



REVISTA
HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
ISSN 0121-7577
- Fundada en 1993 -
Periodicidad semestral
Tiraje 300 ejemplares
Vol. 15, No. 1, 196 p.
enero - junio, 2010
Manizales – Colombia

Universidad de Caldas

Ricardo Gómez Giraldo

Rector

Germán Gómez Londoño

Vicerrector Académico

Carlos Emilio García Duque

Vicerrector de Investigaciones y Postgrados

Fabio Hernando Arias Orozco

Vicerrector Administrativo

Fanny Osorio Giraldo

Vicerrectora de Proyección

Dolly Magnolia González Hoyos

Decana Facultad de Ciencias para la Salud

La Revista **Hacia la Promoción de la Salud** es una publicación de carácter científico. Tiene como finalidad socializar las experiencias investigativas, académicas, de proyección y de docencia, de docentes, estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, sociales y afines.

Indexada por

Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (Publindex – Categoría B).

LATINDEX.

Scientific Electronic Library On-line SciELO

Directora de la Revista

María Eugenia Pico Merchán

Docente Universidad de Caldas

Comité Editorial

Ligia M. Méndez de Smitter

Enfermera, Ph.D. en Ciencias de la Enfermería. Postdoctorado en Filosofía de la Ciencia de la Educación. Docente Universidad Rómulo Gallegos (Venezuela)

Edgardo Cristian Molina Sotomayor

Licenciado en Educación Física. Ph.D en Ciencias de la Actividad Física y la Salud

Docente Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. (Chile)

Daíro Sánchez Buitrago

Médico, Ph.D. en Ciencias Sociosanitarias y Humanidades

Docente Universidad de Manizales

Consuelo Vélez Álvarez

Enfermera, Ph.D. en Salud Pública

Docente Universidad Autónoma de Manizales

Profesional Secretaría de Salud Pública, Alcaldía de Manizales

José Hoover Vanegas García

Filósofo, Ph.D. en Filosofía

Docente Universidad Autónoma de Manizales

Consuelo García Ospina

Enfermera, Mg. en Educación en Enfermería

Sonia Inés Betancur López

Enfermera, Mg. en Desarrollo Educativo y Social

Docente Universidad de Caldas

Zoila Rosa Franco Peláez

Enfermera, Mg. en Filosofía y Ciencias Jurídicas

Docente Universidad de Caldas

Comité Científico

Patricia Arbeláez Montoya

Médica, Ph.D. en Epidemiología

Docente Universidad de Antioquia

Ana Luisa Velandia Mora

Enfermera, Ph.D. en Enfermería

Docente Universidad Nacional de Colombia

Gladys Eugenia Canaval Erazo

Enfermera, Ph.D. en Salud de la Mujer

Docente Universidad del Valle

Francisco Javier León Correa

Filósofo, Ph.D. en Filosofía y Letras

Docente Pontificia Universidad Católica de Chile

María Cecilia González Robledo

Odontóloga, Candidata a Doctora en Ciencias de la

Salud Pública Secretaría de Salud México.

Subdirectora de Proyectos Especiales de Desarrollo Institucional

Alejandrina Arratia Figueroa

Enfermera Matrona, Ph.D en Filosofía de Enfermería.

Docente Universidad Católica de Chile

Comité Técnico de apoyo a la edición

Juan David Giraldo Márquez

Coordinador Comité Técnico

Gerardo Quintero Castro

Corrección de estilo

Claudia Marcela Gómez Vallejo

Traductora al inglés

Élida Duque Florez

Traductora al portugués

Alexandra Giraldo Osorio

Monitora de la revista

Juan David López González

Diagramación

Carlos Fernando Nieto Betancur

Implementación metodología SciELO

Carlos Eduardo Tavera Pinzón

Soporte Tecnológico

Acceso en Línea

<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>

Ventas, Suscripciones y Canjes

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Universidad de Caldas – Sede Central

Calle 65 No 26 - 10

Apartado Aéreo: 275

Teléfono: (+6) 8781500 ext. 11222

E-mail: reprosa@ucaldas.edu.co

revistascientificas@ucaldas.edu.co

Manizales – Colombia

Edición

Universidad de Caldas

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

La responsabilidad de lo expresado en cada artículo es exclusiva del autor y no expresa ni compromete la posición de la revista. El contenido de esta publicación puede reproducirse citando la fuente.

CONTENIDO

EDITORIAL	9
<i>Consuelo Vélez Álvarez</i>	
INVESTIGACIONES	
Variables personales, familiares y sociales asociadas a comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos	13
<i>Leonor Córdoba Andrade</i>	
<i>Angélica María Restrepo Rivera</i>	
<i>Julián Andrés Tamayo Cardona</i>	
<i>María del Pilar Peña Siabato</i>	
<i>Miguel Ángel Verdugo Alonso</i>	
Personalidad y ausentismo en trabajadores de servicios generales de una Universidad Pública	29
<i>Alexandra Puentes Suárez</i>	
<i>Ninfa Pulido Moreno</i>	
Diagnóstico de oferta de servicios en salud mental en municipios de Antioquia (2004, 2006 y 2007)	41
<i>Dedsy Yajaira Berbesi Fernández</i>	
<i>José Bareño Silva</i>	
Diagnostico de la Leishmaniasis visceral canina mediante las técnicas western blot e inmunofluorescencia indirecta	55
<i>Marlyn Romero Peñuela</i>	
<i>Jorge Sánchez Valencia</i>	
<i>Linda Carolina Hayek Peñuela</i>	
La protección de la salud en la filosofía liberal	63
<i>Alba Lucía Vélez Arango</i>	
Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del Programa de Enfermería, de una Universidad Pública	78
<i>Liliana Orozco Castillo</i>	
<i>Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez</i>	

Mortalidad perinatal de la población afiliada a una EPS de Pasto. Departamento de Nariño. 2007.	92
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Adriana Isabel Delgado Bravo
Janeth Verónica López Maya
Fanny Carmenza Meneses Paredes

Mortalidad materna en el Departamento de Caldas (Colombia), durante el quinquenio 2004-2008	110
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Adiela Marín Blandón
Carmen Dussán Lubert
Julián González López
María Victoria Benjumea Rincón
Isdrúval Arengas Castilla

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables	128
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Alexandra Giraldo Osorio
María Yadira Toro Rosero
Adriana María Macías Ladino
Carlos Andrés Valencia Garcés
Sebastián Palacio Rodríguez

Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría	144
-------------------------------------------------------------	-----

Carmen Lucía Curcio Borrero

Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud	167
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Graciela Enria
Claudio Staffolani

AUTORES	179
----------------	-----

ÁRBITROS	181
-----------------	-----

INDICACIONES PARA LOS AUTORES	182
--------------------------------------	-----

CONTENTS

EDITORIAL	9
<i>Consuelo Vélez Álvarez</i>	
RESEARCH	
Personal, family and social variables associated with comorbidity between mental retardation and mental disorders in adults	13
<i>Leonor Córdoba Andrade</i> <i>Angélica María Restrepo Rivera</i> <i>Julián Andrés Tamayo Cardona</i> <i>María del Pilar Peña Siabato</i> <i>Miguel Ángel Verdugo Alonso</i>	
Personality and absenteeism of general services employees of a State University	29
<i>Alexandra Puentes Suárez</i> <i>Ninfa Pulido Moreno</i>	
Diagnosis of the mental health services offer in the municipalities of Antioquia (2004, 2006 and 2007)	41
<i>Dedsy Yajaira Berbesi Fernández</i> <i>José Bareño Silva</i>	
Canine visceral leishmaniasis diagnosis by means of western blot and indirect immunofluorescence test	55
<i>Marlyn Romero Peñuela</i> <i>Jorge Sánchez Valencia</i> <i>Linda Carolina Hayek Peñuela</i>	
The protection of health in liberal philosophy	63
<i>Alba Lucía Vélez Arango</i>	
Family risk characterization in families of nursing students of a State University	78
<i>Liliana Orozco Castillo</i> <i>Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez</i>	

Perinatal mortality of a population of health care affiliates in the city of Pasto, department of Nariño, 2007.	92
<i>Adriana Isabel Delgado Bravo</i>	
<i>Janeth Verónica López Maya</i>	
<i>Fanny Carmenza Meneses Paredes</i>	
Maternal mortality in the department of Caldas (Colombia), from 2004 to 2008	110
<i>Adiela Marín Blandón</i>	
<i>Carmen Dussán Lubert</i>	
<i>Julián González López</i>	
<i>María Victoria Benjumea Rincón</i>	
<i>Isdrúval Arengas Castilla</i>	
REVIEW ARTICLES	
Health promotion as a strategy to encourage healthy life styles	128
<i>Alexandra Giraldo Osorio</i>	
<i>María Yadira Toro Rosero</i>	
<i>Adriana María Macías Ladino</i>	
<i>Carlos Andrés Valencia Garcés</i>	
<i>Sebastián Palacio Rodríguez</i>	
Research and aging: from data to theory	144
<i>Carmen Lucía Curcio Borrero</i>	
Discourse contradictions that hinder the transformation of health promotion practices	167
<i>Graciela Enria</i>	
<i>Claudio Staffolani</i>	
AUTHORS	179
REFEREES	181
AUTHOR GUIDELINES	185

CONTEÚDO

EDITORIAL

9

Consuelo Vélez Álvarez

INVESTIGAÇÕES

Variáveis pessoais, familiares e sociais associadas à comorbidade entre deficiente mental e transtornos mentais em adultos

13

Leonor Córdoba Andrade

Angélica María Restrepo Rivera

Julián Andrés Tamayo Cardona

María del Pilar Peña Siabato

Miguel Ángel Verdugo Alonso

Personalidade e absentismo em trabalhadores de serviços gerais de uma Universidade Pública

29

Alexandra Puentes Suárez

Ninfa Pulido Moreno

Diagnóstico de oferta de serviços em saúde mental em municípios de Antioquia (2004 2006 e 2007)

41

Dedsy Yajaira Berbesi Fernández

José Bareño Silva

Diagnóstico de leishmaniose visceral canina através da técnica de western blot e imunofluorescência

55

Marlyn Romero Peñuela

Jorge Sánchez Valencia

Linda Carolina Hayek Peñuela

Proteção da saúde na filosofia liberal

63

Alba Lucía Vélez Arango

Caractericão do risco familiar em famílias de estudantes do programa de enfermagem, duma universidade publica

78

Liliana Orozco Castillo

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez

Manizales (Colombia)	Vol. 15	No. 1	196 p.	Janeiro - Junho	2010	ISSN 0121-7577
----------------------	---------	-------	--------	-----------------	------	----------------

Mortalidade perinatal da povoação afiliada a uma EPS de Pasto. Estado de Narinho. 2007.	92
<i>Adriana Isabel Delgado Bravo</i> <i>Janeth Verónica López Maya</i> <i>Fanny Carmenza Meneses Paredes</i>	
Mortalidade materna no estado de Caldas (Colômbia), Durante o quinquênio 2004–2008	110
<i>Adiela Marín Blandón</i> <i>Carmen Dussán Lubert</i> <i>Julián González López</i> <i>María Victoria Benjumea Rincón</i> <i>Isdrúval Arengas Castilla</i>	
ARTIGOS DE REVISÃO	
A promoção da saúde como estratégia para o fomento de estilos de vida saudáveis	128
<i>Alexandra Giraldo Osorio</i> <i>María Yadira Toro Rosero</i> <i>Adriana María Macías Ladino</i> <i>Carlos Andrés Valencia Garcés</i> <i>Sebastián Palacio Rodríguez</i>	
Pesquisa e envelhecimento: do dado à teoria	144
<i>Carmen Lucía Curcio Borrero</i>	
Contradições dos discursos que dificultam a transformação das práticas de promoção da saúde	167
<i>Graciela Enria</i> <i>Claudio Staffolani</i>	
AUTORES	179
ÁRBITROS	181
INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES	188

EDITORIAL

Retomando uno de los planteamientos más importantes de la Declaración de Budapest sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico –*Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI*– (1999) en el que se afirma: “son necesarias unas nuevas relaciones entre la ciencia y la sociedad para resolver apremiantes problemas mundiales como la pobreza, la degradación del medio ambiente, la insuficiencia de los servicios de salud pública y la seguridad del suministro de alimentos y agua, especialmente relacionados con el crecimiento demográfico”, se hace necesario, que la prioridad de la investigación en salud pública se direcciona de manera efectiva a realizar un aporte científico que permita una toma de decisiones basadas en realidades comprobadas.

Si tenemos en cuenta que en los últimos años instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud nos han puesto de manifiesto y en evidencia, cuál era nuestra realidad en salud pública a través de la medición de las funciones esenciales de salud pública, se nos abre un primer panorama de investigación y es la posibilidad de mostrar la realidad que vivimos desde cada una de las diferentes funciones. En este sentido, nos obliga no sólo a abordar la investigación desde lo referente a vigilancia en salud pública, sino que finaliza con una función sobre la cual se está trabajando en todos los contextos y es la relacionada con las emergencias y desastres, en esta dirección pasamos por la evaluación de recursos en salud y capacitación del recurso humano en salud pública. Fue en este ejercicio de autoridad sanitaria, donde se evidenció de manera clara que los procesos investigativos que se desarrollan desde la academia estaban lejos de impactar las verdaderas problemáticas en salud pública, y se impuso un reto muy importante tanto para los académicos como para los administradores: acercarse a esa producción de conocimiento.

Desde otra perspectiva, el cambio generado en el sistema de salud a partir de la promulgación de la Ley 1122 de 2007, se convierte hoy para todos los profesionales que trabajamos en salud pública en la oportunidad esperada, ya que es hasta ahora cuando se reconoce que la salud pública es una sola y que en ella juega un papel importante: el aseguramiento en salud,

la prestación de servicios, la salud pública propiamente dicha, la promoción social como la posibilidad de trabajar con poblaciones vulnerables, los riesgos profesionales y las emergencias y desastres. El haber logrado esta integración, evidenció que en el contexto internacional carecemos de líneas de base orientadoras de las metas a alcanzar, lo que debe motivar a quienes investigamos en salud a buscar un acercamiento a las necesidades científicas en el área para poder realizar procesos investigativos que aporten para avanzar en el impacto que requerimos en salud pública. No debemos olvidar, que el cambio que esperamos depende hoy más que nunca de la manera como producimos conocimiento, de la difusión y utilización que hacemos de éste.

Para terminar, quiero hacer una invitación para que cada vez más como investigadores trabajemos de una manera articulada, y me refiero a trabajos interdisciplinarios e interinstitucionales ya que –como lo plantea Amartya Sen– la equidad en salud no se puede jamás separar de la justicia social, y en este sentido la salud pública desde procesos investigativos tiene el reto de articular todas las dimensiones que impactan finalmente la calidad y condición de vida de la población, desarrollando procesos que superen lo cualitativo y cuantitativo y se acerquen cada vez más a las necesidades de las poblaciones. Se requiere articular todos los esfuerzos que puedan romper brechas en la utilización del conocimiento por los diferentes sectores tomadores de decisiones en los contextos en que se vive la realidad de nuestra comunidad.

El gran reto como investigadores, está en asumir no sólo el proceso salud-enfermedad como objeto de generación de conocimiento, sino trabajar también sobre determinantes sociales, organización y prestación de servicios de salud, políticas públicas, desde perspectivas individuales y poblacionales y su interacción.

Es por esto que la revista *Hacia la Promoción de la Salud*, se convierte en el espacio donde podemos hacer visible este ejercicio académico, como una manera más de acercar el conocimiento a quienes lo necesitan para actuar, y este actuar siempre tendrá que estar dirigido a la búsqueda de una vida digna y con calidad donde la inequidad no siga marcando los problemas de salud pública.

CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ

Ph.D en Salud Pública.

Profesora Titular Universidad Autónoma de Manizales.

Departamento de Salud Pública.

Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento.

Profesional Especializada Secretaría de Salud Pública de Manizales.

Miembro del Comité Editorial Revista Hacia la Promoción de la Salud.



Investigaciones

VARIABLES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADAS A COMORBILIDAD ENTRE RETRASO MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS

*Leonor Córdoba Andrade**
*Angélica María Restrepo Rivera***
*Julián Andrés Tamayo Cardona****
*María del Pilar Peña Siabato*****
*Miguel Ángel Verdugo Alonso******

Recibido en noviembre 4 de 2009, aceptado en marzo 3 de 2010

Resumen

Objetivo: describir los factores psicosociales asociados a diagnóstico dual (retraso mental – trastornos mentales) en una muestra de adultos residentes en Cali. **Método:** participaron 50 díadas conformadas por un adulto con diagnóstico dual (ADU) y su cuidador principal. Se emplearon el cuestionario para cuidadores (CADIT), diseñado por los autores, y la Escala Integral de Calidad de Vida (Verdugo, Gómez y Arias, 2007) adaptada a población de Cali por los autores de este estudio. **Resultados:** se encontró en el factor persona, niveles adecuados de bienestar físico (66%), de adherencia al tratamiento (86%) y de autocuidado (82%); satisfacción media en la relación individuo-contexto (54%). En el factor familia, se identificó un buen nivel de satisfacción de necesidades y suficientes recursos para hacer frente a las situaciones de la vida diaria (84%), adecuado funcionamiento familiar (86%) y en un 60% de la muestra la participación de la familia en la rehabilitación del ADU se encontraba entre regular y deficiente. En el factor social, se encontraron apoyos regulares en un 68% y una inclusión media en un 52% de la muestra. **Conclusiones:** a partir de los resultados de este estudio se plantea la necesidad de orientar los programas de intervención hacia el fortalecimiento de la relación familiar como apoyo principal para los ADU; la promoción de la autonomía del ADU dentro y fuera de su núcleo familiar; y al desarrollo de políticas públicas que generen oportunidades educativas y laborales para los ADU, que favorezcan su inclusión social.

Palabras clave

Retraso mental, trastornos mentales, condiciones sociales.

* Psicóloga, Doctora en Psicología. Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia. E-mail: leonor.cordoba@unisabana.edu.co

** Psicóloga, Especialista en Familia. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Fundación Valle de Lili. Cali, Colombia. E-mail: arestrepo@javerianacali.edu.co

*** Estadístico. Universidad del Valle. Cali, Colombia. E-mail: juliandt@univalle.edu.co

**** Psicóloga, Candidata a Magíster en Epidemiología. E-mail: penasiabato@gmail.com

***** Psicólogo, Doctor en Psicología. Director Instituto de Integración en la Comunidad INICO. Universidad de Salamanca. España. E-mail: verdugo@usal.es

PERSONAL, FAMILY AND SOCIAL VARIABLES ASSOCIATED WITH COMORBILITY BETWEEN MENTAL RETARDATION AND MENTAL DISORDERS IN ADULTS

Abstract

Objective: describe the psychosocial variables associated to a dual diagnosis (mental retardation - mental disorders) in a sample of adults in the city of Cali. **Method:** fifty dyads took part, made up of one adult with dual diagnosis (ADD) and their principal care taker. A care-taker's questionnaire (CADIT), designed by the authors was used together with the Integral Quality of Life Scale (Verdugo, Arias & Gómez, 2007) adapted by the authors this study to the population of Cali. **Results:** The personal factor showed adequate levels of welfare (66%), treatment adherence (86%) and self-care (82%); there was also medium satisfaction in the individual-context relation (54%). In the family factor, the study revealed a good level of needs' satisfaction and sufficient resources to cope with day-to-day situations (84%), adequate family functioning (86%) and for 60% of the sample the family's participation in the ADD's rehabilitation registered between poor and deficient. In the social factor regular support was found (68%) and a medium inclusion of 52% of the sample. **Conclusions:** the results of this study manifest the need to manage intervention programs toward strengthening family relationships as the main support for ADD, the promotion of ADD's autonomy within and outside the household, and the development of public policies that create educational and employment opportunities for ADD, for their social inclusion.

Key words

Mental retardation, mental disorders, social factors.

VARIÁVEIS PESSOAIS, FAMILIARES E SOCIAIS ASSOCIADAS À COMORBIDADE ENTRE DEFICIENTE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS EM ADULTOS

Resumo

Objetivo: descrever os fatores psicossociais associados ao diagnóstico dual (deficiente mental- Transtornos mentais) numa amostra de adultos residentes em Cali. **Método:** participaram díades conformadas por um adulto com diagnóstico dual (ADU) e seu cuidador principal. Empregaram-se o questionário para cuidadores (CADIT), desenvolvido pelos autores, e a Escala Integral de Qualidade de Vida (Verdugo, Gomez e Arias, 2007) adaptada à população de Cali pelos autores desta pesquisa. **Resultados:** encontrou-se no fator pessoa, níveis adequados de bem-estar físico (66%), de adesão ao tratamento (82%); satisfação média na relação indivíduo-contexto (54%). No fator família, indentificou-se um bom nível de satisfação de necessidades e suficientes recursos para fazer frente às situações da vida diária (84%), adequado funcionamento familiar (86%) e num 60% da amostra a participação da família em reabilitação do ADU encontrava-se entre regular e deficiente. No fator social, encontraram-se apoios regulares num 68% e uma inclusão média num 52% da amostra. **Conclusões:** a partir dos resultados desta pesquisa platéia-se a necessidade de orientar os programas de intervenção ao fortalecimento da relação familiar como apoio principal para os ADU; a promoção da autonomia do ADU dentro e fora de seu núcleo familiar e ao desenvolvimento de políticas públicas que gerem oportunidades educativas e laborais para os ADU, que favoreçam sua inclusão social.

Palavras Chave

Transtorno psiquiátrico, atraso mental, fatores psicossociais.

INTRODUCCIÓN

El interés por los estados psicológicos, emocionales y de salud mental de las personas con discapacidad intelectual se puede considerar relativamente reciente (1). Son varias y diversas las razones que han contribuido a esto; sin embargo, cabe resaltar las dos principales. Primero, la falta de claridad y acuerdos en torno al concepto de discapacidad intelectual; segundo, las dificultades en el diagnóstico de trastornos mentales en personas con retraso mental, como consecuencia en parte de la primera y también debido al déficit cognitivo y social de las personas con discapacidad intelectual (DI), por lo que se hace necesario recurrir a informantes externos quienes infieren la expresión de sus estados de ánimo (1) y en general, de su autonomía personal.

Si el interés por la salud mental de las personas con Retraso Mental (Discapacidad Intelectual: DI) es reciente, el reconocimiento de la presencia de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual es aún más nuevo, y la mayoría de los estudios se focalizan en su epidemiología (2-7). El punto de vista sostenido por muchos años fue que los trastornos de conducta eran una parte inherente a los pacientes con DI y, por consiguiente, no requerían investigaciones profundas relacionadas con el tema, aspecto que ha dado lugar a la presencia del fenómeno del ensombrecimiento que hace referencia a la asignación de las alteraciones de conducta al retraso mental, desconociendo la posible existencia de un trastorno mental (8).

Una vez reconocida esta comorbilidad, la mayoría de investigaciones se han orientado a establecer la prevalencia de la psicopatología en estas personas, y en general, los resultados ofrecen un consenso generalizado que plantea una vulnerabilidad mayor de las personas con DI a los trastornos mentales en comparación con la población sin DI (8). Estos planteamientos han sido corroborados por investigaciones interculturales que señalan tasas de prevalencia de trastornos mentales o psiquiátricos

en adultos con DI, superiores a las halladas en la población sin DI en diferentes culturas; aún cuando la magnitud de dicha diferencia no está clara, los estudios epidemiológicos señalan que la tasa de prevalencia de enfermedad mental en personas sin DI es de 30%, mientras que para las personas con discapacidad intelectual, la tasa de prevalencia varía entre 20% y 65% de acuerdo con diversos estudios (9).

Respecto a las tasas de prevalencia en el contexto local, no se tienen datos, puesto que no se han desarrollado investigaciones enfocadas en este sentido; sin embargo, a partir de la investigación desarrollada en la ciudad de Cali sobre calidad de vida en familias con un miembro adulto con retraso mental/DI (10) se encontró que de un total de 158 adultos, un 30% presentaba trastornos mentales, y en la mayoría de los casos no recibía tratamiento y las familias no tenían claridad sobre las características del retraso mental y los síntomas de la enfermedad mental.

Actualmente, además de establecer tasas de prevalencia de comorbilidad entre retraso mental RM/DI y trastornos mentales, se hace necesario concentrar los esfuerzos en la identificación de los aspectos que contribuyen a la mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con RM/DI y en la búsqueda de estrategias de intervención más eficaces y eficientes (11), encaminadas a mejorar condiciones de salud física y mental en esta población, que ha sido ignorada en la mayoría de los casos por el sistema de salud (12).

Con relación a las posibles causas asociadas a la mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con diagnóstico dual, la literatura científica sobre el tema infiere que la disfunción cerebral interactúa con otros factores biológicos, psicológicos y ambientales y con otras anomalías para originar trastornos mentales (13). Dentro de los factores psicológicos, se consideran aquellos que contribuyen a una auto-percepción negativa de la imagen del individuo

y a limitar el repertorio de funciones mentales de la persona, como la presencia de conductas inapropiadas producto de unas habilidades sociales limitadas y la carencia de estrategias de afrontamiento para enfrentar el rechazo del medio, que resultan en una adaptación pobre a su entorno. Estas dificultades, impiden al ADU construir redes de apoyo amplias que se constituyan en factores protectores frente a la predisposición genética hacia el desarrollo de una enfermedad mental.

Los factores contextuales que se describen (13), incluyen problemas en la relación con los padres (expectativas confusas e inapropiadas, sobreprotección, rechazo), estrategias de manejo heterogéneas por múltiples cuidadores, rechazo de la sociedad, escaso acceso a los recursos comunitarios y a los servicios de salud.

La presente investigación se enfoca de manera particular en los factores psicosociales (variables personales, familiares y sociales), definiéndolos como todos aquellos aspectos que interactúan entre sí y que determinan en gran medida el comportamiento del individuo y su adaptación al medio y que dificultan o facilitan el manejo de las condiciones biológicas de base. Estos factores, son de importancia vital para la calidad de vida de las personas con diagnóstico dual y, por tanto, su descripción puede contribuir efectivamente al diseño de programas de intervención que atiendan a las necesidades de este colectivo.

Con este marco de referencia, se estableció como objetivo del estudio, identificar los factores psicosociales asociados a la comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales, en adultos de la ciudad de Cali que, en suma, determinan el nivel de funcionamiento del individuo dentro del contexto particular en el que se desenvuelve, con el fin de generar a futuro el desarrollo de programas que potencien las habilidades de estas personas y que permitan al medio generar condiciones de vida adecuadas para ellas.

MÉTODO

La investigación realizada fue de tipo descriptivo, en la medida en que su objetivo era la caracterización de los factores psicosociales asociados al diagnóstico dual, sin la pretensión de comprobar hipótesis planteadas inicialmente (14).

Participantes

La muestra seleccionada fue intencional y estuvo conformada por 50 díadas cuidador-adulto con discapacidad intelectual y trastorno psiquiátrico, de la ciudad de Cali, Colombia. Se tuvieron en cuenta cinco criterios de inclusión en la muestra: 1) que el ADU, tuviera un retraso mental leve o moderado diagnosticado por un profesional de la salud, y con un nivel de lenguaje funcional; 2) de cualquier género; 3) mayor de 18 años; 4) que no estuviera institucionalizado; y 5) que contara en su vida, con la presencia de alguna persona que ejerciera el rol de cuidador principal.

Los familiares de los ADU y los ADU en los casos que fue posible, firmaron un consentimiento informado que incluía autorización para acceder a la revisión de la historia clínica y la libertad para retirarse de la investigación en el momento que lo decidieran sin ningún perjuicio. Así mismo, el manejo de la información fue confidencial y se aseguró la protección de la identidad de los participantes por medio de la asignación de códigos para cada díada.

Instrumentos

Para recabar información sobre los factores psicosociales asociados a la comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos de la ciudad de Cali, se emplearon dos instrumentos:

1) Cuestionario para Cuidadores (CADIT), diseñado por los investigadores con el objetivo de explorar en profundidad aspectos asociados

con los factores psicosociales. A través de este cuestionario se indagó sobre temas como aprendizaje y tolerancia a la frustración, capacidad de autorregulación, presencia de conductas desafiantes, manejo de dinero, memoria, del Factor Persona; estructura familiar, interacción familiar, recursos y necesidades de la familia, y rol de los adultos, del Factor Familia; y por último, tipos y fuentes de apoyo e interacción con otras personas de la comunidad, del Factor Social.

2) Escala Integral de Calidad de Vida para adultos con discapacidad intelectual (15), que consta de dos partes, una subescala objetiva para el cuidador o un familiar del ADU y otra subjetiva, para el ADU, que evalúa ocho dimensiones de la calidad de vida (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos), que fue adaptada a través de jueces expertos y un estudio piloto al contexto de Cali.

