profundidad. Se exploraron trayectorias y actividades de distintas instituciones y organizaciones en la ciudad de Buenos Aires y en partidos del Gran Buenos Aires. El análisis de los datos permitió corroborar las dimensiones constitutivas del modelo y profundizar la caracterización de las acciones relativas a cada dimensión. RESULTADOS: Las organizaciones relevadas se pueden agrupar en tres tipos: las que abordan los consumos problemáticos de drogas como un tema de salud pública; las que vinculan esos consumos con la marginalidad y la vulnerabilidad y las que realizan intervenciones de promoción de la salud, como iniciativas deportivas, educativas, comunicacionales y culturales. CONCLUSIONES: Es importante asegurar la sostenibilidad de este tipo de proyectos para desarrollar una política pública más eficaz e integral en materia de drogas.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Problematic drug use has been addressed so far by two dominant approaches: the ethical-legal and the medical models. OBJECTIVES: To identify institutions and organizations whose strategies are in line with the so-called socio-community approach to problematic drug use and thus to expand and strengthen the model. METHODS: An exploratory-descriptive design was used. For the production, processing and analysis of information, a qualitative methodological strategy was used, collecting data through in-depth interviews. The study explored trajectories and activities of various institutions and organizations in Buenos Aires city and the Great Buenos Aires. The data analysis allowed to define the constitutive dimensions of the model and to characterize the actions related to each dimension. RESULTS: The organizations under study were of three types: the ones addressing problematic drug use as a public health issue; the ones relating that use to marginality and vulnerability; and the ones making health promotion interventions in the field of sport, education, communication and culture. CONCLUSIONS: It is important to ensure the sustainability of these projects in order to develop a more effective and comprehensive public policy in the field of problematic drug use.

PALABRAS CLAVE: Abuso de drogas - Vulnerabilidad social - Participación comunitaria - Promoción de la salud

KEY WORDS: Drug abuse - Social vulnerability - Community participation - Health promotion

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. CONICET

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de mayo de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 de enero de 2015

CORRESPONDENCIA A: Alejandro Capriati
Correo electrónico: alejandrocapiati@gmail.com

RENIS N°: IS000463

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de los particulares para encarar el consumo problemático de drogas en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina, y de los recursos invertidos en las respuestas implementadas, los resultados obtenidos hasta la fecha han sido magros.¹⁻⁴ Algunos de los factores que han impedido alcanzar los niveles de eficacia esperados son: creer que el consumo de drogas podría ser eliminado en el mundo, en lugar de aceptar que las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos; aceptar la falsa dicotomía entre drogas ilícitas y legales, aun cuando se trata de una división arbitraria; imponer autoritariamente el modelo abstencionista, contracara del paradigma prohibicionista,

que no tiene en cuenta el respeto de los derechos de las personas; encarar las respuestas sanitarias al consumo problemático de drogas fundamentalmente desde la asistencia a los usuarios, sin priorizar esfuerzos preventivos en relación con las causas del consumo; omitir las necesidades y demandas de los usuarios de drogas, dificultando así su acceso al sistema socio-sanitario; responder al consumo problemático de drogas en forma aislada de otras cuestiones sociales, derivadas de la marginalidad y la exclusión; dejar de lado la participación de los usuarios en la gestión de sus propios problemas, sin aceptarlos como interlocutores válidos para que desarrollen sus competencias y su capacidad de auto-control; desconocer las importantes diferencias entre tipos de consumo de drogas, homologando así grupos sociales y prácticas tan disímiles como el consumo de pasta base por parte de sectores juveniles socialmente excluidos y el de las llamadas drogas recreativas por parte de jóvenes de clases medias y altas; contribuir a la estigmatización de los consumidores de drogas, presentándolos como socialmente peligrosos, imagen multiplicada desde los medios de comunicación masiva al asociar juventud, violencia y consumo de drogas; propiciar el concepto de "escalada del consumo de las drogas", desconociendo que sólo un porcentaje pequeño incurre en consumos problemáticos; rechazar inicialmente la estrategia de reducción del daño, que pretende dotar a los individuos de cierto control sobre sus prácticas a partir de la identificación de los riesgos y de las situaciones de vulnerabilidad en las que viven; priorizar la identificación de los factores de riesgo a los factores protectores, las prácticas de cuidado y la solidaridad.

El modelo socio-comunitario que aquí se presenta se diferencia de los dos abordajes más difundidos en esta sociedad: el ético-jurídico y el médico-sanitario. Aunque estos modelos y sus prácticas de intervención surgieron hace ya varias décadas y su eficacia ha demostrado ser relativa, continúan siendo hegemónicos. A diferencia de ellos, el modelo socio-comunitario toma en cuenta el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta a prevenir los efectos que dichas condiciones pueden ocasionar. Por ende, enfatiza la prevención inespecífica, ampliándola con los desarrollos de la promoción de la salud, que considera a la salud como un recurso para la vida diaria. El modelo socio-comunitario se caracteriza por los siguientes aspectos, que no son contemplados en los dos modelos anteriores: prioriza la prevención y la promoción de la salud a nivel grupal frente al nivel asistencial individual; promueve la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones que la tienen por objeto; busca disminuir los riesgos que acompañan al consumo de drogas, en lugar de intentar suprimirlos en su totalidad prohibiendo el consumo; apunta a modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, es decir, los factores de riesgo, y explora y potencia aspectos que disminuyen la probabilidad de dicho consumo, es decir, los factores de protección; trabaja intersectorialmente entre los servicios de salud, sociales y educativos públicos y de organizaciones de la sociedad civil, favoreciendo la creación

de redes institucionales; actúa de un modo descentralizado en espacios locales cercanos a aquellos en los que se desarrolla la vida cotidiana de las personas; parte del supuesto de que con los usuarios de drogas se pueden acordar y pactar formas menos arriesgadas de uso, o la abstinencia cuando sea necesaria; procura comprender las concepciones del mundo de las personas a las que se dirigen los programas, dado que la ausencia de mundos compartidos impide adoptar intervenciones pertinentes; y propicia la capacidad de agencia de los individuos y los grupos.

El modelo entiende las prácticas de salud como un proceso colectivo de salud-enfermedad-atención, en el cual el consumo problemático de drogas, además de involucrar a quienes las consumen y sus allegados, compromete a toda la comunidad. Las desigualdades sociales en materia educativa, el desempleo, la precariedad laboral, la segregación socio-espacial, la discriminación y la falta de respuestas socio-sanitarias adecuadas no son el mero contexto, sino una parte constitutiva de los consumos problemáticos de drogas. El modelo apunta a desarrollar iniciativas creativas y flexibles con una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en las que converjan diversas perspectivas de abordaje teórico-práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. Es por ello que se requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que sufren los problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos personalizados a los escenarios y situaciones de origen.

Acontecimientos recientes avalan la necesidad de instrumentar modelos de este tipo. En 2010 se creó en Argentina la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el ámbito de la Secretaría de Determinantes de Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. Por otra parte, la sanción de la Ley 26 657 "Nacional de Salud Mental" incorpora avances innovadores en el área, en especial el enfoque de derechos, y pone sobre el tapete la necesidad de que las tramas de relaciones sociales e institucionales se transformen en "comunidades que cuiden". En el mismo sentido, en el ámbito de CABA, la Ley 2 318 sobre "Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo" destaca la multiplicidad de dimensiones presentes en el abuso de sustancias y la necesidad de generar un enfoque pluralista e interdisciplinario para una política pública. Ambas normas coinciden en afirmar que el tratamiento de las adicciones debe consistir en la alternativa terapéutica más conveniente y en la que menos restrinja los derechos y libertades de los usuarios.

El objetivo de esta investigación fue, en primer lugar, identificar estrategias acordes al modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas, modelo construido por este equipo de trabajo a partir del diálogo entre los desarrollos teóricos de distintas disciplinas y las investigaciones realizadas durante los últimos años.^{5,6} El segundo objetivo fue detectar elementos en estas experiencias que permitieran ampliar y fortalecer dicho modelo.

MÉTODOS

Se relevaron las respuestas alternativas frente a los consumos problemáticos de drogas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los partidos del Gran Buenos Aires (GBA). En el marco de un diseño exploratorio-descriptivo, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa para la producción, el procesamiento y el análisis de la información. La entrevista en profundidad fue la técnica utilizada para el relevamiento de información. De las organizaciones/instituciones, se exploraron las siguientes dimensiones: trayectorias en su trabajo comunitario; actividades realizadas; capacitación a los referentes comunitarios; sistematización/evaluación de las actividades comunitarias; fortalezas de las iniciativas y lecciones aprendidas. Los criterios de inclusión refirieron a algunos de los aspectos característicos del modelo, definido en el apartado anterior:

- Sobre el lugar de trabajo y el tipo de organización/institución: CABA y partidos del GBA, con organizaciones/instituciones que abordan de modo específico cuestiones de salud o consumos problemáticos de drogas, como así también aquellas que colaboran en la promoción de la salud de distintos grupos (por ejemplo, instituciones que ofrecen actividades artísticas y/o deportivas).

- Sobre las actividades que realizan: acciones preventivas que no se limitan a informar sobre las consecuencias nocivas de la utilización de drogas; estrategias de prevención y promoción de la salud a nivel grupal, cuyas intervenciones potencian los factores de protección y propician la capacidad de agencia de individuos y grupos.

- Sobre el modo de trabajar: prácticas de salud que incorporan la participación de la comunidad; articulación intersectorial entre servicios de salud, programas sociales y educativos, que promueven la creación de redes institucionales; acciones en los propios territorios y espacios donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas; concepción del usuario de drogas como sujeto de derecho y partícipe necesario en los acuerdos sobre las acciones que lo involucran.

La selección de las experiencias se realizó a partir de dos estrategias complementarias: relevamiento de instituciones/organizaciones a través de entrevistas con informantes clave con experiencia en trabajo comunitario y contactos establecidos por integrantes del equipo de investigación en trabajos anteriores. Las organizaciones fueron seleccionadas por su carácter innovador en el campo de la atención/prevenición del consumo problemático de drogas. Se realizó un total de 16 entrevistas a referentes y/o trabajadores de las organizaciones seleccionadas: 9 de ellas en CABA y 5 en partidos del GBA (General Rodríguez, La Matanza, Lomas de Zamora, Moreno y San Martín). El trabajo de campo fue desarrollado entre mayo y noviembre de 2013. Por razones de espacio, en este artículo sólo se explicitan ejemplos de algunas de las experiencias relevadas.

RESULTADOS

Las organizaciones relevadas son heterogéneas y se pueden agrupar en tres tipos: las que abordan específicamente

los consumos problemáticos de drogas como un tema de salud pública, orientadas tanto a la prevención como al tratamiento; las que abordan los consumos problemáticos de drogas en sus vinculaciones con la marginalidad y la vulnerabilidad, orientadas también a la prevención y/o al tratamiento, pero desde un enfoque integral de esas condiciones y las que realizan intervenciones de promoción de la salud, como iniciativas deportivas, educativas, comunicacionales y culturales. La mayoría trabaja en territorio. Algunas emergieron de la comunidad donde intervienen y otras se formaron cuando ciertas personas interesadas en alguna problemática social se acercaron a un barrio para trabajar en conjunto. En muchos casos, los tres tipos de organizaciones trabajan articuladamente. Por ejemplo, algunos centros de salud articulan con instituciones que realizan actividades artísticas para dar espacio a la expresividad, otorgar nuevos sentidos al tiempo de ocio y ofrecer oportunidades de formación. Muchas de las organizaciones que ofrecen actividades culturales, educativas y deportivas se acercan a los centros de salud o centros especializados para obtener capacitación sobre prevención y promoción de la salud y orientación en casos puntuales. Estas conexiones ocurren más por agenda de contactos que por acuerdos institucionales, pero muestran la relevancia de articular organizaciones con objetivos y alcances disímiles. Asimismo, hay algunos problemas que comparten todas las organizaciones relevadas. Los principales están relacionados con la financiación y, por lo tanto, con la sostenibilidad de las acciones, lo que en ocasiones obstaculiza su adecuada programación y continuidad pese a los logros obtenidos. Otra dificultad se vincula con la evaluación y sistematización de las actividades. Aunque todas las organizaciones consideran que son tareas necesarias, la mayoría revela que las propuestas de implementación resultan demasiado abstractas, tanto en su lenguaje como en sus procedimientos, a lo que se suma el hecho de que no se sabe quiénes podrían llevar a cabo esas tareas al interior de las organizaciones.

A partir del diálogo entre las herramientas teóricas citadas más arriba, los trabajos anteriores de este equipo de investigación y las experiencias analizadas en el estudio que aquí se presenta, se identificaron seis dimensiones o rasgos que caracterizan al modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Las dimensiones funcionan de manera articulada, y algunas de ellas se implican mutuamente. En este modelo, la comunidad es la protagonista a la hora de buscar soluciones a los problemas, pero no se la entiende desde una concepción romántica, como armónica y homogénea, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado en distintos grados por la diversidad, el conflicto y la cooperación. Lo comunitario alude a un sistema de interrelaciones que se establece entre un sujeto individual –dimensión subjetiva–, el grupo –dimensión intersubjetiva, redes informales– y las instituciones –dimensión intersubjetiva, redes formales– que forman parte de un territorio. La comunidad

local es el conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado.⁷

Se presentan a continuación las dimensiones que constituyen el modelo y, luego de cada una de ellas, algunos ejemplos de cómo las organizaciones las han puesto en práctica.

- Promoción de la salud

Se parte de una definición amplia e integral de la salud, concibiéndola como un recurso para la vida.⁸ Las estrategias de promoción de la salud vinculadas al consumo problemático de drogas utilizan los recursos comunitarios disponibles para crear espacios a fin de reconocer las diferencias dentro de los grupos y consensuar qué forma de vida se quiere, cómo satisfacer las necesidades (particularmente de los jóvenes) y cómo crear alternativas de ocio acordes a sus intereses. Como se observa a continuación en los ejemplos 1 y 2, las actividades no se imponen desde arriba hacia abajo; no se da por sentado que son sólo los profesionales de la salud las personas adecuadas para diseñar intervenciones preventivas. Por el contrario, el trabajo conjunto con otras instituciones y la escucha activa y respetuosa de quienes padecen ciertos sufrimientos son la base de estas acciones.

Ejemplo 1: Este servicio se creó en 2004. Comenzó con actividades de atención primaria de la salud, con acciones en postas y centros externos al hospital y con promoción de la salud. El equipo de residentes lleva adelante estas tareas a través de 10 postas sanitarias, distribuidas en zonas urbanas y rurales; 4 de ellas funcionan en escuelas rurales. Se desarrollan cursos de promotores de salud y talleres abiertos a la comunidad sobre este tema. En 2012 se inició el trabajo específico sobre el consumo problemático de sustancias en la adolescencia. El proyecto incluye el desarrollo de actividades con los propios estudiantes, coordinadas por los docentes y acompañadas por el equipo de salud. En el taller con los docentes se decidió formar una red con los distintos sectores de la comunidad y trabajar con los adolescentes a partir de dinámicas lúdicas y expresión corporal, fomentando los vínculos entre ellos. Se decidió también desarrollar talleres que no remitieran al consumo ni lo mencionaran, reforzando el sentido de pertenencia grupal (intervenciones en salud en general, GBA).

Ejemplo 2: Esta organización es un centro socio-educativo, recreativo y cultural, que desde 1994 ofrece talleres y espacios de formación y expresión artística destinados a niños, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social. Está orientada a promover y fortalecer el desarrollo socio-comunitario integral. Además del apoyo escolar, desarrolla talleres de expresión artística donde los jóvenes aprenden fotografía, cine, radio y música. Asisten adolescentes en conflicto con la ley penal y con historias de consumo problemático de drogas. Desde sus inicios como organización de base, ha trabajado junto a la red barrial y ha establecido intercambios con organizaciones de otras ciudades (intervenciones socio-culturales, CABA).

Las citadas experiencias se enmarcan en el paradigma democrático de promoción de la salud: habilitan a los sujetos (tanto individuales como colectivos) para participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socio-estructurales y sus influencias sobre las prácticas y representaciones individuales, las personas desarrollan sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar deseados, surgidos a partir de sus propias experiencias.

- Integralidad

Este concepto proviene de la salud colectiva y los estudios de la medicina social brasileña.⁵ Define la salud como un campo problemático de disputa y diálogo entre discursos y prácticas de múltiples instituciones y organizaciones, con diversos saberes, poderes y experiencias. Como se refleja en los ejemplos 3 y 4, las acciones de cuidado integral de la salud deben reconocer y articular los conocimientos y tecnologías de las diversas ciencias –sociales, psicológicas, médicas– con los saberes y prácticas de cuidado presentes en las respectivas comunidades. Esto también implica un alto grado de intersectorialidad, aunque no hay que perder de vista que es el Estado quien debe garantizar el derecho a la salud.