Procedimiento

Se contactó una institución de atención en salud mental de la ciudad de Cali, que facilitó el acceso a la muestra. Inicialmente, se conformó una base de datos de 492 adultos con retraso mental que asistían a la institución y se revisó la presencia de comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales, para determinar su inclusión en el estudio; de estos adultos, sólo 152 cumplían con el diagnóstico dual, de los cuales pudieron contactarse 80 y de éstos, sólo 50 aceptaron participar a través de la firma del consentimiento informado. Esta situación es similar a la reportada por otros autores (1), quienes señalaron que el acceso a este segmento de la población se hace más complicado a medida que la edad de los sujetos es mayor; además, en las personas adultas la dispersión es muchísimo más amplia, pues no todos reciben apoyos en la red de servicios sociales y no todos aquellos que los reciben precisan de los mismos o con la misma intensidad (1).

A continuación, se llevó a cabo el trabajo de campo durante un período de 12 meses. El promedio de tiempo de evaluación con cada diáda fue de una hora.

Análisis de los datos

Con base en los principales elementos del referente conceptual y los instrumentos antes descritos, se definieron tres categorías de análisis, las cuales contienen unas subcategorías. La categoría uno corresponde al Factor Persona, que contiene a su vez las subcategorías de bienestar físico; adherencia al tratamiento del adulto con diagnóstico dual y participación en su rehabilitación; auto-cuidado; relación individuo-contexto (satisfacción con la propia persona, relaciones familiares, relaciones sociales, autonomía); y bienestar material. La categoría dos, se refiere al Factor Familia, conformado por las subcategorías de recursos y necesidades de la familia (materiales y referentes a las relaciones familiares; funcionamiento familiar; y papel de la familia en la rehabilitación). Y la categoría tres, Factor Social, incluye la categoría de apoyos sociales (tipos y fuentes), satisfacción con la atención de los servicios de salud y disposición para la formación en habilidades de interés del ADU; y la categoría de inclusión social que se refiere a la percepción que tiene el ADU de la exclusión por parte de las personas que lo rodean, desplazamiento por la comunidad y hacia diferentes lugares, información sobre actividades recreativas y su participación en las mismas.

A la luz de estas categorías, se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión), con el propósito de describir las variables asociadas a la comorbilidad entre retraso mental y trastorno mental en adultos de la ciudad de Cali. Se analizaron tanto los factores en conjunto, como las subcategorías y los ítems de cada uno de los instrumentos, independientemente.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las díadas participantes y sus familias

La muestra estuvo conformada por 50% hombres y 50% mujeres, con edades, en su mayoría, superiores

a los 30 años (72%), en un 98% solteros, y con un porcentaje mínimo de existencia de una relación de pareja sin convivencia (4,1%). Respecto a su situación laboral, sólo el 18% participaba de una actividad laboral remunerada (Tabla 1).

Tabla 1. Características del adulto con diagnóstico dual.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	25	50
Mujer	25	50
Edad		
Entre 18 y 21	5	10
Entre 22 y 30	9	18
Entre 31 y 40	14	28
Entre 41 y 50	10	20
Mayor de 50	12	24
Estado Civil		
Soltero	49	98
Viudo	1	2
Existencia de una relación de pareja que no implica convivencia		
Si	2	4,1
No	47	95,9
Missing* = 1		
Situación Laboral		
No trabaja	41	82
Si trabaja	9	18
Recibe medicación psiquiátrica		
Si	40	81,6
No	9	18,4
Missing* = 1		

* valores perdidos.

Con relación a las características sociodemográficas del cuidador, el sexo predominante fue mujer (90%), y el 66,7% correspondió a la madre del ADU; estos cuidadores tenían una edad mayor a 50 años en un 77,6%, y el 54,5% había alcanzado un nivel de educación primaria.

Respecto al conocimiento del diagnóstico dual por parte de los cuidadores, se encontraron datos diferenciales en relación con el retraso mental y con el trastorno mental. El reconocimiento de la presencia de un retraso mental en los ADU se hizo presente en un 78% de la muestra. Sin embargo, existía confusión respecto al nivel de discapacidad intelectual, puesto que en algunos casos, los cuidadores afirmaban que los ADU tenían un diagnóstico de RM profundo o severo (12,2%), mientras que en el centro de salud mental, el reporte era de retraso mental leve o moderado; además, el 6,1% de los cuidadores se abstuvieron de responder esta pregunta.

El reconocimiento de la presencia de un trastorno psiquiátrico en los ADU por parte de los cuidadores fue de un 50%; sin embargo, sólo el 34% identificaron la presencia de comorbilidad entre retraso mental y trastorno mental.

Respecto a las características de la familia, se encontró que el 64% estaba conformada de tres a cinco miembros, con una tipología familiar diversa; de éstas, el 38,3% era de tipo incompleto, constituido por la presencia de uno de los dos padres y uno o más hijos, mientras que el 12,8% de las familias era de tipo completo, que hace referencia a aquella familia que conserva la unión padres e hijos; un 21,3% era mixta, es decir, conformada por miembros de la familia nuclear y de la familia extensa. El 4,3% de las familias era recompuesta, entendida ésta como aquel grupo familiar en donde al menos uno de los hijos no es hijo biológico de ambos padres, y donde pueden existir o no hijos de uniones previas de la pareja o comunes, y el 23,4% era de otro tipo, que incluía personas diferentes al núcleo familiar y que a su vez excluye a los dos padres.

El estatus socioeconómico de la muestra estuvo concentrado en los niveles bajo y medio bajo (88%). Respecto a la tenencia de vivienda, el 65,3% de las familias habitaba en viviendas propias, mientras que tres familias (6,1%) lo hacían en posadas, y sólo la vivienda de una familia (2%) estaba situada en una invasión.

Con relación a los servicios públicos, el 96% de las familias contaba con agua potable, alcantarillado, luz eléctrica o teléfono; sólo el 4% de ellas no disponía de servicio de teléfono en su vivienda; en tanto que el 2% carecía de agua potable; y un 2% no contaba con manejo de aguas residuales.

En cuanto al acceso a servicios de salud, se encontró que el 82% de las familias tenía servicios de salud para todos sus miembros.

El último indicador considerado fue el de la seguridad del sector en que reside la familia. Se identificó que pese a que la muestra estaba conformada en su mayoría por familias que habitaban en los estratos más populares de la ciudad, la mayoría de los cuidadores (82%), manifestaba que la seguridad del sector donde residían era buena o aceptable.

El promedio de los ingresos fue de 560.988 pesos colombianos (USD 280 = aprox.), la mediana y la moda se sitúan en 408.000 pesos (USD 204 = aprox.), equivalente casi a un salario mínimo mensual; ocho de las familias correspondientes al 16%, se abstuvieron de responder acerca del nivel de ingresos económicos que obtenían mensualmente.

Factor persona

Este factor, se analizó de acuerdo con 5 categorías referidas al ADU: bienestar físico (el 66% de los participantes lo calificó como bueno), adherencia al tratamiento (86% de los participantes la calificó como alta), auto-cuidado (82% lo calificó como bueno), bienestar material (el 58% lo consideraba

bueno) y relación individuo-contexto (el 54% de las díadas calificó como medianamente satisfactorias estas relaciones) (Tabla 2).

De manera específica, en la relación individuo-contexto se incluyeron ítems relacionados con la satisfacción con la propia persona, la autonomía del ADU y las relaciones familiares y sociales. En cuanto a la satisfacción con la propia persona, el 50% de la muestra reportó una satisfacción alta. Así mismo, el 92% de la muestra calificó como

satisfactorias las relaciones familiares, mientras que el 80% y el 56% calificó como regulares y deficientes las relaciones sociales del ADU, y su autonomía, respectivamente.

En cuanto al bienestar material del ADU, se evidenció que el porcentaje de los participantes que lo calificó como bueno (58%), es inferior con relación a bienestar físico, adherencia al tratamiento y auto-cuidado (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de la díada respecto al Factor Persona.

<i>Subcategorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bienestar físico		
Deficiente	2	4
Regular	15	30
Bueno	33	66
Adherencia del ADU al tratamiento		
Baja	2	4
Regular	5	10
Alta	43	86
Autocuidado		
Deficiente	5	10
Regular	4	8
Bueno	41	82
Relación individuo-contexto		
Medianamente satisfactoria	27	54
Satisfactoria	23	46
Bienestar material		
Deficiente	2	4
Regular	19	38
Bueno	29	58

Al cruzar la satisfacción con la propia persona con los puntajes globales de la categoría relaciones individuo-contexto, se observó que las díadas que obtuvieron un puntaje alto en la categoría relaciones individuo-contexto, también obtuvieron un puntaje alto en la satisfacción con la propia persona del ADU (34%) y viceversa (36%).

De igual forma, al cruzar la categoría relación individuo-contexto con la variable trabajo del ADU, se evidenció que las díadas en las que los ADU trabajaban, percibieron una relación individuo-contexto satisfactoria (78%) mientras que en aquellas en las que los ADU no trabajaban, la satisfacción fue inferior (60%) (Tabla 3).

Tabla 3. Puntajes otorgados por la díada a la relación individuo-contexto en función del estatus laboral del ADU.

			Relación individuo-contexto		
			Medianamente Satisfactoria	Satisfactoria	Total
Trabaja	No	Recuento	25	16	41
		% por fila	60	40	100
	Si	Recuento	2	7	9
		% por fila	22	78	100
	Total	Recuento	27	23	50
		% del total	54	46	100

Adicionalmente, se encontraron aspectos de este factor, que resultaron de particular relevancia para la investigación. En primer lugar, el 58% de los ADU depende del cuidador o de otra persona a la hora de practicar los hábitos de salud tales como nutrición adecuada, ejercicio y control médico, seguido de un 20% que requiere de apoyo verbal.

Así mismo, respecto a las características del ADU, el 74% de los cuidadores nombró por lo menos tres características positivas entre cinco posibles (cariñoso, disciplinado, respetuoso, colaborador e independiente); al solicitársele que mencione las que de acuerdo con su percepción, mejor describían al ADU, un 60% de los cuidadores nombró por lo menos tres características negativas entre cuatro posibles (dependiente, agresivo, aislado y terco).

También se encontró que el 58%, que corresponde al mayor porcentaje de los ADU, no realiza compras en almacenes y supermercados sin la supervisión de otra persona, ítem evaluado por la Escala de Calidad de Vida. De igual forma, se identificó, que el mayor porcentaje de ADU (64%) manifestó la necesidad de contar con más amigos. Por último, el 68% de los adultos con diagnóstico dual informó que no disponía de dinero suficiente para comprar lo que necesitaba.

Factor familia

Este factor se analizó de acuerdo con tres categorías: recursos y necesidades de la familia,

donde el 84% de las díadas manifestó un nivel alto de satisfacción de sus necesidades y buenos recursos para enfrentar las situaciones de la vida diaria; funcionamiento familiar, en donde el 86% reportó un buen funcionamiento; y, el papel de la familia en la rehabilitación, en el que se encontró un papel deficiente (26%) y bueno (40%) (Tabla 4).

Tabla 4. Percepción de la díada respecto al Factor Familia.

	Frecuencia	Porcentaje
Recursos y necesidades de la familia		
Satisfacción media	8	16
Satisfacción alta	42	84
Funcionamiento familiar		
Aceptable	7	14
Bueno	43	86
Papel de la familia en la rehabilitación		
Deficiente	13	26
Regular	17	34
Bueno	20	40

Dentro de los recursos y necesidades de la familia, se consideraron los recursos materiales, donde el 86% de la muestra satisfacía sus necesidades básicas y los recursos referentes a las relaciones familiares, donde el 78% de los cuidadores manifestó que contaba con buenos recursos. Pese a esto, respecto a los apoyos que recibía el ADU, se encontró que el 26% no recibía aportes económicos de personas diferentes a los familiares con quienes compartían primer grado de consanguinidad, el 52% recibía únicamente el apoyo de un familiar externo a su núcleo primario y sólo el 22% contaba con un apoyo diferente al de algún miembro de la familia (pensiones, exención en pago de medicamentos).

De manera específica, se estableció la relación entre las variables de ingresos de la familia y número de personas dependientes de estos ingresos. Los resultados arrojaron una correlación negativa (-0,27) y al nivel de significación del 10% elegido previamente, esta correlación es significativamente diferente de cero, lo cual establece que existe una relación inversa leve entre el número de personas dependientes de los aportes económicos y los ingresos económicos de la familia, es decir, que a mayor número de personas dependientes tienen las familias, cuentan con menos ingresos (Tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre ingresos de la familia y número de personas que la conforman.

		Ingresos económicos de la familia
Número de personas que viven con los ingresos	Coefficiente de correlación	-0,272
	p-valor	0,080
	N	42

Nota. Ocho de las familias se abstuvieron de suministrar información sobre sus ingresos.

Respecto a los recursos familiares, se encontró que las familias en un 75,5% tendían a dialogar o a buscar apoyo de la familia extensa, los amigos, vecinos o de la iglesia, mientras que el 24,5% se aislaba o se agredía, cuando se presentaban situaciones inesperadas en casa.

Dentro de la categoría de funcionamiento familiar, se evaluaron las principales dificultades asociadas a la presencia del ADU, encontrándose las siguientes: discusiones y maltrato 4,4%; falta de independencia de los miembros de la familia, fallas en la comunicación y falta de apoyo entre las personas que conforman el grupo familiar 33,3%; limitaciones económicas y deudas 28,8%; y por último, el 33,3% de la muestra no manifestó dificultades.

Respecto al nivel de integración del ADU en su familia, en el 92% de los casos el ADU estaba integrado de acuerdo con el reporte del cuidador. Para establecer esto, se evaluaron las actividades compartidas dentro de casa (60% tres de seis actividades; 38% dos actividades y 2% ninguna actividad) y fuera de casa (70% al menos dos de las actividades descritas, 18% una de las actividades y el 12% manifestó no realizar actividades fuera de casa con el ADU).

En cuanto a la intimidad permitida por sus familiares al ADU, se encontró que el 82% de los ADU consideraba que sus familiares respetaban su intimidad. Respecto a la percepción de los cuidadores, se encontró que el 92% creía que la familia respetaba la intimidad del ADU.

Los datos del funcionamiento familiar se cruzaron con el papel de la familia en la rehabilitación, encontrando que pese a una percepción de buen funcionamiento familiar (86%), el apoyo que recibían los cuidadores para el manejo de los ADU por parte de los otros miembros de la familia era considerablemente menor (40%).

En la categoría relacionada con el papel de la familia en la rehabilitación, se consideraron tres aspectos: suministro de medicación al ADU, donde el 92% de los cuidadores reportó estar atentos al suministro; percepción del cuidador acerca de su participación en la rehabilitación del ADU, que fue calificada en un 80% entre excelente y buena; y el manejo por parte de la familia a las crisis del paciente, en donde los cuidadores reportaron que buscaban la ayuda pertinente (56%); tenían reacciones como desesperarse, hablar y mimar al ADU, suministrarle el medicamento y llevarlo engañado al hospital (28%); el 12% de los cuidadores lo aislaba y el 4% reaccionaba golpeándolo o amarrándolo.

Factor social

En este factor, se analizaron dos categorías: apoyos sociales e inclusión social. En apoyos sociales, se encontró que el 68% de la muestra las consideraba como regulares. Respecto a la inclusión social, los cuidadores reportaron una inclusión alta en un 52% (Tabla 6).

Tabla 6. Percepción de las díadas respecto a los apoyos sociales y la inclusión social del ADU.

Subcategoría	Frecuencia	Porcentaje
Apoyos Sociales		
Deficientes	2	4
Regulares	34	68
Buenos	14	28
Inclusión Social		
Media	26	52
Alta	24	48

Dentro de los apoyos sociales, se contemplaron cuatro aspectos relevantes: apoyo al ADU de familiares diferentes a los del núcleo primario, tipo de apoyo que recibe la familia, satisfacción con la atención de los servicios de salud y la disposición de formación para mejorar habilidades de interés del ADU.

Respecto a los apoyos que recibe la familia del ADU fuera del núcleo familiar, se encontró que el 56% manifestó que provenían de familiares diferentes a los del núcleo primario, el 26% declaró que provenían de personas distintas de la familia (vecinos, amigos, hermanos de religión), mientras que el 18% refirió recibir ayuda de instituciones.

En los tipos de apoyo recibido, se encontró que predominaba el apoyo económico con un 40%, seguido del apoyo en actividades de salud y seguridad (rehabilitación, consultas, controles médicos y curaciones) con un 28%, el apoyo que menos recibían las familias con un ADU eran las actividades relacionadas con el auto-cuidado (baño, vestido y comida), con un 12%.

En cuanto a la satisfacción con la atención por parte de los servicios de salud, el 96% refirió tener una alta satisfacción. Caso contrario, con relación a las oportunidades con que cuenta el ADU para mejorar habilidades de su interés, el 76% manifestó no contar con dichas oportunidades.

En la categoría de inclusión social, se consideraron la percepción que tenía el ADU de exclusión por parte de las personas que lo rodeaban (el 56% reportó sentirse excluido), las posibilidades que tenía el ADU para desplazarse hacia diferentes lugares (el 70% informó que nunca o casi nunca podía hacerlo), y la información con que contaba el ADU sobre las actividades recreativas que se realizan en el barrio (el 68% manifestó no tener información) y su participación en las mismas (sólo el 26% reportó que participaba en ellas).

Adicionalmente, se cruzaron las variables participación del ADU en una actividad laboral

y la categoría de inclusión social. Se identificó que el 67% de la muestra percibía como buena la inclusión social del ADU, cuando éste participaba en una actividad laboral remunerada, situación que sólo ocurrió en un 18% de la muestra.

DISCUSIÓN

En la sociedad en general y particularmente en los servicios que ofrecen los diferentes sectores (salud, educación, bienestar social) no hay claridad sobre el diagnóstico, ni suficiente conciencia sobre las implicaciones que los trastornos en la salud mental tienen en la vida de las personas que los padecen, su familia y el contexto social en el que se mueven, ya que la presencia de enfermedad mental reduce la capacidad de una persona para funcionar de manera independiente en la comunidad. Este problema se agudiza cuando el trastorno mental (esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar o depresión mayor), se encuentra asociado a retraso mental.

Para una persona con retraso mental, cuya capacidad adaptativa puede estar ya limitada, una enfermedad mental adicional hace que requiera apoyos más intensos y generalizados. Adicionalmente, está la dificultad para realizar un diagnóstico de trastorno mental en personas con R.M., como consecuencia de diversos factores entre ellos: el déficit cognitivo, las dificultades en la comunicación, el escaso entrenamiento por parte de los profesionales de la salud mental en la evaluación y diagnóstico de este tipo de pacientes, y la carencia de instrumentos apropiados que estén adaptados a nuestro contexto.

Con este marco de referencia, el presente estudio constituye una contribución inicial al análisis descriptivo de los factores psicosociales asociados a la comorbilidad entre retraso mental y trastorno mental en adultos. Adicionalmente, se espera aportar algunos elementos conceptuales y empíricos para una atención interdisciplinaria

efectiva, a los adultos con diagnóstico dual y sus familias.

Entre los principales hallazgos del estudio, conviene destacar por las implicaciones que esto tiene para la consecución de apoyos, que sólo el 34% de los cuidadores reconocen que el ADU presenta comorbilidad entre retraso mental y trastorno psiquiátrico, y un 6% de los cuidadores manifiesta que el ADU no presenta ni trastorno mental ni retraso mental.

Así mismo, se identificó que el 68,75% de la muestra manifiesta que la familia ve al ADU, en el futuro, como una persona dependiente de su cuidador, principalmente, debido a que no cuenta con oportunidades educativas, ni laborales, coincidiendo con otro estudio realizado en esta misma ciudad (10, 16), en el que se identificó que un 85,4% de los adultos con discapacidad intelectual no asiste a programas educativos o vocacionales; y un 90,5% no participa en la vida laboral. Convirtiéndose esto en un factor de riesgo de complejidad más alta hacia el futuro, en virtud de que la mayoría de los cuidadores (76%) son personas adultas mayores, con problemas de salud propios, en algunos casos severos, que permiten visualizar necesidades de cuidado especial y quizá también decesos inminentes. Ante esto, surge la necesidad de un cuidador sustituto que no existe en un buen número de los casos; o de una institución que acoja al ADU, y que en el contexto de Cali, tampoco existe, especialmente, para personas de estratos socioeconómicos bajos.

Adicionalmente, cabe anotar que el 56% de la muestra calificó como regular o deficiente la autonomía del ADU en la actualidad, que se refleja en ciertos indicadores como por ejemplo, en el porcentaje (58%) de ADU que no realiza compras en almacenes y supermercados sin la supervisión de otra persona. De igual forma, el 58% de los ADU, depende del cuidador u otra persona para practicar hábitos de salud tales como nutrición adecuada, ejercicio y control médico, aspecto

que se constituye en un factor de riesgo para este segmento de la población, por cuanto en ausencia del cuidador o de otro adulto que lo apoye, sería menos probable o no existiría la posibilidad de que practique hábitos saludables, de tal forma, que su salud física resultaría comprometida negativamente, constituyéndose en un problema adicional para el ADU, su familia y el sistema de seguridad social. De esto se desprende, que las expectativas de desarrollar una mayor autonomía por parte del ADU hacia el futuro son mínimas o inexistentes, coincidiendo con los resultados de un estudio anterior, en el que las familias no percibían necesario, ni factible el cambio de estatus actual del adulto con DI en cuanto a oportunidades educativas o laborales (16).

Por otra parte, en este estudio se evidenció la exclusión social a las personas adultas con discapacidad intelectual y trastornos mentales, en resultados como un porcentaje alto (64%) de ADU que manifiesta la necesidad de contar con más amigos, y un 94% que no cuenta con una relación de pareja, esto es coherente con otro estudio (17) el cual plantea que históricamente, las personas con DI han tenido que manejar no sólo limitaciones propias de su discapacidad, sino el estigma social y las actitudes sociales negativas. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios (18, 19), en donde las personas con discapacidades mentales se perciben como los menos deseables para interactuar. De acuerdo con esto, puede plantearse que cuando las personas con retraso mental y trastornos mentales interactúan en su medio ambiente, la actitud general de la población es negativa y por tanto, el ambiente genera un impacto adverso y reduce las posibilidades de adaptación, y por tanto de inclusión social (17).

Contrariamente, conviene señalar que el 92% de la muestra calificó como satisfactorias las relaciones familiares, aspecto de gran relevancia para la inclusión social de adultos con discapacidad intelectual, por cuanto la familia constituye en la mayoría de los casos, el centro de la vida de estas

personas (20-23), resultados consistentes con otros estudios realizados en Cali (10, 16).

En cuanto al acceso a servicios de salud, que se considera otro indicador importante dentro de la evaluación de la calidad de vida de las personas, se encontró que el 82% de las familias cuenta con servicios de salud para todos sus miembros; este resultado, permite señalar que existe un nivel aceptable de cubrimiento, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas del país. No obstante, es evidente que no existe una atención en salud especializada para el colectivo de adultos con diagnóstico dual.

Finalmente, los resultados, permiten afirmar que el mayor porcentaje de la muestra participante en el estudio, contaba con ingresos económicos mensuales que únicamente cubrían las necesidades básicas de las familias y que no dejaban excedentes para actividades que contribuyen a la salud mental de sus miembros tales como capacitación, recreación, deportes, ocio, entre otras, elemento negativo para estas familias, a la hora de enfrentar una situación que demanda mayores recursos económicos, emocionales y sociales, como es la presencia de comorbilidad entre retraso mental y trastorno mental en uno de sus miembros.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de este estudio, se concluye que la investigación y la intervención en temas como los factores psicosociales (personales, familiares y sociales) asociados a la comorbilidad entre retraso mental y trastorno mental en adulto, es aún incipiente en nuestro contexto, y lo que es más preocupante aún, la literatura científica sobre el tema, en el ámbito internacional, da cuenta de escasos esfuerzos orientados a fortalecer una intervención psicosocial con este colectivo. La mayoría de los tratamientos continúan enfocándose en buena medida, más desde el manejo farmacológico, que si bien, contribuye

de manera importante a controlar las crisis, disminuyendo el número de hospitalizaciones y por tanto, generando un menor impacto en el sistema de seguridad social, deja en ocasiones de lado, variables personales, familiares y sociales que representan barreras sociales muy fuertes para estas personas, generando una mayor exclusión social. Entre las principales barreras se pueden mencionar:

1. El no acceso a programas educativos y laborales que les ofrezcan posibilidades de desarrollo personal y de autonomía.
2. Un ADU dependiente de un cuidador para actividades cotidianas como realizar compras, y la práctica de hábitos saludables entre los que se encuentran nutrición, ejercicio, control médico e higiene.
3. No existencia de instituciones y personal especializados en la atención de personas con diagnóstico dual.
4. Inexistencia de excedentes monetarios que permitan el acceso del ADU y de su familia a actividades de capacitación, y de tiempo libre, que contribuyen en buena medida a mejores niveles de calidad de vida.

No obstante, la existencia de estas barreras sociales, es necesario focalizar la atención en un aspecto que se configura en el fundamental para los adultos que presentan retraso mental y trastorno

mental, se trata de las relaciones familiares. La familia continúa siendo el núcleo central en la vida de todas las personas, pero de manera particular, en el caso de los ADU, que presentan una doble vulnerabilidad.

A partir de esta reflexión, se hacen evidentes los múltiples frentes de trabajo que se abren a partir de este estudio por parte de diferentes instituciones y sectores sociales en el proceso de ajuste para la población con diagnóstico dual como son la formación de personal e instituciones para un diagnóstico y una atención adecuados, la generación de oferta ocupacional tanto recreativa como formativa y laboral, que permita mejorar los niveles de calidad de vida del ADU, de su familia y, en líneas más generales, de la comunidad más cercana a estas personas y que resultan afectadas y afectando el proceso vital del ADU.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos de manera especial el apoyo concedido por la Pontificia Universidad Javeriana (Cali), entidad financiadora del proyecto “Factores psicosociales asociados a la comorbilidad entre retraso mental y trastorno psiquiátrico en adultos de la ciudad de Cali”, desarrollado durante los años 2006-2007; así como al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, que nos facilitó el acceso a la muestra. De manera especial al Dr. Carlos Miranda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paredes D, Vivas M, Contreras AR, Ortiz L, Nevado C, Hernández R, et al. Impacto de los problemas de salud mental y comportamental en una muestra de personas con discapacidad intelectual en Extremadura 2005. [Acceso el 31 septiembre de 2005] disponible en: www.futuex.com/Html/mantenimiento/fich/23191469907.pdf
2. Rojahn J, Matson J, Naglieri J, Mayville E. Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation* 2004;109(1):21-33.
3. Novell R, Rueda P y Salvador-Carulla L. Salud mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual. Madrid: FEAPS; 2003.
4. Salvador-Carulla L y Novell R. Problemas de conducta en el retraso mental. *Siglo Cero* 2003;34(2):78-86.
5. Cain N, Davidson PW, Burhan AM, Andolsek ME, Baster JT, Sullivan L, et al. Identifying bipolar disorders in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2003;47(Pt 1):31-38.
6. Summers J, Boyd K y Morgan J. Evaluating Patients With Intellectual Disabilities and Comordib Mental Health Problems. *Psychiatric Annals* 2004;34(3):214-222.
7. Masi F, Favilla L y Mucci M. Generalizad Anxiety Disorder in Adolescents and Young Adults with Mild Mental Retardation. *Psychiatry* 2000;63(1):54-64.
8. Rojahn J, Matson J, Naglieri J y Mayville E. Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation* 2004;109(1):21-33.
9. Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Velásquez R, García R. Trastornos mentales en retraso mental, evaluación y diagnóstico. *Rev Elect de Psiq* 1999; 3(4):1-17. Versión online. [Acceso el 15 de mayo de 2007] disponible en: www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num4/art_6.htm
10. Córdoba L., Mora A., Bedoya AM, Verdugo MA. Familias de adultos con discapacidad intelectual en Cali, Colombia, desde el modelo de calidad de vida. *Psykhé* 2007;16(2):29-42.
11. Glasser W y Florio D. Beyond specialist programmes: a study of the needs of offenders with intellectual disability requiring psychiatric attention. *Journal of Intellectual Disability Research* 2004;48(Pt 6):591-602.
12. Lin JD, Yen CF, Li CW y Wu JL. Health, healthcare utilization and psychiatric disorder in people with intellectual disability. *Taiwán Journal of Intellectual Disability Research* 2005;49(Pt I):86-94.
13. Syzmanski LS, Madow L, Mallory G, Menolascino F, Lace L, Eidelman S. Report of the task force on psychiatric services to adult mentally retarded and developmentally disabled persons. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1991. Task force report 30.
14. Montero I, León O. Sistema de calificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2005;5:115-127.
15. Verdugo MA, Gómez L, Arias B. La Escala Integral de calidad de vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero* 2007;38(4):37-56.
16. Mora A, Córdoba L, Bedoya A, Verdugo MA. Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI/RM) en la ciudad de Cali, Colombia. *Diversitas perspectivas en psicología* 2007;3(1):37-54.
17. Gordón P, Chiriboga J, Feldman D, Perrone K. Attitudes regarding interpersonal relationships with persons with mental illness and mental retardation. *Journal of Rehabilitation* 2004;70(1) : 50-57.

18. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA y Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services* 2001;52:953-958.
19. Karnilowicz W, Sparrow WA, Shinkfield AJ. High school students' attitudes toward performing social behaviors with mentally retarded and physically disabled peers. *Journal of Social Behavior and Personality* 1994;9(5):65-80.
20. Lustig D. Family caregiving of adults with mental retardation: Key issues for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 1992:26-34.
21. Millan JC, Meleiro L, Quintana J. Trastornos asociados a la Discapacidad Intelectual. En: J.C. Millan, editor. *Inclusión Laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias; 2002. p. 101-44.
22. Millán JC, Seijas S, Marate MP, Maseda A, Quintana J, Meleiro L. Personas mayores con discapacidad intelectual: propuesta para la puesta en marcha de un programa de intervención y resultados preliminares. *Siglo Cero* 2006;37(2): 49-59.
23. Seltzer M and Krauss M. Quality of life of adults with mental retardation/developmental disabilities who live with family. *Mental retardation and developmental disabilities. Research Reviews* 2001;7:105-114.

PERSONALIDAD Y AUSENTISMO EN TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA

*Alexandra Puentes Suárez**

*Ninfa Pulido Moreno***

Recibido en noviembre 5 de 2009, aceptado en marzo 19 de 2010

Resumen

Objetivo: la investigación buscó identificar y describir causas de ausentismo, y rasgos de personalidad, en empleados del área de servicios generales de una Universidad pública, que reportaron ausentismo laboral en los periodos 2006-2008. **Materiales y método:** para el estudio se utilizó una investigación no experimental, con diseño transaccional descriptivo de un sólo grupo. Participaron en la investigación 40 empleados públicos, 57% hombres y 43% mujeres, con edades entre 25 y 65 años y una media de 45,68 años. El 35% pertenece al área de vigilancia, 25% mensajería, 17,5% aseo, 7,5% cafetería y carpintería, respectivamente; y el 2,5 % a transporte, albañilería y archivo. El grupo de trabajadores tiene una media de 18,5 años de vinculación en la organización y una media de 8,08 años de permanencia en el cargo. Se aplicó el cuestionario de los cinco grandes factores (Big Five - BFQ), el Perfil - Inventario de Personalidad (P-IPG) y un registro demográfico; una vez los trabajadores fueron informados sobre los alcances del estudio se les hizo firmar el consentimiento informado. **Resultados:** con relación a los rasgos de personalidad tanto en las dimensiones y subdimensiones del BFQ, como en las escalas del P-IPG, los sujetos se ubicaron en rangos promedio, bajo y muy bajo. En ausentismo total, se obtuvo una media de 20,13 días.

Palabras clave

Ausentismo, personalidad, riesgo ocupacional, universidad.

* Psicóloga, Especialista en Psicología Organizacional y Ocupacional. Integrante del Grupo Salud Trabajo y Calidad de Vida. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. E-mail: alexaps2@yahoo.es

** Psicóloga, Especialista en Psicología Organizacional y Ocupacional. Coordinadora del Grupo Salud Trabajo y Calidad de Vida. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. E-mail: ninfa.pulido@uptc.edu.co

PERSONALITY AND ABSENTEEISM OF GENERAL SERVICES EMPLOYEES OF A STATE UNIVERSITY

Abstract

Objective: the current research aimed at identifying and describing some absenteeism causes and personality features, in employees from the general services Area of a state university, which reported work absenteeism during the periods 2006-2008. **Materials and method:** for the study, a non-experimental research was used, with a transactional descriptive design of only one group. The participants of the study were forty public employees, 57% males and 43% females between the ages of 25 and 65 years old, with an average age of 45.68. The 35% of the population belongs to the surveillance area, 25% to the currier area, 17.5% to the maintenance area, 7.5% to cafeteria and carpentry respectively; the final 2.5% belongs to transportation, masonry, and archive. The group of employees presents an average of 18.5 years of entailment in the organization, and an average of 8.08 years of stability in the position. For this research, the Big Five Factors Questionnaire (Big Five-BFQ), the Profile- Personality Inventory (P-IPG), and a demographic record were the instruments applied. Once the workers were informed about the scope of the study, they had to sign the consent form. **Results:** regarding the personality features of the dimensions and sub-dimensions of the BFQ as well as in the P-IPG scales, the individuals were located in average, low and very low ranges. The total absenteeism presented an average of 20.13 days.

Key words

Absenteeism, personality, occupational risk, university.

PERSONALIDADE E ABSENTISMO EM TRABALHADORES DE SERVIÇOS GERAIS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Resumo

Objetivo: A pesquisa procurou identificar e descrever causas de absentismo, e rasgos de personalidade, em empregados da área de serviço gerais duma Universidade pública, que reportaram absentismo laboral nos períodos 2006-2008. **Materiais e método** para a pesquisa se utilizaram uma pesquisa experimental, com desenho transacional descritivo dum só grupo. Participaram na pesquisa 40 empregados públicos, 57% homens e 43% mulheres, com idades entre 25 y 65 anos e uma meia de 45,68 anos. O 35% pertence à área de vigilância, 25 % mensageira, 17,5% limpeza, 7,5% lanchonete e carpintaria, respectivamente; e o 2,5 % a transporte, alvenaria e arquivo. Os grupos de trabalhadores têm uma meia de 18,5 anos de vinculação na organização e uma meia de 8,08 anos de permanência no cargo. Aplicou-se o questionário dos cinco grandes fatores (big Five – BFQ), o Perfil – Inventário de Personalidade (P-IPG) e um registro demográfico; uma vez os trabalhadores foram informados **sobre** os alcances da pesquisa eles firmaram um consentimento informativo. **Resultados:** Com relação aos rasgos de personalidade Del P-IPG, os sujeitos ficaram em rasgos de meia, baixo e muito baixo. Em absentismo total, se obtido uma meia de 20,13 dias.

Palavras Chave

Absentismo, personalidade, risco ocupacional, universidade.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la personalidad permite explicar de manera científica la individualidad humana (naturaleza humana y características individuales). Los estudios muestran que los rasgos de personalidad en general predicen las tendencias de la conducta a lo largo del tiempo, del mismo modo que describen las diferencias personales con una gran estabilidad que pueden perdurar a través del ciclo vital.

La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos (1). Esta definición implica que la personalidad tiene una organización y está conformada por procesos (es cambiante), es un concepto psicológico pero está unido al cuerpo físico; es una fuerza causal, determina la forma como el individuo se relaciona con el mundo, se evidencia en patrones y se manifiesta de diferentes maneras a través de conductas, pensamientos y sentimientos.

En el mismo sentido (2) se considera la personalidad como, *“aquellos pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones y tendencias a la acción que contribuyen a los aspectos importantes de la individualidad.”* De igual manera (2,3) la personalidad consiste en la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y conocimientos característicos de esos rasgos, que caracterizan el ajuste único de una persona al ambiente.

Así entonces, la psicología ha intentado explicar por qué las personas se comportan como lo hacen, estas interpretaciones han sido producto de generalizaciones o estereotipos, que buscan ser comprendidas a partir de diferentes perspectivas psicológicas que explican la personalidad, entre ellas la teoría de los rasgos.

“El término rasgo se ha considerado como una estructura neuropsíquica, que tiene la capacidad de traducir muchos estímulos funcionalmente equivalentes, de iniciar y guiar formas semejantes (significativamente consistentes) de conducta adaptativa y expresiva” (4).

De otra parte, un rasgo puede estar asociado a la tendencia de un individuo a comportarse de una forma consistente en situaciones diferentes. Igualmente, un rasgo influye en el comportamiento que se adopta en algunas situaciones, pero no en otras y que son disposiciones, es decir tendencias latentes para comportarse de una manera concreta, que sólo se manifiestan en las situaciones determinadas (2).

Las personas únicamente pueden compararse en función de rasgos comunes, se consideran los rasgos como constructos diferenciales en referencia a la posición de una persona, en una dimensión de rasgo relativa a la de otras (3).

De los anteriores postulados, se puede concluir que las diferentes definiciones de los rasgos se enfocan en su estabilidad y permanencia, lo cual implica que la conducta de un individuo es consistente a través del tiempo y de una situación a otra.

Por otro lado (5), en los últimos años se han realizado diversas investigaciones que apoyan el concepto de las cinco dimensiones fundamentales, que sirven de base para las demás y que agrupan diversas características de personalidad.

El modelo de los cinco factores de la estructura de la personalidad, surge como una propuesta de integración ante una variedad de modelos conceptuales anteriores; la información de la cual se dispone actualmente permite determinar que este modelo es representativo de las áreas que se consideran como universales de la personalidad; de igual manera, constituye una posibilidad de consenso sobre las dimensiones de la personalidad hasta ahora estudiadas en la psicología de los rasgos (6).

Con relación al significado de los cinco grandes factores, los dos primeros hacen alusión al comportamiento interpersonal. El factor I, refiere el por qué las personas prefieren estar solos o con otros; el factor II, determina la amabilidad, es decir respuestas características de un individuo hacia otros; el factor III, se relaciona con la responsabilidad y con la forma como las personas desarrollan sus tareas; el factor IV, hace alusión a la adaptación o neuroticismo, relacionados con la vida emocional de la persona; y el factor V, enfatiza la apertura a la experiencia, relacionado con experiencias cognitivas de los individuos (2).

Las características de personalidad pueden hacer que los individuos tiendan a encuentros particularmente frecuentes o intensamente amenazantes, o ciertas características de personalidad pueden hacer que los individuos juzguen muchas situaciones como peligrosas. Por otro lado, algunas personas tienden a evaluar las situaciones difíciles de modo que minimizan sus sentimientos de vulnerabilidad. La personalidad puede influir en las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas cuando se encuentran ante situaciones estresantes (2).

Varios rasgos de personalidad, como hostilidad y ansiedad de rasgo, moderan la relación entre un ambiente estresante y posibles resultados negativos en la salud (7). *“Características de personalidad como el optimismo y la dureza están asociadas a estrategias de afrontamiento que tienden a reducir el estrés”* (2). Se ha encontrado, que las características de personalidad son determinantes en el bienestar o en la presencia de problemas psicológicos de los trabajadores; cuando la persona percibe una situación como amenazante, sus reacciones comportamentales frente a la misma, pueden variar (8).

Se considera que los factores que pueden determinar el ausentismo, aparecen en una combinación de condiciones individuales del empleado y características del lugar de trabajo (9). Como

factores individuales se pueden considerar: edad, género, experiencia, estilos de afrontamiento y tipo de personalidad; y como factores organizacionales: la estructura organizacional, el clima, la cultura, los estilos de dirección, el ritmo de trabajo y la claridad del rol. Así como existen factores que pueden facilitar la presencia del ausentismo, se pueden reconocer factores de protección como: la autoeficacia y auto aceptación, estilos de liderazgo participativos y claridad de los objetivos laborales.

En diferentes estudios (10,11), se plantea que la ausencia por enfermedad, está asociada con las condiciones de trabajo sólo en mujeres, mientras que en hombres no se encuentra esa relación. Los síntomas psicológicos, fueron relacionados con el futuro ausentismo por enfermedad en hombres y mujeres, de modo que estos síntomas, predijeron los episodios largos de ausentismo en ambos sexos. Sin embargo, en mujeres la poca presencia de síntomas psicológicos, se asoció con menores episodios de ausentismo prolongado por enfermedad (más de 21 días), con relación a las mujeres que presentaron altos síntomas psicológicos.

Por otro lado, en el estudio Whitehall Study II among civil servants en Londres, se plantea que principalmente en hombres, un bajo nivel de control sobre el trabajo y bajas demandas propias de este, provocaban altas puntuaciones en periodos largos de ausencia por enfermedad; mientras que en un estudio francés, se mostró que la falta de apoyo social entre compañeros de trabajo, aumenta las ausencias por enfermedad en hombres (11).

Se plantea que la falta de apoyo social en el ámbito laboral, predijo frecuentes ausencias por enfermedad, en los hombres, al igual que el poco apoyo del supervisor, incrementa los episodios largos de ausentismo (15%), comparado con el grupo que recibe un mayor apoyo. El fuerte apoyo social del supervisor, minimiza considerablemente el número de ausencias largas por enfermedad; en mujeres, el fuerte apoyo de los compañeros de

trabajo, disminuye el riesgo de largas ausencias por enfermedad, cuando existe una alta carga laboral (10).

Por otro lado (12,13), un alto apoyo social en el trabajo y la libertad para usar las habilidades y destrezas, protegen al trabajador contra pequeños periodos de ausencias por enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, el efecto del apoyo social en la salud no es directo, pero es moderador entre el estrés y las características del trabajo (11).

En el estudio realizado en Gran Bretaña, se encontró que los bajos niveles de demanda, control y apoyo social en el trabajo, estaban asociados con altos niveles de pequeñas ausencias (menos de siete días) y largas ausencias (más de siete días) por enfermedad en hombres, y en menor medida en mujeres, la combinación entre altas demandas y bajo control sobre el trabajo, fue relacionado con altas puntuaciones de pequeñas ausencias por enfermedad (13).

Así mismo, se observó (11) que la complejidad laboral predispone a la ausencia por enfermedad; también se ha considerado que la monotonía percibida por el individuo y las condiciones de trabajo, están relacionadas con el incremento del ausentismo por enfermedad en el sector industrial (10).

Las investigaciones realizadas, en cuanto a la relación entre personalidad y ausentismo utilizando el Big Five, han señalado la relación entre características como ser consciente, naturaleza de orientación al logro y fuerte autocontrol, con la no presencia de ausentismo, mientras que la extraversión está relacionada con éste; sin embargo un meta-análisis hecho en 2002 mostró que no había ninguna relación ente el Big Five y el ausentismo (14).

Por otro lado, estudios realizados con el fin de reconocer el grado en que las dimensiones de los cinco factores del BFQ, se relacionan con la

ausencia, han hipotetizado que el neuroticismo y extraversión, podrían predecir positivamente la ausencia, y la escrupulosidad la predecía negativamente. De igual manera encontraron, que la historia de ausencia identificada el año anterior al estudio, mediaba parcialmente la relación entre características de personalidad y el ausentismo posterior (15).

Se ha presentado una nueva tendencia “disposicional” en donde se relaciona a los perdurables rasgos de personalidad con el ausentismo, en contra de la tendencia “situacional”; así varios estudios desde los años 60 muestran que la extraversión, la fuerte autodisciplina, buena autovaloración y la necesidad de logro, están menos relacionadas con el ausentismo, mientras que los altos niveles de inestabilidad emocional (neuroticismo), ansiedad y agresión, sí lo pueden provocar (14).

Los individuos que puntúan alto en la escala de Neuroticismo, presentan más conflictos interpersonales, reaccionan más fuertemente, y se diferencian en sus modelos de adaptación y en la eficacia aparente, de las estrategias de afrontamiento que utilizan (16).

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación no experimental, con diseño transaccional descriptivo de un solo grupo. Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (17).

Para el desarrollo del estudio, se contó con la participación de 40 trabajadores oficiales, del área de servicios generales, de una universidad pública, con reporte de ausentismo durante el periodo 2006-2008. La muestra la constituyeron 23 (57%) hombres y 17 (43%) mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 35 años (18%), 36 y 45 años (28%), 46 y 55 años (38%) y entre 56 y 65

años (16%), con una media de 45,68 años y una desviación de 9,45.

Los empleados tienen diferentes grados de escolaridad: bachillerato incompleto (25%), bachillerato completo (20%), técnico profesional y primaria completa (17,5%), respectivamente; y primaria incompleta (2,5%). Con relación al estado civil el 65% son casados, separados (20%), solteros (10%), unión libre y viudos (2,5%), respectivamente.

En cuanto al área de trabajo el 35% se desempeña en vigilancia, mensajería (25%), aseo (17,5%), cafetería (7.5%), carpintería (7.5%), transporte, albañilería y archivo (2.5%). Los trabajadores tienen una permanencia en el cargo entre 1 y 15 años con una media de 8,08 años y una Ds de 6,019; con un tiempo de vinculación en la organización entre 3 a 41 años, una media de 18,5 años y una Ds de 10,21.

Los participantes se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de inclusión, establecidos por el grupo para el desarrollo del proyecto: trabajadores hombres o mujeres empleados públicos de planta, que hicieran parte del área de servicios generales de la universidad y que se encontraran reportados en las estadísticas de ausentismo laboral durante el periodo 2006-2008, en el área de Talento Humano.

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación, se diseñó un formato de registro de factores demográficos, frecuencia y causas del ausentismo; se revisaron las hojas de vida de cada trabajador que reportó ausentismo durante el periodo 2006-2008, para determinar la causa de la incapacidad y el número

de días de ausencia. Una vez se identificó a los participantes, se comunicó los alcances del estudio y se hizo firma del consentimiento informado.

Luego, de forma individual se aplicaron el Perfil – Inventario de Personalidad (P-IPG) y el cuestionario Big Five (BFQ). El P-IPG mide las siguientes escalas: ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional, sociabilidad, cautela, originalidad, relaciones interpersonales, vigor y autoestima. El instrumento cuenta con una confiabilidad estimada, para cada una de las dimensiones por el método de mitades y el coeficiente alfa, que varían entre 0,83 y 0,92 (18).

El BFQ, mide cinco dimensiones: energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura mental, y diez subdimensiones: dinamismo, dominancia, cooperación, cordialidad, escrupulosidad, perseverancia, control de impulsos, apertura cultural, apertura al cambio (19). Este instrumento cuenta con un alpha entre 0,73 y 0,87, para las cinco dimensiones y con un alpha que va desde 0,60 hasta 0,79 para las diez subdimensiones, para la muestra española. Finalmente, se realizó el procesamiento y análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS, versión 17.

RESULTADOS

A partir del análisis de los datos, se presenta la frecuencia y causas de ausentismo identificadas en las hojas de vida de los participantes en el estudio y los días perdidos por ausentismo. Así mismo, se presentan las puntuaciones obtenidas en cada una de las pruebas de personalidad aplicadas.

Tabla 1. Causas de ausentismo en los trabajadores del área de servicios generales.

Causas de ausentismo	Frecuencia	Porcentaje
Permiso	1	2,5 %
Calamidad familiar	2	5,0 %
Enfermedad general	29	72,5 %
Accidentes de trabajo	8	20,0 %

El mayor porcentaje de causa de ausentismo se presenta por enfermedad general con un 72,5%, luego se identifica la presencia de accidentes de trabajo con un 20%, con consecuencias físicas para el trabajador como: lesión de mano, fractura de pie, esguince, intoxicación, trauma de mano y

fractura de pelvis; con menor porcentaje se refiere calamidad familiar y permisos. En el año 2008, se presentan más días (188) de ausencia que en los años 2006 y 2007, en los trabajadores del área de servicios generales.

Tabla 2. Días perdidos por ausentismo.

	Ausentismo 2006	Ausentismo 2007	Ausentismo 2008	Total Ausentismo 2006-2008
Días perdidos	171	176	188	535
Media	11,55	11,00	14,46	17,26

Tabla 3. Escalas del Perfil Inventario de Personalidad (P-IPG).

Rango	AS		R		E		S		AE		C		O		P		V	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto					1	3			18	45	2	5	1	3			2	5
Medio	35	87	39	97	35	87	36	90	13	32	35	87	38	94	37	92	37	92
Bajo	5	13	1	3	4	10	4	10	9	23	3	8	1	3	3	8	1	3
M	21,18		23,33		21,90		21,70		86,83		23,25		22,40		21,90		24,53	
Ds	5,022		3,970		4,771		4,274		14,718		4,792		3,699		3,999		4,529	

En la prueba P-IPG, se identifica que la mayoría de los participantes se ubica en rango medio, con un porcentaje mayor a 90%, en las escalas: responsabilidad (R), originalidad (O), relaciones

personales (P), vigor (V) y sociabilidad (S); y con un 87% se encuentran: ascendencia (AS), cautela (C) y estabilidad emocional (E). La tendencia de las respuestas de los participantes, se ubica en los

rangos bajo y medio, evidenciando que son personas que se caracterizan por su poca participación dentro del grupo, analizan las situaciones antes de tomar decisiones y comprenden puntos de vista diferentes. En la escala de autoestima (AE), las

puntuaciones tienden a ubicarse en el rango alto. La media y desviación estándar de cada escala son muy similares a las establecidas para el grupo normativo.

Tabla 4. Dimensiones del cuestionario BIG FIVE (BFQ).

Rango	E		A		T		EE		AM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muy bajo	23	57,5	32	80,0	23	57,5	21	52,5	26	65,0
Bajo	6	15,0	5	12,5	2	5,0	8	20,0	7	17,5
Promedio	2	5,0	3	7,5	5	12,5	8	20,0	5	12,5
Alto	4	10,0			6	15,0	2	5,0	1	2,5
Muy alto	5	12,5			4	10,0	1	2,5	1	2,5

En el cuestionario BFQ, se observa que todas las dimensiones se ubican en un rango muy bajo con un porcentaje mayor al 50%: afabilidad (A), apertura mental (AM), tesón (T), energía (E) y estabilidad emocional (EE). Las personas tienden a describirse como poco dinámicas y enérgicas, con dificultades para establecer interacciones de manera asertiva

y empática, baja escrupulosidad, poco diligentes y perseverantes. Las puntuaciones muestran rasgos con tendencia hacia la impulsividad, emotividad e irritabilidad, con poco interés por el aprendizaje continuo; este último aspecto puede estar relacionado con las exigencias de formación académica para el cargo.

Tabla 5. Subdimensiones del cuestionario BIG FIVE (BFQ).

Rango	Di		Do		Cp		Co		Es		Pe		Ce		Ci		Ac		Ae	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muy bajo	25	62,5	13	32,5	29	72,5	29	72,5	12	30,0	25	62,5	20	50,0	16	40,0	25	62,5	25	62,5
Bajo	5	12,5	12	30,0	7	17,5	5	12,5	11	27,5	4	10,0	10	25,0	12	30,0	8	20,0	7	17,5
Promedio	5	12,5	2	5,0	3	7,5	4	10,0	5	12,5	4	10,0	4	10,0	7	17,5	4	10,0	4	10,0
Alto	3	7,5	7	17,5	1	2,5	2	5,0	8	20,0	2	5,0	6	15,0	4	10,0	2	5,0	3	7,5
Muy alto	2	5,0	6	15,0					4	10,0	5	12,5			1	2,5	1	2,5	1	2,5

Se observa que todas las subdimensiones del cuestionario BFQ, se ubican en un rango muy bajo y bajo, con un porcentaje mayor al 50%: cooperación (Cp), cordialidad (Co), apertura a la cultura (Ac), apertura a la experiencia (Ae),

dinamismo (Di), perseverancia (Pe), control de emociones (Ce), control de impulsos (Ci), dominancia (Do) y escrupulosidad (Es). En las diferentes dimensiones, excepto en Cp, Co y Ce, no se encuentran puntuaciones en el rango muy

alto, lo que indica la tendencia de los participantes a describirse como poco empáticos y amables, con baja tendencia a establecer relaciones basadas en la confianza, el altruismo y la cordialidad; se observa tendencia hacia el bajo control de emociones e impulsos, por parte de los participantes en el estudio.

DISCUSIÓN

Las Administradoras de Riesgos Profesionales y las organizaciones, a partir de las regulaciones de la norma colombiana, han promovido el desarrollo de procesos orientados hacia la higiene y seguridad laboral en las empresas, generando procedimientos que permitan entender e investigar las causas y efectos de los riesgos laborales para la salud del trabajador, los accidentes y casiaccidentes de trabajo, así como la identificación de acciones o situaciones que pueden conducir al ausentismo; de igual manera, se han fomentado programas de formación con trabajadores y empleadores dirigidos a lograr la sensibilización de las personas, frente a la adopción de comportamientos más seguros; evidenciando la importancia de crear ambientes de trabajo y organizaciones saludables. Así entonces, entender cuáles son los aspectos demográficos, personales y organizacionales que llevan a que las personas sean más propensas a ausentarse del trabajo, permite la adopción de medidas preventivas en el campo de la salud ocupacional. Por tal razón, este estudio buscó comprender la relevancia de los factores individuales y demográficos y su relación con las conductas de ausentismo en el trabajo.

En primer lugar, para el caso de los trabajadores que participaron en el estudio, se encuentra que tienen edades entre 25 y 65 años, con una media de 45,68, lo cual no es un factor decisivo en la accidentalidad o ausentismo según los resultados. Al hacer un análisis de la variable edad (15), se encontró una media de 43,4 años, determinando la reincidencia en conductas relacionadas con

la accidentalidad en menores de 25 años (20), aspecto que contrasta con los resultados obtenidos en la investigación.

De acuerdo al grado de escolaridad, se observa que los trabajadores han cursado desde primaria incompleta hasta profesional, datos similares se refieren en otros estudios (13), el 21% de los encuestados tenía formación media, el 55% tenía algún grado asociado o habían completado algún trabajo escolar y el 24% tenía un grado menor. Por tanto, se puede considerar que tener formación educativa no es un factor protector para evitar la accidentalidad o el ausentismo, dado que se puede presentar por otras variables no consideradas en el estudio, como las condiciones de la organización, la falta de capacitación y entrenamiento en las tareas propias de cada cargo, o bien por conductas asociadas al riesgo.

Por otro lado, la permanencia en el cargo está entre 1 y 25 años con una media de 8,08 años, aunque la reincidencia es baja en accidentalidad, esta se observa específicamente en tres casos de ausentismo. Sin embargo (20) se plantea que se presenta reincidencia de accidentes en trabajadores que llevaban entre 1 a 5 años y 16 a 20 años en la organización.

Así, como los datos demográficos pueden brindar información relevante para entender factores individuales de riesgo, de igual manera se hace necesario identificar las causas de accidentalidad que pueden generar ausentismo. En el estudio, el 72,5% de los participantes se ausentaron del lugar de trabajo, por enfermedad general, comparado con otro estudio (11) se evidenció que los síntomas físicos fueron relacionados con el futuro ausentismo por enfermedad en hombres y mujeres, de modo que estos síntomas predijeron los episodios largos de ausentismo, estos datos se relacionan con los presentados en la Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales, realizada por el Ministerio de la Protección Social (21), donde se

reporta que la causa más frecuente de ausentismo es la enfermedad común con un 84%.

Según los resultados, las consecuencias de accidentalidad más frecuentes en los participantes del estudio fueron: fractura de pie, esguince y trauma de mano; causados por caídas o resbalones; las personas se vieron afectas en las extremidades inferiores y superiores en un 12,5%, según otros hallazgos (20) el 25% de las personas se vieron afectadas en las extremidades superiores (manos y dedos); así entonces, las lesiones por accidentes están estrechamente relacionadas con las actividades o funciones del trabajador, al igual que factores de riesgo presentes en cada cargo, los cuales se pueden convertir en indicadores de ausentismo.

Se ha encontrado que la conducta de ausentarse probablemente es influenciada tanto por factores disposicionales como por factores situacionales; y que es muy posible, que la personalidad se relacione con la intención del individuo para ausentarse, relación que es demostrada sólo cuando las razones del trabajador para no asistir, están dentro de su control (14).

Para identificar los rasgos de personalidad de los participantes en el estudio, con reporte de ausentismo en el periodo 2006-2008, se aplicaron las pruebas de personalidad P-IPG y BFQ, las cuales han sido utilizadas en diferentes estudios con fines similares. Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario BFQ, en las subdimensiones escrupulosidad y control de impulsos se asemejan a lo encontrado en otro estudio (15), donde el ausentismo de los empleados era visto como una forma de conducta impulsiva y espontánea. Las variables extraversión y escrupulosidad puntuaron negativo, lo que se corrobora con el estudio de teóricos que plantean que estas dimensiones pueden ser predictivas de ausencia en el trabajo.