Ejemplo 3: Esta organización busca realizar abordajes comunitarios de los consumos problemáticos desde un enfoque integral en barrios vulnerabilizados para sacar a los jóvenes consumidores de drogas –especialmente paco– del ámbito del consultorio y vincularlos a las familias y la comunidad de un modo interdisciplinario. Lo hace trabajando en red con diversas instituciones y organizaciones, que encaran simultáneamente las principales necesidades y demandas de estos sujetos: vivienda, trabajo, alimentos, tramitación del documento nacional de identidad, soporte afectivo, actividades educativas, deportivas y culturales (intervenciones específicas en drogas, CABA).

Ejemplo 4: En este centro barrial se desarrolla un abordaje de los consumos problemáticos de drogas basado en una concepción integral, tanto de los sujetos como de la salud. Este enfoque parte de la construcción de un vínculo prolongado con la comunidad, desde el cual se ha percibido la fragmentación y debilidad de los grupos sociales. La estrategia del centro se ha estructurado a partir de tres etapas: presencia de profesionales en el barrio, que recorren cotidianamente las denominadas ranchadas de consumidores de paco para establecer un primer contacto con los sujetos y sus problemáticas, y ofrecer diversas opciones institucionales para su atención; disponibilidad en el centro de día de duchas, baño y un comedor gestionado con otras organizaciones de la comunidad; participación en talleres de juegos, radio, grupos de charla, socialización y reflexión (intervenciones específicas en drogas, CABA).

De las citadas experiencias se desprende que un abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas debe incluir las siguientes acciones: construir un vínculo

prolongado con la comunidad para identificar las principales problemáticas y actores capaces de participar en su abordaje; crear espacios de escucha y diálogo con los usuarios para enmarcar los consumos problemáticos en sus experiencias biográficas y fortalecer sus reflexividades y agencias; trabajar en equipos interdisciplinarios, para abordar simultáneamente los diversos aspectos (psicológicos, médicos, sociales, educativos, legales) de la problemática; encarar al mismo tiempo las principales necesidades y demandas de los sujetos, trabajando articuladamente con otras instituciones y organizaciones barriales.

- Importancia asignada a la vulnerabilidad social

Este concepto, desarrollado a partir de la crítica de los modelos conductistas, deja de lado la noción de riesgo individual y la tendencia a responsabilizar exclusivamente a los sujetos por el cambio de sus comportamientos.⁹ Desplaza la atención de las identidades –personales o colectivas– hacia las relaciones sociales, base de las situaciones de vulnerabilidad, como las relaciones económicas, de género o generacionales. La vulnerabilidad, conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y menor disponibilidad de recursos para su protección, es analizada a partir de tres dimensiones en permanente interacción: lo individual, lo social y lo programático. Lo individual alude a las relaciones entre las personas; lo social, a los espacios de interacción en la vida cotidiana; y lo programático, a las políticas e intervenciones institucionales.⁹

Ejemplo 5: Este programa estatal de amplia cobertura está destinado a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social. Se orienta a la búsqueda de una intervención integral y al trabajo intersectorial, y se organiza en cinco ejes: educación; salud; recreación, deporte y vida artística; trabajo; e integración socio-comunitaria. El trabajo tiene tres pilares: lo comunitario, lo grupal y lo individual. La intervención individual, realizada por los profesionales, consiste en visitas domiciliarias, apoyo a las familias y seguimiento de situaciones singulares. Las actividades grupales constan de espacios y talleres que promueven la participación y la recreación. La intervención comunitaria está enfocada en las conexiones con diferentes organizaciones comunitarias e instituciones estatales: escuelas y equipos de orientación, centros de salud, centros de formación laboral y otros programas (intervenciones socio-culturales, GBA).

En el ejemplo 5 se observa cómo el trabajo con adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social demanda actividades simultáneas en distintos niveles.

- Trabajo en redes

El modelo comunitario se apoya en la construcción de espacios de vinculación, encuentro y empoderamiento entre distintos actores sociales. Las redes locales son, por definición, flexibles y abiertas; por ello, las comunidades también lo son.⁷ La práctica comunitaria se basa en aprovechar los recursos locales existentes, coordinándolos y complementán-

dolos, conectando territorios, grupos e instituciones. El trabajo en red implica introducir estrategias de coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros agentes que conforman la sociedad civil.

Los ejemplos 6 y 7 muestran cómo pueden formarse redes entre organizaciones comunitarias con actividades similares, como en el primer caso (a pesar de que también crean vínculos con instituciones de otro ámbito, como salud), o entre el ámbito específico en el que desarrollan sus actividades (por ejemplo, salud) y otros dispositivos que vinculan a las personas con otras esferas de sus vidas, como en el último de los casos.

Ejemplo 6: Esta organización busca proporcionar herramientas y estrategias concretas desde la comunicación para que las organizaciones puedan mejorar su trabajo en lo territorial o en los campos de acción específicos. Las tareas incluyen talleres, cursos, formaciones y elaboración de material audiovisual y gráfico. El eje está puesto en materiales de formación para los equipos que trabajan en territorio. Las temáticas abordadas son género, salud y comunicación. Para lograr una mayor cobertura, se recurre a Internet y a las redes sociales virtuales, que otorgan una mayor visibilidad al trabajo, ayudan a que los materiales sean utilizados por todas las personas e instituciones que los necesitan, facilitan la recepción de una gran cantidad de pedidos de asesoramiento y permiten evacuar dudas y ofrecer acompañamiento (intervenciones socio-culturales, CABA).

Ejemplo 7: Esta fundación se dedica a temas relacionados con los consumos de drogas desde hace varios años. Durante ese tiempo ha ido aprendiendo de las experiencias concretas del trabajo en territorio y del encuentro con otras organizaciones latinoamericanas, que actúan con un enfoque denominado tratamiento comunitario. Por un lado, tienen en cuenta la intervención in situ, en el lugar de residencia, dado que el aislamiento en los tratamientos convierte a la persona que regresa luego de varios meses en un extraño en su propio barrio. Para que esto no suceda, se abordan los vínculos laborales y sociales de esa persona en su lugar de residencia. Por el otro, apuntan a reducir el daño, mejorar la calidad de vida de las comunidades y realizar aportes para la construcción de políticas públicas (intervenciones específicas en drogas, CABA).

- Importancia asignada a la participación social

El modelo comunitario prioriza también la participación de personas, grupos e instituciones en la mayor cantidad de instancias posibles de cada intervención, para que se realice lo que la comunidad efectivamente necesita. La mutua influencia entre gestores de proyectos y participantes conllevaría una implicación plena, que aparece como un horizonte deseado pero no siempre es posible o se logra. Esto no descarta ni desacredita la intervención, pues hay evidencia de acciones que han resultado positivas para las comunidades, aun cuando no llegan a ofrecer espacios con tan altos grados de participación. Es posible que existan

distintos grados de participación en una misma institución.

Ejemplo 8: Esta es una organización no gubernamental creada en 1997, cuando un grupo de artistas, comunicadores y docentes se unieron para realizar una obra gráfica, musical y teatral. Esto dio origen al primer grupo de voluntarios, que inició un proyecto social que hoy tiene presencia en la zona oeste del GBA. Se han desarrollado tres medios de comunicación comunitarios (un periódico, una radio y un canal de TV) gestionados con la participación de las personas de los barrios, que pueden involucrarse y llevar propuestas. Además, la organización ha montado una escuela de arte con talleres gratuitos. En ella participan niños y jóvenes de otros barrios, a los que la organización pasa a buscar y lleva de vuelta para facilitar la accesibilidad. También se ofrece una colonia de verano totalmente gratuita, con traslado de los participantes desde y hacia sus barrios. Se considera que este modelo de trabajo, denominado democracia participativa, viabiliza el compromiso de la gente con la organización (intervenciones socio-culturales, GBA).

Por el modo en que nació y se desarrolló la organización del ejemplo 8, podría hablarse de un grado de participación pleno; a medida que creció y ofreció distintos espacios y actividades, emergieron áreas específicas con responsables. En el caso de los medios de comunicación propios, por ejemplo, la comunidad acerca sus propuestas, mientras que la escuela de arte ofrece algo menos de posibilidades de tomar decisiones para sus participantes.

- Autogestión y sostenibilidad

La autogestión profundiza la idea de participación. Ocurre cuando el motor para la realización de intervenciones o proyectos surge de la misma comunidad, sin nadie ni nada de afuera que los impulse (personas, subsidios, etc.). Los agentes externos aparecen en los proyectos autogestivos en una segunda instancia, si se requieren recursos o relaciones específicas para viabilizar acciones.

Ejemplo 9: Los fundadores de la iniciativa, habitantes del barrio, habían sido parte de otros proyectos culturales. A raíz de esas experiencias previas, crearon este proyecto y comenzaron con un periódico mensual, para luego agregar un programa en TV y finalmente incorporar un portal web. Con el tiempo, fueron convocados por medios comerciales de comunicación para distintos trabajos, como una serie sobre la cotidianeidad de la villa en la cual viven, informativos para canales de cable o columnas radiales sobre villas. Gracias a la articulación de las organizaciones locales, realizaron proyectos novedosos (como la creación de un club náutico para que los jóvenes aprendieran a remar) y lograron que el Gobierno construyera la primera Casa del Bicentenario en una villa. Asimismo, realizan iniciativas barriales de tono social: mujeres que venden comida y artesanías gracias a préstamos sin intereses, capacitación en historia de los referentes de las organizaciones y actividades de promoción de la lectura (intervenciones socio-culturales, CABA).

La sostenibilidad, por su parte, alude a estrategias y modos

que influyen en las posibilidades de mantener instituciones y actividades en el mediano y largo plazo. Si bien depende de varios factores, entre los cuales se cuentan los recursos y espacios disponibles, el económico suele ser central. Los modos en que las organizaciones y las actividades se financian determinan ciertos modos de hacer que, a su vez, inciden en las posibilidades de sostenerse o no en el tiempo.

Como puede observarse en el ejemplo 9, la organización nace y crece gestionada enteramente por personas de la villa; no surge de alguien de afuera que quiere hacer algo adentro. Es en una segunda instancia donde se articula con organizaciones externas al barrio (gobiernos, ONG) para trabajar en conjunto y lograr mejoras consideradas importantes para la comunidad.

Ejemplo 10: Las inquietudes y propuestas de un grupo de jóvenes artistas y su articulación con educadores de un centro de día no formal para jóvenes en situación de vulnerabilidad social, situado en el oeste del GBA, son el punto de partida de este proyecto. Hacia 2010 el grupo de artistas comienza a dictar un taller de entrenamiento físico y hip-hop en la institución. Paralelamente, es convocado por un prestigioso instituto cultural y crea un equipo junto a los participantes del taller y nuevos colaboradores, conformando una compañía integrada por varones del barrio. En 2011 arma una obra, que sigue durante cuatro multitudinarias temporadas. Tras el estreno, surge el Programa para crear un estudio de danza en cooperación con la organización, realizar actividades de formación abiertas a la comunidad, incorporar mujeres a la propuesta y generar actividades de perfeccionamiento para los jóvenes integrantes de la compañía. En estos años de trabajo surgieron diversos problemas para sostener los programas e iniciativas, que, no obstante, continúan adelante con un proyecto singular de investigación y creación en el cual dialogan diferentes lenguajes artísticos (intervenciones socio-culturales, GBA).

El ejemplo 10 muestra cómo el apoyo de instituciones prestigiosas vinculadas a la actividad realizada define la posibilidad de continuar y expandir las actividades ofrecidas localmente, lo cual implica una profundización de la intervención y aumenta las posibilidades de acceso de cada vez más personas. La alianza inicial de una organización social con un colectivo artístico también es clave en las posibilidades de gestionar el respaldo de actores, tanto del mundo de la política social como de la arena cultural.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde el comienzo de la investigación se explicó a los referentes de todas las respuestas socio-comunitarias que se relevaron el propósito del estudio; los entrevistados firmaron un consentimiento informado en el que se les explicó que la participación en el estudio era voluntaria y que podían contestar o no cada pregunta según lo desearan. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información sensible que se obtuvo en las entrevistas. Se explicó que se buscaba relevar iniciativas o proyectos que pudieran identificarse con

el modelo socio-comunitario de intervención. El protocolo de la investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Comisión Nacional Salud Investiga.

DISCUSIÓN

El amplio consenso sobre los escasos resultados en las respuestas implementadas frente a los consumos problemáticos de drogas obliga a estudiar otras acciones y prácticas de salud, distintas de las estrategias convencionales, para contribuir al desarrollo de abordajes innovadores, más adecuados, eficaces y en compromiso con los derechos de los sujetos. El análisis de las instituciones y organizaciones relevadas no sólo ratificó la pertinencia de las dimensiones planteadas al modelo, sino que además permitió avanzar en la descripción de las acciones y prácticas características de cada una de las dimensiones. Su revisión en torno a la promoción de la salud muestra que las prácticas identificadas apuntan especialmente a alentar la participación activa y colectiva de la población con la que trabajan en la redefinición de sus problemas y en los modos de encararlos, propiciando así la capacidad de agencia de los individuos y las comunidades. Por otra parte, queda claro que el consumo problemático de drogas está anclado en el marco conceptual de la salud en sentido amplio, por lo que se lo vincula con otros aspectos que hacen a la calidad de vida de las personas y no es abordado como un síntoma aislado. La integralidad se expresa, sobre todo, en las prácticas que se proponen encarar simultáneamente los diferentes aspectos ligados a las necesidades globales de las personas, priorizando sólo temporalmente alguno de ellos según las situaciones y vinculando el consumo problemático de drogas con la calidad de vida de los sujetos y de los grupos. En cuanto a la importancia asignada a la vulnerabilidad social, los casos muestran que es preciso incluir acciones que apunten a: mejorar cuestiones individuales, satisfaciendo necesidades específicas en determinadas situaciones críticas; atender cuestiones de la esfera comunitaria o grupal para mejorar la calidad de vida en lo cotidiano; y trabajar en lo programático para transformar las iniciativas llevadas a cabo en políticas sociales. La dimensión de trabajo en redes se visibiliza a través de actividades tendientes a sumar iniciativas de organizaciones que trabajan en problemáticas afines o pertenecientes a ámbitos diferentes, en una expresión concreta de la mencionada integralidad. En cuanto a la importancia asignada a la participación social, se observa que en distintas instancias y momentos cada organización convoca a personas de los barrios para definir problemas, acciones a llevar a cabo y metodologías de abordaje. Aunque no siempre se logra una participación plena de quienes intervienen en las actividades, en la mayoría de las instituciones conviven distintos grados de participación comunitaria. Finalmente, la autogestión es una profundización de la idea de participación, que se visualiza cuando los proyectos pensados para mejorar una comunidad son ideados desde la comunidad misma; y la

sostenibilidad atraviesa cada una de las acciones de las organizaciones, a la vez que las determina, lo que hace necesario implementar estrategias de financiación que contemplen la ideología, las metodologías de intervención y los modelos de abordaje de las problemáticas que cada organización propone.

El análisis de las trayectorias y acciones de las instituciones relevadas en el presente estudio identifica diferentes perfiles, pero un denominador común. Así, algunas abordan específicamente los consumos problemáticos de drogas desde la prevención y el tratamiento, otras enfatizan las vinculaciones de esos consumos con la marginalidad y otras generan espacios que propician la reflexividad crítica y promueven el desarrollo de proyectos de vida, en territorios signados por la vulnerabilidad social. Más allá de estas diferencias, se constata una coincidencia que las vincula: reconocen que el consumo problemático de drogas demanda acciones que exceden a un servicio, un programa o un sector en particular. Con distintas intensidades y modalidades, las instituciones relevadas ponen de relieve experiencias comunitarias; sus acciones se encadenan con otras, forman parte de una intervención mayor y configuran un entramado comunitario que cuida, protege y asiste. Las prácticas de prevención, promoción y tratamiento potencian los recursos existentes en la comunidad, conectando grupos y territorios. A contramano de los abordajes dominantes, estas experiencias no estigmatizan al usuario, sino que tienen en cuenta necesidades y demandas singulares, recuperan las prácticas de cuidado de individuos y grupos, e incorporan al usuario en el desarrollo de muchas de sus prácticas. Las acciones implementadas van más allá de la asistencia: son intervenciones diversificadas, que incluyen prevención, promoción y tratamiento, y en las cuales la comunidad aparece como protagonista. Estas estrategias inscriben a los consumos problemáticos de drogas en escenarios mayores, en contextos de vulnerabilidad social, y toman como punto de partida de sus acciones los recursos comunitarios ya existentes en los territorios.