La escala de estabilidad emocional en el P-IPG y la subdimensión control de emociones en el BFQ,

puntuaron bajo y la escala de sociabilidad puntúo medio alto, ratificando la correlación que existe entre estas características de personalidad y el ausentismo laboral (15).

Por otro lado, la perseverancia puede ser relacionada negativamente con ausencia, el autocontrol y la orientación al logro, predisponiendo al individuo a que tenga menor probabilidad de ausentarse; aspecto que contrasta con los datos obtenidos en la escala de perseverancia del BFQ, donde el 62,5% de los participantes se ubicaron en el rango bajo, indicando que a menor tendencia de las personas a ser perseverantes, mayor probabilidad que presenten dificultades para ser persistentes y cumplir con las tareas planeadas, y a la vez alta probabilidad para ausentarse del lugar de trabajo.

Esta investigación presenta limitaciones que es necesario considerar, no se contó con baremos de los instrumentos para la población colombiana, el grado de escolaridad de algunos participantes pudo hacer difícil la comprensión de los reactivos del cuestionario BFQ, estos aspectos se deben tener en cuenta en el momento de hacer generalizaciones o realizar nuevos estudios.

De esta forma, los resultados son tan sólo un indicador de las causas de ausentismo y presencia de posibles conductas de riesgo de accidente, en los participantes del estudio; sin embargo pueden estar presentes otras variables que no se contemplaron en la investigación, como los factores organizacionales, las condiciones de la tarea y del puesto del trabajo. Para próximos estudios se recomienda un mayor tamaño muestral, abordar la temática desde otros enfoques y diseños investigativos, e incluir trabajadores de diferentes sectores económicos; con el fin de conocer de manera más precisa la complejidad de este fenómeno en el contexto colombiano.

CONCLUSIONES

Las áreas donde se presentó mayor ausentismo, fueron: vigilancia, mensajería y aseo, la razón puede obedecer al tipo de tarea que desarrollan los trabajadores y a los factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo. El 72,5% de los participantes se ausentaron del lugar de trabajo, por enfermedad general. Las lesiones que más se presentan por accidentes de trabajo, son: fractura de pie (12,5%), esguince (12,5%), y trauma de mano (10%). Como consecuencia de los accidentes reportados se encontraron lesiones de menor importancia, sin tener efectos de pérdidas parciales o totales en los trabajadores, o daños materiales de alta gravedad. A nivel general en las pruebas aplicadas, tanto en

las dimensiones y subdimensiones del BFQ, como en los rasgos del P-IPG, los sujetos se ubican en rangos promedio, bajo y muy bajo. De acuerdo a lo planteado en la Resolución 2646 de 2008, los resultados del estudio son fuente de referencia para plantear acciones de intervención que eviten conductas asociadas al ausentismo y que pueden ser causadas por condiciones individuales.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Dirección de Investigaciones, por el apoyo para el desarrollo del proyecto capital semilla SGI 575.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cloninger S. Teorías de la personalidad. 3ª ed. México: Prentice Hall; 2003.
2. Brody N, Erlichman H. Psicología de la Personalidad. Madrid: Prentice Hall; 2000.
3. Gross R. Psicología de la ciencia y la conducta. 3ª ed. México: Manual Moderno; 2004.
4. Aiken L. Test Psicológicos y evaluación. 11ª ed. México: Pearson-Prentice Hall; 2003.
5. Robbins S. Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall; 2004.
6. Carver C, Scheier M. Teorías de la personalidad. México: Prentice Hall; 1997.
7. Seeman T, Syme S. Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosom Med* 1998;49: 340-353.
8. Newell S. Creando Organizaciones Saludables. Madrid: Thomson; 2002.
9. McGillis L. Quality work environments for nurse and patient safety. Mississauga, On Canada: Jones and Bartleu publishers; 2005.
10. Melamed I, Ben-Avi J, Green M. Objective and subjective work monotony: Effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers. *Journal of Applied Psychology* 1995; 80:29-42.
11. Kalimo P, Mutanen M, Peiro J, Toppinen-Tanner R, Vaananen S, Vahtera J. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Soc Sci Med* 2003;57:807-824.
12. Ferrie J, Stansfeld A, Fuhrer R, Head, J. & Shipley, M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 43(1):73-81.
13. Feeney A, North F, Syme S, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health* 1946;86:332-340.
14. Darviri S, Woods S. Uncertified absence from work and the Big Five: An examination of absence records and future absence intentions. *Personality and Individual Differences* 2006;41:359-369.
15. Judge T, Martocchio J, Thoresen C. Five-Factor Model of Personality and Employed Absence. *Journal of Applied Psychology* 1997;82 (5):745-755.
16. Elovainio M, Kivimaki M, Vahtera J, Virtanen M, Keltikanga Jarvinen L. Personality as a moderator in the relations between perceptions of organizational justice and sickness absence. *Journal of Vocational Behavior* 2003;63:379-395.
17. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A; 2006.
18. Gordon V. P-IPG. Perfil-Inventario de la Personalidad. 2ª ed. México: Manual Moderno; 1994.
19. Caprara G, Barbaranelli C, Borgogni L. Cuestionario BFQ "Big Five". España: TEA ediciones S.A; 2007.
20. Arbeláez C, Qujano M, Rincón C, Piedrahita H, Londoño J. Descripción de las características de la accidentalidad en Ecopetrol Gerencia Complejo Barrancabermeja en el periodo de 1995 a 1997. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 1998;15 (2):4-84.
21. Ministerio de la Protección Social. Primera encuesta nacional de condiciones de salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.

DIAGNÓSTICO DE OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL EN MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA (2004, 2006 Y 2007)

*Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**
*José Bareño Silva***

Recibido en noviembre 5 de 2009, aceptado en febrero 26 de 2010

Resumen

Objetivo: reconociendo la importancia de la información para la toma de decisiones y para la formulación de políticas que busquen enfrentar el problema de los trastornos mentales en la población, se describe el diagnóstico de oferta en servicios de salud mental del departamento de Antioquia. **Materiales y método:** se realizó un estudio descriptivo comparando información sobre la oferta de servicios de salud mental en los años 2004, 2006 y 2007. La fuente primaria de información estuvo constituida por los 125 municipios del departamento de Antioquia encargados de ejecutar las acciones colectivas dentro del Plan de Salud Pública. **Resultados:** el 46% –57– de los municipios en Antioquia elaboró el diagnóstico de salud mental, el 61% –72– de los municipios contó con un proyecto de salud mental; la violencia intrafamiliar fue el evento más trabajado en los tres años consultados, 85% –89–; el departamento tiene una disponibilidad de 7 psiquiatras y de 35 psicólogos por cada 100.000 habitantes. **Conclusiones:** hasta que no se logre reconocer la importancia de la información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas, además sin contar con la voluntad política plasmada a través de programas para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales.

Palabras clave

Servicios de salud mental, diagnóstico, salud mental, evaluación.

* Enfermera, Especialista y Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES- Docente Investigador y miembro de los Grupos de Investigación: Grupo de Salud Mental y Grupo de Epidemiología y Bioestadística. E-mail: dberbesi@ces.edu.co

** Médico, Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES-. Docente Investigador y miembro de los grupos de investigación: Grupo de Salud Mental y Grupo de Epidemiología y Bioestadística. Medellín, Colombia. E-mail: jbareno@ces.edu.co

DIAGNOSIS OF THE MENTAL HEALTH SERVICES OFFER IN THE MUNICIPALITIES OF ANTIOQUIA (2004, 2006 AND 2007)

Abstract

Objective: recognizing the importance of information for decision making and the formulation of policies that seek to face the problem of mental disorders in the population, the diagnosis of the mental health services offer in the department of Antioquia in 2004, 2006 and 2007 is described. **Materials and methods:** a descriptive study comparing information on the offer of mental health services in 2004, 2006 and 2007. The primary source of information consisted of the 125 municipalities of Antioquia in charge of implementing collective actions within the primary health care plan. **Results:** 46% –57– of municipalities in Antioquia developed the mental health diagnosis, 61% –72– of the municipalities had a mental health project; domestic violence was the main event during the three years of the study 85% –89–. The department has an availability of 7 psychiatrists, and 35 psychologists per 100,000 inhabitants. **Conclusions:** until the importance of information regarding action and decision making is not recognized, the mental health issue will not transcend isolated actions without designed and evaluated strategies; additionally, without the political will reflected in programs for the intervention of latent and deferred problems an inconclusive and untreatable agenda will be created by local health authorities.

Key words

Mental health services, diagnosis, mental health, evaluation.

DIAGNOSTICO DE OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE ANTIOQUIA (2004 2006 E 2007)

Resumo

Objetivo: reconhecendo a importância da informação para a tomada de decisões e para a formulação de políticas que procurem enfrentar o problema dos transtornos mentais na população, descreve-se o diagnóstico de oferta em serviços de saúde mental do Estado de Antioquia. **Materiais e método:** Se realizou uma pesquisa descritiva comparando informação sobre a oferta de serviços de saúde mental com os anos 2004, 2006 e 2007. A fonte primária de informação esteve constituída pelos 125 municípios do Estado de Antioquia encarregados de executar as ações coletivas dentro do Plano de Saúde Pública. **Resultados:** o 46% - 57- dos municípios em Antioquia elaborou o diagnóstico de saúde mental, o 61%- 72- dos municípios contou com um projeto de saúde mental; a violência doméstica foi o evento mais trabalhado nos três anos consultados, 85%-89-; o estado tem uma disponibilidade de 7 Psiquiatras e 35 psicólogos por cada 1000.000 habitantes. **Conclusões:** Até que não logre-se reconhecer a importância da informação para a ação e tomada de decisões, o tema de saúde mental não passará de ações isoladas sem estratégias desenhadas e avaliadas, além sem contar com a vontade política plasmada a través de programas para a intervenção de problemáticas latentes e aprazadas se estará criando uma agenda inconclusa e intratável pelos entes territoriais.

Palavras Chave

Serviços de saúde mental, diagnóstico, saúde mental, avaliação.

INTRODUCCIÓN

No debemos extrañarnos, que después de 30 años de la declaración de ALMA – ATA (1978), todavía estemos trabajando por un sueño. La Atención Primaria de Salud fue la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, para lograrlo, refrendada por todos los Países Miembros. En ella se reconsideró que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

En posteriores encuentros, como fue en la Declaración de Caracas, firmada en 1990, se marcó un avance en el enfoque de la salud mental en América. Los participantes se comprometieron nuevamente con dos objetivos fundamentales a promover –la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental–, estos fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos hasta ahora en América Latina y el Caribe.

El diagnóstico de salud, puede ser definido como la síntesis de la situación de un problema con base en determinados elementos que se observan y se analizan, permitiendo formular políticas en salud, programación de actividades y distribución de recursos (1, 2).

La oferta de la red de servicios en salud mental incluye una serie de instituciones que promueven y ofrecen servicios de salud y que se encuentran “articuladas” entre sí.

El Atlas de indicadores de la OMS muestra que en 2001 más del 27% de los países no tenían ningún sistema para recopilar y difundir la información sobre salud mental. Muchos otros países tenían sistemas de información pero estos sistemas son,

con frecuencia, de alcance y calidad limitados. Esta ausencia de una buena información impide el desarrollo de políticas, planes y servicios de salud mental (3).

El presente diagnóstico, pretende explorar cómo se encuentra la red de prestadores, por lo que contiene la oferta de servicios existente en salud mental, las fuentes de financiación por medio de las cuales se realizaron las acciones en salud mental, el total de recursos invertidos por vigencia fiscal en los diferentes componentes, el recurso humano especializado y no especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención, la participación social en salud mental (asociaciones de usuarios, redes sociales, entre otros), la existencia de experiencias demostrativas de atención integral en salud mental, especialmente de carácter comunitario y demás información que se considerara relevante, para el diseño de los planes municipales en salud (4, 5).

Para la elaboración del diagnóstico sobre la oferta de servicios en salud mental, dentro del marco legal vigente de la legislación colombiana (6), es necesario precisar algunas categorías a las cuales nos referiremos en el presente artículo:

Salud mental: se incluyeron preguntas sobre la existencia de un diagnóstico municipal en salud mental, al igual que de un plan, programa y/o proyecto de salud mental y las acciones realizadas en prevención del trastorno de comportamiento y estrategias de habilidades para vivir.

Sustancias psicoactivas: se pedía describir la existencia de un diagnóstico de demanda, de un plan, programa y proyecto de reducción, proyectos de vida sin drogas y otras estrategias de prevención de reducción del consumo.

Convivencia familiar: cuyos componentes a analizar eran: la promoción de la convivencia, prevención y vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, redes de prevención de

violencia intrafamiliar, sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

Impacto psicosocial: por accidentes de minas antipersona y del desplazamiento forzado.

Ejecutores de acciones en salud mental: dentro del plan de atención básica.

Redes: que trabajan en salud mental, que incluyera las redes de prevención de violencia intrafamiliar, mesas de infancias, de la familia, entre otras.

Recurso humano: profesionales y técnicos responsables de la ejecución de las acciones en los municipios.

Participación social: espacios dentro del municipio donde se analicen y realicen acciones en salud mental.

Presupuesto asignado: recursos asignados a las acciones de salud mental, incluye la totalidad de los recursos dispuestos por la nación para el Plan de Salud Pública a los municipios y el porcentaje ejecutado en salud mental.

Se presenta el diagnóstico en servicios de salud mental en el departamento de Antioquia recolectado en los años 2004, 2006 y 2007, adecuado al marco legal vigente en la legislación colombiana.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño del estudio: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal el cual consistió en la recolección de información sobre los servicios de salud mental ofrecidos en los 125 municipios de Antioquia, este formulario fue enviado durante tres años (2004, 2006 y 2007) a todas las Direcciones Locales o Secretarías Municipales de Salud (DLS)

por correo oficial y recolectado en los siguientes dos meses después de enviado.

Población de estudio: el departamento de Antioquia cuenta con 125 municipios distribuidos en nueve regiones, cada uno cuenta con una dirección local de salud; estas unidades territoriales son las encargadas de planificar y garantizar la ejecución de las acciones colectivas dentro de la legislación donde se incluye el componente de Salud Mental.

En 2004 se recolectó información de 112 Direcciones Locales de Salud (DLS), equivalente al 90% de municipios del departamento. Se logró captar información del total de los municipios de las regiones del Occidente y Norte. En las demás regiones se logró una cobertura del 90% salvo en la región del Oriente, donde sólo facilitaron información 17 de los 23 municipios que conforman la misma, alcanzándose una cobertura del 74% en esta región.

En 2006 la información recopilada correspondió a 118 Direcciones Locales de Salud (DLS), equivalente al 94% del total de municipios del Departamento. Se logró capturar información del total de los municipios de la región del Norte, Bajo Cauca, Oriente, Occidente y del Área Metropolitana. En las demás regiones se logró una cobertura por encima del 80%.

Para 2007 los datos correspondieron a 81 Direcciones Locales de Salud que suministraron información de sus municipios. En la región Nordeste todos los municipios que la conforman respondieron la encuesta. En el Norte tres municipios faltaron por diligenciarla y en el Occidente cuatro municipios; las regiones con menor información fueron el Área Metropolitana con 5 municipios, y Urabá con 6 municipios. El procesamiento de la información se realizó en Epi Info versión 3.3.2.

RESULTADOS

Salud mental

La primera meta en salud mental era que el 100% de los municipios del departamento contara con un diagnóstico de salud mental elaborado y con problemas priorizados; para 2007, el 64% –51– de los municipios que respondieron la encuesta refirieron haber elaborado el diagnóstico de salud mental, dicha frecuencia absoluta fue similar a la información encontrada en el diagnóstico de oferta elaborado en el año 2004 donde 46% –52– de los municipios lo tenían y superior a la encontrada en el año 2006 donde sólo el 39% –46– de los municipios lo habían elaborado.

El Plan de Salud Mental era la segunda meta dentro del componente de salud mental descrita en el Anexo Técnico de la Circular 18 de 2004 del Ministerio de Protección Social. En el año 2004 sólo el 28% –31– de los municipios contaba con este plan, mientras que en el año 2006 el 40% –40– de los municipios reportó haberlo implementado; para el año 2007 este porcentaje aumentó al 58% –46–. La meta era lograr que el 80% de los

municipios contara con un Plan de Salud Mental implementado y operando.

En la formulación del proyecto de salud mental en los municipios, se encontró que el 61% –72– de los municipios encuestados contaba con dicho proyecto. En el área de los proyectos se evidenció que en promedio el 50% de los municipios de cada región contaba con proyectos de salud mental elaborados en los tres años observados.

En las regiones del Nordeste, Occidente y Suroeste, seis municipios de cada región reportaron contar con un plan, programa y proyecto de salud mental sin tener un diagnóstico de salud mental.

El tema de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, fue trabajado en 26% –33– de los municipios en 2004, para 2006 este porcentaje llegó al 53% –62– de los municipios, y para 2007 el 46% –37– de los municipios lo tenía incluido dentro del Plan de acciones colectivas.

El 59% –47– de los municipios desarrolló la estrategia de habilidades para vivir durante los años 2007 y 2006, para 2004 se encontró que el 46% –51– de los municipios lo realizó.

Tabla 1. Regiones con diagnóstico, plan y estrategias en salud mental. Antioquia 2004, 2006 y 2007.

Región	Municipios	Municipios que respondieron la encuesta			Municipios con diagnóstico de Salud Mental			Municipios con Plan de Salud Mental			Promoción de estrategias y habilidades para vivir		
		2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Área Metropolitana	10	9	9	4	8	6	3	6	4	1	6	7	2
Urabá	11	10	9	5	3	4	3	2	3	2	7	2	2
Bajo Cauca	6	5	6	4	2	3	2	0	3	2	4	5	4
Magdalena Medio	6	5	5	3	4	1	1	3	2	1	4	4	1
Suroeste	24	21	22	16	14	9	10	7	7	9	9	11	8
Oriente	23	17	23	11	3	8	7	2	8	3	11	12	4
Nordeste	10	9	9	10	6	2	4	3	3	6	3	7	7
Occidente	18	19	18	14	7	4	8	3	3	9	6	11	9
Norte	17	17	17	14	5	9	13	5	7	13	7	10	10
Total	125	112	118	81	52	46	51	31	40	46	57	69	47

Sustancias psicoactivas

Sólo el 29% –23– de los municipios, que respondió la encuesta durante 2007, informó que tenía elaborado el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas. Se resalta la región del Suroeste donde 7 municipios lo tenían, y las regiones de Urabá y Bajo Cauca donde ningún municipio lo realizó.

Llama la atención que algunos municipios, que no realizaron el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas, sí contaban con un proyecto 44% –46– y el programa de reducción de sustancias psicoactivas 36% –38–.

Convivencia familiar

Dentro de los componentes como prioritarios en salud mental en los municipios que suministraron información, se encontró que la violencia intrafamiliar fue el evento más trabajado en los tres años consultados.

En cuanto a las acciones de promoción de la convivencia familiar y del trato digno de niños y

niñas, el 88% –71– de los municipios lo incluyó como uno de los componentes que se trabajaron durante 2007.

La prevención de la violencia intrafamiliar y/o violencia doméstica y sexual fue ejecutada en el 92,5% –74– de los municipios, especialmente de las regiones del Suroeste y Norte. Mientras que las acciones de vigilancia a este evento sólo la realizó el 85% –69– de los municipios que enviaron información.

Las regiones del departamento tienen un comportamiento similar en cuanto a la ejecución de los tres componentes de promoción –71–, prevención –74– y vigilancia –68– a la violencia intrafamiliar en cada uno de los municipios que enviaron la encuesta.

La mayor frecuencia en las acciones de promoción de la convivencia familiar, de acuerdo al diagnóstico de oferta de servicios de salud mental se encontró en el año 2006, 99% –117– de los municipios estaba ejecutando esta acción y la menor frecuencia se presentó en año 2004 que fue del 82% –92– de los municipios.

Tabla 2. Regiones con acciones en prevención de trastorno mental, diagnóstico y plan de reducción de sustancias psicoactivas. Antioquia 2004, 2006 y 2007.

Región	Municipios	Prevención de Trastornos Mentales			Municipios con diagnóstico de sustancias psicoactivas			Municipios con Plan reducción de sustancias psicoactivas			Municipios con Promoción proyectos de vida sin droga		
		2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Área Metropolitana	10	4	5	0	4	4	1	3	3	0	6	5	0
Urabá	11	3	5	1	4	4	0	7	4	1	8	4	1
Bajo Cauca	6	2	4	2	2	1	0	1	2	0	2	3	2
Magdalena Medio	6	1	2	1	2	2	2	3	2	0	2	3	0
Suroeste	24	7	13	7	4	5	7	7	8	4	6	11	5
Oriente	23	6	16	6	2	7	2	6	7	3	9	11	3
Nordeste	10	1	3	3	3	4	4	2	3	3	3	5	2
Occidente	18	4	5	6	5	2	4	9	4	5	7	4	6
Norte	17	5	9	11	3	5	3	7	8	6	6	8	7
Total	125	33	62	37	29	34	23	45	41	22	49	54	26

Impacto psicosocial por minas antipersona y desplazamiento forzado

En la encuesta del diagnóstico de oferta de salud mental se indagó sobre acciones realizadas para disminuir el impacto psicosocial por accidentes de minas antipersona, encontrándose que sólo el 17% –14– de los municipios pertenecientes a las regiones de Oriente y Norte, realiza acciones en este aspecto.

Al comparar el diagnóstico realizado, en 2004 se encontró que 10 municipios tenían este programa, lo que representaba el 9%; luego para el año 2006 se presentaron 30 municipios, la cual fue la proporción más alta reportada (25%) en los tres diagnósticos realizados .

En relación con el impacto psicosocial por el desplazamiento, 21 municipios localizados en las regiones de Oriente y Norte implementaron acciones en este tema.

Ejecutores de las actividades de salud mental a cargo de los municipios

En 2007 la ejecución de las actividades de salud mental en los municipios estaba a cargo principalmente de las Direcciones Locales de Salud, 51% –41–. Tan sólo 6% de los municipios ejecutó actividades por la DLS y una IPS conjuntamente.

Para 2004 el 41% –46– de las actividades las ejecutó la DLS directamente y en 2006 este porcentaje aumentó a un 86% –101–.

Existencia de redes o agrupaciones en los municipios y acciones desarrolladas en el componente de salud mental durante el año 2007

De acuerdo a la normatividad del Ministerio de Protección Social, los municipios debían

contar con redes conformadas que integraran la promoción y prevención en salud mental, violencia intrafamiliar y sexual, pactos por la infancia y otras redes. De acuerdo a la información suministrada con respecto a este tema, se encontró que el 54% –44– de los municipios refirió la existencia de redes en salud mental establecidas y de éstas sólo 36 coordinaban actividades.

Con respecto a la red de prevención y atención a la violencia intrafamiliar, se encontró la frecuencia más alta en cuanto a existencia en los entes territoriales con el 72% –58–, dentro del cual se ejecutan acciones de promoción en 42 territorios, y la menor frecuencia fue la prevención de los trastornos mentales en 19 municipios.

Otra frecuencia importante es la existencia de mesas, observatorios o pactos por la infancia que se realizan en 56 municipios, en los cuales trabajaron específicamente la promoción y la coordinación de actividades con el 52% –42– y 51% –41–, respectivamente. La región Norte es la que presentó la mayor frecuencia de participación con 13 de los 14 municipios que respondieron la encuesta.

Igualmente se indagó en los municipios por las redes de prevención y atención en violencia sexual y otras acciones que realizaban, como atención a los discapacitados, redes constructoras de paz, comité del menor trabajador y de protección al menor, entre otras. Estos dos aspectos presentaron frecuencias menores, de 37% y 21% respectivamente, con relación a las anteriores.

Es de anotar que algunos municipios indicaron que existen las redes, pero de acuerdo a la información suministrada no ejecutan ninguna de las acciones. A nivel general se encontró que ocho municipios contaban con las cinco redes consultadas.

Recurso humano contratado y tiempo dedicado a las actividades de salud mental a cargo de los municipios de Antioquia

Un componente significativo para la atención en salud mental es la contratación de personal calificado. Sólo dos municipios cuentan con un psiquiatra. El 89% –72– de los municipios tiene contratados los servicios de 104 psicólogos que se encargan principalmente de realizar acciones de promoción y prevención.

Al igual que los psicólogos, el promotor de salud continúa siendo el personal de salud más contratado en 29 de los municipios. Sólo en una institución de salud de Medellín tienen contratados tres terapeutas ocupacionales. Se encontró que en 11 Direcciones Locales de Salud no hay personal contratado para realizar las acciones de salud mental.

Los entes territoriales contrataron otro tipo de personal para dedicarse a la atención en salud mental como: gerontólogo, auxiliar administrativo, profesional en desarrollo familiar, monitor de manualidades, vacunador y los gerentes de sistemas de información en salud.

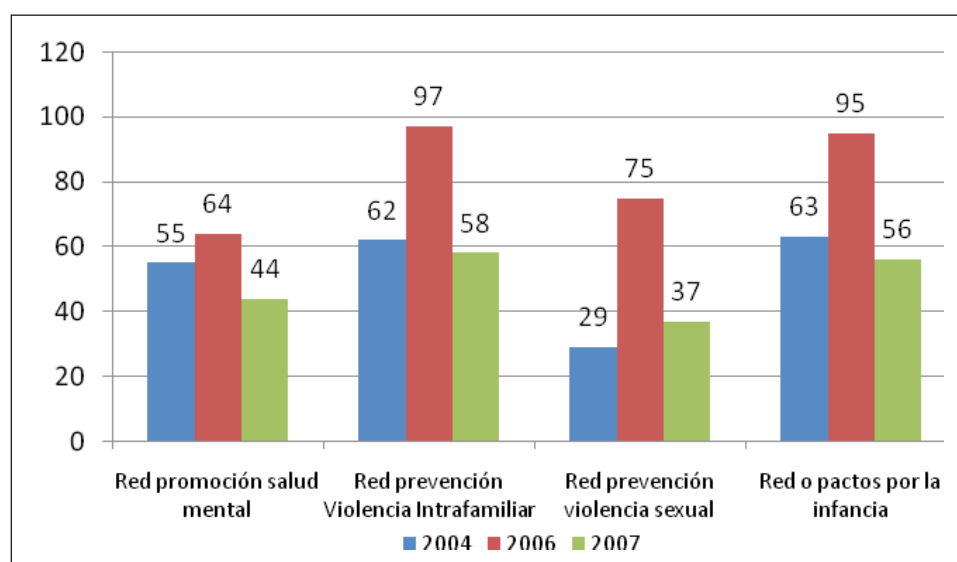
Espacios de participación social

Se encontró que el 95% –77– de los municipios contaba con el Consejo Municipal de Política Social (COMPOS).

En relación a otros mecanismos de participación establecidos, surgen el Comité de Vigilancia Epidemiológico (COVE), la Red Constructora de Paz, mesa juvenil, Cabildo Adulto Mayor, entre otros.

En el análisis de información del diagnóstico se encontró que cuatro municipios, dos de Occidente y dos de Valle de Aburrá, tienen establecidos los seis mecanismos de participación social determinados en el diagnóstico.

Figura 1. Existencia de redes o agrupaciones en salud mental. Antioquia 2004, 2006 y 2007.



Presupuesto asignado a salud mental

De acuerdo con los datos suministrados en las encuestas, se encontró que 59 municipios de los 81 enviaron información sobre los recursos económicos y fuentes de financiamiento asignados para el PAB.

La inversión en Salud Mental en el año 2004 fue del 17% del total de recursos asignados al PAB, en 2005 fue del 12%, para 2006 fue del 13% y en 2007 fue del 14%, en acciones del programa salud mental.

Las regiones que mayor inversión económica han realizado durante 2007 fueron Oriente, Nordeste y Norte de acuerdo a la información suministrada por los municipios que enviaron la encuesta.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Durante 2007 se encontraban habilitadas un total de 1142 Instituciones Prestadoras de Salud, de éstas el 18% –200– correspondió a Empresas Sociales del Salud (se aclara que en este total se encuentran también los puestos o centros de salud habilitados que funcionan en cada uno de los municipios), el 32% –360– correspondió a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el resto, 51% –582–, fueron instituciones que tenían registrados los servicios de oftalmología, laboratorio clínico, centros de rehabilitación, entre otros.

En la base de datos de Prestadoras de Servicios de Salud del departamento de Antioquia de los años 2006 y 2007, se encontraban registrados 3,5 psicólogos por cada 10.000 hab. –11968– y 0,7 psiquiatras por cada 10.000 hab. –403–, estos últimos repartidos en 297 IPS habilitadas en el año 2006 y 2007. El Área Metropolitana continúa siendo la región que alberga el mayor número de profesionales de la salud.

Tipo de recurso humano y tiempo dedicado a las actividades de salud mental en las IPS que reportaron información para el diagnóstico de oferta en salud mental

De acuerdo con la información que suministraron las Instituciones de Salud, la región del Magdalena Medio no reportó personal encargado de la salud mental en sus municipios. En el Valle de Aburrá se contrata la mayoría de los psiquiatras, igualmente tiene contratado los servicios profesionales de terapeuta ocupacional. Sobresale un municipio de la región del Suroeste donde tienen contratado un profesional de esta rama.

Al evaluar las horas mensuales dedicadas a la atención en salud mental tanto por las IPS y DLS que enviaron la encuesta, se encontró que los psicólogos –20.357 horas/mes– y los promotores de salud –11.867 horas/mes– son los que más horas dedican a la promoción de la salud mental.

Se puede observar que no existe un acompañamiento primordial en cuanto a la rehabilitación de los pacientes, son pocas las horas dedicadas a esta actividad.

Dotación y servicios de apoyo en las IPS para la atención en salud mental

En materia de dotación de camas hospitalarias, de acuerdo a la información recopilada en las encuestas, se destaca la región del Suroeste donde los tres municipios cuentan con una cama específicamente para la atención en salud mental y un municipio de esta misma región que cuenta con dos camas. El resto de camas se encuentran centralizadas en el Área Metropolitana.

Espacios de participación social en las Prestadoras de Servicios de Salud

En Colombia el proceso de descentralización abrió canales para la participación de la comunidad de tal manera que los ciudadanos puedan acceder a las decisiones, administración y control. Es por eso que en la encuesta realizada a las instituciones de salud se preguntó sobre este aspecto, pero en especial por aquellas que apoyaban o realizaban acciones en salud mental, encontrándose que solo dos municipios cuentan con Asociación de Usuarios, Asociación de Familiares y otros como grupo de apoyo social o familiar al paciente.

Al continuar el análisis se encontró que el 40% –27– de los municipios enfocó sus acciones en la promoción de la salud, especialmente la región Norte, con siete municipios. En lo referente a la prevención de trastornos mentales se encontró que esta acción la realizaron cinco municipios, representando el 7%.

Dificultades en la remisión de pacientes

De acuerdo a las respuestas obtenidas de los municipios en la encuesta del diagnóstico de oferta con respecto a las dificultades para la remisión de los pacientes en salud mental a una institución de nivel superior, se encontró que la mayor frecuencia correspondió a la no disponibilidad de camas en las instituciones receptoras.

La incapacidad de pago del paciente se constituyó en la segunda causa de dificultad en la remisión desde los municipios, aspecto que representó el 44% –30–. En menor proporción, pero no de menos importancia, se mencionaron con la denominación “otros”, el horario de atención de las instituciones a las cuales fueron remitidos, la falta de recursos económicos para asistir a las citas de control y no tener acceso a una consulta especializada por la congestión de los servicios de consulta externa.

Tipo de medicamentos

El tipo de medicamentos que utilizaban las instituciones de salud durante los anteriores dos diagnósticos realizados en los años 2004 y 2006 fueron los antidepresivos; durante el año 2007 los más utilizados fueron los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

DISCUSIÓN

La necesidad de contar con información exacta acerca de los recursos existentes en salud mental, se requiere para mejorar las condiciones de calidad y la cantidad de los recursos de salud mental que cubran las necesidades actuales y futuras (7), teniendo en cuenta que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la carga de morbilidad y previendo que esta carga aumente en los años venideros (3). El 54% –57– de los municipios en Antioquia no elaboró el diagnóstico de salud mental en el periodo 2004-2007 a pesar de ser una meta de obligatorio cumplimiento en la normatividad nacional y un insumo básico para la identificación de los problemas de la población y su priorización en la agenda pública municipal.

Al finalizar el cuatrienio de Gobierno local 2004-2007, el nivel nacional esperaba que el 80% de los municipios contara con un plan de salud mental (5), como evidencia de la formulación de acciones concretas en este componente y como base para el desarrollo de programas y planes de acción. Sin éste, resulta difícil planificar la cobertura de las necesidades presentes y futuras de un ente territorial. Para 2007 el 37% –46– de los municipios en Antioquia reportó la implementación y operación de dicho plan.

En el componente de la formulación del proyecto de salud mental, se encontró que el 61% –72– de

los municipios contaba con dicho proyecto. Un proyecto de salud mental facilita a los municipios la aplicación de medidas en este tema. El proyecto se convierte en una actividad local y requiere apoyo económico que garantice su aplicación.

Por lo general, se considera fundamental establecer un presupuesto específico de salud mental para desarrollar los servicios (3), especialmente en los municipios en que este componente no es prioritario. En Antioquia, en los cuatro años de vigencia de la Circular 18 de 2006, el presupuesto asignado en promedio fue del 14% del total de recursos del sistema general de participaciones asignado a salud pública (acciones colectivas). Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales (8, 9), así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces, la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15% (4), pero del presupuesto general del municipio, no de los recursos asignados desde la Nación.

Otra meta del anexo técnico de la Circular 18 de 2004 en el componente de salud mental, era la operación de una red de protección y apoyo social en salud mental y reducción de la demanda de sustancias psicoactivas en el 80% de los municipios. Para Antioquia el 72% de los municipios reportó su implementación, esto a través de procesos de sensibilización con los diferentes actores sociales y del sistema de salud presentes en el municipio.

En el 30% de las Instituciones Educativas se esperaba contar con la implementación de la estrategia habilidades para vivir; el 59% –47– de los municipios en Antioquia la desarrolló. Esta información no se desagrega por institución educativa y no refleja si la implementación cumple los criterios de una estrategia con un modelo teórico y enfoque metodológico y no sólo acciones puntuales enmarcadas en este tema.

La meta más difícil de identificar fue la implementación de estrategias de movilización

social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, que se esperaba operativizar en el 50% de las entidades territoriales. Pero, además de ser desarrollada debía ser evaluada. El nivel de avances en los municipios no permitió la implementación de estrategias con los presupuestos suficientes y no fueron reportadas experiencias en la evaluación de dichos proyectos.

El diagnóstico consultó además por el recurso humano especializado y no especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención. Para Antioquia, de acuerdo al registro de Prestadoras, se encontró una disponibilidad de 7 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. El psiquiatra es un miembro fundamental del equipo de atención de salud mental, es también esencial para formar, apoyar y supervisar a los profesionales y técnicos de los primeros niveles de atención de salud mental (10, 11). La media mundial de psiquiatras por 100.000 habitantes es de 4,15 (mediana 1,2), según el informe de recurso humano en salud mental en el mundo en el año 2005 (3).

En Antioquia están identificados 35 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Los psicólogos son miembros importantes de los equipos de atención de salud mental porque desempeñan varias funciones, tanto de diagnóstico como de terapia y rehabilitación. La media de psicólogos del área de salud mental en el mundo fue de 6,43 por 100.000 habitantes.

Las recomendaciones presentadas en el informe mundial sobre la violencia y salud reconocen la importancia de aumentar la capacidad para recolectar datos y de reforzar la respuesta a las víctimas de la violencia (7). Este tema fue el principal componente trabajado en el área de salud mental en los municipios de Antioquia en el periodo 2004-2007. Igual comportamiento

presenta la promoción de la convivencia pacífica implementada en el 86% –108– de los municipios, acatando otra recomendación del informe mundial frente a la promoción de respuestas de prevención primaria (12).

Para el logro de las metas propuestas en la Circular 18 de 2004, los municipios debían desarrollar intervenciones e indicadores en los Planes de Salud Pública durante la vigencia 2004-2007 (2). Con respecto al componente de salud mental se puede informar que si bien los municipios desarrollaron acciones de salud mental relacionadas con las metas establecidas por el nivel ministerial, no alcanzaron los indicadores esperados. En 2004 y 2006 se hizo un mayor reporte de las acciones

implementadas, el cual disminuyó en el año 2007 afectando la confiabilidad de la información y la generalización a todo el departamento.

CONCLUSIÓN

Hasta que no se logre reconocer la importancia de contar con información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas (13-15); además, sin contar con la voluntad política para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales (16-18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo. [en línea] 2001 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
2. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: www.who.int/whr/2008/es/index.html (Consultado el 20 de octubre de 2009).
3. Organización Mundial de la Salud. Atlas recurso de salud mental en el mundo [en línea] 2005 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf
4. Ministerio de la Protección Social. Circular externa N° 18 de 18 de febrero de 2004 anexo técnico metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento del plan de atención básica. [en línea] 2004 [Acceso el 14 de mayo de 2007] URL disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.
5. Ministerio de la Protección Social Colombia. Circular N° 0018 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. Bogotá; 2004.
6. Ministerio de la Protección Social Colombia. Decreto 3930 Plan Nacional de Salud 2007-2011. Bogotá; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [en línea] 2002 [Acceso el 14 de mayo 2007] URL disponible en: www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
8. Murray CJL, López AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
9. Ministerio de Protección Social. Informe preliminar encuesta nacional de salud mental. [en línea] 2003 [Acceso el 18 de Agosto de 2007] URL disponible en: www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=266
10. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998 Ministerio de Salud. [en línea] 1998 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: www.acsam.com.co
11. Berbesí DY, Rivas G. Diagnóstico de Oferta de Servicios de Salud Mental 2006. Dirección Seccional de Salud de Antioquia 2006. Ref Type: Unpublished Work.
12. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5):314-26.
13. Márquez Alonso I, Póo Ruiz M. Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría Pública* 1998;(6):378-388.
14. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac Sanit* 2002;16(1):48-53.
15. Berrios X, Bedregal P, Guzmán B. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile. Experiencia del programa “¡Mírame!”. *Rev Méd. Chile* 2004;(132):361-370.

16. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5):229-40.
17. Echeverri G, Otálora N. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
18. Vicente P, Kohn, Robert, Saldivia B. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev. Méd. Chile* 2007;135(12):1591-1599.

DIAGNÓSTICO DE LA LEISHMANIASIS VISCERAL CANINA MEDIANTE LAS TÉCNICAS WESTERN BLOT E INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA

*Marlyn Romero Peñuela**
*Jorge Sánchez Valencia***
*Linda Carolina Hayek Peñuela****

Recibido en enero 18 de 2010, aceptado en marzo 3 de 2010

Resumen

Objetivo: un estudio epidemiológico transversal fue desarrollado para establecer la seroprevalencia de la Leishmaniasis Visceral (LV) en caninos localizados en la zona endémica del departamento del Tolima por medio de las pruebas de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y Western Blot (WB). **Materiales y métodos:** se incluyeron en el estudio 211 caninos mestizos procedentes de seis municipios de la zona endémica de leishmaniasis visceral del departamento del Tolima. Se utilizó como antígeno la cepa colombiana de *Leishmania infantum* MHOM/COL/CL044B para IFI y WB. **Resultados:** se estableció una seroprevalencia de la Leishmaniasis Visceral Canina en el grupo de animales evaluados del 41,7 y 22,2% por medio de IFI y WB, respectivamente. La concordancia entre las dos técnicas fue negativa ($k = -0,102$; $p = 0,084$). Se detectaron 12 fracciones antigénicas en la prueba WB entre los 13 y 91 kDa, de las cuales la de 14 kDa se considera valiosa en el diagnóstico precoz de la infección, para evaluar la resolución de la enfermedad y la evolución del tratamiento. Se sugiere desarrollar un constructo de pruebas diagnósticas directas e indirectas que permitan confirmar el estado real de la infección de los caninos, para orientar eficientemente los programas de control de la enfermedad en zonas endémicas de leishmaniasis visceral.

Palabras clave

Leishmaniasis Visceral (LV), western blot, infección natural, control.

* Médica Veterinaria y Zootecnista, Magíster en Ciencias Biológicas. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias Agropecuarias. Grupo de Investigación CIENVET. Manizales, Colombia. E-mail: marlyn.romero@ucaldas.edu.co

** Médico Veterinario y Zootecnista. Magíster en Salud y Producción Animal. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias Agropecuarias. Grupo de Investigación CIENVET. Manizales, Colombia. E-mail: jorge.sanchez@ucaldas.edu.co

*** Médica Veterinaria y Zootecnista. Esp. Laboratorio ANIMED, Bogotá, Colombia. E-mail: linda.hayek@carval.co

CANINE VISCERAL LEISHMANIASIS DIAGNOSIS BY MEANS OF WESTERN BLOT AND INDIRECT IMMUNOFLUORESCENCE TEST

Abstract

Objective: a cross-sectional epidemiological study was carried out in order to establish the prevalence of canine visceral leishmaniasis in the endemic area of Tolima department by means of Indirect Immunofluorescence (IFAT) and Western Blotting (WB) tests. **Materials and Methods:** the study included 211 mongrel dogs from six municipalities of the endemic area of visceral leishmaniasis (VL) of the Tolima department. The Colombian *Leishmania infantum* MHOM/CO/CL044B strain was used as antigen for IFI and WB. **Results:** The seroprevalence in the group tested was 41.7% and 22.2% by IFAT and WB, respectively. The agreement between the two techniques was negative ($k = -0.102$; $p = 0.084$). 12 antigenic fractions were detected between 13 and 91 kDa, of which 14 kDa is considered valuable in early diagnosis of the infection, in order to evaluate the resolution of the disease and treatment progress. The article suggests developing a construct of direct and indirect diagnostic tests for confirming the real state of the animals' infection to guide disease control programs in endemic areas of visceral leishmaniasis.

Key words

Visceral leishmaniasis (VL), western blot, natural infection, control.

DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE WESTERN BLOT E IMUNOFLUORESCENCIA

Resumo

Objetivo: uma pesquisa epidemiológica transversal foi desenvolvida para estabelecer a soroprevalência da Leishmaniose Visceral (LV) canina localizados na zona endêmica do Estado do Tolima por meio das provas de Imunofluorescência indireta (IFI) e Western Blot (WB). **Materiais e Métodos** se incluíram na pesquisa 211 canina mestiça procedente de seis prefeituras da zona endêmica de Leishmaniose visceral do Estado de Tolima. Utilizou-se como antígeno a cepa Colombiana de *Leishmania infantum* MHOM/COL/CL044B para IFI e WB. **Resultados:** Se estabeleceu uma Soroprevalência da Leishmaniose Visceral canina no grupo de animais avaliados do 41,7 e 22, 2% por meio de IFI e WB, respectivamente. A concordância entre as duas técnicas foi negativa ($k = -0,102$; $p = 0,084$). Destacaram-se 12 frações antigênicas na prova WB entre os 13 e 91 kDa, das quais a de 14 kDa considera-se valiosa no diagnóstico precoce da infecção, para avaliar a resolução da enfermidade e a evolução do tratamento. Sugira-se desenvolver um constructo de provas diagnósticas diretas que permitam confirmar o estado real da infecção dos caninos, para orientar eficientemente os programas de controle da enfermidade em zonas de Leishmaniose visceral.

Palavras chave

Leishmaniose Visceral (LV), western blot, infecção natural, controle.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis visceral (LV) en América es una enfermedad sistémica causada por protozoarios intracelulares del género *Leishmania infantum* (= *L. chagasi*) y transmitida por la picadura de insectos flebotómicos del género *Lutzomyia* (*Lu.*) *longipalpis* y esporádicamente *Lu. evansi* en América (1-3). La LVZ es endémica en Colombia, pero el mayor número de casos se presentan en los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Tolima y Huila (4). Los reservorios de mayor importancia son *Didelphis marsupialis* (chucha, fara, runcho) y *Canis familiares* (4-6). La enfermedad en los caninos presenta repercusiones en la Salud Pública, por su carácter zoonótico, por la dificultad de realizar un diagnóstico precoz en esta especie, por el riesgo que representan en la transmisión de la enfermedad los caninos asintomáticos y la relativa falta de eficiencia del tratamiento, que hacen de la enfermedad un problema importante en las zonas en donde los caninos infectados se convierten en la principal fuente de infección (7, 8).

Tradicionalmente los métodos de control de la LV se han basado en el tratamiento de las personas afectadas, en la disminución de la densidad del vector e identificación y eliminación de caninos infectados (1). En los programas de Salud Pública en el mundo se han utilizado las pruebas serológicas para la identificación de animales infectados; teniendo en cuenta que el diagnóstico clínico de la leishmaniasis visceral canina (LVC) es difícil porque la sintomatología es variable e inespecífica (1, 7, 9); así mismo, el diagnóstico definitivo depende del aislamiento parasitológico en cultivos o por detección del DNA del parásito por PCR (8). Las técnicas anteriores son costosas, invasivas, requieren de tiempo, personal calificado y equipos costosos (1, 9).

La prueba Western Blot (WB) ha sido propuesta para el estudio de LVZ en trabajos experimentales y de campo, porque se sugiere que las fracciones antigénicas obtenidas con esta técnica, permiten

detectar animales infectados y discriminan las fases iniciales de la infección (10-12). A pesar de que con esta técnica se han desarrollado numerosos estudios con animales experimentalmente infectados, son escasos los realizados en zonas endémicas de América. El presente estudio se realizó con el propósito de establecer la seroprevalencia de la infección por LV en un grupo de caninos mestizos procedentes de la zona endémica del sur del departamento del Tolima y comparar la concordancia de los resultados de esta técnica con los obtenidos mediante la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Sueros. El estudio se desarrolló usando 211 sueros caninos que fueron recolectados en los municipios del departamento del Tolima: Coyaima, Natagaima, Purificación, Coello, Ataco y Ortega, zona localizada dentro del foco de transmisión de LV en Colombia. La toma de muestras de sangre se efectuó por venopunción de la vena cefálica.

Inmunofluorescencia –IFI–. La técnica fue desarrollada siguiendo la metodología descrita por Corredor et al. (4) empleando promastigotes en fase metacíclica de *L. infantum* cepa MHOM/COL/CL-044B cultivados en medio bifásico NNN y replicados para la obtención de cultivos en masa en medio Schneider's (Sigma) suplementado con 15% de suero fetal bovino. Se consideraron como títulos seropositivos aquellos $\geq 1:32$ (4).

Western Blot –WB–. La prueba de Western blot se adaptó a partir de la metodología descrita por Laemmli (13) y Towbin, Staehelin y Gordon (14) empleando como antígeno un lisado de promastigotes de *L. infantum* cepa MHOM/COL/CL-044B en fase estacionaria, mantenidos en medio líquido Schneider's (Sigma, Saint Louis, Missouri, EUA) a una concentración de 10^6 parásitos por ml. La separación por electroforesis se llevó a cabo en geles de poliacrilamida al 12% con SDS

0,1%. La dilución de los sueros fue de 1:200 y del conjugado de 1:20000. Se consideró WB como positivo cuando en ensayos por triplicado el suero de los caninos evaluados reaccionaba a la altura de pesos moleculares entre 14 kDa y 116 kDa, según lo descrito por Vargas-Duarte et al. (12).

Aspectos éticos. Se aplicó la Ley 84 de 1989 (15) y la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (16). La toma de las muestras de los animales se realizó contando con el consentimiento informado de los propietarios.

Análisis de resultados. Mediante el programa Win Episcopo 2.0 se calculó la concordancia entre las técnicas utilizadas.

RESULTADOS

La serorreactividad ante antígenos totales de *L. infantum* en el grupo de caninos evaluados fue del 41,7% (88/221) por IFI y del 22,2% (47/211) por WB. La distribución de los resultados obtenidos con las dos técnicas diagnósticas se presenta en la Tabla 1, en donde se puede evidenciar que las dos técnicas no son concordantes en detectar los mismos animales como positivos ($n = 15$), teniendo en cuenta que IFI identificó como positivos 88 animales y WB 47. Con relación a la prueba de WB, los sueros de los caninos reconocieron 12 fracciones antigénicas entre los 13 y 91 kDa. Las bandas de 29, 60, 13 y 73 kDa, fueron las más frecuentes (23,1%, 23,1%, 12,8 y 10,3% respectivamente). La concordancia de los resultados establecidos por IFI y WB fue negativa ($k = -0,102$; $p = 0,084$).

DISCUSIÓN

La seroprevalencia de la LVC en el grupo de animales evaluados en el presente estudio por medio de las pruebas diagnósticas IFI y WB

(41,7 y 22,2% respectivamente) fue mayor a la establecida recientemente por otros investigadores en poblaciones caninas colombianas usando el mismo antígeno y la técnica IFI en Neiva (17,2%) y en cuatro municipios del Huila por Inmunoensayo ligado a enzimas (ELISA) (28% en Villavieja, 14,9% en Villanueva, 10% en Palermo y 5,1% en Algeciras) (8, 17). Las diferencias en la seropositividad podrían deberse a variaciones en la densidad de los vectores, factores ambientales y distribución de los reservorios caninos en las dos zonas endémicas (3,17).

Tabla 1. Comparación de los resultados obtenidos con los 211 sueros evaluados por medio de las técnicas IFI y WB.

		WB		Total	
		Positivo	Negativo		
IFI				No.	%
Positivo		15	73	88	41,7
Negativo		32	91	123	58,3
Total	No.	47	164	211	
	%	22,2	77,8		

Sin embargo, existe una marcada discordancia entre los resultados obtenidos con las dos técnicas diagnósticas usadas, porque identificaron un número diferente de animales seropositivos (Tabla 1) y por lo tanto no se estableció correlación entre ellas, al presentar un índice de Kappa negativo ($k = -0,102$), aspecto que difiere con lo reportado en Colombia por Vargas-Duarte et al. (12), quienes encontraron alta concordancia entre las dos técnicas, proponiendo que en condiciones de campo se empleen concomitantemente. En el presente estudio aunque se empleó el mismo antígeno colombiano, los métodos de obtención fueron diferentes, porque se utilizaron antígenos de superficie y solubles respectivamente, siendo posible que se esté identificando un grupo distinto de epítopes (2,18), porque los promastigotes cultivados *in vitro* consisten en una amplia variedad de antígenos somáticos y componentes

de superficie (2), siendo posible identificar un tipo distinto de epítopes (18); o se puede deber a sus diferentes valores de sensibilidad y especificidad. Este último aspecto ha sido demostrado en el estudio reciente realizado en Colombia en animales experimentalmente infectados con *L. infantum*, en donde la técnica IFI demostró una sensibilidad del 69,7% y una especificidad del 67,5%; a su vez WB presentó valores del 57,6 y 100% de sensibilidad y especificidad, respectivamente (12); sin embargo, la prueba WB no incrementó significativamente los niveles de detección obtenidos por las pruebas IFI y ELISA en los animales infectados, pero sí logró disminuir la detección de animales falsos positivos (12). Así mismo, la baja especificidad de la prueba IFI se podría deber a la presencia de reacciones cruzadas con enfermedades causadas por otros tripanosomátidos como la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis tegumentaria (1).

Con relación a la técnica WB se ha descrito que no hay consenso con relación al patrón de reconocimiento propuesto por los diferentes investigadores para determinar la infección en muestras caninas, porque la prueba es muy sensible y los resultados se pueden afectar por varios factores como: el tipo de antígeno, los grados de reducción dependiendo de la concentración de SDS y β -mercaptoetanol, la concentración de poliacrilamida en los geles y el tipo de marcadores de peso molecular, así como las diferentes particularidades epidemiológicas de cada una de las zonas endémicas (10, 19, 20), aspectos que podrían explicar la diferencia de los resultados presentados en los dos estudios colombianos que han utilizado como prueba diagnóstica WB.

En el presente estudio se visualizaron 12 fracciones antigénicas entre los 13 y 91 kDa, identificadas también por otros investigadores en España y Colombia (10-12, 20). Se detectaron bandas de bajo peso molecular en los animales infectados (13 kDa), aspecto que concuerda con el patrón antigénico descrito por Vargas-Duarte et al. (12) en Colombia. Se ha sugerido que estas

fracciones son muy sensibles en el diagnóstico de los casos asintomáticos de LVC, reportándose que aparecen mucho antes que los títulos de seropositividad establecidos por las pruebas de IFI y ELISA, siendo definidas como potencialmente diagnósticas en fases tempranas de la enfermedad, cuando los animales son negativos o presentan bajos niveles de anticuerpos por medio de otras técnicas (11, 12, 19, 20). Esta proteína de 14 kDa ha sido identificada como una proteína nuclear denominada p 14 que persiste por muchos años, siendo posible usarla para evaluar la resolución de la enfermedad y la evolución del tratamiento, porque desaparece cuando el tratamiento es efectivo o cuando se presenta mejora del estado clínico del canino (20, 21).

La técnica de WB ha sido catalogada como una técnica con alta especificidad con valores cercanos al 100%, cuando se consideran bandas específicas, siendo muy útil en muestras con bajas concentraciones de anticuerpos (11, 18, 21). Sin embargo, al desarrollar la técnica en el presente estudio se pudo evidenciar como desventaja de WB, la dificultad de identificar las bandas, teniendo en cuenta que muchas fracciones antigénicas tienen similares pesos moleculares y la complejidad de discriminarlas cuando son detectadas bandas superpuestas o muy seguidas, debido a la subjetividad de su lectura (11).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la utilidad de las pruebas serológicas en el diagnóstico precoz de la LVC como una medida preventiva para la leishmaniasis visceral humana, se requiere el uso de pruebas precisas y confiables. Las dos técnicas evaluadas en el presente estudio: WB e IFI usando el antígeno colombiano de *L. infantum* cepa MHOM/ COL/CL-044B, demostraron baja concordancia en los resultados obtenidos, identificando como positivos a un grupo diferente de animales, lo cual puede conllevar a la eliminación de animales

no infectados y al mantenimiento de reservorios domésticos infectados en las zonas endémicas. De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, se sugiere desarrollar un algoritmo de pruebas diagnósticas para confirmar el estado

real de la infección en animales susceptibles en las zonas endémicas de la enfermedad, aspecto fundamental para orientar las políticas y recursos de Salud Pública tendientes al control de esta importante zoonosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves WA, Bevilacqua PD. Quality of diagnosis of canine visceral Leishmaniasis in epidemiological surveys: an epidemic in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 1993-1997. *Cad. Saude Pública* 2004;20(1):259-265.
2. Ferroglio, F, Centaro E, Mignone W, Triscioglio A. Evaluation of an ELISA rapid device for the serological diagnosis of *Leishmania infantum* infection in dogs as compared with immunofluorescence assay and Western blot. *Vet. Parasitol.* 2007;144:162-166.
3. Aoun O, Mary Ch, Roquedplo C, Marié JL, Terrier O, Leveuge A, et al. Canine leishmaniasis in Routh-east of France: Screening of *Leishmania infantum* antibodies (western blotting, ELISA) and parasitaemia levels by PCR quantification. *Vet. Parasitol.* 2009;166:27-31.
4. Corredor A, Álvarez CA, Agudelo CA, Bueno M, López MC, Cáceres E, et al. Prevalence of *Trypanosoma cruzi* and *Leishmania chagasi* infection and risk factors in a Colombian indigenous population. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo* 1999;41(4):229-234.
5. Travi B. Un enfoque integral al estudio de animales reservorios, con énfasis en las Leishmaniasis del Nuevo mundo. *Med UIS* 1998;12:311-315.
6. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Guía de Atención de la Leishmaniasis 21; 2006.
7. Travi B, Tabares C, Cadena H, Ferro C, Osorio Y. Canine Visceral Leishmaniasis in Colombia: relationship between clinical and parasitologic status and infectivity for sand flies. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2001;64(3,4):119-124.
8. Fernández J, Charry T, Bello F, Escobar J, Lozano C, Ayala M, et al. Prevalencia de Leishmaniasis Visceral canina en municipios de Huila Colombia. *Rev. Salud Pública* 2002;4(3):278-85.
9. Mettler M, Grimm F, Capelli G, Camp H, Deplazes P. Evaluation of Enzyme-Linked Immunosorbent assays, an Immunofluorescent-antibody test, and two rapid tests (Immunochromatographic-Dipstick and gel tests) for serological diagnosis of symptomatic and asymptomatic *Leishmania* infections in dogs. *J Clin Microbiol* 2005;43(11):5515-157.
10. De Paula A, Da Silva A, Fernandes O, Jansen A. The use of immunoblot analysis in the diagnosis of canine visceral leishmaniasis in an endemic area of Rio de Janeiro. *J Parasitol* 2009;89:832-836.
11. Riera C, Valladares JE, Gallego M, Aisa M, Castillejo S, Fisa R, et al. Serological and parasitological follow-up in dogs experimentally infected with *Leishmania infantum* and treated with meglumine antimoniate. *Vet. Parasitol.* 1999;84:33-47.
12. Vargas-Duarte JJ, López-Páez MC, Escovar-Castro JE, Fernández-Manrique J. Evaluación por western blot, inmunofluorescencia indirecta y ELISA de perros infectados con *Leishmania (Leishmania) infantum*. *Rev. Salud Pública* 2009;11(4):641-652.
13. Laemmli UK. Cleavage of structural proteins during the assembly of the head of bacteriophage T4. *Nature* 1970;227:680-685.
14. Towbin H, Staehelin T, Gordon J. Electrophoretic transfer of proteins from polyacrilamide gels to nitrocellulose sheets: procedures and some applications. *Proc Natl Acad Sci USA* 1979;76:4350-4354.
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 084 de 1989. Estatuto Nacional de Protección de los animales. *Diario Oficial*, Año CXXVI. N.3912027; 1989. p. 1-14.
16. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución No. 008430 de 1993. Investigación en Salud; 1993. p. 1-20.