Ningún servicio de salud, programa social, organización o centro barrial por sí solo ejemplifica el modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Esto no se debe a deficiencias en las acciones realizadas, sino a dos razones. En primer lugar, a una causa metodológica: un modelo es un instrumento construido en el análisis en el cual se destacan determinados rasgos, y su valor, tal como definió Menéndez,¹⁰ es básicamente heurístico. En segundo lugar, a la naturaleza del tema en cuestión: ninguna acción de un servicio, intervención de un programa social o iniciativa de un centro barrial representa por sí misma lo comunitario, que por definición se basa en espacios de vinculación y articulación entre distintos actores.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las prácticas enmarcadas en el modelo comunitario, con sus distintas dimensiones y especialmente el efecto de

conjunto, colaboran en el desarrollo de intervenciones complejas. Es justamente esta complejidad la que genera espacios alternativos de prácticas superadoras de los enfoques tradicionales en la prevención de los consumos problemáticos de drogas. Sería importante apoyar a las organizaciones que ya han adoptado intervenciones en el campo con prácticas como las descritas en este trabajo, difundiendo su tarea y asegurando su sostenibilidad para desarrollar una política pública más eficaz. Por otra parte, el trabajo con estas organizaciones es un buen espacio para capacitar a los profesionales de la salud en prácticas multidisciplinarias y en la sistematización de sus experiencias.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La sistematización de experiencias y la identificación de buenas prácticas afines al modelo presentado, llevadas a cabo en diferentes regiones del país, representan un trabajo de investigación que permitirá desarrollar políticas más eficaces en el campo de la prevención del consumo problemático de drogas.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las organizaciones/instituciones y a sus referentes, que colaboraron en la investigación. También agradecemos a la Lic. Paola Blanes por su colaboración en el trabajo de investigación.

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

Cómo citar este artículo: Capriati A, Caramotti AC, Di Leo P, Wald G, Kornblit AL. La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):21-28.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Hopenhayn M. Prevenir en drogas: enfoques integrados y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
- ² Romani O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colectiva. 2008;4(3):301-318.
- ³ Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes. Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. 2009.
- ⁴ Menéndez EL. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colectiva. 2012;8(1):9-24.
- ⁵ Camarotti AC. Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas. XIV Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Washington: OEA/CICAD; 2013.

⁶ Camarotti AC, Kornblit AL. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud Colectiva. 2015;11(2):211-221.

⁷ Milanese E. Tratamiento Comunitario. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas. Sao Paulo: Instituto Empodera; 2012.

⁸ Kornblit AL. La promoción de la salud entre los jóvenes. Acta Psychiatr Psicol Am Lat. 2010;56(3):217-226.

⁹ Ayres JR, Paiva V, Buchalla C. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. En: Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. (org.). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde. Livro 1. Curitiba: Juruá Editora; 2012.

¹⁰ Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza; 1988.

ARTÍCULOS ORIGINALES

SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN VILLA CARMELA, TUCUMÁN

Sexuality and Sexual and Reproductive Rights in Adolescents: Representations and Practices in Villa Carmela, Tucumán

Horacio Javier Silva¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Es importante explorar las representaciones sociales (RS) sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (DSR) en adolescentes desde un enfoque socio-sanitario. OBJETIVOS: Describir y analizar las representaciones y prácticas sobre sexualidad y DSR que sostienen, producen y reproducen los adolescentes de Villa Carmela (Provincia de Tucumán). MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio exploratorio con diseño cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión, con una muestra de 45 adolescentes de 14 a 18 años. Se constituyeron categorías de RS para su análisis. RESULTADOS: Se observó una estrecha conexión entre las representaciones y las prácticas en el campo de la sexualidad y los DSR. Las prácticas sexuales se vinculan a las RS sobre género, profilaxis y la particular manera en que cada sujeto actualiza el discurso juvenil. Esto incluye no sólo las prácticas efectivas, sino también las potenciales o fantaseadas. CONCLUSIONES: Se requieren lineamientos adecuados en políticas y programas de salud con un enfoque local que, lejos de proponer posiciones moralizantes, tiendan a orientar, asistir y acompañar a los jóvenes en las diferentes situaciones e instancias que sus vidas sexuales y reproductivas les presenten.

ABSTRACT. INTRODUCTION: It is important to explore social representations (SR) about sexuality and sexual and reproductive rights (SRR) in adolescents from a socio-sanitary approach. OBJECTIVES: To describe and analyze the representations and practices about sexuality and SRR sustained, produced and reproduced by adolescents from Villa Carmela (Tucumán, Argentina). METHODS: An exploratory qualitative study was conducted. It included in-depth interviews and focus groups, with a sample of 45 adolescents aged 14 to 18 years. Different SR categories were identified for the analysis. RESULTS: A close connection was observed between representations and practices in the field of sexuality and SRR. Sexual practices are linked to SR about gender, prophylaxis and the particular way in which each subject updates the youth speech. This includes not only the actual practices, but also the potential or fantasized ones. CONCLUSIONS: Guidelines for health policies and programs with a local approach are required. Far from proposing any moralizing position, they should aim at guiding, assisting and supporting young people in different situations and instances through their sexual and reproductive lives.

PALABRAS CLAVE: Adolescente - Sexualidad - Derechos sexuales y reproductivos - Promoción de la salud - Representación social

KEY WORDS: Adolescent - Sexuality - Sexual and reproductive rights - Health promotion - Social representation

¹ Centro de Atención Primaria de la Salud de Villa Carmela

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

FECHA DE RECEPCIÓN: 7 de junio de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27 de febrero de 2015

CORRESPONDENCIA A: Horacio Silva
Correo electrónico: hojasi@hotmail.com

RENIS N°: IS000196

INTRODUCCIÓN

La salud del adolescente supone un proceso dinámico, en el que se interrelacionan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales,¹ que se manifiestan en una fase de grandes cambios y crisis del sujeto.^{2,3} El despliegue de conductas asociadas a riesgos, tales como consumo de sustancias y prácticas sexuales no seguras,⁴ ha dado lugar a una serie de políticas tendientes a comprender y contener esas problemáticas. La salud sexual y reproductiva del adolescente es tema de Salud Pública, en tanto se trata de un período de la vida donde se producen el desarrollo de las identidades sexuales y la iniciación de sus prácticas: amorosas, eróticas y genitales. En función de esto se diseñan y proyectan acciones de promoción y prevención en salud,⁵ que por cierto se topan con una serie de obstáculos. Algunos autores destacan que se han priorizado los denominados enfoques de riesgo,⁶ según los cuales la sexualidad adolescente es considerada como algo negativo, vinculado sólo a embarazos

no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS), en un marco donde el adolescente no mide sus actos y posee poca capacidad de discernimiento.⁷ Otros equipos indagan acerca de la especificidad de los modelos preventivos⁸ y se preguntan si la prevención se limita o trasciende el plano de la información y la realización de acciones técnico-operativas puntuales, aun cuando estos niveles sean necesarios.⁹ Se apunta a deconstruir los conceptos generalizantes de la sexualidad adolescente, para así revelar los significados, priorizar las diversidades y tener en cuenta el contexto de referencia, las normas y los valores vinculados a un determinado orden social.¹⁰ Las etapas por las que atraviesa el adolescente no constituyen un todo homogéneo,¹ sino una fase vivida y significada de diferentes maneras según los tiempos históricos y las características socioculturales de un grupo,¹¹ los contextos y discursos sociales. Si se parte de modelos preventivos que desconocen las RS, no sólo se corre el riesgo de negar derechos esenciales, sino que además se imprime una visión homogénea acerca de lo que debe ser un adolescente, descontextualizando sus prácticas y desconociendo sus necesidades.

En lo que respecta a la teoría de las RS¹² y los aportes de las Ciencias de la Salud, la Sociología y el Psicoanálisis, la temática de la sexualidad pone en primer plano la relación sujeto-sociedad, ya que se hace necesario indagar e interceder tanto en el plano social/grupal como en el individual. El concepto de RS permite articular lo psicológico con lo social, identificando los modos de vinculación de un grupo con el mundo y sus objetos, es decir, la producción social de la subjetividad.¹³

Las RS son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, y así dominarlo. La RS implica un complejo proceso de construcción, dentro de un contexto histórico y social determinado. Se trata de sistemas de significaciones, que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos, y que se hallan inscriptas en el lenguaje y en las prácticas.¹⁴

Se parte de una definición ampliada de sexualidad, entendida como un proceso de construcción subjetiva y social que va más allá de la genitalidad. Sus dimensiones abarcan el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.¹⁵ La salud sexual implica la dimensión del derecho, a la vez que se funda en él. La Ley 25.673¹⁶ busca respaldar el derecho que tienen todas las personas a desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción. Las Naciones Unidas han consagrado los derechos sexuales y reproductivos (DSR) como Derechos Humanos, que incluyen: 1) acceder a educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad, posibilitando el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada; 2) estar libre de discriminación, presión o violencia en la vida sexual y la identidad sexual; 3) gozar de igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas en las relaciones sexuales; 4) derecho a sentir, recibir y dar

placer; y 5) ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción.¹⁷

El objetivo del presente estudio consistió en describir y analizar los saberes, opiniones, creencias, mitos y prácticas sobre sexualidad y DSR en adolescentes de Villa Carmela, Tucumán.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo de tipo cualitativo. Se trabajó con un encuadre de diseño emergente.¹⁸ La investigación se desarrolló entre junio de 2012 y mayo de 2013.

El ámbito de estudio fue la comunidad de Villa Carmela, Tucumán, correspondiente al espacio periurbano de la capital de la provincia y con diversas configuraciones sociales de clase. La población blanco fueron los adolescentes de entre 14 y 18 años de ambos sexos, con residencia y/o escolarización en Villa Carmela durante al menos dos años. Se incluyó a quienes brindaron su consentimiento informado. No se incluyó a sujetos en quienes se constató, por referencia de informantes clave y/o por evaluación de anamnesis del investigador, que atravesaran un cuadro psicopatológico.

Dado que Villa Carmela es una comunidad extensa compuesta por 17 barrios, se seleccionaron intencionalmente 8 para la muestra (ver Mapa 1). Se dio prioridad a sectores que desarrollaran sus interacciones socioculturales dentro de la comunidad, como usuarios del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y alumnos de la Escuela Secundaria de Villa Carmela. A partir de fuentes secundarias (censo del Sistema Provincial de Salud, 2010), se actualizó la información de la población blanco con encuestas sociodemográficas,

MAPA 1. Características socio-demográficas, Buenos Aires, 2011-2012.



Fuente: elaboración propia

indagando acerca de edad, sexo, condiciones de vivienda, constitución familiar, escolarización, trabajo y maternidad/paternidad. Se identificó a 286 adolescentes en los 8 barrios seleccionados. A partir de los datos, se definieron tres tipos de configuraciones sociales: clase media (viviendas sociales o particulares con servicios, amplio porcentaje de inclusión laboral, mayor nivel de instrucción), clase media-baja (viviendas con algunos servicios, porcentaje medio de inclusión laboral, nivel medio de instrucción) y clase baja (asentamientos y viviendas precarias, baja inclusión laboral, nivel de instrucción básico). Del total, se diferenció a 154 varones y 132 mujeres, con un 88% escolarizado y un 12% en situación de deserción escolar. A fin de conformar una muestra heterogénea que incluyera casos típicos y raros, de los 286 casos censados se constituyó una muestra final no probabilística de tipo intencional de $N=45$.

Considerando casos típicos aquellos que por su valor numérico constituían la moda de la población: insertos en una estructura familiar, condición laboral familiar esporádica o estable, inclusión escolar, y que aún no son padres ni madres; y casos raros aquellos adolescentes que se diferenciaban en uno o todos los parámetros anteriores, por ejemplo: que trabajan, que son padres o madres, que no poseen vivienda estable, en deserción escolar, entre otros. Para recoger datos, se trabajó con fuentes primarias y se utilizaron instrumentos que facilitaran la exploración de las RS, privilegiando los relatos orales y las dinámicas relacionales en sus ámbitos reales. En consecuencia, se diseñaron grupos de discusión y entrevistas en profundidad a fin de recoger relatos, puntos de vista, saberes, preguntas, elementos manifiestos y latentes. Todos los participantes de los grupos de discusión ($N=28$) se hallaban escolarizados; no fue posible constituir grupos con sujetos no escolarizados ya que al no hallarse físicamente vinculados a una institución nuclear como la escuela, no asistían a las reuniones convocadas, siendo que poseían horarios laborales disímiles. Las entrevistas en profundidad ($N=17$) fueron tomadas en los domicilios de los entrevistados, razón por la cual sí pudieron incluirse a sujetos no escolarizados.

Se conformaron cuatro grupos según edades y sexo: a) mixto de 17 años, b) varones de 15 y 16 años, c) mixto de 14 años, y d) mujeres de 15 y 16 años.

Tanto los grupos como las entrevistas se desarrollaron de acuerdo con grillas tópicos previamente estructuradas, donde se indagaban las distintas dimensiones de las RS sobre sexualidad y DSR, con preguntas, temas disparadores, frases incompletas y representaciones gráficas. Por tratarse de temas vinculados con la dimensión de la intimidad, ambas técnicas demandaron la construcción de un espacio simbólico de confianza, facilitado en gran parte por la relación previa del investigador con determinados líderes juveniles y actores de la institución escolar.

Las RS fueron operativizadas de acuerdo con las categorías de sexualidad (relaciones de género, prácticas sexuales, profilaxis, identidades grupales, erotismo, amor y placer) y DSR (planificación familiar, abortos y embarazos no deseados,

sexualidad como derecho).

Se constituyeron patrones, códigos, temas emergentes y categorías a partir de la información obtenida. Se redefinieron categorías de análisis con el objetivo de volverlas más asequibles e incorporar elementos novedosos. Las RS fueron reagrupadas en seis ítems: prácticas, profilaxis, discursividad grupal, relaciones de género, maternidad/paternidad y transmisión de saberes. Las respuestas fueron codificadas con el programa Atlas-ti.

El estudio preservó la confidencialidad de los datos personales y de la información relevada.

El Comité de Ética responsable de su evaluación y aprobación fue el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de Tucumán

RESULTADOS

Los resultados expuestos responden a los datos recogidos y analizados de la muestra de 45 adolescentes participantes de entrevistas y grupos de discusión, de los cuales 23 eran varones y 22 mujeres. Los 28 participantes de los grupos de discusión estaban escolarizados; 14 eran varones (1 de ellos, padre) y 14 mujeres (1 de ellas, madre); 3 pertenecían a la clase media, 17 a la media-baja y 8 a la baja. Con respecto a los participantes de las entrevistas individuales, 14 de los 17 estaban escolarizados, 9 eran varones (1 de ellos, padre), 8 mujeres (1 de ellas era madre, y otra estaba embarazada); 6 pertenecían a la clase media, 7 a la media-baja y 4 a la baja.

Las prácticas amorosas y sexuales se presentan como noviazgos o relaciones ocasionales. Existe una marcada tendencia en las mujeres a buscar chicos "más grandes" (entre 2 y 4 años mayores) tanto para sus noviazgos como para la iniciación sexual. Mencionan la insistencia del varón para llegar al acto sexual, asociada a cierta idea de que la mujer es "utilizada". Suponen que si deciden no tener relaciones, la pareja "no va a durar". Otros piensan que esa espera tiene que ver con el amor. Además, las personas de ambos sexos consideran que si la mujer "se hace esperar", obtiene mayor respeto por parte del hombre y del grupo de pares. La mayoría de los sujetos de ambos sexos ubica la iniciación sexual entre los 14 y 16 años, y valora negativamente la iniciación antes de los 14. Se adjudica al hombre el papel de ser el que "guía", quien "sabe" cómo conducir el encuentro sexual, mientras que la mujer "se deja llevar por el momento". El temor generalizado en las mujeres es a quedar embarazada y, en mucho menor grado, a contraer enfermedades. En varones aparecen ambos temores en igual proporción. Según lo relatado, muchos de ellos se inician sexualmente con una prostituta, lo que es vivido a veces como una experiencia grata y otras como una "presión". El "debutar" masculino implica "cobrar experiencia" y así llegar "más experimentado cuando tengas una relación con tu novia". En cambio, para las mujeres, la virginidad se simboliza como un don preciado, algo que se "pierde", de una vez y para siempre, por lo que esa pérdida no debe ser en vano. En ambos sexos, la primera relación

representa la puesta en juego de sentimientos, temores y fantasías, donde el vínculo amoroso o algún conocimiento previo del partenaire sexual pueden oficial de atenuantes y favorecer un encuentro placentero; en otras ocasiones, la iniciación se produce en el marco de relaciones circunstanciales, asociadas a consumo de sustancias y sin mediar demasiada conciencia.