17. Fernández J, Bello F, López MC, Moncada LI, Vargas JJ, Ayala MS, et al. Seroprevalencia de leishmaniosis visceral canina en la comuna 8 de Neiva y en cuatro municipios de Huila, Colombia. *Biomédica* 2006;26(Supl.1):121-30.
18. Iniesta L, Fernández-Barredo S, Bulle B, Gómez M, Piarrous R, Gallego M, et al. Diagnostic techniques to detect cryptic leishmaniasis in dogs. *Clin Diagn Lab Immunol* 2002;9:1137-1141.
19. Lasri S, Sahibi H, Natami A, Rhalem A. Western blot analysis of *Leishmania infantum* antigens using sera from pentamidine-treated dogs. *Vet Immunol Immunopathol* 2003;91:13-18.
20. Aisa M, Castillejo S, Gallego M, Fisa R, Riera M, Colmenares M, et al. Diagnostic potential of western blot analysis of sera from dogs with leishmaniasis in endemic areas and significance of the pattern. *Am J Trop Med Hyg* 1998;58:154-159.
21. Mary C, Lamouroux D, Dunan S, Quilleci M. Western blot analysis of antibodies to *Leishmania infantum* antigens: potential of the 14-Kd and 16-Kd antigens for diagnosis and epidemiological purposes. *Am J Trop Med Hyg* 1992;47:764-771.

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA FILOSOFÍA LIBERAL*

*Alba Lucía Vélez Arango***

Recibido en diciembre 14 de 2009, aceptado en enero 15 de 2010

Resumen

Objetivos: 1) Identificar los argumentos centrales en las tesis libertarias y en la tradición liberal igualitaria de Rawls, en torno a la aceptación y/o el rechazo de la protección de la salud como un requisito de justicia social. 2) Analizar el concepto de Rawls sobre bienes primarios como una forma de re-distribución en procura de metas de justicia social, la exclusión de la salud en ellos y su implicación en la garantía de protección del derecho a la salud. 3) Esbozar las teorías liberales de Amartya Sen y Martha Nussbaum como alternativa de protección del derecho y condición necesaria de justicia social. **Metodología:** mediante un análisis crítico de las tesis de los libertarios (Hayek y Nozick) y del liberalismo igualitario de John Rawls, se exploran sus argumentos centrales en relación con la modalidad del mercado libre como única opción de respeto a la libertad, el primado de la libertad individual y un Estado mínimo como la forma ideal de propiciar el avance de la sociedad y el rechazo a una garantía de protección del derecho a la salud premisas del ideario libertario, y en la urdimbre teórica de Rawls su idea acerca de los bienes primarios, que son seleccionados bajo el interrogante: ¿qué cosas son generalmente necesarias como condiciones sociales y medios que permitan a las personas proseguir sus concepciones determinadas del bien y desarrollar sus planes de vida? **Conclusiones:** se evidencian las falencias de Rawls al excluir del listado de estos bienes primarios, que supone necesarios para la realización de los planes de vida de todo ser humano y bienes útiles con independencia de cual sea el plan de vida racional de cada persona, a la salud. Por último, se analizan las visiones de Sen y Nussbaum en torno al concepto de capacidades como titulaciones fundamentales, en las cuales la salud tiene un lugar preeminente y su protección, entonces sí, condición necesaria de justicia social.

Palabras clave

Libertad, justicia social, derecho a la salud, sistema de salud.

* Artículo fundamentado en trabajo de grado: "LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD: REQUISITO DE JUSTICIA SOCIAL. DESDE EL LIBERALISMO RADICAL HASTA LA TEORÍA IGUALITARIA DE RAWLS. Calificación: Aprobada con Distinción de Meritoria para optar al título de Maestría en Filosofía. Facultad de Artes y Humanidades. Departamento de Filosofía. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

** Abogada, Enfermera, Magíster en Salud Pública, Magister en Filosofía. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública, Manizales, Colombia. E-mail: albalu@telecom.com.co; albalucivelez@mac.com

THE PROTECTION OF HEALTH IN LIBERAL PHILOSOPHY

Abstract

Objectives: 1) To identify the central arguments in the thesis libertarian and liberal egalitarian tradition Rawls, about the acceptance or rejection of the health protection as a requirement of justice social. 2) Analyze the concept of Rawls primary goods as a way of re-distribution pursuit of social justice goals, the exclusion of the their health and their involvement in ensuring protecting the right to health. 3) Outline the theories Liberals Amartya Sen and Martha Nussbaum and alternative for protecting the right and necessary condition social justice. **Methodology:** an analysis thesis critical of libertarians (Hayek and Nozick) and egalitarian liberalism of John Rawls, is boarded their central argument concerning the mode of the free market as the only option of respect freedom, the primacy of individual liberty and a Minimal state as the ideal way to encourage progress society and the rejection of a guarantee of protection the right to health and premises of the libertarian ideology, in Rawls' theoretical warp your mind about the primary goods, which are selected under the question: What things are usually necessary as social conditions and means by which people pursue their particular conceptions of good and develop their life plans? **Conclusions:** This signals the Rawls failures by excluding from the list of these goods primary means necessary to carry out plans of every human life and property Useful regardless of what the rational life plan each person, the health . Finally, the review visions of A. Sen and Nussbaum on the concept of capabilities as fundamental, in which health has a central place and its protection then if necessary condition for social justice.

Key words

Freedom, social justice, right health, health systems

PROTEÇÃO DA SAÚDE NA FILOSOFIA LIBERAL

Resumo

Objetivos: 1) Identificar os argumentos centrais da Tese de tradição libertaria e na tradição liberal igualitária de Rawls, sobre a aceitação ou rejeição da proteção da saúde como exigência de justiça social. 2) Analisar o conceito de Rawls sobre bens primários como uma forma de re- distribuição em procura de objetivos de justiça social, a exclusão da saúde em eles e sua implicação na garantia de proteção do direito á saúde. 3) Esboçar as teorias liberais de Amartya Sem e Martha Nussbaum como alternativa de proteção do direito e condição necessária de justiça social. Metodologia: através duma análise critico das teses dos libertários (Hayek e Nozick) e do liberalismo igualitário de John Rawls, exploraram se seus argumentos centrais em relação com o modo modalidade do mercado livre como única opção de respeito á liberdade, o primado da liberdade individual e um Estado mínimo como a forma ideal de propiciar o progresso da sociedade e o rejeito duma garantia de proteção do direito á saúde premissas do ideário libertário, e na urdidura teórica de Rawls sua idéia acerca dos bens primários, que são selecionados baixo do interrogante: ¿ que coisas são geralmente necessárias como condição social e meio que permita ás pessoas prosseguir suas concepções determinadas do bem e desenvolvimento dos seus planes de vida? **Conclusões:** Evidenciam se as falências de Rawls ao excluir do listado destes bens primários, que supõe necessários para a realização dos planes de vida de todo ser humano e bens úteis com independência de qual seja o plano de vida racional de cada pessoa, á saúde. Por ultimo se analisam as visões de Sem e Nussbaum em torno ao conceito de capacidades como titulações fundamentais, nas quais a saúde tem um lugar preeminente e sua proteção, então se, condição necessária de justiça social.

Palavras chave

Liberdade, justiça social, direito á saúde, sistemas de saúde.

INTRODUCCIÓN

“Una teoría, por muy atractiva, elocuente y concisa que sea, tiene que ser rechazada o revisada si no es verdadera; de igual modo, no importa que las leyes e instituciones estén ordenadas y sean eficientes: sin son injustas han de ser reformadas o abolidas” (1).

La justicia tiene que ver con lo que es debido a las personas, la determinación de lo que les pertenece, de los beneficios, derechos y/o obligaciones de cada quien, es esto un asunto de justicia. La concepción de justicia social imperante en una sociedad determina el conjunto de servicios y derechos a los que tiene acceso el ciudadano, sobre todo el más pobre. La injusticia conlleva una omisión o acción que deniega o quita a alguien aquello que le es debido, que le corresponde como suyo, bien sea, porque se le ha negado a alguien su derecho o porque la distribución de cargas no ha sido equitativa. La dificultad planteada obedece a la comprensión de la justicia en cada sociedad. Bien, este entendimiento de la justicia está dado modernamente por derivaciones de las teorías liberales, las cuales se analizan en el ámbito de la filosofía política y en estos términos hay una diferencia sustancial acerca de la justicia social en sus diferentes vertientes; ¿qué implicaciones tienen estas teorías en el acceso a los servicios de salud y a la garantía de protección del derecho?, es la pregunta que explora el presente trabajo.

MÉTODO

Análisis crítico de las tesis de los libertarios (Hayek y Nozick) y del liberalismo igualitario de John Rawls. Se exploró en sus argumentos centrales en relación con la modalidad del mercado libre como única opción de respeto a la libertad, el primado de la libertad individual y el Estado mínimo como la forma ideal de propiciar el avance de la sociedad y el rechazo a la garantía de protección del derecho a la salud, premisas del ideario libertario. Así mismo, en la urdimbre teórica de Rawls se exploró en su

teoría sobre los bienes primarios, seleccionados bajo el interrogante: ¿qué cosas son generalmente necesarias como condiciones sociales y medios que permitan a las personas proseguir sus concepciones determinadas del bien y desarrollar sus planes de vida? Por último, se analizan las visiones de Sen y Nussbaum en torno al concepto de capacidades como titulaciones fundamentales, constituyéndose en una vertiente del liberalismo que explora alternativas de protección de la salud, entonces sí, como condición necesaria de justicia social.

1. JUSTICIA SOCIAL – TESIS LIBERTARIAS (HAYEK – NOZICK)

1.1. Contra la justicia social (Hayek)

Hayek se pregunta: ¿Quién es el que ha sido injusto? ¿Puede buscarse un culpable? ¿La injusticia en la sociedad de libre mercado es causada por un acto deliberado de uno o varios individuos? Si así fuere, podría hablarse de injusticia, de lo contrario la palabra justicia social es un espejismo, un señuelo, es una superstición. Tan sólo la conducta humana puede ser calificada de justa o injusta, estos calificativos requieren siempre un responsable. ¿Quién es el que cometió la acción injusta? ¿Hay un culpable? Es posible responsabilizar a algún ser pensante que de manera deliberada cause un daño, si puede hablarse de acciones encaminadas a producir un daño se hablaría de actos injustos, pero en ningún caso puede ser un atributo que deban poseer las acciones de la sociedad o el tratamiento que los individuos o grupos de individuos reciben de la sociedad. Argumentar que los efectos de los procesos sociales sobre los individuos en una sociedad libre no se ajustan a principio alguno de justicia, no es errado; pero de ello no podemos argüir que se trata de resultados injustos, y que por lo tanto alguien debe ser culpado. En la sociedad organizada bajo el orden espontáneo, las diferencias de remuneración, de clases sociales, de acceso a bienes y servicios no pueden calificarse

de justas o injustas, en tanto no se hable de actos humanos deliberados e intencionales con el ánimo de producir resultados injustos.

Si bien, la justicia social se inspira en ideales altruistas, la prosecución de un ideal de justicia bajo parámetros re-distributivos de modo que en forma coactiva se despojen recursos y bienes a unos, para pasar a otros menos aventajados de la sociedad, generaría una interferencia arbitraria en la esfera privada-individual y conduciría al totalitarismo. Las acciones distributivas implican siempre la actividad de una autoridad central que define ¿a quién han de distribuirse los recursos? y así, la distribución queda sometida al arbitrio de un poder central, lo que conduce a una interferencia en la esfera privada del individuo y de este modo, el mercado libre daría paso a un sistema de “economía dirigida, centralizada”, idea que riñe abiertamente con el modelo de mercado libre.

Falacia engaño o mentira son palabras que emplea Hayek para manifestar su aversión con el término *justicia social*, así describe él, la idea de cualquier acción dirigida a un ideal de justicia social. Se pregunta: ¿Por qué el orden del mercado se debe evaluar con un propósito alternativo, como el objetivo igualitarista de la justicia social? ¿Por qué es necesario aliviar las circunstancias adversas de la población más desfavorecida de la sociedad? Esto quiere decir que las políticas re-distributivas en procura de metas de justicia social no tienen cabida en este ideario.

1.2. Argumentos de Hayek contra la justicia social

Dos argumentos centrales sustentan su crítica al concepto de justicia social: 1) La justicia social carece de sentido en el orden extenso. 2) Los criterios de “justicia social” en una economía de mercado conducen por el “camino de servidumbre”.

a) El concepto de justicia social carece de sentido en el orden extenso. El desarrollo de las

sociedades se dio a partir de la sociedad primitiva; la tribal y la sociedad civilizada, esta última como orden extenso o gran sociedad. Los instintos morales de solidaridad y altruismo que acompañan el concepto de justicia social, son dables en el marco de la sociedad primitiva y tribal, y pueden considerarse esenciales para la supervivencia en sociedades reducidas. Pero los valores de solidaridad y altruismo son incompatibles con la sociedad de orden extenso, en el que hay grandes volúmenes de información e intercambio de bienes y servicios. El orden extenso, se caracteriza por normas reguladoras impersonales. En esta sociedad no se trabaja pensando en el bien de la persona concreta a la que se beneficia con el esfuerzo, no se conoce a quién o a quiénes llegarán los bienes y servicios que se producen, se entiende que es del fruto de la cooperación anónima, del conocimiento de miles de personas dispersas por todo el mundo, que se obtienen los bienes y los servicios y en este contexto las relaciones personales pierden vigencia, pues si el ánimo de los individuos está fundado en los sentimientos altruistas y de beneficio colectivo, se agotan rápidamente las posibilidades de progreso. Los sentimientos de solidaridad y altruismo traen implícito un criterio de igualdad y quedaría coartada la posibilidad de multiplicarse, fructificar y avanzar según las capacidades de cada quien, y es precisamente esto lo que caracteriza la sociedad de libre mercado.

b) La implementación de criterios de “justicia social” en una economía de mercado nos conduce por un “camino de servidumbre”. Cualquier intento de planificar la sociedad destruye la libertad individual, constriñe la iniciativa, genera ineficiencia económica y limita el progreso. Para Hayek los enemigos de la libertad “han basado su razonamiento en la tesis de que el orden de los negocios humanos requiere que alguien mande y que otros obedezcan” (2). Parece existir un consenso erróneo sobre la necesidad de una organización central que planea y dirija el orden del mercado, descartando la capacidad de coordinación efectiva de las actividades humanas,

sin que medie una deliberada organización y éste es uno de los logros más evidentes de la economía de Mercado. Olvidó también Hayek que en la vida social existe siempre cierta clase de orden espontáneo y esta ordenación no puede ser el resultado de una dirección unificada lo que llevaría al totalitarismo, sistema por el que él tiene una aversión manifiesta, por cuanto constituye una abierta constricción al progreso. Sólo en el marco del libre mercado, del orden extenso y del ejercicio de las libertades, cada individuo puede desarrollar sus potencialidades, guiado por previsiones afortunadas y utilizando efectivamente su conocimiento. No existe en esta teoría un camino intermedio: o libre mercado o sociedad colectivizada, dirigida, centralizada. Este tipo de sociedad colectivizada en la cual se fundamenta el socialismo, tiene para él una gran similitud con la esclavitud (camino de servidumbre).

1.3. Justicia social en Nozick

En su ideario tienen primacía los derechos individuales y centralmente el derecho de propiedad bajo lo que él denomina la justicia de la titulación; esos derechos individuales son la base irreductible para la organización social y la justicia, bajo esta concepción, se refiere al hecho de que cada individuo debe obtener aquello para lo que tiene un título. Para este propósito un Estado mínimo es la opción ideal; afirma Nozick:

Mis conclusiones principales sobre el Estado son que un Estado mínimo, limitado a las estrictas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, [...], se justifica; que cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligado a hacer ciertas cosas y, por tanto no se justifica; que el Estado mínimo es inspirador, así como correcto (3).

En ese Estado mínimo de Nozick, la educación pública, la atención sanitaria, la salud pública, el

transporte colectivo, caminos o parques, asumidos por el Estado bajo una idea de interés común, implicarían una tributación coercitiva sobre cierta gente en contra de su voluntad, lo que vulnera el principio de “[...] *que a cada uno como escoja, a cada uno según ha escogido*” (4). Para el libertarismo, la justicia es una estructura normativa dentro de la cual los individuos pueden perseguir sus propios objetivos sin vulnerar los derechos de los demás. La justicia libertaria tiene más que ver con la libertad que con la igualdad, si bien hay un presupuesto fuerte de igualdad formal por el cual las personas son iguales con respecto a su igual posesión de derechos idénticos, situación que se expresa en la igualdad ante a ley, tal como expresa Campbell “[...] *no sugiere que el ejercicio de estos iguales derechos resulte o deba resultar en algo así como una igualdad real de posiciones sociales y económicas; de hecho se presupone lo contrario*” (5). Se hace referencia a una igualdad formal. En esta tesis el ejercicio de los derechos de igualdad y oportunidad requiere de una infraestructura de objetos materiales y acciones a los cuales otras personas de antemano ya pueden tener sobre ellos derechos y títulos, situación que vulneraría el principio de justicia de las pertenencias (3).

En su obra, no hay argumentos a favor de la redistribución, la justicia no debe ser distributiva. Describe su teoría de justicia de las pertenencias como de carácter histórica y tilda las teorías que abanderan la distribución (re-distributivas) como ahistóricas. En los principios históricos distingue dos clases: los pautados como el principio socialista: “*de cada uno según sus capacidades, a cada uno según sus necesidades*” (3) y los no pautados de los que cita su principio de titulación. Añade Nozick que “*casi todos los principios sugeridos de justicia distributiva son pautados: a cada quien según su mérito moral, o sus necesidades, o su producto marginal [...]* El principio de justicia que hemos bosquejado, el cual denominamos principio retributivo, no es pautado [...]” (3), de allí la afirmación de Nozick: “*las cosas entran al mundo vinculadas*

con las personas que tienen derechos sobre ellas” (3). De tal manera que, si para los libertarios un sistema retributivo es defendible sólo cuando está constituido por los objetivos individuales de las transacciones individuales, no es dable suponer un fin más general, por ejemplo, el del bienestar de la sociedad. Es evidente que en el modelo de mercado libre, no se requiere ninguna pauta distributiva.

Para Nozick las pretensiones de los que justifican un Estado más extenso se originan en “[...] *que esté sería el mejor instrumento para lograr la justicia distributiva*” (3), para él el término justicia distributiva no es un término neutro, puesto que al escuchar el término distribución, la mayoría de las personas supone que alguna cosa o mecanismo usa algún principio o criterio para hacer la distribución de cosas, y afirma con respecto a este punto: “*De manera que, al menos, es una pregunta abierta saber si la distribución debe ocurrir [...]*” (3).

Tres aspectos identifican el problema de las pertenencias, idea central de la teoría de Nozick: **1)** La adquisición original de las pertenencias, es decir cómo se adquieren las cosas que no tienen dueño, proceso que se rige por el llamado principio de justicia en la adquisición. **2)** La transmisión de pertenencias de una persona a otra, se hace sobre la base de una cooperación voluntaria, no pautada basado en el libre intercambio. **3)** Rectificación de injusticias en las pertenencias. Hace referencia a la corrección de las injusticias cometidas ya sea por obstáculos en el proceso de libre adquisición de pertenencias o por obstáculos en la transmisión de una pertenencia. La motivación en ideales de justicia social no hace parte de este ideario. Así, la esencia de la justicia en Nozick es la propiedad ilimitada, si hay o no resultados justos tal como una distribución igual de los recursos no es de su interés. Su bagaje teórico pretende demostrar un prejuicio a favor de la justicia distributiva, el Estado mínimo (único moralmente legitimado) carece de tal poder redistributivo. Anota Nozick: “*Pensar que la tarea de una justicia distributiva es llenar el espacio de “a cada uno según sus—” es*

estar predispuesto a buscar una pauta [...]” (3). La propuesta de Nozick sería: “*De cada quien según lo que escoge hacer, a cada quien según lo que hace por sí mismo (tal vez con la ayuda contratada de otros) [...]*” (3), es evidente que en este ideario no puede hablarse de justicia social con fundamento en principios pautados que exijan una distribución de los bienes y servicios en la sociedad en favor de la población menos aventajada, esto quiere decir, que la idea de protección del derecho a la salud bajo metas de equidad, acceso universal no tiene tampoco cabida en este ideario. La existencia de un sistema de salud que garantice la protección del derecho no es asunto de interés de Nozick.

Una vez cumplidos los principios de justicia, las personas tienen la potestad de realizar con sus porciones las cosas que deseen, sin que medien condicionamientos como: ¿qué pasa con los menos favorecidos? Tiene primacía la libertad de los individuos en su actuación frente a la posibilidad de elección, sin importar el comportamiento justo frente a circunstancias desiguales. No se deben cobrar impuestos para compensar las circunstancias desfavorables de la gente; la adquisición de pertenencias con justo título es lo único que importa y una vez cumplidos los principios que aseguran la adquisición justa no cabe la argumentación de desigualdad o falta de oportunidades para los menos favorecidos. Es enfático Nozick al afirmar:

La concepción retributiva de justicia de pertenencias no establece ninguna presunción en favor de la igualdad, ni de cualquier otro estado final superior o establecimiento de pautas. No se puede simplemente suponer que la igualdad tenga que estar integrada en cualquier teoría de la justicia (3).

En síntesis, con el argumento intuicionista (concepción según la cual existe un gran número de principios morales diferentes que no pueden disponerse en orden de importancia general, para

contribuir así a resolver los conflictos entre ellos) Nozick justifica la existencia de un conjunto de primeros principios que tienen que ser sopesados unos con otros, buscando el punto de equilibrio más justo y fundamenta nuestra intuición acerca de las desigualdades inmerecidas justificando el cumplimiento de los principios de justicia en la adquisición, transferencia y rectificación, allí para él, la esencia del concepto de lo justo.

Nozick cuestiona el principio de igualdad de oportunidades como fin igualitario mínimo, según su teoría hay dos caminos para intentar proporcionar esta igualdad: empeorar directamente la situación de los más favorecidos por la oportunidad o mejorar la situación de los menos favorecidos, siendo esto factible sólo a través del uso de recursos de unos, emporando la situación de otros, al respecto, anota: *“A falta de varitas mágicas, el medio que queda hacia la igualdad de oportunidad es convencer a las personas para que cada una decida destinar algunas de sus pertenencias para lograrla”* (3). Si el fin de alguien requiere del uso de bienes y servicios de otro, se deberá procurar la cooperación voluntaria, pero nunca la opción redistributiva a favor de los menos favorecidos, esta será siempre la tesis defendida por Nozick. Se destaca en este punto lo afirmado por Campbell, cuando expresa que para Nozick:

Los seres humanos, son activos, criaturas creativas capaces de fijarse objetivos y seguir planes de acción esto es lo que les hace capaces de llevar vidas con sentido y lo que apoya la afirmación de que tienen un derecho a la propiedad de sí mismos y de la vida, la libertad y otras posesiones que pueden ser adquiridas a través del ejercicio de estos derechos, sin violar los mismos derechos de los demás (5).

En el ideario de Nozick no es dable hablar de beneficios a la población menos favorecida es está una cuestión que debe dejarse de lado, pues no

hace parte de las funciones que un Estado legítimo debe cumplir.

Para Nozick el fundamento de la atención en salud es la mala salud y, para él,

en muchísimas sociedades, mientras que la mala salud funciona como condición necesaria para recibir tratamiento, no funciona como condición suficiente, puesto que estos tratamientos cuestan dinero, y no todos los que están enfermos tienen el dinero; de ahí que la posesión de dinero suficiente se convierte, de hecho, en condición necesaria adicional para, efectivamente recibir tratamiento [...] (3).

Es claro, que en el libre mercado la prestación de los servicios de salud queda sujeta a la capacidad adquisitiva de la persona, la satisfacción de los requerimientos en salud debe ser mediada por un pago, el Estado mínimo no tiene esta función y por tanto ¿qué pasa con quien tiene la necesidad, pero no tiene la forma de cubrir el costo del servicio? Ese no es asunto de interés en el ideario libertario.

En lenguaje figurado expresa Nozick, que cuando los principios de resultado final de justicia distributiva se integran en la estructura jurídica de una sociedad, otorgan a cada ciudadano una reclamación jurídicamente exigible sobre alguna porción del producto social total y en forma figurativa hace referencia a *“una gran olla social”* (3) que a su juicio sería la que posibilitaría la asignación de recursos del Estado en procura del mejoramiento de la situación de población menos aventajada, sin embargo, para esto es menester utilizar impuestos sobre salarios, confiscación de utilidades o la existencia de fondos comunes, es decir, en forma coactiva se destinarían recursos de unos para otros, situación que no es clara para él, puesto que no se puede establecer *“[...] de dónde viene qué y a dónde va qué [...]”* (3) y

en todo caso los principios pautados de justicia distributiva suponen la apropiación de acciones de otras personas, hecho que vulnera la libertad, son decisiones que generan interferencia en los propósitos de otros.

Por razones como las explicadas, los principios pautados de justicia distributiva “*suponen un cambio: de la noción liberal clásica de propiedad sobre uno mismo a una noción de derechos de (co) propiedad sobre otras personas*” (3). En síntesis, en el ideario de Nozick una sociedad de esclavos podría no ser menos justa que una sociedad donde las personas son libres, si bien, él sostiene que personas racionales en una situación inicialmente justa no contratarían para obtener una sociedad de esclavitud, reconoce que algunas transacciones podrían asimilarse a una situación de esclavitud, al no poder prever las personas las consecuencias de los acuerdos suscritos aparentemente de carácter voluntario, situación que para Nozick imprimiría el carácter de justo. Su tesis puede resumirse en la expresión: *¡Sálvese el que pueda!* En todo caso el éxito estará siempre en cabeza de la poca población más afortunada de la sociedad, sin que sea dable la existencia de expresiones de solidaridad y de posibilidades de re-distribución en favor de los menos aventajados. La libertad tiene primacía en este ideario, políticas de redistribución, de subsanar la desigualdad de los menos favorecidos, significan en todo caso una intromisión en el ejercicio de la libertad de los ciudadanos.

2. JUSTICIA SOCIAL EN EL IDEARIO DE RAWLS

2.1. Rawls y los bienes primarios

Su teoría se centra en la propuesta de un modelo de sociedad justa, propia de una sociedad bien ordenada, entendida como: “*una sociedad efectivamente regulada por una concepción pública de la justicia –es una idea colateral*

que usamos para precisar la idea organizadora central de la sociedad como un sistema equitativo de cooperación” (6). En su tesis del liberalismo político la concepción de justicia debe ser una concepción política, una vez satisfecha esta condición es dable afirmar:

el poder político es legítimo sólo cuando es ejercido de acuerdo con una constitución (escrita - no escrita), cuyas esencias pueden aceptar todos los ciudadanos, como ciudadanos razonables y racionales que son, a la luz de su común razón humana. Éste es el principio liberal de legitimidad (6).

La preocupación central de Rawls es la controversia sobre el modo de expresar óptimamente los valores de libertad e igualdad en los derechos y libertades básicos de los ciudadanos, de allí, que su proyecto sea denominado liberalismo igualitario.

Rawls continua la idea hipotética del contrato social. Su contrato tiene características de individualidad, es suscrito por individuos que no están en situación de dominación ni de dependencia asimétrica en relación con otros individuos y sólo están interesados en promover su propia concepción de felicidad, de vida buena, pero no albergan contribuir al cumplimiento de los fines de otros. En este contrato no hay una primacía del interés colectivo. Las partes en la posición original no tienen intereses en los intereses de otros, no son necesariamente egoístas, pero persiguen su propia concepción del bien, no la de los otros, justifica este individualismo Rawls así: “*Cada persona posee una inviolabilidad fundada en la justicia que ni siquiera el bienestar de la sociedad en conjunto puede atropellar*” (6). Para él la pérdida de la libertad de algunos se torna justa por el hecho de que un mayor bien es compartido por otros.

Con el fin de definir un esquema distributivo adecuado para la estructura básica, Rawls desarrolla dos principios:

a) cada persona tiene el mismo derecho irrevocable a un esquema plenamente adecuado de libertades básicas iguales que sea compatible con un esquema similar de libertades para todos; y **b)** las desigualdades sociales y económicas tienen que satisfacer dos condiciones: en primer lugar, tienen que estar vinculadas a cargos y posiciones abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades; y, en segundo lugar, las desigualdades deben redundar en un mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (el principio de diferencia) (6).

Estos principios son elegidos por las partes en la posición original; los individuos no actúan como particulares, sino como representantes ficticios de sectores sociales, que eligen o acuerdan en la situación inicial.

Introduce el constructo de la posición original, como una manera de establecer un punto de vista, desde el que pueda alcanzarse un acuerdo equitativo entre personas libres e iguales, al margen de los rasgos y las circunstancias particulares de la estructura básica existente, de manera tal, que no sea distorsionada por ellos, afirma Rawls:

La posición original, con el rasgo que yo he llamado el “velo de la ignorancia” establece ese punto de vista. En la posición original, no se permite a las partes conocer sus posiciones sociales o las doctrinas comprensivas particulares de las personas a las que representan. Tampoco conocen la raza y el grupo étnico de las personas, ni su sexo o sus diversas dotaciones innatas tales como el vigor y la inteligencia. [...] las partes están bajo un velo de ignorancia (6).

Definidos los principios que han de regir la estructura básica de la sociedad, la situación de los menos aventajados es mitigada a través de la aplicación de los principios de diferencia y de compensación.

2.2. Bienes primarios

Una idea central explica la concepción de justicia rawlsiana; todos los bienes denominados en su teoría como primarios: libertad y oportunidad, ingresos, riquezas, y los fundamentos de la propia estima, tienen que distribuirse de modo igual, a menos que una distribución desigual de alguno de estos bienes o de todos ellos, resulte ventajosa para los menos favorecidos. Constituyen los bienes primarios el interés más específico y común a todos los ciudadanos. Bajo esta concepción estos bienes primarios superan la diversidad de bienes o fines particulares, porque proporcionan una similitud parcial en la estructura de las diferentes concepciones del bien de los ciudadanos, constituyéndose así, en norma común de justificación de las exigencias particulares. En síntesis, a pesar de las diferencias religiosas, filosóficas, étnicas, culturales, los individuos requieren para su promoción, a grandes rasgos, de los mismos bienes primarios, es decir, de los mismos derechos, libertades y oportunidades básicos y de los mismos medios indispensables para cualquier propósito, tales como poderes y prerrogativas, ingreso y riqueza, y todo ello apoyado por las mismas bases sociales del autorrespeto, se supone por tanto que todos los ciudadanos tienen un plan de vida racional que requiere para su cumplimiento, en líneas generales, de los mismo bienes primarios. Allí, el aporte de Rawls, su planteamiento en torno a un conjunto de bienes primarios que toda sociedad debe de propiciar y garantizar a los individuos para hacer posible la realización de los planes racionales de vida. Es ésta la plataforma ideológica que sustenta el concepto de mínimo vital, concepto que ha sido incorporado por la Corte Constitucional de Colombia al otorgarle el carácter de derecho

constitucional innominado al mínimo vital, luego de establecer la relación triangular entre este último y el derecho a la dignidad en el marco del Estado social de derecho (6).

Una vez elaborado el proyecto racional de vida, el individuo debe procurarse los medios más adecuados para desarrollar su idea de bien. Sus perspectivas mejoran cuando prevé el conjunto de bienes requeridos para su proyecto de vida, y éste es viable sin afectar a otros individuos. Ahora bien, un interés central orienta la sociedad bien ordenada de Rawls: ¿Cómo distribuir los bienes de manera que nadie resulte perjudicado y cada uno obtenga lo suficiente? El conjunto de bienes primarios:

cosas que se supone que un hombre racional quiere tener, además de todas las demás que pudiera querer [...] teniendo más de esas cosas, se le puede asegurar a los individuos en general que tendrán mayor éxito en la realización de sus intenciones y en la promoción de sus fines, cualesquiera que estos fines puedan ser (1).

En el proyecto rawlsiano, la idea de justicia se vincula a un reparto igual de los bienes primarios, añadiendo un giro importante: *“tratamos a las personas como iguales no mediante la eliminación de todo tipo de desigualdades, sino sólo de aquellas que perjudican a alguien. Si algunas desigualdades benefician a todos, favoreciendo aptitudes y energías socialmente útiles, entonces serán aceptables para todos”* (4). En su teoría el desarrollo de un plan de vida, hace necesario el acceso a ese conjunto de bienes primarios, es decir: *“las diversas condiciones sociales y los medios de uso universal que son por lo general necesarios para que los ciudadanos puedan desarrollarse adecuadamente [...] y, para que puedan promover sus concepciones específicas del bien”* (6).

Los ciudadanos menos aventajados, son los que no acceden a este conjunto de bienes primarios

y en una sociedad justa esta desventaja debe ser mitigada. Estas desigualdades son descritas por Rawls como innecesarias:

dado que las desigualdades de nacimiento y de dotes naturales son innecesarias, habrán de ser compensadas de algún modo, la sociedad tendrá que dar mayor atención a quienes tienen menos dotes naturales y a quienes han nacido en las posiciones sociales menos favorables. La idea es compensar las desventajas contingentes en dirección hacia la igualdad (1).

Así, un lugar central en la tesis de Rawls la tienen los *“bienes primarios”* idea que describe así:

[...] Un rasgo básico de una sociedad política bien ordenada es que en ella se da un entendimiento público no sólo en torno de la conveniencia de que los ciudadanos planteen ciertos tipos de exigencia [...], sino también un entendimiento público acerca del modo en que esas exigencias han de ser apoyadas [...] resulta ser una concepción de las necesidades de los ciudadanos, es decir, de las necesidades de las personas en cuanto ciudadanos, lo que le permite sostener a la justicia como equidad que la satisfacción de las exigencias ha de ser públicamente aceptada como algo ventajoso [...] (1).

La sociedad justa de Rawls iguala a las personas en sus circunstancias, de modo tal que lo que ocurra con sus vidas depende de su propia responsabilidad, y las exigencias de justicia distributiva se dan en términos de bienes primarios, es decir, de los medios generales requeridos para forjarse una concepción de la buena vida y perseguir su realización independientemente de su contenido.

Rawls introduce el principio de diferencia para subsanar las desventajas de los menos favorecidos;

permite establecer comparaciones interpersonales en función de las expectativas de bienes sociales primarios, de manera tal que las expectativas son definidas como: “*el índice de estos bienes que un individuo representativo puede esperar*” (1). Teniendo más de estas cosas, se les puede asegurar a los individuos un mayor éxito en la realización de sus intenciones y en la promoción de sus fines, cualesquiera que estos fines puedan ser. Es una teoría que otorga prioridad al concepto de plan de vida: “*un hombre es feliz en la medida en que logra, más o menos, llevar a cabo este plan*” (1). Cada individuo tiene un plan y su realización está sujeta a las condiciones a las que se enfrente. Si bien, los planes racionales de la gente tienen diferentes fines, todos ellos requieren para su ejecución ciertos bienes primarios, naturales y sociales.

Dos fisuras en el proyecto de Rawls evidencian que en su teoría no hay ambiente propicio para la protección del derecho a la salud, como un requisito de justicia social, a saber: **1)** No incluye en el grupo de individuos que hacen parte de la posición original a aquellos que durante largos períodos de su vida, o incluso durante su vida, son muy desiguales de los demás en su contribución productiva, esta desigualdad es evidenciada por Nussbaum, cuando afirma que este grupo de individuos “*viven en una condición de dependencia asimétrica*” (9); es el caso de las personas con enfermedad y alteración de su estado de salud, estas personas están ausentes del grupo contratante inicial y del grupo de ciudadanos, para quienes se diseñan los principios. Sin embargo, Rawls no los incluye en la lista de individuos a los que es necesario mitigarles sus circunstancias desfavorables. **2)** Rawls entiende que sólo los bienes denominados primarios, entre los cuales no considera la salud, deben ser distribuidos por partes iguales en la sociedad, a menos que una distribución desigual favorezca al individuo, y en esta peor situación no están las personas afectadas por la pérdida de la salud o por la discapacidad. Para Rawls, dos personas se encuentran igualmente

bien situadas, si tienen el mismo paquete de bienes primarios sociales, aun cuando una persona tenga pocas aptitudes, sea inválida, sea mentalmente ineficiente o tenga problemas de salud.

En los denominados “*otros bienes primarios*” incluye Rawls la salud, al igual que el vigor, la inteligencia y la imaginación, los considera como bienes naturales y reconociendo que su posesión se ve influida por la estructura básica, “*no están directamente bajo su control*” (1). El interrogante que surge es: ¿por qué no considera Rawls en la posición original la protección del derecho a la salud como parte del conjunto de bienes que deben de ser distribuidos al igual que los bienes primarios sociales? Es claro, que en su teoría las desigualdades en los bienes primarios naturales en los que incluye la salud, no son asunto de la justicia social, hacen parte de la distribución natural que no puede ser calificada de justa o injusta, es sólo eso: un hecho natural. Ni en el ideario libertario ni en el liberal igualitario, ocupa la salud y más concretamente la garantía de su protección un lugar de interés, las necesidades de salud y su satisfacción parecen quedar sujetas al juego del mercado libre.

Es importante, sin embargo, destacar en Rawls un avance: la identidad de un conjunto de bienes denominados primarios que deben distribuirse igualitariamente en la sociedad como condición necesaria para el logro del proyecto de vida, y quienes no son beneficiarios de estos son lo menos aventajados y su desigualdad debe de ser mitigada, esta idea configura una similitud parcial con el concepto de capacidades de Sen y Nussbaum. Es claro, que la concepción de bienes sociales primarios como expresa, Alarcos: “[...] *tienen al menos en el grado mínimo esencial, las capacidades morales, intelectuales y físicas que los capacitan para ser miembros plenamente cooperativos de la sociedad a lo largo de una vida completa*” (10). El aporte de esta concepción ampliada y robustecida en torno a ideales de justicia social por Sen y Nussbaum es que las variaciones en las capacidades morales

e intelectuales, en las capacidades físicas, en las concepciones del bien y en los gustos y preferencias, deben de ser evaluadas con respecto a ese mínimo común que, unido a la satisfacción de los principios de la justicia, garantiza que tales variaciones entre individuos no atentan contra la imparcialidad y la justicia.

En síntesis, a partir de estas tesis surge el concepto de la garantía de un mínimo social referido a un conjunto de exigencias necesarias para un apropiado nivel de vida. En la actualidad la aceptación de un mínimo social supone una garantía de protección de los derechos sociales y económicos entre los cuales se incluye la salud, son derechos que cumplen una función correctiva, frente a las desigualdades que se derivan del libre juego del mercado.

3. EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES

Como una vertiente ampliada en la tradición liberal y de profundas implicaciones en la garantía de protección del derecho a la salud lo constituyen las tesis abanderadas por Sen y Nussbaum, con su enfoque de capacidades. Al respecto, afirma Nussbaum: *“la idea intuitiva básica de mi versión del enfoque de las capacidades es que debemos partir de una concepción de la dignidad del ser humano, y de una vida acorde con esa dignidad; una vida que incluya un funcionamiento auténticamente humano”* (9). Para ella, centrar los ideales de justicia, sólo en los recursos, constituye un índice inadecuado del bienestar *“puesto que los seres humanos poseen diversas necesidades de recursos, y también diversas capacidades de convertir los recursos en funcionamiento”* (9) así, dos personas con parecidas cantidades de recursos pueden mantener importantes diferencias en los aspectos de más trascendencia para la justicia social.

Sen (12) destaca el papel que desempeñan los diferentes tipos de libertad en la lucha contra males notables como las privaciones, miseria y opresión y el rol asignado a las oportunidades sociales, políticas y económicas a las que tienen acceso las personas puesto que estas pueden limitar y restringir inevitablemente la libertad de agencia que poseen los individuos. Por su parte Nussbaum presenta una lista de capacidades como una descripción de los derechos sociales mínimos y, compatible con diferentes respuestas que se plantearían, una vez que todos los ciudadanos se hallaran por encima del umbral mínimo; tres capacidades del listado tienen una estrecha relación con la salud, a saber: **1) “VIDA. Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal [...]”** (9); **2) “SALUD FÍSICA. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva: recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir [...]”** **3) INTEGRIDAD FÍSICA: “Poder moverse libremente de un lugar a otro, estar protegido de los asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas [...]”** (9); y con referencia a la salud, afirma Nussbaum:

En el terreno de la salud, los defensores del enfoque de capacidades discrepan sobre si la finalidad debe ser la capacidad o el funcionamiento. Mi opinión es que debería darse un amplio margen a las personas para llevar un estilo de vida saludable, pero que la elección debería corresponderles siempre a ellos; no se les debería penalizar por tomar decisiones contrarias a su salud (9).

Una vida desprovista de alguna de las capacidades no sería una vida acorde con la dignidad humana. La idea, por tanto, es que las capacidades en cuestión, son importantes para todos los ciudadanos en todos los países.

Si como expresa Daniels la enfermedad y la discapacidad son restricciones inmerecidas que limitan las oportunidades de las personas de lograr metas básicas, la función principal de los servicios es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a la normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos. Los servicios de salud son el instrumento diseñado por la sociedad para satisfacer los requerimientos de los individuos para el logro, mantenimiento o restauración de los niveles de salud adecuados o típicos de la especie, en este sentido afirma Daniels: “[...] *Al promover un normal funcionamiento los servicios de salud aportan una contribución importante aunque no limitada para asegurar la igualdad de oportunidades y esto proporciona una explicación de su importancia moral especial, pero no única*” (11).

CONCLUSIONES

De los enfoques analizados, tanto el de Sen como el de Nussbaum, parecen incluir la asistencia en salud como un requisito de justicia social, el problema surge ahora en la compatibilidad de estos enfoques con los principios liberales básicos. El reto de Sen y Nussbaum es hacer compatibles el mecanismo del mercado con las exigencias de la justicia social. Sen entiende que las instituciones sociales modernas han de contribuir a aumentar y garantizar las libertades fundamentales de los individuos en su vida socio-económica y en este sentido destaca el papel de los mercados dentro del proceso de expansión de las libertades reales de tales individuos, conceptúa que el mercado debe estar al servicio de una de las libertades básicas, aquella que capacita para realizar intercambios y transacciones, pero desarrolla el concepto de capacidades como medios que propician a las personas el desarrollo de sus planes de vida; para Sen, una persona llega a ser más productiva, mediante una mejor educación, una mejor salud y es válido que así también pueda esperar dirigir mejor su propia vida y tener más libertad para

hacerlo. Entre las capacidades contempladas por Sen están: 1) La habilidad de satisfacer las exigencias alimenticias propias. 2) Los medios para vestirse y cobijarse. 3) el poder de participar en la vida social de la comunidad. 4) la capacidad de evitar la vergüenza por el fracaso al cumplir las convenciones sociales. 5) la capacidad de conservar el respeto a sí mismo. Por su parte Nussbaum avanza en un listado que incluye la vida, la salud corporal y la integridad corporal En una estrecha relación con el derecho a la salud y más concretamente con su protección.

Esta vertiente del liberalismo que conjuga los idearios del mercado libre con la exigencias de la justicia social contribuye a posicionar en la agenda política la discusión sobre los derechos humanos, y ha colocado en la agenda política la necesidad de otorgar primacía al conjunto de derechos económicos entre los cuales se incluye la salud, bajo sus características de universalidad y de bien público de interés colectivo. En síntesis, la elección de ¿qué hacer? tiene implícito no estar coaccionado a hacer algo, tener la capacidad o disponibilidad física (no ser un discapacitado, o estar enfermo) para realizar eso que se ha elegido y tener la oportunidad y los medios para hacerlo.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a las siguientes personas su invaluable apoyo en el desarrollo del proyecto de tesis que hizo posible la presentación del artículo:

Lic. Alicia Stolkiner, Profesora Titular Cátedra Salud Pública, Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires (Argentina), quien amablemente aceptó ser mi tutora en la pasantía realizada en la ciudad de Buenos Aires del 2 al 30 de mayo de 2009. Su asesoría y acompañamiento contribuyeron a afianzar mis conocimientos y visión sobre los procesos de reforma en América Latina y su contribución o no a la garantía de protección del derecho a la salud.

Dr. Elian Pregno, Coordinador del Centro de Estudios sobre la Elaboración de Normas Jurídicas, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, quien compartió conmigo sus conocimientos como coordinador del Ciclo Profesional Orientado “Derecho de la salud” de la carrera de abogacía en la Universidad de Buenos Aires y Derechos Personalísimos de la Bioética de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Valoro su amabilidad y generosidad al brindarme su apoyo y asesoría.

Al Profesor Pablo Rolando Arango, quien con paciencia y seguimiento permanente me mostró el difícil camino de la investigación filosófica y cómo sus métodos aportan elementos de gran valor académico en el análisis de los sistemas de salud como instrumento de garantía de protección del derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rawls J. Teoría de la Justicia. 2 ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
2. Hayek F.A. Los fundamentos de la libertad. Barcelona: Folio; 1997.
3. Nozick R. Anarquía, Estado y Utopía. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
4. Kymlicka Will. Filosofía política contemporánea. Barcelona: Ariel; 1995.
5. Campbell T. La Justicia. Los principales debates contemporáneos. Barcelona: Gedisa; 2002.
6. Rawls J. La Justicia como equidad. Una reformulación. Barcelona: Paidós; 2000.
7. Burbano C. El concepto del mínimo vital en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. Tutela. Legis; Bogotá. 2001. Tom. II(23):2216- 2226.
8. Rawls J. Sobre las libertades. Barcelona: Paidós; 1996.
9. Nussbaum MC. Las fronteras de la Justicia. Barcelona: Paidós; 2007.
10. Alarcos FJ. Bioética global, justicia y teología moral. Madrid: Comillas - Desclée de Brouwer; 2005.
11. Daniels N. Parámetros de justicia y monitoreo de la equidad: Apoyo a un programa de la OMS. En: Salud y Gerencia. Universidad Javeriana, Programa de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Bogotá.1998. p. 7-4.
12. Sen A. Desarrollo y libertad, Planeta, Barcelona, 2000, 440 pp. Traducción de Esther Rabasco y Luis Toharia.

CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR EN FAMILIAS DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA, DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA*

*Magda Liliana Orozco Castillo**
Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez****

Recibido en enero 18 de 2010, aceptado en marzo 3 de 2010

Resumen

Objetivos: caracterizar el riesgo familiar de las familias de los estudiantes de primer y segundo semestre del Programa de Enfermería de una universidad pública, primer periodo académico 2009. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo, con una muestra de 95 familias y utilizando el instrumento Riesgo Familiar Total 7-70 (1). **Resultados y conclusiones:** se estudiaron 427 miembros de los grupos familiares, de los cuales, el 28% son adultos entre 31 y 49 años; predominan la tipología familiar nuclear (51%), seguida de la extensa modificada (18%), y los ciclos vitales familiares con adultos (51%) y adolescentes (46%). La mayoría de las personas se percibieron sanas (64%), aunque prevalecieron patologías crónicas como: hipertensión arterial (53%), cáncer (40%) y diabetes (39%). Los resultados mostraron predominio del riesgo familiar bajo (78%), en el que las subcategorías de mayor riesgo fueron: salud por grupos de edad, composición familiar, morbilidad familiar, ambiente socioeconómico y servicios de salud y familia. Se presentó alta correlación entre las subcategorías: estilo de vida y ambiente psicoafectivo (0,49), ambiente socioeconómico y morbilidad familiar (0,45), prácticas de salud y morbilidad familiar (0,43), estilos de vida y ambiente físico de la vivienda y el vecindario (0,42), prácticas de salud y estilo de vida (0,41). En conclusión, los factores de riesgos biológicos, sociales y del medio ambiente interactúan dinámicamente, en los que se muestra predominio del bajo riesgo, lo que hace necesario un trabajo mancomunado, entre la universidad, las instituciones de salud y las familias, en pro de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de las mismas.

Palabras clave

Familia, riesgo, enfermería, investigación

* Proyecto realizado en el marco del proyecto "Caracterización del riesgo familiar y el grado de salud de las familias de los estudiantes de primer semestre del Programa de Enfermería de una universidad pública", financiado por la División de Investigación Bogotá DIB de la Universidad Nacional de Colombia. Código DIB: 87030, Quipu: 21010011516, en el marco de la convocatoria Apoyo a Tesis de programas de Posgrados Sede Bogotá 2008.

** Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: liliana.orozco@ucaldas.edu.co

*** Enfermera. Magíster en Enfermería, Magíster en Educación de Adultos. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. E-mail: vvelasquez@unal.edu.co.

FAMILY RISK CHARACTERIZATION IN FAMILIES OF NURSING STUDENTS OF A STATE UNIVERSITY

Abstract

Objective: characterize the family risk of the families of first and second semester nursing students of a state university, during the first academic period of 2009. **Materials and methods:** transversal descriptive study with a quantitative approach, based on a 95 family sample and using the Total Family Risk 7-70 (1). **Results and conclusions:** 427 members of family groups were studied, of which 28% are adults between the ages of 31 and 49; the predominant family typology is nuclear family with 51%, followed by the modified extensive family with 18%, and family life cycles with adults 51%, and teenagers 46%. The majority of people perceived themselves as healthy 64%, although chronic pathologies prevailed, such as: hypertension 53%, cancer 40%, and diabetes 39%. The results showed a predominance of low family risk 78%, in which the subcategories of greater risk were: health by age groups, family composition, family morbidity, socio-economical environment, and family and health services. There was a high correlation between different subcategories: life style and psycho-affective environment (0.49), socio-economic environment and family morbidity (0.45), health practices and family morbidity (0.43), life styles and physical environment of the housing and neighborhood (0.42), health practices and life style (0.41). In conclusion, the biological, social and environmental risk factors dynamically interact in which the predominance of low risk is evidenced, therefore making it necessary for the university, health institutions and families to work together in order to maintain health conditions and improve the quality of life of these families.

Key words

Family, risk, nursing, research.

CARACTERIZAÇÃO DO RISCO FAMILIAR EM FAMÍLIAS DE ESTUDANTES DO PROGRAMA DE ENFERMARIA, DUMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Resumo

Objetivos: caracterizar o risco familiar das famílias dos estudantes de primeiro e segundo semestre do Programa de Enfermária numa universidade pública primeiro período acadêmico 2009. **Materiais e métodos:** pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa, com uma amostra de 95 famílias utilizando o instrumento Risco Familiar Total 7-70 (1). **Resultados e conclusões:** estudaram-se 427 membros dos grupos familiares, dos quais, 28% são adultos entre 31 e 49 anos; predominam a tipologia familiar nuclear (51%), seguida da extensa modificada (18%), e aos ciclos vitais familiares com adultos (51%) e adolescentes (46%). As maiorias das pessoas perceberam-se sanas (64%), porém prevaleceram patologias crônicas como: hipertensão arterial (53%), câncer (40%) e diabetes (39%). Os resultados apresentaram predomínio do risco familiar baixo (78%), no que as subcategorias de maior risco foram: saúde por grupos de idade, composição familiar, morbidez familiar, ambiente socioeconômico e serviços de saúde e família. Apresentaram-se uma alta correlação entre as subcategorias: estilo de vida e ambiente psico-afetivo (0,49), ambiente socioeconômico e morbidez familiar (0,45), prática de saúde e morbidez familiar (0,43), estilos de vida e ambiente físico da vivenda e o vizinhança (0,42), práticas de saúde e estilo de vida (0,41). Em conclusão, os fatores de risco biológicos, sociais e o meio ambiente interatuam dinamicamente, em os que se amostram predomínio do baixo risco, o que faz necessário um trabalho mancomunado, entre a universidade, as instituições de saúde e as famílias, em pro de preservar a saúde e melhorar a qualidade de vida das mesmas.

Palavras chave

Família, risco, enfermária, pesquisa

INTRODUCCIÓN

La familia en las diferentes sociedades y culturas ha sufrido transiciones que se relacionan con diversas situaciones de orden social, económico, político, cultural, entre otros (2); las que imprimen una rápida dinámica de transformaciones en sus relaciones, estructuras y funciones. En Latinoamérica, *“se señalan los cambios culturales de diverso signo a los que han estado sometidas, las transformaciones demográficas, el crecimiento de los hogares con jefatura femenina y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral y en los ámbitos sociales y políticos”* (3).

En Colombia, el cambio demográfico se ha dado como resultado de la disminución de la natalidad, aumento de la expectativa de vida al nacer y disminución de la mortalidad infantil (4). Otra consecuencia de este cambio, es el índice de mortalidad asociado a la violencia social que ocurre en el país; la mayoría de personas que se enfrentan directamente a la guerra son hombres sexualmente activos; muchos de ellos son padres de familia; lo cual hace que la dinámica y estructura familiar cambie, y sea la mujer la que queda como encargada de toda la manutención de la misma.

Así mismo, las familias enfrentan el cambio producido por el aumento de la participación de la mujer en escenarios tanto en educación como en el mercado laboral, sin dejar la responsabilidad doméstica; lo que hace que la opción de tener hijos cambie drásticamente, tanto para hombres como para mujeres; ya que en estos tiempos se pretende inicialmente buscar y encontrar *“la gratificación afectiva y sexual y posteriormente la procreación”* (5); ya que los hijos permiten menor probabilidad de acceso a empleos, estudios y menor posibilidad de poder adquisitivo.

De esta manera, en la actualidad colombiana se observa que en los últimos 5 años *“han aumentado los hogares con 2 y 3 personas, en tanto que permanecen iguales los que tienen 1, 4*

y 5 personas y disminuye los de 6 y más” (6). Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, también informa que con respecto a las tipologías encontradas en Colombia, se logró concluir que *“el 8% son hogares unipersonales, 36% hogares nucleares completos, 11% hogares nucleares incompletos y 7% de pareja, jóvenes o viejas sin hijos en el hogar. Se encontraron 16% de hogares de familia extensa completa; una de cada diez familias son extensas incompletas, 3% son extensas de pareja sin hijos en el hogar ni parientes y 4% son otros tipos de hogares en que vive el jefe y otros parientes”* (7), concluyendo que el promedio de personas por familia en Colombia es de 3,8 individuos (8).

Con respecto a las familias de Manizales, la Gobernación de Caldas en su diagnóstico de 2005, sitúa a las familias en un panorama similar al panorama nacional, al afirmar que *“aunque predomina el tipo de familia nuclear, la presencia de la familia extensa es significativa; la emergencia de nuevas tipologías familiares como: la compuesta y la unipersonal”* (9), son notorias, asimismo se confirma el aumento del madresolterismo, teniendo como conclusión que el promedio de individuos por familia es de 3,6 (10).

Todo lo anterior muestra cómo la familia se encuentra en un cambio permanente, la OPS – OMS acepta como miembro de familia *“a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica”* (11), lo que por hecho amplía su definición y conformación. Trayendo como consecuencia que las dinámicas y el funcionamiento de las familias estén en constante cambio.

A esta variación permanente, se le puede sumar el proceso de cambio que presenta la familia al momento en que uno de sus miembros ingresa a la vida universitaria. Éste se reconoce como un momento valioso e importante que se genera en el adolescente o el joven, y por ende en toda

su familia, especialmente porque trae nuevas responsabilidades, nuevas tareas, nuevos conocimientos, nuevos desafíos, nuevos riesgos y nuevos roles; situación que puede percibirse como positiva o como negativa; dependiendo de las situaciones y características por las que esté atravesando la familia.

De la misma manera, se observa que especialmente los padres se ven atemorizados por los múltiples riesgos a los que los jóvenes se ven enfrentados en el claustro universitario; situaciones como el alcoholismo, el uso de sustancias psicoactivas, las prácticas sexuales y el rendimiento académico, los cuales según estudios tienen gran influencia familiar (12) y representan los contextos de mayor incertidumbre.

La universidad investigada, cuenta con el servicio de Bienestar Universitario, que no incluye a las familias, pues tiene 8 programas totalmente definidos para la comunidad estudiantil: extensión cultural, deporte y recreación, capellanía, promoción socioeconómica, cultura de la salud, convivencia universitaria, salud estudiantil y contacto saludable. Lo que demuestra el interés por parte de la universidad en proporcionar bienestar a los estudiantes (13). Por lo que se hace necesario realizar la caracterización de las familias de los estudiantes de la universidad, con el fin de detectar aquellas situaciones en las que sea necesario prestar un mayor apoyo y orientación por parte de la universidad o del Programa de Enfermería en particular.