La profilaxis es disímil, según edad, género y condiciones de inclusión social. Tanto varones como mujeres, escolarizados y no escolarizados, refieren no haber tenido una práctica profiláctica completa: al menos en una o más ocasiones no se cuidaron con ningún método. Persiste la idea, real o fantaseada, de que hay algo que no se puede prever, sino que "sucede", "es un momento de calentura". Las mujeres consideran como primera opción de método anticonceptivo (MAC) las inyecciones y las pastillas, elección que se enfrenta con una dificultad: la consulta ginecológica. La vergüenza experimentada ante esa consulta se suma a la exposición social de ser vistas en el CAPS. En las mujeres parece no hallarse inscripta la práctica profiláctica contra las ETS, y la preocupación se reduce a prevenir el embarazo. Otro MAC elegido es la píldora del día después, pero se utiliza de manera inadecuada. En embarazadas y mamás aparece o bien la no utilización de MAC alguno, o bien la utilización no metódica. Los varones ubican al preservativo como primera opción de MAC y a los métodos hormonales de sus parejas en segundo término. También indican tener prácticas sexuales sin ninguna protección, valiéndose del denominado método de retiro. Los y las adolescentes con menor inclusión social desconocen los MAC, o bien conocen el preservativo y no lo usan.

Si se delimitan dos extremos y un centro, en un extremo hay un pequeño grupo con un saber profundo y fundado sobre profilaxis y en el otro se halla otro pequeño grupo con un desconocimiento casi total, mientras que en el centro se ubica la amplia mayoría, que alterna algunos saberes fundados con mitos, dudas y preguntas sobre la salud sexual.

Del total de la muestra, 41 sujetos escolarizados identificaron al VIH/sida como ETS y al uso del preservativo como método para evitar su contagio (aunque ello no se refleje en sus prácticas). En tanto los adolescentes no escolarizados no pudieron identificar esta enfermedad ni su profilaxis. Sobre otras ETS, en todos los sujetos existe un gran desconocimiento o un conocimiento mínimo.

En lo que respecta a la discursividad grupal existen contradicciones en torno al cuerpo y la estética: los adolescentes consideran que el físico nada tiene que ver con poder mantener un encuentro erótico y/o sexual, pero le otorgan suma importancia al cuerpo de acuerdo con los modelos grupales de género, asociados a mujeres lindas, desarrolladas y delgadas, y varones atractivos, cariñosos, compañeros y musculosos. Pese a la aceptación y tolerancia sobre la homosexualidad, el matrimonio igualitario y aun la adopción gay, se reconoce lo homosexual como objeto de burla y secreto. Se destaca una mayor tolerancia a lo

homosexual en mujeres que en varones. Respecto a los modos de seducción, se indica que para conquistar a una chica es necesario "hablarle con amor", "chamuyarla", "tener buen cuerpo" y "ser respetuoso", en tanto que para atraer a un chico hay que "sentirse segura", "no tener vergüenza" y "saber chamuyárselo".

En materia de relaciones de género, las RS sobre el comportamiento sexual femenino poseen un fuerte núcleo tradicional asentado en el recato. Las mujeres suponen que "los varones son más determinados" y "más libres". Esto no implica que se permitan ciertas prácticas "libertinas", que luego son juzgadas moralmente. En cuanto a las diferencias, acentúan la "manera de pensar", los varones más "inmaduros" y las mujeres más "vergonzosas" y preocupadas por el "qué dirán". Persiste la idea de que la mujer asume mayores responsabilidades que el varón, ya que muchas veces trabaja y es sostén de la familia. En relación con el placer, el hombre "goza más" y "a la mujer le duele". Las mujeres indican que "el varón sólo lo hace por placer y la mujer lo hace por amor". Los varones aducen temor a "ser dejados".

La mayoría conoce y/o tiene amigos que han sido madres o padres antes de los 18 años. Asimismo, los datos revelan que las madres suelen tener parejas mayores a ellas. Se piensa que el embarazo a esta edad ocurre por "accidente", por un "descuido", y que sólo en algunas ocasiones es resultado de la planificación. Las parejas no siempre continúan luego de un embarazo; muchas no estaban constituidas como parejas o culminan a partir de ese acontecimiento. Resulta relevante la figura de los abuelos de ese bebé por llegar: la tercera generación aparece como soporte de la crianza. Los entrevistados no escolarizados de zonas vulnerables consignan un escaso o nulo cuidado anticonceptivo y la ausencia de pregunta en torno al deseo o no de tener hijos, el momento adecuado o la cantidad. Los y las adolescentes con mayor inclusión social y contención familiar cuentan con más apoyo para afrontar un embarazo no planificado. El aborto en general es desacreditado en los dichos, aunque se indica esta práctica extendida en forma clandestina y se ubica a los propios padres como facilitadores del acto.

Los sujetos identifican para la transmisión y construcción de saberes sobre la sexualidad y sus derechos, la necesidad de una "relación de confianza". Se trata de temas "íntimos", que producen "vergüenza". Los adolescentes incluidos en este estudio hablan con amigos, hermanos, padres y otros familiares. Los varones suelen conversar con los padres y las mujeres, con las madres. Sin embargo, mientras los varones manifiestan confianza en sus padres, muchas mujeres dicen tener vergüenza o temor a ser reprendidas por sus madres. Ellos reciben recomendaciones por el cuidado y el rol a desempeñar durante el encuentro sexual, pero no se topan con una valoración moral sobre sus actos. Las dos preocupaciones ampliamente presentes son cómo atravesar el debut sexual y cómo cuidarse de un embarazo no planificado. En cuanto a la sexualidad

como derecho, existe una clara idea de que cuándo, con quién y cómo sostener prácticas sexuales es una elección propia. La escuela aparece como un ámbito importante en la transmisión de algunos saberes.

DISCUSIÓN

Se observa una estrecha conexión entre las representaciones y las prácticas en el campo de la sexualidad y los DSR. Las prácticas sexuales se vinculan a las RS sobre género, profilaxis y la particular manera en que cada sujeto actualiza el discurso juvenil. Esto incluye no sólo las prácticas efectivas, sino también las potenciales o fantaseadas. Las RS se organizan en un núcleo común orientado a conservar esas significaciones, a la vez que se evidencian variaciones en función de género y contextos socioculturales. Aunque hay una marcada tendencia de conductas de riesgo profiláctico en adolescentes no escolarizados, no podría inferirse una conclusión directa, ya que debería ser puesta en relación con sus contextos familiares. La vulnerabilidad estaría dada no sólo por las condiciones socioeconómicas, sino también por el contexto simbólico.¹⁹ Las prácticas eróticas y sexuales aparecen asociadas a los roles de género en el cortejo y el acto sexual: "el guía" y "la que se deja llevar". Dado que al varón se le adjudica la conducción de ese encuentro, se delega en él la profilaxis de ambos. Por ello, la mujer corre más riesgos. El varón es quien "sabe" cómo manejarse en ese momento y quien proporciona los medios para que el encuentro se desarrolle. El peso otorgado al varón lo lleva a que intente cobrar "experiencia". El género, como construcción social, asigna roles a hombres y mujeres, creando arquetipos de masculinidad y feminidad con características supuestas de lo que deben ser y hacer, y comprende también una condición erótica: la hembra ingenua sobre lo que va a suceder, y el macho que se lanza a su caza. Esto se observa también en la tendencia femenina de buscar "chicos más grandes", hombres más experimentados que las ayuden a vencer el difícil pasaje de la iniciación sexual.²⁰

En la iniciación sexual, el principal temor se asocia a lo desconocido y estresante de ese encuentro con el otro, más que a los cuidados profilácticos. Un estudio²⁰ indica que las mujeres se sienten cuidadas cuando son tenidas en cuenta en sus sentimientos. La edad de inicio sexual de esta población no difiere de los hallazgos aportados por otras investigaciones,¹ ni la tendencia en mujeres de comenzar en relaciones amorosas y los varones en vínculos ocasionales.

La pérdida de la virginidad en varones supone el pasaje a otra instancia y la confirmación de su masculinidad. En tanto, en las mujeres, la virginidad se simboliza como un don preciado, una representación anclada a la tradición. El tiempo para conocer al otro y conocerse a sí mismo puede operar de sostén en ese ansiado y temido encuentro. A la vez, si la mujer "se hace esperar", obtiene mayor respeto por parte del hombre y del grupo de pares. Dos caras de la espera: como condición de preparación subjetiva y como asignación moralizante de género.

Tras la iniciación sexual, los temores se orientan hacia la

profilaxis (principalmente, hacia la prevención del embarazo no planificado). Tanto respecto a MAC como a ETS, existe una brecha entre los conocimientos y las prácticas efectivas, que se acentúa de manera preocupante en adolescentes situados en contextos con menor inclusión social. La idea en ambos sexos de lo no prevenible, de cierta inconsciencia en el encuentro sexual, es un elemento importante que desnuda la complejidad de la sexualidad humana y las limitaciones de las acciones técnico-operativas desde un enfoque netamente sanitario.

El discurso juvenil reproduce representaciones sobre el cuerpo, la seducción y las elecciones sexuales. Aunque se identifica una exaltación del cuerpo ideal, en la vía del acercamiento al otro aparece una primacía de lo simbólico: la palabra como herramienta fundamental de contacto, el "chamuyar". Lo homosexual como identidad se halla instalado, pero ello no implica que su práctica se presente con igual aceptación que la heterosexual.

El embarazo es vivido como un "accidente", y sólo en casos aislados se indica un deseo consciente de tener un hijo. Mientras algunos adhieren a una idea de planificación familiar, otros suponen que los hijos "llegan", elemento que se reitera en estudios sobre familia y anticoncepción.²¹ La maternidad/paternidad es asumida de modos diferentes según el contexto sociocultural y las historias de vida. Allí se ponen en juego los recursos materiales y simbólicos para enfrentar las consecuencias del acto, ya sea en la decisión de tener el bebé o de interrumpir el embarazo. La figura de los padres de los adolescentes adquiere gran fuerza y funciona muchas veces como soporte de esa crianza. La relación madre-hija no parece transmitir adecuadamente los contenidos para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable, y menos aún aquellos ligados al encuentro con el placer y el deseo, como si evitar hablar sobre ese tema fuera precisamente una forma de control sobre la sexualidad.²²

La responsabilidad vinculada al cuidado del cuerpo propio y del otro no aparece priorizada desde las prácticas profilácticas, sino que más bien se apunta a cuestiones del erotismo y el placer en ese contacto. En el campo de la sexualidad y los DSR, nada parece responder a un orden natural. Muy por el contrario, existen representaciones, imaginarios e identidades que los grupos y comunidades construyen y reproducen, y de los que habrá que partir para trabajar en promoción en salud.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Las estrategias preventivas y asistenciales en salud sexual y reproductiva deberían abordar no sólo la profilaxis (prevención de ETS y uso de MAC), sino también las diferentes dimensiones que implican la sexualidad desde una definición ampliada. Este estudio indica que la palabra representa la herramienta fundamental para explorar las RS y la vía para operar como agentes de salud, tal vez con la estrategia grupal como el dispositivo más apropiado para

trabajar con adolescentes.

Cabe revisar la accesibilidad a los servicios de salud, tanto en consultas como en el circuito de entrega de MAC. Se debería partir de las RS de género que obstaculizan los cuidados profilácticos, apostando a que hombres y mujeres, en relaciones hetero y homosexuales, puedan adoptar conductas de cuidados. Esto demandaría la inclusión de figuras parenterales como transmisores de las RS tradicionales. Si bien es prioritario definir estrategias de intervención en sectores con menor inclusión social, ellas deberían estar vinculadas a otras acciones de mejora en las condiciones reales y, sobre todo, simbólicas de vida.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El estudio ayuda a trabajar en la formación crítica de profesionales y operadores en salud para construir modelos de abordajes no limitados a la sexualidad como conducta de riesgo. Las estrategias no deberían asentarse en una valoración moral de los actos, ni en un ideal de aplaza-

miento de las prácticas, sino en la orientación, asistencia y acompañamiento de los jóvenes en las diferentes situaciones e instancias vinculadas a sus vidas sexuales y reproductivas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Esta investigación permite efectuar estudios similares en otras poblaciones para cotejar RS en diferentes contextos socioculturales. Además, promueve la realización de estudios de investigación-acción que pongan en práctica estrategias sanitarias vinculadas a las aquí propuestas.

AGRADECIMIENTOS

A la directora de esta investigación Lic. Romina C. Solitario, a la Lic. Fernanda Bonet de la Comisión Nacional Salud Investiga, a la directora del CAPS Villa Carmela Dra. Andrea F. Núñez, al agente sanitario Silvio Ruiz, al Prof. Claudio Gareca de la Escuela Secundaria Villa Carmela, y a los y las adolescentes que proporcionaron sus testimonios.

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

Cómo citar este artículo: Silva HJ. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes: representaciones y prácticas en Villa Carmela, Tucumán. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):29-34.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ H1 Necchi S, Shufer M, Méndez Ribas J. Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

² Giraldi G. ¿Qué es la adolescencia? Fort-Da, N°6, 2003. [Disponible en: www.fort-da.org/fort-da6.htm]. [Último acceso: 3 de marzo de 2015].

³ Díaz G, Hillert R. El tren de los adolescentes. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 1998.

⁴ Fleischer D. La salida de la adolescencia. Psicoanálisis y el Hospital, N° 37. Buenos Aires: Editorial del Seminario; 2010.

⁵ El Libro de la Salud Sexual, Reproductiva y la Procreación Responsable. Ley 25673, Art. 2° d. Argentina, 2003.

⁶ Stern C, Medina G. Adolescencia y salud en México. En: Coleta M, org. Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil e México. Campinas, Brasil: Consorcio de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad en América Latina, 1999:98-160

⁷ Villa A. Cuerpo, sexualidad y socialización: intervenciones e investigaciones en salud y educación. Buenos Aires: Novedades Educativas; 2007.

⁸ Mozzi M, Ygel F. Problemáticas sociales en adolescentes. II Congreso de Psicología del Tucumán. Universidad Nacional de Tucumán, 2011.

⁹ Grimberg M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH sida en jóvenes de sectores populares. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Horizontes Antropológicos. 2002;17:47-75.

¹⁰ Jones D. Entrevista con Ana María Amuchástegui Herrera, 2009. [Disponible en: <http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Entrevista-con-Ana-Amuchastegui.pdf>]. [Último acceso: 3 de marzo de 2015].

¹¹ Zimmerman D. Asaltos de la adolescencia. Biblioteca virtual EFBA, 1998. [Disponible en: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1081.pdf]. [Último acceso: 31 de marzo de 2015]

[Último acceso: 31 de marzo de 2015]

¹² Moscovici S, Jodelet D. La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En: Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1998.

¹³ Fernández AM. Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. En: Fernández AM, et al. Instituciones Estalladas. Buenos Aires: Eudeba; 1999.

¹⁴ Jodelet D. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: Jodelet D, Guerrero A. Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales, UNAM, México, 2000.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 2002.

¹⁶ Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Argentina, 2002.

¹⁷ Cárdenas E, Tandeler L. Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: una revisión de la legislación y la jurisprudencia. Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, 2008.

¹⁸ Salamanca Castro C, Martín-Crespo B. El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigación, n° 26, España, 2007.

¹⁹ Flachsland C. Pierre Bourdieu y el capital simbólico. Madrid: Campo de Ideas; 2003.

²⁰ Sikos G. Modificación de concepciones y conductas de riesgo sexual en el imaginario y las costumbres. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

²¹ López E. Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

²² Geldstein R, Domínguez G, Delpino N. La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2001.

INTERVENCIONES SANITARIAS

INICIATIVA MENOS SAL, MÁS VIDA: ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA INGESTA DE SODIO EN ARGENTINA

Less Salt, More Life Initiative: Strategy to Reduce Sodium Intake in Argentina

La ingesta elevada de sodio se asocia a una mayor incidencia de eventos cardiovasculares y muertes. La reducción de esa ingesta resulta una intervención sanitaria costo-efectiva para la prevención. A través de un enfoque multisectorial, la iniciativa "Menos Sal, Más Vida" logró disminuir el contenido de sodio de los alimentos más consumidos en Argentina con un beneficio sanitario significativo.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades cardiovasculares - Cloruro de sodio - Dieta

KEY WORDS: Cardiovascular diseases - Sodium chloride - Diet

Daniel Ferrante,¹ María Emilia Gautero,¹ Monica Carles,¹ Claudia Elorza,² Claudio Duymovich,³ Jonatan Konfino,¹ Sebastián Laspiur,¹ Marina Kosakoff⁴

¹ Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación.

² Dirección de Epidemiología, Provincia de La Pampa.

³ Fundación Bioquímica Argentina.

⁴ Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, Ministerio de Salud de la Nación

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte y carga de enfermedad en Argentina. Uno de los determinantes poblacionales de su incidencia es la presión arterial, que está relacionada en forma lineal con la mortalidad cardiovascular, inclusive dentro de rangos clínicamente definidos como normotensión.¹

La hipertensión arterial explica el 28,8% de los nuevos casos de enfermedad coronaria en los hombres y del 27,3% en las mujeres de Argentina.² Aunque para decidir el tratamiento de la hipertensión en pacientes individuales se consideran puntos de corte, la reducción de los niveles generales de presión arterial redundan en un beneficio para toda la población.

La ingesta de sodio está directamente relacionada con la presión arterial poblacional³ y supera ampliamente los valores recomendados. Es por ello que se ha propuesto reducir sus niveles como una estrategia de prevención cardiovascular.⁴ Además, la ingesta de sodio está vinculada a una mayor morbimortalidad por mecanismos

independientes de la presión arterial y se relaciona con la mortalidad cardiovascular en forma directa.⁵

Como evidencian diferentes revisiones sistemáticas, la reducción en la ingesta de sodio se asocia a una disminución de la presión arterial y de la incidencia de eventos cardiovasculares.⁶ Dado que las intervenciones individuales suelen ser complejas y difíciles de sostener en el tiempo, su eficacia es limitada. Además, el beneficio de la reducción de la ingesta de sodio no se restringe solamente a personas con hipertensión, sino que se extiende a la población general. En este contexto, las estrategias de alcance poblacional resultan más apropiadas que aquellas orientadas únicamente a través de los servicios de salud.

Desde hace una década, algunos países desarrollados han comenzado a implementar estrategias de reducción del consumo de sodio mediante la disminución gradual de su contenido en los alimentos procesados (fuente de la mayor parte de la ingesta de sodio en muchos países,⁷ incluidos varios de la región de Argentina).⁸

Habida cuenta de la evidencia dis-

ponible y de experiencias exitosas en países como el Reino Unido y Canadá, la Organización Mundial de la Salud propone reducir la ingesta de sodio a través de acuerdos voluntarios o regulación, como una de las intervenciones más costo-efectivas o mejores compras (*best buys*) en salud cardiovascular.⁹

Entre 2006 y 2009, en Argentina se realizaron experiencias piloto orientadas a los panificados. Finalmente, en 2010, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó la Iniciativa "Menos Sal, Más Vida" con el objetivo de reducir el consumo de sodio de la población general a través de diferentes ejes de acción: reducción del contenido de sodio en alimentos procesados y educación a la comunidad para la disminución del consumo de sodio.¹⁰

Inicialmente se implementaron programas con la industria de panificados (panaderías), que a partir de 2011 se extendieron a toda la industria alimentaria mediante acuerdos voluntarios de metas de reducción y regulaciones locales (eliminación de saleros de las mesas, oferta de sal y alimentos reducidos en sodio, advertencias sanitarias en menús y oferta de sobres

de sal de 0,5 gramos). En 2013 se sancionó la Ley Nacional 26905 sobre reducción del consumo poblacional de sodio, que incluyó las metas previamente acordadas para alimentos procesados, advertencias sanitarias en envases, acciones en el sector gastronómico, estrategias comunicacionales, y elaboración e implementación de un plan de evaluación y monitoreo.

Este artículo describe en forma abreviada la línea de base considerada, las acciones y procedimientos de los acuerdos, el desarrollo de la regulación, los actores involucrados y los resultados de la evaluación de la iniciativa.

MÉTODOS

La iniciativa "Menos Sal, Más Vida" se desarrolló a través de las siguientes etapas:

- Evaluación de línea de base de la ingesta de sodio en Argentina

Para estimar la ingesta de sodio poblacional antes de la puesta en marcha de la iniciativa, se realizó una encuesta de base poblacional en la provincia de La Pampa utilizando una encuesta nutricional con un cuestionario de frecuencia alimentaria en población general.

El estudio consistió en un muestreo probabilístico de viviendas en tres localidades (Santa Rosa, General Pico y General Acha) y recolección de orina de 24 horas y de muestras aisladas para medición de excreción de sodio.

Se complementó la información de la ingesta de alimentos y su contenido de sodio mediante datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2005 a nivel nacional.

- Evaluación de la factibilidad de la reducción de sodio en productos panificados

Durante 2006 se efectuó una encuesta a una muestra de 1250 panaderías a nivel nacional, analizando los niveles de sal en diferentes productos.¹¹ Luego se realizaron paneles sensoriales con el fin de determinar una concentración mínima que fuera aceptable para los consumidores.

- Elaboración de un plan de acción y conformación de un grupo intersectorial

Se describió el proceso de conformación del grupo de trabajo, sus etapas y la priorización realizada en los grupos de alimentos.

- Acuerdos voluntarios con industria panadera Federación Argentina de Industrias de Panificados y Afines (FAIPA) e industria alimentaria

Se describió el proceso mediante el cual se acordaron metas de reducción de sodio en alimentos procesados.

- Acciones de monitoreo

Para monitorear la iniciativa, se realizaron evaluaciones a nivel local y nacional. En el plano local se verificó la implementación de "Menos Sal, Más Vida" en la provincia de La Pampa. Además de la encuesta poblacional arriba descrita, se analizó el contenido de sodio en muestras de panificados y se evaluó el cumplimiento de las ordenanzas municipales orientadas al sector gastronómico. Para el monitoreo a escala nacional, se analizó el contenido de sodio en el marco de los acuerdos voluntarios alcanzados con la industria alimentaria en 2011 y 2012. Según lo estipulado, luego de dos años de su firma, se realizaron análisis de laboratorio (coordinados por el Instituto Nacional de Alimentos), declaraciones juradas y cambios en el etiquetado. Además, se evaluó la venta de sal de mesa a través de información proveniente del Ministerio de Agricultura.

Para estimar el potencial impacto de estas reducciones en la ingesta, asumiendo un consumo de alimentos similar a la línea de base (ENNyS 2005), se modificó el contenido de sodio de los alimentos conforme a las metas planteadas en los acuerdos voluntarios. Se ajustó por el grado de cumplimiento observado y por su participación en el consumo, se tuvo en cuenta el consumo de sal de mesa obtenido de las ventas anuales desde 2010 y se estimó en forma preliminar (ya que la recomendación para medir la ingesta es la realización de recolección de base poblacional de orina de 24 horas)¹² una reducción de la ingesta per cápita.

RESULTADOS

- Evaluación de línea de base de la ingesta de sodio en Argentina

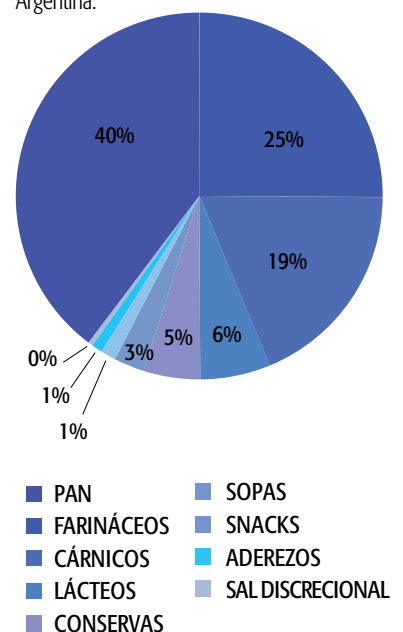
Durante 2011-2012 se realizaron 1.537 encuestas domiciliarias. En 719 se recogió orina de 24 horas y de muestra aislada (321 hombres y 398 mujeres). A partir de estos resultados se estimó una ingesta de 11,34 gramos de sal diarios (12,7 para hombres y 9,8 para mujeres).

Utilizando los datos de las encuestas de frecuencia alimentaria, las tablas de contenido de sodio de los alimentos disponibles y la información complementaria de la ENNyS 2005, se estimaron las fuentes de sodio de la dieta en adultos mayores de 18 años: 60,3% en alimentos procesados (25,1% pan, 18,6% farináceos, 6,2% productos cárnicos, 5% lácteos, 2,7% conservas, 1,3% sopas, 1% *snacks*, otros 0,4%) y 39,7% en sal de mesa (Figura 1).

Esta línea de base fue de utilidad para categorizar los grupos alimentarios a trabajar; se priorizaron inicialmente los productos de panadería y luego los principales alimentos procesados (farináceos, cárnicos, sopas y *snacks*).

- Evaluación de la factibilidad de la reducción de sodio en productos panificados

FIGURA 1. Fuentes de sodio de la dieta en Argentina.



Fuente: elaboración propia

La concentración basal de sal en el pan artesanal fue del 2%. La reducción hasta el 1,4% no resultó detectable para los consumidores. La disminución del 25% se consideró factible desde el punto de vista tecnológico y de los consumidores.

- Elaboración de un plan de acción y conformación de un grupo intersectorial

A partir de un ente creado previamente para la eliminación de grasas trans, se conformó la Comisión Nacional de Eliminación de las Grasas Trans y Reducción de Sodio en los Alimentos Procesados, donde aún participan el Ministerio de Salud (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles e Instituto Nacional de Alimentos), el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial, Servicio Nacional

de Seguridad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) y la Coordinadora de Productores de Alimentos (COPAL), diferentes cámaras y representantes de la industria alimentaria, sociedades científicas y sociedad civil.

De acuerdo con el análisis de línea de base, se formaron cuatro grupos de trabajo: productos cárnicos y derivados; farináceos; lácteos y sopas; aderezos y conservas. Priorizando los alimentos más consumidos, con mayor aporte al sodio de la dieta (por consumo y concentración) y mayor factibilidad tecnológica, se establecieron metas de reducción en cada grupo, inicialmente a dos y cuatro años (Figura 2).

- Acuerdos voluntarios con industria panadera (FAIPA) e industria alimentaria

Se realizó un acuerdo voluntario con FAIPA y más de 10000 panaderías en todo el país, que incluyó la capacitación y distribución de material de

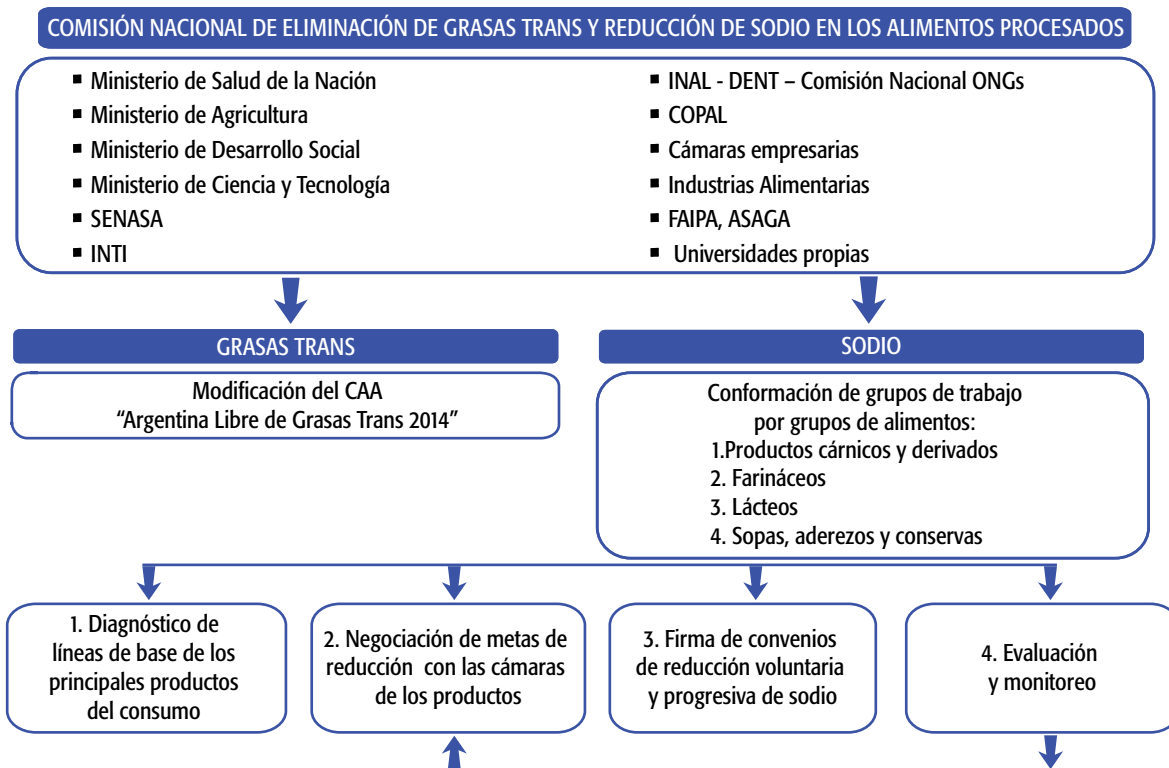
difusión y vasos medidores para la elaboración de pan con una concentración no mayor al 1,5% de sal.

A partir de 2011, la industria alimentaria firmó acuerdos voluntarios de reducción y se comprometió a lograr las metas acordadas (entre 5 y 25% de disminución, según los productos), y la Comisión –pero especialmente el Ministerio de Salud–, a evaluar cada dos años los resultados respecto al contenido de sodio de los alimentos.

- Acciones de monitoreo

Para monitorear los acuerdos alcanzados con la industria panadera, se realizaron muestras basales y posteriores a la implementación. La acción abarcó 72 panaderías de la provincia de La Pampa, con reporte de la utilización de sal en la elaboración complementado con análisis de laboratorio de los productos panificados, realizados antes y después del acuerdo. Tras el acuerdo, las capacitaciones y la distri-

FIGURA 2. Conformación de la Comisión Nacional de Eliminación de Grasas Trans y Reducción de Sodio en los Alimentos Procesados y etapas del proceso de acuerdos voluntarios.



Fuente: elaboración propia
 Abreviaturas: SENASA: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria; INTI: Instituto Nacional de Tecnología Industrial; INAL: Instituto Nacional de Alimentos; DENT: Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; COPAL: Cooperadora de Productores de Alimentos; FAIPA: Federación Argentina de Industrias de Panificados y Afines; PROPIA: Programa de Prevención del Infarto en Argentina; ASAGA: Asociación Argentina de Grasas y Aceites; CAA: Código Alimentario Argentino

bución de material de difusión y vasos medidores, se observaron reducciones significativas en pan (de 1,7 a 1,4%, $p < 0,0001$), facturas (de 3,2 a 1,2%, $p < 0,0001$), bizcochos (de 2,4 a 1,5%, $p = 0,0004$) y otros productos.

En 2014 se volvió a controlar el pan artesanal en una muestra al azar de 21 panaderías. Los respectivos análisis de laboratorio mostraron una concentración del 1,4%.

En relación con los acuerdos voluntarios de 2011-2013, la evaluación realizada hasta fines de 2013 comprendió 194 productos, que representan los alimentos procesados más consumidos y con mayor aporte de sodio.

Sobre la base de las declaraciones juradas y las modificaciones al rotulado presentadas por la industria, el cumplimiento de las metas de reducción fue de 85,5% en farináceos, 88% en productos cárnicos, 81,8% en lácteos, 96,4% en sopas y 100% en snacks. Los análisis de laboratorio coordinados por el Instituto Nacional de Alimentos (INAL) incluyeron 42 alimentos y revelaron un cumplimiento global del 88% en las metas acordadas de reducción.

Hacia fines de 2013, las reducciones en el contenido de sodio de estos alimentos, la participación de cada alimento, el grado de cumplimiento (Tabla 1) y la disminución del consumo de sal de mesa estimada por el consumo masivo podrían explicar una reducción de 0,92 gramos de sal diarios per cápita (Figura 3).

En 2014 se evaluaron otros 230 productos comprendidos dentro de los acuerdos voluntarios de 2012. El cumplimiento de las metas fue del 90%.

Hasta inicios de 2015 quedaron incluidos 579 productos, y en marzo se agregó un acuerdo con los supermercados nucleados en la Asociación de Supermercados Unidos para reducir el contenido de sodio en los productos de panadería de sus cadenas, que constituyen cerca del 10% del mercado de pan artesanal.

Por otro lado, el consumo de sal de mesa (cloruro de sodio) mostró

una caída anual del 6% entre 2011 y 2012,¹³ y hasta una baja del 4,5% por cuatrimestre desde 2012 a 2014,¹⁴ con un incremento proporcional del consumo de la variedad reducida en sodio. Esta disminución guardó relación con la menor prevalencia de personas mayores de 18 años que, según la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013, decían agregar siempre o casi siempre sal a los alimentos (de 25,3% en 2009 a 17,3% en 2013).¹⁵

Con los acuerdos voluntarios firmados (máximos que próximamente, según la sanción de la Ley 26905, podrían ser incorporados en el código alimentario) y un cumplimiento similar al observado hasta el momento, a fines de 2015 podría haber una reducción de la ingesta de sal de 2,02 gramos en la población general,

con una disminución estimada de 4000 muertes de origen cardiovascular (cerca de 2 000 muertes por cada gramo de reducción), en los primeros dos años desde el comienzo de los acuerdos.¹⁶

DISCUSIÓN

La iniciativa "Menos Sal, Más Vida" constituye una intervención sanitaria con amplia participación de diversos actores del sector público, el sector privado y la sociedad civil. Sus resultados son alentadores, conllevan un impacto sanitario significativo y representan un ejemplo exitoso de la colaboración de múltiples sectores, que –aun con diferentes perspectivas– lograron establecer una alianza estratégica en pos de un beneficio para la comunidad en su conjunto.

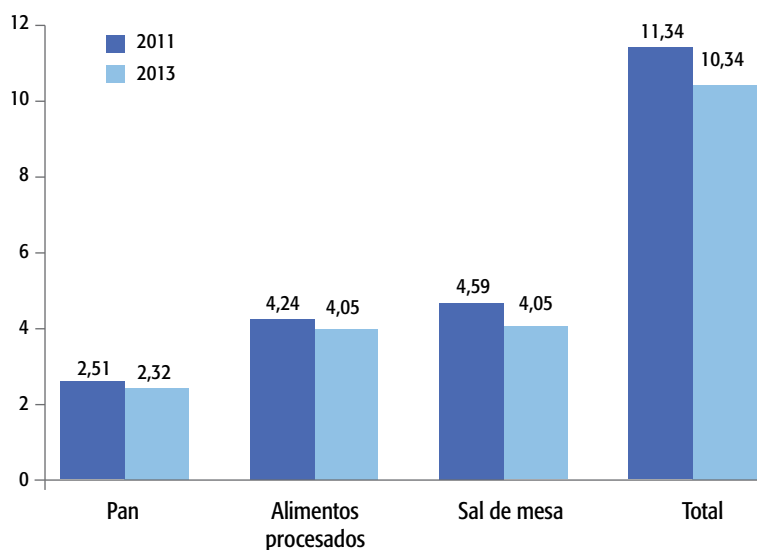
La construcción de un espacio de

TABLA 1. Porcentaje de reducción de la concentración de sodio, cumplimiento y participación en consumo masivo de las reducciones acordadas en 2011 y monitoreadas en 2013.

Categoría de alimentos	Reducción promedio	Cumplimiento	Participación en el consumo
Pan	25	80	20
Farináceos	8	85,5	60
Cárnicos	10	88	40
Lácteos	9,2	81,8	50
Sopas	6	96,4	75
Snacks	11,4	100	60

Fuente: elaboración propia

FIGURA 3. Ingesta estimada de sal (en gramos diarios per cápita) en 2011 (antes del inicio de los acuerdos) y en 2013 (en la primera evaluación del contenido de sodio de alimentos bajo acuerdo).



Fuente: elaboración propia

acuerdos y colaboración contribuyó a impulsar una ley nacional, que permitirá extender estas metas a todo el ámbito alimentario (más allá de los sectores que participaron de los acuerdos voluntarios inicialmente) y profundizará los resultados obtenidos hasta el momento. Las metas son factibles y relevantes desde el punto

de vista sanitario. Los acuerdos voluntarios mostraron ser instrumentos útiles, a pesar de los cuestionamientos vinculados al difícil cumplimiento y a las metas de escaso valor sanitario.^{17, 18}

Las estrategias poblacionales de reducción del consumo de sodio son una de las intervenciones más recomendadas para la prevención de

las enfermedades cardiovasculares. Argentina integra la región con mayor avance en esta área y es uno de los primeros países en el mundo que cuenta con regulación; esta representa la culminación y consolidación de un proceso de evaluación de prioridades y de factibilidad, con la participación de todos los actores involucrados.

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

Cómo citar este artículo: Ferrante D, Gautero ME, Carles M, Elorza C, Duymovich C, Konfino J, Laspiur S, Kosakof M. Iniciativa Menos sal, más vida: estrategia para la reducción de la ingesta de sodio en Argentina. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):35-39

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Prospective Studies Collaboration. Age-Specific Relevance of Usual Blood Pressure to Vascular Mortality: A Meta-Analysis of Individual Data for One Million Adults in 61 Prospective Studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-1913.
- Moran A, Degennaro V, Ferrante D, Coxson PG, Palmas W, Mejia R, et al. Coronary Heart Disease and Stroke Attributable to Major Risk Factors Is Similar in Argentina and the United States: The Coronary Heart Disease Policy Model. *Int J Cardiol*. 2011;150(3):332-7.
- Stamler J. The INTERSALT Study: Background, Methods, Findings, and Implications. *Am J Clin Nutr*. 1997;65(2 Sup.):626S-642S.
- Population Sodium Reduction Strategies. Organización Mundial de la Salud. [Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/reducingsalt/en/>] [Último acceso: 2 de junio de 2015]
- He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of Longer Term Modest Salt Reduction on Blood Pressure: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *BMJ*. 2013;346:f1325.
- He FJ, MacGregor GA. Effect of Modest Salt Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Trials. Implications for Public Health. *J Hum Hypertens*. 2002;16(11):761-70.
- World Action on Salt. [Disponible en: <http://www.worldactiononsalt.com/>]. [Último acceso: 2 de junio de 2015].
- Campbell N, Legowski B, Legetic B, Ferrante D, Nilson E, Campbell C, et al. Targets and Timelines for Reducing Salt in Processed Food in the Americas. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2014;16(9):619-23. doi: 10.1111/jch.12379. Epub 2014 Jul 31.
- Asaria P, et al. Chronic Disease Prevention: Health Effects and Financial Costs of Strategies to Reduce Salt Intake and Control Tobacco Use. *The Lancet*. 2007;370:2044-2053.
- Iniciativa "Menos Sal, Más Vida", Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal-vida>] [Último acceso: 2 de junio de 2015]
- Ferrante D, Apro N, Ferreira V, Virgolini M, Aguilar V, Sosa M, et al. Feasibility of Salt Reduction in Processed Foods in Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29(2):69-75.
- Protocolo para la determinación de la concentración de sodio en orina en la población. Grupo regional de expertos OMS-OPS para la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante reducción del consumo de sal en toda la población. [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=21515&lang=es] [Último acceso: 2 de junio de 2015]
- El negocio de la sal apuesta a dietas saludables. Informe consultora CCR. [Disponible en: http://www.ieco.darin.com/economia/negocio-sal-apuesta-dietas-saludables_0_539946251.html] [Último acceso: 2 de junio de 2015]
- Caída del consumo de sal. Consultora CCR y Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. [Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/suplementos/salud/cae>] [Último acceso: 2 de junio de 2015]
- 3a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resumen ejecutivo. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000544cnt-2014-09_3er-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf]. [Último acceso: 2 de junio de 2015].
- Ferrante D, Konfino J, Mejia R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. The Cost-Utility Ratio of Reducing Salt Intake and its Impact on the Incidence of Cardiovascular Disease in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(4):274-80.
- Reeve B, Magnusson R. Food reformulation and the (neo)-liberal state: new strategies for strengthening voluntary salt reduction programs in the UK and USA. *Public Health* 2015;129(4):351-63
- Charlton K, Webster J, Kowal P. To legislate or not to legislate? A comparison of the UK and South African approaches to the development and implementation of salt reduction programs. *Nutrients*, 2014; 16:3672-95.

SALA DE SITUACIÓN

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE CHIKUNGUÑA EN LAS AMÉRICAS: DICIEMBRE DE 2013 A FEBRERO DE 2015

Epidemic Situation of Chikungunya in the Americas: December 2013 to February 2015

Desde que se confirmó la circulación del virus chikunguña en Las Américas en diciembre de 2013, la rápida expansión ha afectado a países y territorios del Caribe y luego, de manera simultánea, a Centroamérica y Sudamérica. El artículo presenta la evolución de la epidemia en esta región, el número de casos y los países afectados, con recomendaciones generales a los equipos de salud.

PALABRAS CLAVE: Chikunguña - Epidemia - Virus - Las Américas

KEY WORDS: Chikungunya - Epidemic - Virus - The Americas

José Moya,¹ Pilar Ramon-Pardo,¹ Sylvain Aldighieri,¹ Marcos Espinal¹

¹ Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

INTRODUCCIÓN

Desde que se detectó por primera vez en diciembre de 2013, la epidemia de chikunguña está teniendo un rápido avance en la región de Las Américas. En apenas semanas, empezó a transmitirse en territorios y países del Caribe y, en una segunda etapa, en Centroamérica y Sudamérica, donde se esperan nuevos y constantes brotes a partir de 2015. Aunque la mayoría de los afectados por chikunguña se recuperan al cabo de unos días, sobre todo niños y jóvenes, pueden presentarse casos graves, atípicos y formas crónicas de la enfermedad que plantean serios retos a los sistemas de salud. Hasta febrero de 2015, Argentina aún no ha registrado transmisión local de casos de chikunguña.

En este artículo se propone revisar la situación en la región, con el objetivo de compartir los conocimientos centrales de esta nueva epidemia y sumarlos a otros ya difundidos por el Ministerio de Salud de Nación y de las provincias, para así contribuir a la preparación y respuesta de los trabajadores de salud.

El virus chikunguña se identificó por primera vez en 1952 en Tanzania, cuando se pudo aislar en humanos y en mosquitos del género *Aedes*. En lengua makonde, chikunguña significa "aquel que se encorva" o "se dobla por el dolor". El virus chikunguña es transmitido por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* al picar a una persona; luego de un período de incubación de 2 a 10 días, produce fiebre superior a 39 °C, seguida de dolores articulares intensos. Días después, en el 50% de los casos, aparece una erupción generalizada que causa intenso prurito.¹ En los cuadros graves, la inflamación articular provoca hinchazón, enrojecimiento y tenosinovitis, lo que limita los movimientos y obliga a las personas a guardar reposo. De esta forma, el cuadro se vuelve incapacitante y requiere el cuidado familiar

para asegurar la hidratación, alimentación y medicación.

Durante la epidemia de chikunguña que afectó a países y territorios del Océano Índico entre 2005 y 2007, se generó nueva información epidemiológica y clínica que modificó sustancialmente el conocimiento sobre esta enfermedad. Se pudieron observar altas tasas de ataque (> 30%), se confirmó la transmisión vertical² y la ocurrencia de formas atípicas y graves, que requerían hospitalización y podían causar muertes. Se establecieron grupos de riesgo y se confirmaron tres fases de la enfermedad: aguda, subaguda y crónica; esta última podía llevar a la recurrencia de dolores articulares hasta por dos o tres años.³ Los grupos de riesgo incluyeron edades extremas de la vida –recién nacidos, menores de 5 años, mayores de 65 años (especialmente mayores de 80)– y a las personas con una enfermedad crónica.⁴

Las manifestaciones de la enfermedad incluyen síntomas comunes a las virosis, como malestar general, cefalea, dolores musculares o náuseas, entre otros, y pueden presentar formas leves, moderadas, graves y atípicas. Pueden ocurrir infecciones asintomáticas, tal como se demuestra en diversos estudios de seroprevalencia realizados en India, Reunión, Italia y Mayotte, que presentaron resultados de 3,8%, 16,7%, 18,2% y 27,7%, respectivamente.⁵

Durante la epidemia de chikunguña en la isla de Reunión entre 2005 y 2006, se registraron 203 defunciones con una tasa de letalidad de 0,08% (203/239 000). Se documentaron 44 casos en recién nacidos por transmisión placentaria, que constituyeron el 0,3% del total de nacimientos registrados (44/14 799). Las formas graves se manifestaron en 3,7 por cada 1000 casos con chikunguña y estuvieron muy relacionadas con edades extremas, descompensaciones por patologías subyacentes e infecciones conexas.⁶

MÉTODOS

Se revisaron los informes sobre la situación de la epidemia de chikunguña en la región de Las Américas, publicados semanalmente por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). A partir de esa información, se calcularon las tasas de incidencia acumulada y de letalidad. Asimismo, se revisaron documentos, boletines epidemiológicos y artículos sobre epidemias de chikunguña en otras partes del mundo y, de manera particular, los disponibles sobre Las Américas. De esta forma, se evaluó el avance de la epidemia en la región entre diciembre de 2013 y febrero de 2015.

RESULTADOS

El virus chikunguña se introdujo recientemente en la región de Las Américas, tal como declaró la OPS/OMS tras la ocurrencia de casos autóctonos en Saint Martin (territorio francés en el Caribe) el 9 de diciembre de 2013.⁷

El avance de la epidemia de chikunguña en la región ha sido progresivo. Primero afectó a los territorios y países del Caribe. Llegó a la República Dominicana en febrero de 2014, país que ha reportado más de medio millón de casos y que ha registrado el desarrollo y la magnitud de la epidemia, la evolución clínica de los casos, los grupos de riesgo y las formas graves.⁸

Luego, la epidemia empezó a afectar a Centroamérica y Sudamérica, donde continúa su expansión. Sobre un total de 51 territorios y países de Las Américas 44 han reportado transmisión local de chikunguña: desde Estados Unidos hasta Paraguay, incluyendo el Caribe a excepción de Cuba. En Sudamérica, y hasta el 13 de febrero de 2015, aún no había registro de casos autóctonos en Perú, Chile, Argentina y Uruguay, cuyos sistemas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio se encuentran preparados para confirmar los casos y orientar la respuesta desde los servicios de salud (ver Mapa 1).

Cada semana, a partir de la información oficial que difunden los países sobre los casos de chikunguña, la OPS/

OMS actualiza una tabla donde figuran todos los países y territorios de Las Américas. Desde diciembre de 2013 y hasta el 13 de febrero de 2015 se habían notificado 1176216 casos sospechosos, 27136 casos confirmados por laboratorio, 3317 casos importados y 182 defunciones. (Tabla 1)⁹

La información presenta diferencias entre los países, que pueden deberse al nivel de desarrollo de sus sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica (incluida la red de laboratorios de salud pública) y al tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia de chikunguña. Todos los países del Caribe ya han completado un ciclo epidémico con un inicio explosivo de casos y, luego, un descenso

MAPA 1. Países y territorios con casos autóctonos o importados de chikunguña.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

TABLA 1. Selección de países y territorios con número de casos autóctonos de chikunguña, semana epidemiológica del 6 al 13 de febrero de 2015.

País / territorio	Población (por 1.000 habitantes)	Casos sospechosos	Casos confirmados	Casos importados	Defunciones	Tasa de ataque (%)
México	118 129	0	206	18	0	0
El Salvador	6 340	138 617	157	0	0	2,19
Guatemala	15 468	27 343	198	0	0	0,18
República Dominicana	10 404	539 099	84	0	6	5,18
Haití	10 317	64 695	14	0	0	0,63
Guadalupe	466	81 200	430	0	67	17,52
Martinica	404	72 200	1 515	0	83	18,25
Puerto Rico	3 688	24 281	4 308	31	14	0,77
Colombia	48 321	142 196	1 236	26	3	0,29
Venezuela	30 405	34 642	2 303	70	0	0,11
Brasil	200 362	710	2 776	94	0	0
Paraguay	6 802	-	9	7	0	0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

igualmente significativo. En Centroamérica y Sudamérica la epidemia lleva algunos meses y, según los climas y la densidad vectorial —entre otros determinantes— seguirán presentándose brotes progresivos y simultáneos en diversas regiones.

Los datos presentados en la tabla permiten realizar algunas observaciones. Es evidente un subregistro en la notificación, que se corresponde con la definición de casos de los países, ya que algunos son nominales y con énfasis en la confirmación del laboratorio, como en Brasil y México. Sucede lo contrario en El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Martinica, Guadalupe y Colombia, donde los casos confirmados representan un porcentaje muy bajo en relación con los sospechosos; allí, para la notificación se priorizan las manifestaciones clínicas, la confirmación previa por laboratorio en el barrio/municipio o el nexo epidemiológico. Los resultados de las encuestas rápidas de percepción de afectación del chikunguña, realizadas en las estaciones del metro de Santo Domingo en la República Dominicana, mostraron hasta un 60% de población afectada y confirmaron así el alto subregistro, pues la vigilancia epidemiológica había consignado apenas un 5%.¹⁰

Es poco probable que, ante una gran cantidad de casos, los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica puedan registrarlos individualmente. Por ello, es importante efectuar una búsqueda activa de casos, vivienda por vivienda en determinados barrios, que luego permita estimar las tasas de ataque o realizar encuestas sero-epidemiológicas para conocer el porcentaje real de población afectada, que incluiría a los asintomáticos. Se trata, sin duda, de un reto para los sistemas de vigilancia epidemiológica, que deben adaptarse y captar los casos a través de la notificación nominal/grupal o de investigaciones operativas capaces de estimar la magnitud y evolución de la epidemia. Esta información es fundamental para las autoridades de salud locales, nacionales y de los países vecinos, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

Haití y la República Dominicana comparten la misma isla y tienen una población similar. Sin embargo, las diferencias en la notificación de casos son notorias. Haití dejó de actualizar la información desde la semana epidemiológica 28, es decir, del 6 al 12 de julio de 2014, lo cual denota el nivel de desarrollo de su sistema de vigilancia y la fragmentación del sistema de salud.

Sin duda, hay un nivel muy alto de subregistro de casos, pero las diferencias en la notificación de las defunciones son considerables. Guadalupe y Martinica son territorios insulares de Francia en el Caribe, con poblaciones similares y que presentan alrededor de un 18% de tasa de ataque. Ambos han notificado 155345 casos, que representan el 13% del total en Las Américas, y suman 150 (82%) de las 182 defunciones registradas. Estas diferencias respecto a los informes de los demás países obligan a formular ciertas preguntas: ¿Hay un sobregistro de defunciones en estos dos territorios? ¿No hay defunciones en los demás países? ¿Hay un celo extremo para definir al virus chikunguña como

responsable directo o indirecto? ¿Es necesario tener la confirmación del laboratorio? ¿Es la enfermedad preexistente la responsable directa de la muerte? Lo cierto es que, al minimizarse el riesgo de defunciones en el chikunguña, la enfermedad puede ser percibida equivocadamente como benigna, como se señalaba en la literatura publicada antes de 2005.

Según un comunicado de prensa de Martinica, realizado por la *Agence Régionale de Santé*¹¹ en enero de 2015, de las 85 defunciones por chikunguña, 51 habían ocurrido a nivel hospitalario y 34 en el domicilio. Los respectivos certificados de defunción mencionaron al chikunguña entre una de las causas de muerte. En Guadalupe, conforme a la información disponible hasta octubre de 2014, de 65 defunciones, 12 se habían producido en hospitales y 53 en el domicilio.¹²

Las defunciones por chikunguña son raras; las formas graves se pueden presentar en 3 personas de cada 1000 casos, razón por la que deben extremarse el triaje en los servicios de salud y la información pública sobre los grupos de riesgo y los signos de alarma, sobre todo ante la coexistencia del chikunguña con el dengue. Dentro de la respuesta nacional a las epidemias, es fundamental establecer estrategias en los servicios de salud y a nivel comunitario para reducir complicaciones y evitar defunciones.

Una forma adicional de observar la magnitud e impacto de la epidemia de chikunguña en la región de Las Américas es a través del número de accesos a la información audiovisual cargada en los sitios web de organismos internacionales, como la OPS/OMS,¹³ los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y los ministerios de Salud, entre otros. En buscadores de Internet, también se puede revisar la cantidad de información difundida por los medios y las redes sociales. Aunque resulte anecdótico, basta con escribir la palabra chikunguña en YouTube para acceder a diversos videos musicales o parodias al respecto, en todos los géneros musicales y en la mayoría de los países. Se destaca una cumbia en El Salvador, que describe la transmisión, la prevención, los síntomas y hasta los grupos de riesgo.¹⁴ Hasta el 20 de febrero de 2015, el video de OPS "*Chikunguña, the Virus that Bends Up*" aparecía en segundo lugar en las búsquedas de Youtube sobre chikunguña con más de 50.000 visitas, lo que tiene un gran valor porque los usuarios (personas, diversos medios de prensa, profesionales de la salud, estudiantes, docentes, etc.) pueden acceder a información de calidad y confiable sobre el virus. Entretanto, los 10 videos sobre chikunguña realizados por la OPS para informar al público sobre la enfermedad y educar al personal de salud fueron vistos más de 133300 veces entre junio de 2014 y mediados de febrero de 2015.

DISCUSIÓN

En vista de que en 2015 continuará la epidemia de chikunguña en el territorio continental de Las Américas, es preciso difundir algunas características epidemiológicas y clínicas

de esta nueva enfermedad y compartir los resultados preliminares proporcionados por los países de la región. A partir de este conocimiento, tanto clínicos como sanitarios deben elaborar protocolos para ir sistematizando las experiencias y difundirlas, con la inclusión de la revisión de series de casos.¹⁵

En las epidemias de chikunguña, llaman la atención la velocidad de transmisión y la magnitud de casos. Una primera explicación es que se trata de un nuevo virus y, por lo tanto, toda la población es susceptible de enfermar. Además, la viremia por chikunguña puede durar hasta 21 días, con la posibilidad de que la carga viral alcance niveles muy altos.¹⁶ La presencia del vector es determinante para una rápida transmisión por entornos favorables de alta temperatura, humedad, vegetación, lluvias y densidad poblacional, que condicionan los determinantes ambientales y sociales.

A pesar del avance y desarrollo de los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica, la notificación o captación de casos a la OPS/OMS guarda diferencias importantes entre los países. Se destaca el subregistro de casos y defunciones, que se constata en comparación a lo referido en la bibliografía mundial sobre epidemias de chikunguña y a la difusión del tema en los medios de comunicación y redes sociales.

Sin duda, en los próximos meses y años se acumulará en la región un conocimiento importante de esta epidemia, que permitirá visualizar con los estudios de campo la real magnitud de los casos típicos, graves y las defunciones. Se podrán compartir resultados del seguimiento a cohortes de casos crónicos y se dispondrá de mejores recomendaciones para una enfermedad que podría permanecer endémica en la región.

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

Cómo citar este artículo: Moya J, Ramon-Pardo P, Aldighieri S, Espinal M. Situación de la epidemia de chikunguña en las Américas: diciembre de 2013 a febrero de 2015. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):40-43.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Centro de Control de Enfermedades. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas, 2011 [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid] [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Gerardin P, Barau G, Michault A, Bintner M, Randrianaivo H, et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-To-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. 2008;PLoS Med 5(3):e60.doi:10.1371/journal.pmed.0050060 [Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050060&representation=PDF>] [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Moya J, Pimentel R, Puello J. Chikungunya: un reto para los servicios de salud de la República Dominicana. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(5):331-5 [Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=829&lang=es] [Último acceso: 15 de febrero de 2015]
- Renault P, et al. A Major Epidemic of Chikungunya Virus Infection on Réunion Island, France, 2005-2006. Am J Trop Med Hyg. 2007;77(4):727-731.
- Thiberville SD, et al. Chikungunya Fever: Epidemiology, Clinical Syndrome, Pathogenesis and Therapy. Antiviral Research. 2013;99:345-370. [Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2013.06.009>] [Último acceso: 13 de febrero de 2015]
- Institut de Veille Sanitaire (InVS). Surveillance des formes émergentes hospitalières de chikungunya, la Réunion, avril 2005 - mars 2006. Rapport détaillé. [Disponible en: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/chik_surveillance_2007/chik_surveillance_2007.pdf]. [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica. Fiebre por chikungunya. 9 de diciembre 2013. [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23807&Itemid] [Último acceso: 25 de enero de 2015]
- Pimentel R, Skewes-Ramm R, Moya J. Chikungunya en la República Dominicana: lecciones aprendidas en los primeros seis meses. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(5):336-41 [Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=830&lang=es]. [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Organización Panamericana de la Salud. Número de casos reportados de fiebre chikungunya en las Américas - SE 6 (13 de febrero de 2015) [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=29085&lang=es] [Último acceso: 15 de febrero de 2015]
- Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Boletín Epidemiológico 26-2014 [Disponible en: [http://www.digepisalud.gob.do/?page_id=93&drawer=Boletines epidemiológicos*Boletín semanal*2014](http://www.digepisalud.gob.do/?page_id=93&drawer=Boletines+epidemiologicos*Boletin+semanal*2014)] [Último acceso: 10 de febrero 2015]
- Comunicado de prensa. Agence Régionale de Santé, Martinica, 2015. [Disponible en: <http://www.ars.martinique.sante.fr/DENGUE-ET-CHIKUNGUNYA-Meme-c.170575.0.html>] [Último acceso: 1 de abril de 2015]
- Le chikungunya dans les Antilles-Guyane. Bulletin du 6 au 19 octobre 2014. Le point épidémiologique. 2014;32 [Disponible en: http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Actualites/PE_DFA_2014-32_Chik.pdf] [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Chikungunya, Recursos multimedia, 2015 [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931&lang=es]. [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- La chikungunya de Don Vlad. Render Production. [Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zCPKqN9u4ao>] [Último acceso: 10 de febrero de 2015]
- Torres J, et al. Chikungunya Fever: Atypical and Lethal Cases in the Western Hemisphere. A Venezuelan Experience. ID Cases 2 (2015) 6-10 [Disponible en: [http://www.idcasereports.com/article/S2214-2509\(14\)00045-6/pdf](http://www.idcasereports.com/article/S2214-2509(14)00045-6/pdf)] [Último acceso: 9 de febrero de 2015]
- Appassakij H, Khuntikij P, Kemapunmanus M, Wutthanarungsan R, Silpa-pojakul K. Viremic Profiles in Asymptomatic and Symptomatic Chikungunya Fever: A Blood Transfusion Threat? Transfusion. 2013;53:2567-74 [Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23176378>] [Último acceso: 10 de febrero de 2015]

HITOS Y PROTAGONISTAS

LOS PRIMEROS MÉDICOS DEL RÍO DE LA PLATA

The pioneering doctors in Río de la Plata

PALABRAS CLAVE: Salud Pública – Historia de la Medicina – Río de la Plata

KEY WORDS: *Public Health – History of Medicine – Río de la Plata*

Federico Pégola

Academia Nacional de Ciencias

En la época de dominación hispánica, tal vez, *strictu sensu*, muchos de aquellos que hoy figuran como médicos no lo serían: el Cabildo, tiempo después, decidió distinguir entre los que se decían y los que realmente eran tales. Era una época de aventureros y muchos de ellos, así como se animaron a cruzar el Atlántico, decidieron asignarse un título que no les correspondía. Por otra parte, poco tiempo atrás se había dejado la Edad Media, y la medicina alternaba entre las curas domésticas y el curanderismo. A pesar de ello, la lista de los que arribaron con la intención de ejercer era extensa.

Los médicos ya habían llegado, pero no eran mirfadas. Dirá Cantón que “nació, pues, la ciudad de Buenos Aires sin tener médico, boticario ni cura, trinidad infalible en todo pueblo de habla española”.¹

Berenguer Carisomo² señala que “urgía sí la ciencia médica. Con Mendoza vino un físico seguramente para atender al descalabrado Fundador: Fernando de Zamora. Con él se volvió a España. En la ciudad quedó, en vísperas de su despoblación, un genovés: Blas Testanova, que se decía perito en el arte de Hipócrates”.

La versión de Guillermo Furlong difiere ligeramente en los hechos, pero en forma notoria en cuanto al nombre de uno de los protagonistas: denomina Zárate a quien casi todos los historiadores llaman Zamora: “Por lo que respecta al Río de la Plata, sabemos que, en los primeros decenios del siglo XVI, como lo ha puesto de manifiesto Carlos R. Centurión, llegaron a Buenos Aires dos médicos: Sebastián de León y un tal Hernando de Zárate. El prime-

ro se decía ‘cirujano de su Majestad’, y Zárate también era cirujano. A León, entre 1536 y 1587, le hallamos, ya en Buenos Aires, ya en Asunción, ya en Santa Fe, mientras Zárate, que ostentaba el diploma de licenciado, fue el médico del mismo Pedro de Mendoza, y, aunque viajó con éste a España, regresó al Río de la Plata en 1540, y para que ejerciera con más holgura su profesión, se le asignaron 50.000 mavedíes anuales como honorarios.

“Opina Centurión que vino también con Pedro de Mendoza un médico italiano, por nombre Blas de Testanova, oriundo de Génova. Ejerció su profesión en la Asunción, y en 1540 con Alvar Núñez Cabeza de Vaca, vino otro cirujano por nombre Pedro de Sayús, y desde 1549 actuó en la Asunción Pedro Sotelo, también cirujano. Médico de campanillas parece que fue Juan de Porras, que actuó en el Río de la Plata a partir de 1555, pero fue en 1575 cuando llegó ‘el primer grupo importante de médicos’: Andrés Arteaga, Luis Beltrán, Juan de Córdoba, Lorenzo Menaglioto y Diego del Valle. Con la excepción de Córdoba, es conocida la actuación de los otros y sabemos que Menaglioto era ‘maese cirujano’”.³

Como luego se verá, Raúl A. Molina⁴ señala a Pedro Díaz como el primer médico del Río de la Plata, y este juicio estaría avalado por la indemnización que un labriego debió pagarle al médico por las heridas que le produjo.

Se presume que en 1608 ejercían cuatro médicos en Buenos Aires, aunque no está claro a cuántos de ellos les correspondería tal denominación. La separación entre médico y curandero estaba delimitada en aquel enton-

ces por una línea muy sutil. Muchos de ellos no eran verdaderos médicos, sino sacamuelas o surujanos (como se les decía en esa época).

La historia del primer médico autorizado oficialmente a desenvolverse en la ciudad de Buenos Aires se encuentra registrada en las Actas del Cabildo del 24 de enero de 1605. Manuel Álvarez, nacido en Portugal, pide en su solicitud “que se le recibiese como cirujano y se le enseñase estipendio y salario, obligándose a curar españoles y naturales en esta ciudad; de curar y sangrar a todos de las enfermedades que tuvieren y acudiendo a todos como debe y es obligado, se le den 400 pesos en frutos de la tierra y además de esto le paguen las medicinas y ungüentos que pusiere”.⁵ Es imposible conocer el monto, “en frutos de la tierra” de lo que solicitaba Álvarez. En la siguiente sesión del Cabildo se estableció el contrato –suscrito un mes después– reconociéndole lo solicitado para “servir de médico y cirujano de esta ciudad, a toda ella, vecinos y moradores, indios y esclavos de ellos, en todas las enfermedades que tuvieren, de cualquier género que fuesen, sangrarlos y ventosearlos”.⁵

Tres meses después, Álvarez intenta abandonar su cargo porque los estipendios no llegan. En actas del Cabildo se puede leer que el alcalde Icarra se haría cargo de pagarle lo adeudado. El pedido de abandonar el puesto le es denegado, pero la insistencia del médico lleva a que el procurador general solicite al Cabildo el 1 de agosto “que se despida al médico y que no cure”.

Según Puga,⁶ “el historiador Raúl Molina afirma que, por lo menos, hubo

otro médico anterior en el año 1603, según registra en el Libro Real de Tesorería, 1586-1606, del Archivo General de la Nación, hoja 399, donde aparece una condena del 16 de septiembre de ese año de veinte pesos a ocho reales, que el alcalde aplica a Antonio López por las heridas que le dio al médico Pedro Díaz y pagó el procurador Mateo Sánchez. Poco se conoce de Pedro Díaz; tal vez hubo otro con el mismo nombre y apellido, cierto es que posiblemente haya ejercido en Buenos Aires y luego se alejara de la ciudad hacia 1605, dejándola sin médico, como se pone en evidencia más tarde al llegar Manuel Álvarez.

En el libro de la Real Tesorería (foja 405) consta el arribo de otro médico, Juan Fernández de Fonseca, que no llega a ejercer la actividad en esta ciudad.

Un año después, Francisco Bernardo de Gijón recibe la autorización para ejercer la medicina por un año. En ese momento, varios sangradores, barberos y personas con profesiones pintorescas, como la de herrador, trabajan como médicos sin título o habilitación alguna. Ellos son Gerónimo de Miranda, Juan Cordero Margallo, Francisco Villabáñez, Francisco Bernardo y quién sabe cuántos curanderos y comadronas. Para Furlong,⁴ en 1603 los médicos de Buenos Aires eran Gijón, Cordero Margallo, Villabáñez y Miranda. "Cuatro médicos para una población de 300 habitantes era, tal vez, un exceso de galenos".

Gijón murió en Buenos Aires el 13 de agosto de 1626 y fue el primero que exhibió un título de cirujano del Protomédico de Su Majestad, despachado en Madrid y refrendado en Potosí.

En 1620 arribó procedente de España el sacerdote Cristóbal Gomes Polaino, "examinado de cirugía y medicina

y evacuaciones por los protomédicos de Villa de Madrid, cortes de su Magestad (sic), y provisión de la Real Cancillería de Granada [...]".

En 1613 trabajaba en Buenos Aires el "cirujano morador" Andrés Navarro, y su actuación se prolongó hasta 1626. En 1631, su viuda declaró que después de la muerte de su esposo había casado a una niña (que había criado como hija) con el cirujano Juan de Vargas.

Habida cuenta del embalsamamiento del cadáver de monseñor Pedro Fajardo, se sabe que ese mismo año estaban en Buenos Aires los cirujanos Alejo Rivero y José Idueta, este último de menor categoría.

A mediados del mismo siglo se había consignado la presencia de otros tres nuevos médicos: Jacome de Luca, Diego Leitado y Federico de Espinosa. Años más tarde trabajaban en la Gran Aldea Manuel González Pereira, Alonso Garro, Gaspar Acevedo y Manuel Álvarez Carnero, lusitano, de 40 años y casado con una criolla.

En 1660, los médicos Alonso Garro de Arecheaga y Francisco Navarro fueron convocados para constituir un tribunal que evaluara a Pedro de Silba o Silva y Antonio de Pasarán, quienes querían ejercer el arte de la medicina. El primero de ellos fue autorizado a trabajar en Buenos Aires, pero Pasarán –pese a su apellido– no pasó la prueba, y le fue prohibido curar.

Ante la falta de un reglamento especial para el ejercicio de la medicina o de una carrera establecida, las autoridades debían recurrir a estas prácticas, presumiblemente ahogadas en vicios, para paliar las actividades del curanderismo. Era una época de crisis de la medicina toda, y Europa tampoco estaba exenta de alquimistas y embuste-

ros que vendían sus mejunjes en las plazas públicas. Un pálido reflejo de esas prácticas era recibido por las colonias. Así, a Juan de Ovegoso Villegas, Francisco Tello y Juan de Monjelos, que ejercían la medicina sin autorización, se les exigió terminar con sus actividades bajo la pena de multas. Cabe reconocer que esa era una actitud loable en defensa de la salud de una población incauta.

Según Navarro, "era común que las personas que desempeñaban oficios de barbero se ocuparan de la aplicación de sanguijuelas y de las prácticas de la sangría. [...] Los barberos eran, pues, sangradores; solían serlo también los herreros; los boticarios realizaban a menudo actos de medicina y cirugía. Con la oscuridad reinante, la escasa preparación de los diplomados, la ignorancia generalmente supina de la masa, se comprende que el curanderismo adquiriera verdadero auge".⁷

A Francisco de la Reguera se le aceptó el título que lo habilitaba para ejercer en Buenos Aires a fines de la década del 70 de ese mismo siglo. Hasta esta fecha y desde 1580, con gran minuciosidad, Molina recoge el número de "treinta y siete profesionales, de los cuales: 20 médicos y 17 cirujanos (algunos cirujanos eran médicos, lo que altera la cuenta), un veterinario y dos enfermeros; y en cuanto a la nacionalidad: 12 portugueses, ocho españoles, tres italianos, un flamenco, un irlandés, un alemán y otro de nacionalidad indeterminada, lo que significa un número no escaso para una ciudad recién nacida".⁸ El fin del siglo XVII vería a dos nuevos cirujanos en actividades profesionales: Martín Galindo y Francisco R. Liper.

Luego ya se iniciaba el siglo XVIII.

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

Cómo citar este artículo: Pérgola F. Los primeros médicos del Río de la Plata. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):44-45.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Cantón E. Historia de la medicina en el Río de la Plata. Madrid, 1928.

² Berenguer Carísimo A. Cuando Buenos Aires era colonia. Buenos Aires: Aguilar; 1980.

³ Lanuza JL. Los primeros médicos en Buenos Aires. Buenos Aires: Lab. Roche; sin fecha.

⁴ Furlong G. Médicos argentinos durante la dominación hispánica. Buenos Aires: Huarpe; 1947.

⁵ Fustinoni O, Pérgola F. Buenos Aires antiguo y la medicina. *La Prensa Médica Argentina*. 1980;67:361-367.

⁶ Puga TF. Los primeros médicos en Buenos Aires. Actas del Primer Congreso Hispanoamericano de la Historia de la Medicina. Buenos Aires, 9 al 12 de diciembre de 1980.

⁷ Navarro JC. Historia y tradición médicas argentinas. *La Semana Médica*.

1934;41 (32):379-389.

⁸ Molina RA. Primeros médicos en la ciudad de la Santísima Trinidad. Buenos Aires, 1948.

SALUD INVESTIGA

RED MINISTERIAL DE ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN ARGENTINA: ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

Ministerial Network for Health Research in Argentina: strategy to strengthen the National Health Research System

Esta Red de cooperación, creada en 2010, constituye una estrategia política eficaz para la consolidación del Sistema de Investigación en el sector salud. Así lo demuestran los avances realizados en la creación de nuevas áreas ministeriales, la regulación de aspectos éticos y el registro de la investigación a nivel provincial.

PALABRAS CLAVE: Sistema Nacional de Investigación para la Salud – Red de cooperación interjurisdiccional - Estrategia

KEY WORDS: National Health Research System – Interjurisdictional Cooperation System - Strategy

Carolina Faletty,¹ Andrea Leston¹, Carolina O'Donnell¹

¹ Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación

INTRODUCCIÓN

Los Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud (SNIS) han sido definidos, por distintos organismos internacionales, como “conjuntos de instituciones que gobiernan, gestionan, coordinan, demandan, generan, comunican o utilizan el conocimiento producido por las investigaciones para mejorar la salud y elevar el estado de desarrollo de la población”.¹ El grado de desarrollo de los SNIS varía de un caso a otro, y su fortalecimiento se realiza a través de sus estructuras institucionales, canales de comunicación, procesos de toma de decisiones, marco legal que oriente políticas de investigación para la salud y su priorización, entre otros elementos componentes.

En Argentina, debido a su organización federal, la gestión eficaz de políticas públicas requiere de la construcción de consensos entre la totalidad de sus provincias, respetando simultáneamente la autonomía provincial. Una estrategia política fundamental para la generación de consensos, es la construcción de redes de cooperación interjurisdiccionales.² Las mismas constituyen espacios de encuentro e intercambio entre las

provincias y Nación, asegurando la representatividad y participación en el análisis y debate sobre políticas públicas.

Estas redes no sólo constituyen un instrumento para la cooperación, sino que se perciben y utilizan como un modelo organizativo para el fortalecimiento institucional y para la articulación de los sistemas nacionales de innovación.³

En el sector Salud, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) ha impulsado la conformación de diversas redes que abordan diferentes problemáticas o campos de interés en materia de políticas sanitarias, cuyo propósito final es mejorar las condiciones de salud de la población.

REMINSAs

En el marco de la disímil situación de la investigación para la salud en las distintas provincias del país y con el fin de fortalecer la gestión en todos sus niveles en 2010 se creó la Red Ministerial de Áreas de Investigación para la Salud en Argentina – REMINSAs. La misma se encuentra coordinada por el área de Políticas de Investigación para la Salud de la Comisión Nacional

Salud Investiga (CNSI), y su finalidad es fortalecer el sistema de investigación para la salud a nivel provincial y nacional. Esta red se encuentra conformada por referentes de investigación de todos los ministerios de Salud provinciales y por el MSN.

Frente a la heterogeneidad propia de cada contexto local, y ante la misma necesidad de superar los obstáculos estructurales y coyunturales para el desarrollo de SNIS, los objetivos de la red son fortalecer las estructuras ministeriales provinciales y sus recursos físicos y humanos, y proponer estrategias de intervención para el mejoramiento de las capacidades locales de investigación, la promoción de la producción y la difusión de los resultados de las investigaciones. De esta manera el trabajo realizado por la red, coordinado por la CNSI, provee una herramienta colectiva para el análisis, diseño y ejecución de acciones eficaces e informadas.

En función de estos objetivos, la CNSI, junto al Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP II), implementó en 2012 un plan estratégico de gestión

de Actividades en Salud Pública (ASP) relacionadas a la investigación sanitaria a nivel local. La planificación de estas acciones, a cargo del área de Políticas de Investigación para la Salud, fue consensuada con todos los integrantes de la Red. Para su ejecución cuenta con financiamiento nacional y del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).⁴

En la actualidad se encuentran en vigencia cuatro de estas actividades: ASP 001, Creación de Área de Investigación en Salud a nivel Ministerial; ASP 002, Diagnóstico de Situación de Investigación en Salud; ASP 003, Creación de un Registro Público Provincial de Investigación en Salud y/o utilización del Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS) (Resolución N° 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación); y ASP 004, Creación de un Comité Provincial de Ética en Investigación.

La ejecución de estas actividades, cuya responsabilidad es del referente de investigación de cada provincia, propicia el fortalecimiento de la rectoría, gobernanza, y del marco normativo para las políticas de investigación para la Salud.

El principal logro del trabajo conjunto entre la CNSI y REMINSA entre 2012 y 2014 fue la creación de 14 áreas ministeriales provinciales de Investigación para la Salud, que se sumaron a las 8 existentes al momento de

la constitución de la Red. De esta manera, el 91,7% (22/24) de las provincias argentinas (incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) cuentan con su propia área de gestión de Investigación para la Salud (Mapa 1).

Con respecto a la ASP 002, hasta diciembre de 2014, se realizaron diagnósticos de situación de investigación en Salud en 14 provincias, lo que representa un 58,35% del país (ver Mapa 2). El resultado principal de estos diagnósticos evidenció la necesidad de fortalecer las áreas de investigación en los siguientes aspectos: a) establecimiento de prioridades de investigación para la salud, b) formación de recursos humanos en metodología de la investigación, c) gestión de convenios de colaboración con universidades provinciales, d) creación y acreditación de comités de ética de investigación y la correspondiente capacitación para sus integrantes, y e) desarrollo y unificación de registros provinciales de investigación.

El resto de las provincias se encuentra en pleno proceso de relevamiento en su territorio para la realización del diagnóstico correspondiente.

A partir de 2014 se han puesto en vigencia las siguientes ASP: la creación de un registro público provincial de investigación en Salud y/o la adhesión al RENIS, y la creación de un comité provincial de ética en investigación. Con respecto a la primera, y

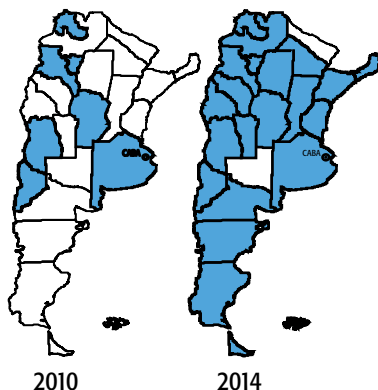
en sólo un año de vigencia, 11 jurisdicciones, es decir el 45,85% del país, presentaron la creación de su propio registro provincial (como es el caso de Córdoba, Mendoza, Neuquén y Río Negro) o bien han adherido al RENIS (Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Jujuy, y Santa Cruz) (Mapa 3). En 2015 se presentará la correspondiente actualización de la información de dichos registros.

Con respecto a los comités provinciales de ética en investigación, 8 jurisdicciones presentaron su creación, lo cual equivale a un 35% del total del país (Mapa 4).

A nivel regional se observa que las provincias del noroeste argentino (NOA) y Sur son las que mayor cantidad de ASP han llevado adelante en el periodo 2010-2014 (Tabla 1).

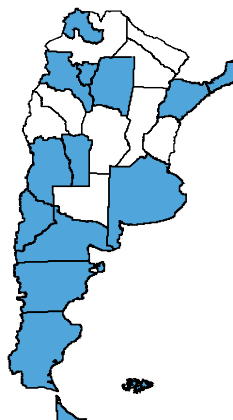
Por otro lado, en el marco de REMINSA se implementó desde 2014, una agenda de reuniones regionales que ha favorecido la articulación entre las áreas de investigación ministeriales de las provincias de una misma región. A partir de dichos encuentros se ha trabajado en la planificación de diversos proyectos de capacitación, liderados por las provincias de la región que mayor experiencia tienen en el campo, y se analizó la posibilidad de fijar prioridades en investigación sanitaria a nivel regional.

MAPA 1. Jurisdicciones con área de investigación para la Salud ministerial. Años 2010 y 2014.



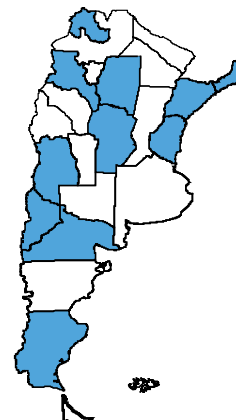
Fuente: Elaboración propia.

MAPA 2. Jurisdicciones que presentaron el diagnóstico de situación de investigación para la salud. 2012 - 2014.



Fuente: Elaboración propia.

MAPA 3. Jurisdicciones que presentaron la creación de un registro público provincial de investigación en Salud y/o la utilización del RENIS. Año 2014.



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Transcurridos cuatro años desde la creación de REMINSA se puede concluir que ha contribuido a la revalorización y puesta en agenda de la investigación como insumo imprescindible para el diseño de políticas sanitarias. Se puede constatar que la estrategia política de una red de cooperación interprovincial provee un marco de institucionalidad y un espacio de intercambio y aprendizaje que impulsa y viabiliza las políticas de

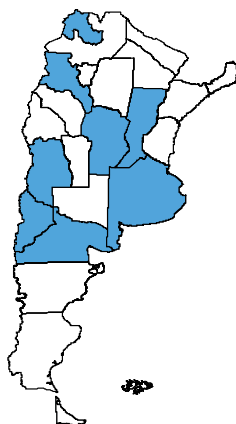
investigación provinciales y regionales.

El grado de avance en materia de gobernanza y políticas, las iniciativas para promover el establecimiento de prioridades de investigación a nivel regional, el fortalecimiento de la regulación de la investigación, el afianzamiento de la comunicación y las alianzas institucionales entre organismos provinciales de gobierno y el ámbito académico, la inversión en los registros de investigación, y el au-

mento de los recursos humanos para la gestión de estas áreas son pilares fundamentales sobre los que es necesario seguir trabajando para la consolidación del SNIS de Argentina.

Es un desafío continuar fortaleciendo esta estrategia que ha resultado eficaz, apelando a la continua participación y cooperación de todos los referentes de la red y al necesario apoyo político de cada provincia del país.

MAPA 4. Jurisdicciones que presentaron la creación de un comité provincial de ética en investigación. Año 2014.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 1. Distribución según % de cumplimiento del total de ASP ejecutadas por Región. 2012-2014

Región	Total de ASP ejecutadas por región	%
SUR (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego)	15	75
NOA (Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero)	14	70
CUYO (Mendoza, San Luis, La Rioja, San Juan)	8	50
NEA (Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco, Formosa)	9	45
CENTRO (Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, La Pampa)	8	40

Fuente: Elaboración propia.

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

Cómo citar este artículo: Faletty C, Leston A. Red ministerial de áreas de investigación para la salud en Argentina: estrategia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Investigación para la Salud. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):46-48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG, Grupo colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: Una revisión de 14 países. Rev Panam Salud Pública. 2009.
- Zurbriggen, C. La utilidad del análisis de redes de políticas públicas. Dossier, Ciudades y Políticas Urbanas. Argumentos (Mex) vol 24 n° 66. México. May/Ago. 2011.

- Sebastián, J. Las Redes de cooperación como modelo organizativo y funcional para la I+D. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina, REDES, Agosto 2000.
- Carolina O'Donnell, Carolina Faletty, Andrea Leston "Red ministerial de áreas de investigación para la salud de Argentina - REMINSA" Revista Argentina de Salud Pública. Vol 4 N° 16- Septiembre 2013. [Disponible en: <http://saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen16/48-49.pdf>] [Último acceso: 10 de diciembre de 2014]

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

El estilo será el recomendado por el ICMJE.

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

1.2. TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

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

Los gráficos deben ser autoexplicativos y se presentarán

en documento Excel, con sus coordenadas identificadas con el nombre de la variable representada e indicando el "n" si corresponde.

Dimensiones de elementos gráficos

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

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

1.3. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

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

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

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

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

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

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

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

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

tiva los resultados observados.

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

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

La estructura del artículo deberá contener las siguientes secciones:

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

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

3. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

3.1 SECCIONES DEL MANUSCRITO

3.1.1. Portada

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

- Título del artículo en español e inglés.
- El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos.
- Autor responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.
- Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc).

- Fecha de envío para publicación.
- Declaración de conflicto de intereses.
- Número de registro de investigación otorgado por el RENIS

3.1.2 Resumen y Palabras clave

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

3.1.3. Introducción

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

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

3.1.4 Método

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

- Justificación del diseño elegido.
- Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, inclu-

yendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda realizar una breve descripción de la población de donde se seleccionaron las unidades y del ámbito de estudio.

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

3.1.5. Resultados

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

daria puede presentarse en un apartado anexo, para no interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

3.1.6. Discusión

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

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

3.1.8. Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

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

3.1.9. Relevancia para la investigación en salud

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