La importancia de la familia es evidente tanto en las políticas internacionales como en las nacionales, manifestadas en la Constitución Política de Colombia. Y específicamente para la salud, donde se reconoce que la familia es fundamental dentro del proceso de salud, estipulado en la Ley 100 de 1993 (14).

En Manizales se encuentra una amplia experiencia investigativa sobre familia, pero no se encontraron

estudios que aborden la caracterización de las familias de los universitarios desde el enfoque de riesgo. Específicamente en la universidad investigada, el tema que predomina es la socialización, relaciones y el desarrollo familiar gracias al Programa de Desarrollo Familiar de la misma universidad. Desde la visión de Enfermería, cuando las enfermeras describen su trabajo desde una visión holística del paciente no involucran manifiestamente a la familia como parte fundamental de la persona, no se hace explícito en la docencia, ni en los servicios y es más reducido aún en el campo de la investigación.

Los estudios sobre caracterización de las familias en Centroamérica y La Patagonia, realizados por la Doctora Amaya, hacen referencia a que la caracterización de las familias ha sido el tipo de investigación más común en el área de cuidado familiar desde 1997, gracias a que estos estudios constituyen *“el paso inicial para contribuir con el conocimiento de la realidad de la familia a la disciplina de enfermería”* (15).

Al referirse al término familia, es prudente decir que las diferentes definiciones de familia se dan según el contexto histórico, sociológico y jurídico; conservándose elementos importantes como la unidad básica de la sociedad, satisfacción de necesidades, agente socializador y propagador de la especie y desarrollo emocional. Los estudios y análisis familiares desde diferentes ópticas y disciplinas deben ser impulsados, para lograr un mejor entendimiento y abordaje integral de la familia (16). Lo que hace que esta se convierta en centro de atracción, importancia, investigación e intervención, con el fin de conseguir evoluciones positivas tanto en ella misma, como en el individuo y la sociedad a la cual influye directamente.

En este estudio, la *familia* se considera como un *“sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades, definidas por vínculos de consanguinidad, afectivos y normativos, que establecen diferentes formas de*

relación, con responsabilidades individuales, compartidas y comunes” (17). Según Amaya (1), cuando se realiza un análisis familiar con enfoque de riesgo, éste consiste en describir a la familias de acuerdo a la configuración, lo que comprende: ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolares, familia con adolescentes, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica), estructura o composición familiar (edad, sexo, número de personas), tipología familiar (nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida, extensa, modificada, pareja y atípica), y los riesgos a los que se expone tanto la familia como el individuo.

El riesgo, se encuentra totalmente *“relacionado con la presencia de factores que pueden desencadenar consecuencias adversas para la salud de la persona, la familia o grupo determinado”* (2). Y el factor de riesgo es definido como *“cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o un grupo de personas que se conoce como asociada a la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido”* (18).

Así mismo, el riesgo se reconoce como la probabilidad estadística de que un acontecimiento afecte la salud en el futuro; y dado que estos se pueden conocer, medir y cuantificar se constituyen en indicadores de intervención, lo que quiere decir, que si se investiga se puede crear la posibilidad de prevenir, disminuyendo el daño a la salud. Por lo tanto, el riesgo familiar *“es la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración”* (18).

Familia con estudiantes universitarios

Se encontró escasa literatura del estudio de la caracterización de familias con estudiantes universitarios desde el enfoque de riesgo. En Colombia sólo se reporta una investigación

realizada en la Universidad Nacional de Colombia, por Silva (2), de 77 familias con estudiantes universitarios de primer semestre, la cual señala que en estas familias predomina el ciclo familiar con adultos mayores de 18 años (50,6%), seguido por el ciclo con adolescentes (40,3%), donde más de la mitad de las familias son de tipología nuclear (54,5%). En la afiliación al Sistema General de Seguridad Social predomina el régimen contributivo (60,1%). Entre las instituciones consideradas como principal red de apoyo familiar, están la universidad, el trabajo y el sistema de salud.

En estas familia se encontró que tres cuartas partes se clasifican en bajo riesgo familiar (75%), Así mismo, en el estudio de Silva, se observa que las categorías en las que se encuentra mayor porcentaje de riesgo son: ambiente psicoafectivo, el ambiente socioeconómico, y composición familiar, todas con un 6,5% de riesgo alto (2). Coincidiendo con nuestros resultados donde los valores de riesgo alto son de 8,4%, 8% y 15%, respectivamente. Aunque todas las familias evaluadas presentan algún tipo de riesgo. El anterior resultado muestra que posiblemente la educación juega un papel importante como factor protector para las familias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo; la población de estudio está representada por 120 familias de estudiantes matriculados en primer y segundo semestre en el Programa de Enfermería de una universidad pública, primer periodo académico de 2009, de las cuales 95 conforman la muestra con los siguientes criterios de inclusión: familias que voluntariamente participaron; informante persona mayor de 15 años, de convivencia con la familia por más de un año y tener capacidad física y mental para responder las preguntas de los instrumentos.

Se utilizó el instrumento de Riesgo Familiar Total: 7-70 (1992-1998) de la Dra. Amaya (19),

cuyo objetivo es detectar familias vulnerables que presentan problemas de salud en una o más personas que la componen. Este instrumento se clasifica en 4 categorías así: riesgo por grupo de edad, biológico familiar (composición, morbilidad y mortalidad), medio ambiente (ambiente socioeconómico, ambiente físico de vivienda y vecindario, ambiente psicoafectivo familiar, estilo de vida y prácticas de salud) y servicios de salud y la familia. El cual ha sido sometido a prueba psicométrica de Kruder y Richardson con un coeficiente Alfa de 0,82. Validez concurrente confirmada por correlaciones significativas APGAR-A.S.F.E.

El recorrido durante el proceso investigativo fue desarrollado en primera instancia con la solicitud y aprobación para la autorización de la utilización de instrumentos por parte de la autora, y la autorización de la aplicación de los mismos en el Programa de Enfermería de la universidad investigada, realización de la prueba piloto en el Programa de Educación Física y Recreación de la misma Facultad, seguido por la capacitación de 5 encuestadores sobre la aplicación correcta del instrumento. Las entrevistas se realizaron en la universidad, en los horarios que coincidían con las materias electivas, ya que estas son las que generan menos estrés para los estudiantes y por esto podrían estar más tranquilos respondiendo las preguntas. Cada una de las entrevistas se inicia con la explicación, aceptación y firma del consentimiento informado. El tiempo utilizado por cada aplicación fue en promedio de 35 minutos, en el que respondió cada estudiante, durante el mes de marzo de 2009.

Posteriormente se realizó la imputación de cada formulario, se utilizó el programa Microsoft Access en la sistematización de datos y en SPSS se efectuó el análisis estadístico¹ y análisis de resultados.

¹ Con el apoyo del estadístico Alberto Rodríguez.

ASPECTOS ÉTICOS

El desarrollo de este estudio se basa en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, el cual se refiere a las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud”, especialmente a lo concerniente al Artículo 5, donde se especifica que “*en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar*”; el cual fue respetado durante todo el proceso investigativo. Además, se basa también en el Artículo 6 el cual informa que se “*contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación*”; dando cumplimiento a éste, se realiza la lectura y explicación del respectivo consentimiento ya sea a los estudiantes cuando son mayores de edad, o a los respectivos padres cuando el estudiante es menor de edad, con el consentimiento requerido, posteriormente firmado por cada uno de ellos, ya que el estudiante es el informante de la familia.

Según el Artículo 11, la investigación se clasifica en categoría a. Investigación sin riesgos, ya que no se efectúa ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Además, estas familias no se consideran como vulnerables, por lo que no ameritan ninguna protección específica.

RESULTADOS

Se presentan en dos grupos: identificación familiar, y riesgo familiar total.

Identificación familiar: las 95 familias investigadas, se encuentran conformadas por 427 personas, lo que constituye un promedio de 4,4 personas por familia, resultado superior al encontrado por el DANE: para Colombia 3,8 y para Manizales 3,5 (20).

Existe predominio de mujeres (63%), resultado superior al encontrado por el DANE: para Colombia (51,2%) y para Manizales (52,5%) (20). Dato que puede ser explicado por la histórica prevalencia de sexo femenino en los programas de Enfermería.

También, se encontró predominio de la población económicamente activa (73%), es decir son familias que tienen una tercera parte de sus miembros dependientes económicamente, como son los estudiantes adolescentes o jóvenes, que aún no trabajan y dependen económicamente de sus padres. Cifras menores a lo encontrado por Silva (2), puesto que el 86,1% de las familias de su estudio, clasifican como económicamente activas, lo que constituye un factor protector para estas familias, puesto que pueden existir mayores redes de solidaridad y menor carga familiar. Los ciclos vitales familiares predominantes son: familias con adultos (48%) y familias con adolescentes (46%), explicados por los criterios de inclusión de familias con estudiantes universitarios. La mayoría de estas familias están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al régimen contributivo (72%), lo que indica que en la mayoría de estas familias, hay personas con empleo y por ende recursos económicos para solventar las necesidades básicas que se puedan presentar en cuanto al proceso salud-enfermedad, lo que se puede considerar como factores protectores, agregado el nivel de estudio de los hijos.

La mayoría de personas pertenecientes al estudio se perciben como sanas (64%), seguidas de los que se perciben enfermos (26%); y por último los que se consideran en riesgo (9%). Datos cercanos a los reportados por el DANE (20) donde el 19,09% de los colombianos y el 20,33% de los manizaleños, afirman estar enfermos en el último año. Estos resultados alarman la situación de salud de las familias de los estudiantes universitarios, ya que si consideramos que una cuarta parte de los miembros de las familias se perciben enfermos, y son familias donde predominan las personas económicamente

activas, afiliadas al régimen contributivo, se esperarían unos resultados positivos frente a los datos de Colombia y Manizales.

Las enfermedades de mayor prevalencia dentro de estas familias son: la hipertensión arterial (53%), el cáncer (40%) y la diabetes (39%). Datos que coinciden con el perfil epidemiológico de Colombia, donde prevalecen las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (22,8%) y la diabetes (3,5%) (21), de lo que se desprende la importancia de las anteriores enfermedades propias de los hábitos de vida saludables, hábitos que tienen alguna relación con lo enseñado y aprendido dentro del núcleo familiar.

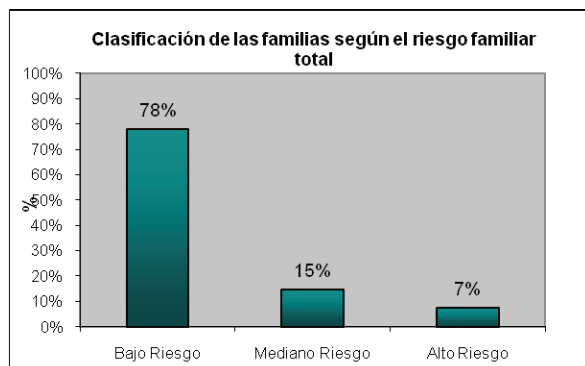
Con lo anterior, se concluye que en general las familias de los estudiantes de Enfermería de la Universidad investigada, presentan características adecuadas y sanas para su vida, constituyéndose lo anterior en un factor importante, positivo y determinante. Del mismo modo, es un reto importante para la universidad, trabajar arduamente con el propósito de ayudar a mantener estas características familiares de vida sana, las cuales repercuten en el estudiante universitario, y por ende en la Institución.

Riesgo familiar total: el riesgo familiar fue medido mediante el instrumento RFT 7-70, en el cual se clasifica como alto si el puntaje total es mayor de 22, riesgo medio si es de 14 a 21 puntos, y bajo si el puntaje es menor de 14 puntos.

La Gráfica 1 muestra que en general las familias estudiadas presentan un bajo riesgo familiar (78%), similar a lo encontrado por Silva que fue del 75% (2). Lo que indica la importancia de que Bienestar Universitario y el Programa de Enfermería, implementen acciones de promoción y mantenimiento de salud, tanto en los estudiantes como en sus familias, con el fin de disminuir los riesgos presentes en éstas. Las familias del Programa de Enfermería en general son familias saludables, sin embargo un 22% de éstas tiene

riesgos medio y alto, lo que ameritan un trabajo de promoción de estilos de vida y autocuidado que promuevan disminuir riesgos y mejorar la calidad de vida.

Gráfica 1. Distribución por categorías de riesgo, de las familias de los estudiantes de Enfermería, 2009.



Fuente. Resultado según instrumento RFT 7-70. Programa de Enfermería, 2009.

Riesgo familiar por subcategorías

En la escala de categorización para las subcategorías contenidas en el instrumento RFT 7-70, se califican alto si es mayor a 3, medio entre 2 y 3, y bajo menor de 2. De esta manera, a mayor valor del promedio, mayor riesgo familiar medido en cada subcategoría.

Al realizar el análisis del riesgo familiar por categorías se concluye, como se mencionó anteriormente, que el total de las categorías estudiadas de riesgo familiar se clasifican en bajo riesgo; sin embargo, la categoría de riesgo por grupo de edad con un promedio de 1,8, se puede considerar la de mayor compromiso en estas familias, ya que está cerca a clasificarse en riesgo medio. Seguida por composición familiar y morbilidad familiar, ambas con un promedio 1,61 y el ambiente socioeconómico con 1,11, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Riesgo familiar total por subcategoría, en familias de estudiantes de Enfermería, 2009.

Categoría	Subcategoría	Promedio	Desviación estándar
RIESGO POR GRUPO DE EDAD	Riesgo por grupo de edad/Salud individual	1,842	0,993
BIOLÓGICO/FAMILIAR	Composición familiar	1,611	1,104
	Morbilidad familiar	1,611	1,104
	Mortalidad familiar	0,126	0,443
MEDIO AMBIENTE	Ambiente socioeconómico	1,116	1,129
	Ambiente psicoafectivo	0,789	1,352
	Prácticas de salud	0,558	0,884
	Estilo de vida familiar	0,705	0,988
	Ambiente físico de vivienda y vecindario	0,337	0,594
	Servicios de salud de la familia	0,947	1,266

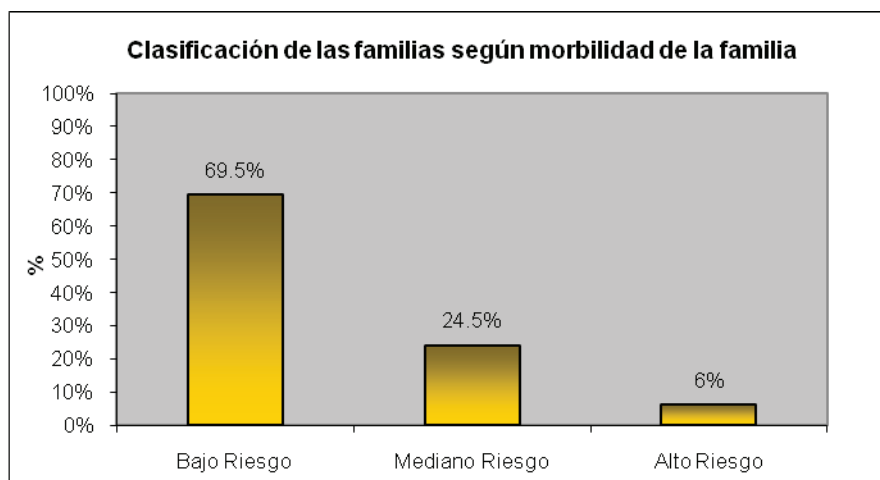
Fuente. Resultado según instrumento RFT 7-70. Programa de Enfermería, 2009.

La Tabla 1, muestra las categorías y subcategorías, cuyos resultados buscan identificar riesgos de salud para los individuos que forman la familia y para la familia como un todo. De esta manera, se puede observar cómo los promedios más altos, corresponden a las categorías de riesgo por grupo de edad con un promedio de 1,842 y a la categoría de biológico/familiar, la cual está compuesta por las subcategorías de mortalidad familiar, morbilidad familiar y composición familiar, siendo estas dos últimas las de mayor puntaje en el resto de subcategorías con un valor de 1,611 para ambas.

Los resultados muestran en primer lugar, cómo la subcategoría de grupo de edad/ salud individual, presenta más de una cuarta parte de las familias entre alto riesgo (4%) y medio (24,5%), especialmente determinado por la edad de los 31 a 49 años, siendo ésta una edad muy productiva

y donde debería prevalecer la población sana. En segundo lugar, la subcategoría composición familiar, revela cómo el 40% presenta algún riesgo, el cual está dado especialmente por la presencia de adolescentes, gestantes, y mayores de 50 años en un 91%. Y en tercer lugar la subcategoría morbilidad familiar, hace visible cómo el 30% de las familias presenta entre alto y mediano riesgo, al tener más de un enfermo en la familia (25%), presentar cadena de accidentes o morbilidad (19%) y problemas de salud no resueltos (18%). El riesgo de la subcategoría de mortalidad familiar, es el que menos puntúa de todas las subcategorías con un promedio de 0,12, este promedio es dado en su mayoría por presentar muerte de cualquier miembro en la familia (5%), y muerte inducida o espontánea del recién nacido (3%). Resultados relacionados con la edad, donde se espera que la mortalidad sea mínima, y mucho más si se encuentran afiliados al sistema de salud.

Gráfica 2. Distribución de riesgo familiar según morbilidad, de las familias de los estudiantes de Enfermería, 2009.



Fuente. Resultado según instrumento RFT 7-70. Programa de Enfermería, 2009.

La subcategoría de ambiente socioeconómico, muestra cómo el 28% de riesgo está dado especialmente por la carencia de vivienda propia (38%), lo que genera un gasto adicional al presentado en la universidad.

Al observar la subcategoría de ambiente físico de vivienda y vecindario, se percibe que el 4% se encuentra en mediano riesgo, promedio dado por la presencia de animales sin protección/fauna nociva (18%), donde el Programa de Enfermería y la Facultad de Ciencias Agropecuarias deben intervenir con el fin de disminuir y prevenir el aumento de esta situación.

En la subcategoría de ambiente psicoafectivo, el estudio reporta en general familias clasificadas en bajo riesgo, sin embargo es importante vigilar el 15,7% de familias que presentan algún riesgo psicoafectivo, pues éste es un factor que condiciona de manera especial el desarrollo académico y profesional de los estudiantes. Este resultado se da especialmente por la dificultad en el manejo de escolares/adolescentes (19%) y la falta de recreación en la familia (18%). Aspectos donde Bienestar Universitario puede intervenir, ya que la mayoría de estudiantes que ingresan se encuentra en una etapa de la adolescencia.

La subcategoría estilos de vida de la familia, muestra que el 17% de las familias presentan riesgo, lo que se constituye en un reto para la Facultad, ya que deben ser los estudiantes los que difundan en sus familias los estilos de vida, aprendidos en la academia, específicamente en el Programa de Enfermería. Este porcentaje está influenciado especialmente por la glotonería/escases de alimentos (22%), seguido por uso de SPA, privación afectiva/roles sustitutos y vagancia/sobrecarga de trabajo en el 12% de las familias. Otra subcategoría de intervención directa es la de prácticas de salud, donde el 17% de las familias presenta riesgo, dato que guarda relación principalmente por el uso indiscriminado de tratamiento (18%), y manejo inapropiado de la

consulta médica general y nutrición (13%), este último relacionado directamente con la glotonería/escases de alimentos mencionada anteriormente. Datos que muestran un tema en el cual el Programa de Enfermería debe enfatizar con los estudiantes.

La subcategoría servicios de salud de la familia, muestra que el 24% de las familias se encuentra entre alto (5%) y medio riesgo (19%), resultado obtenido por la ausencia de información sobre servicios de salud (24%) y la ausencia de ofertas de programas de protección y promoción de la salud, dato que es menor al encontrado por Silva (97,4%) (2), lo que sugiere mayor riesgo en las familias del Programa de Enfermería de la universidad investigada, a pesar de que estas tienen mayor acceso a los servicios de salud que las familias de los estudiantes de la Universidad Nacional.

Correlación de subcategorías

La Tabla 2, muestra alta correlación entre las subcategorías estilo de vida y ambiente psicoafectivo (0,49), ambiente socioeconómico y morbilidad de la familia (0,45), prácticas de salud y morbilidad de la familia (0,43), estilo de vida y ambiente físico de la vivienda y el vecindario (0,42), prácticas de salud y estilo de vida (0,41). De esta manera, se concluye que la salud de las familias se encuentra relacionada con todo su entorno y con las acciones y determinaciones que la familia en su conjunto adquiere, ya sea por educación, oportunidad o facilidad. Lo que indica que en estas familias, los factores también se mezclan y se potencializan con todo el entorno. Se observa que el estilo de vida, el ambiente psicoafectivo, el ambiente socioeconómico y la morbilidad de la familia, son las categorías que mayor correlación presentan en estas familias.

Tabla 2. Correlaciones por subcategoría, en familias de estudiantes de Enfermería, 2009.

Subcategoría	Grupos de edad/Salud individual	Composición familiar	Morbilidad de la familia	Mortalidad de la familia	Ambiente socioeconómico	Ambiente físico de vivienda y vecindario	Ambiente psicoafectivo	Estilo de vida de la familia	Prácticas de la salud	Servicios de salud de la familia
Grupos de edad/Salud individual	1	0,31	0,36	0,09	0,15	0,27	0,36	0,35	0,26	0,28
Composición familiar		1	0,34	0,23	0,15	0,06	0,32	0,12	0,19	0,18
Morbilidad de la familia			1	0,18	0,45	0,29	0,38	0,37	0,43	0,38
Mortalidad de la familia				1	0,14	-0,04	0,01	0,04	0,20	0,09
Ambiente socioeconómico					1	0,19	0,20	0,30	0,38	0,38
Ambiente físico de vivienda y vecindario						1	0,10	0,42	0,31	0,09
Ambiente psicoafectivo							1	0,49	0,18	0,37
Estilo de vida de la familia								1	0,41	0,20
Prácticas de la salud									1	0,23
Servicios de salud de la familia										1

DISCUSIÓN

La búsqueda investigativa, muestra que en Colombia sólo se encuentra un estudio de riesgo referente a familias con estudiantes universitarios, el cual fue realizado en Bogotá en la Universidad Nacional por Silva, en el año 2003, en el cual se observa un panorama similar al encontrado en las familias de estudiantes universitarios del Programa de Enfermería de una universidad pública; especialmente en lo relacionado con la composición, tipo familiar, ciclo familiar, afiliación al sistema de seguridad social en salud, instituciones de apoyo, e inclusive enfermedades prevalentes en las familias; factores que indican que las políticas públicas familiares que se generen, pueden ser viables y útiles a nivel nacional.

De esta manera, ambos grupos poblacionales muestran que en general, pertenecen en su mayoría

al bajo riesgo, lo que indica la importancia y protección que tiene la educación frente al riesgo de las familias.

Así mismo, este tipo de estudios indican de manera especial lo importante que es favorecer la educación en las familias colombianas.

CONCLUSIONES

La aplicación del instrumento RFT 7-70 permitió caracterizar 95 familias con estudiantes universitarios del Programa de Enfermería, encontrándose predominio del riesgo bajo (78%). Estas familias presentan altas correlaciones entre estilo de vida y ambiente psicoafectivo (0,49), ambiente socioeconómico y morbilidad de la familia (0,45), prácticas de salud y morbilidad de la familia (0,43), estilo de vida y ambiente físico

de la vivienda y el vecindario (0,42), prácticas de salud y estilo de vida (0,41). Lo que permite observar que unos factores afectan en mayor proporción que otros, donde la relación de la situación de estas familias con su entorno y con su situación de vida es aprendida y adoptada.

De los 427 miembros de los grupos familiares, el 28% son adultos entre 31 y 49 años; existe predominio de mujeres (63%), predominan las familias de tipología familiar nuclear (51%),

seguida de la extensa modificada (18%); y el ciclo vital familiar predominante es el de familias con adolescentes (46%). Estas familias en su mayoría se perciben como sanas (64%), aunque prevalecen patologías crónicas como: la hipertensión arterial (53%), el cáncer (40%) y la diabetes (39%). Se encontró predominio de la población económicamente activa (73%) y que el 72% de las familias está afiliada al régimen contributivo, lo que constituye un factor protector para las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaya P. Referentes Teórico-Conceptuales y análisis de la información. Riesgo Familiar Total y del instrumento de Salud Familiar General ISF-25. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2000. 4:8.
2. Silva C. Caracterización de la familia de los estudiantes universitarios de primer semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, primer periodo académico 2003 [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional; 2005
3. Arraigada I. Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. Revista de la CEPAL 2002;77:143.
4. Echeverry L. La Familia en Colombia, transformaciones y prospectivas. Cuaderno del CES. Bogotá: Universidad Nacional; 2004.
5. Consejería Presidencial para la Política Social. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. Reflexiones para la intervención en la problemática familiar. Bogotá; 1995. p. 24.
6. Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y salud. Bogotá [En línea] 2005 [citado el 20 de junio de 2009]. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_III.pdf
7. Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y salud. Bogotá [En línea] 2005 [citado el 20 de marzo de 2009]. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_III.pdf
8. DANE. Encuesta de hogares transversal para áreas metropolitanas. Bogotá [En línea] 2005 [citado el 20 de junio de 2009]. Disponible en: www.dane.gov.co
9. Castaño G. El joven y la familia en situación de crisis –un contexto para pensar la intervención en trabajo social–. Revista Eleuthera [En línea] 2009 [citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en: http://200.21.104.25/eleuthera/downloads/Elleuthera2_6.pdf
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. [En Línea] 2009 [citado el 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://190.25.231.242/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CG2005BASICO&MAIN=WebServerMain.inl>
11. OPS, OMS. 132° Sesión del Comité Ejecutivo: La familia y la salud. [En Línea] 2003 [citado 2009 Ago 31] Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-14-s.pdf
12. Klinsber B. La situación social de América Latina y su impacto sobre la familia y la educación. Educación hoy. El maestro y la formación de la nueva cultura; 2001
13. Universidad de Caldas. Página principal [En Línea] 2009 [citado el 9 de junio de 2009]. Disponible en: www.ucaldas.edu.co/Bienestar/extensión_cultural
14. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993, 23 de Diciembre. Artículo 160. [En Línea] 1993 [citado el 9 de octubre de 2009]. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248
15. Amaya P. La investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p. 433.
16. Enríquez C. Estudio comparativo del riesgo familiar total y grado de salud familiar entre familias con niños escolares de alto rendimiento académico y familias con niños escolares de bajo rendimiento académico del centro educativo distrital Jackeline, localidad octava, Bogotá [tesis maestría]. Bogotá: Universidad Nacional; 2007.
17. Friedemann M. The Framework of systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. Thousand oask; 1995. p. 18. Citado por Silva C. [tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.

18. Davies B citado por Amaya. En: Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual, Aspectos teóricos y psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Universidad Nacional; 2004.
19. Amaya P. Riesgo familiar total 7-70, ISF: GEN-25. Referentes teóricos-conceptuales y análisis de medición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Infraestructura Colombiana de Datos. [En Línea] 2009 [citado el 10 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://190.25.231.246:080/Dane/tree.jsf>
21. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos; 2008.

MORTALIDAD PERINATAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA A UNA EPS DE PASTO. DEPARTAMENTO DE NARIÑO. 2007.

*Adriana Isabel Delgado Bravo**
*Janeth Verónica López Maya***
*Fanny Carmenza Meneses Paredes****

Recibido en septiembre 14 de 2009, aceptado en febrero 12 de 2010

Resumen

Objetivo: identificar los factores que se relacionan con mortalidad perinatal de la población afiliada a una EPS del departamento de Nariño durante 2007. **Materiales y Métodos:** la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo-evaluativo, dado que los datos corresponden a la revisión documental realizada a las historias clínicas de las gestantes con eventos de mortalidad en el año 2007. Se tomó el 100% de los casos de mortalidad perinatal, lo cual representó el total de la población. Se estudiaron las variables socio-demográficas; se realizó análisis de casos (manejo de protocolo de atención, diligenciamiento de ficha de notificación, cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención). Se estudiaron 34 eventos, de los cuales 61,8% murieron en el ante-parto, 20,6% en el intra-parto y 17,6% en la pre-alta. Se diseñó una ficha de verificación, se aplicó a los eventos, los datos se consolidaron en el sistema estadístico de información EPIINFO versión 2000, y se realizó el cruce de variables existentes. Una vez identificados los hallazgos en cuanto a las causas de riesgo, se aplicó el χ^2 y determinando el valor de P, se levantó la línea de base con el fin de priorizar planes o proyectos enfocados a la reducción del indicador de mortalidad perinatal para la EPS. **Resultados:** de la población total las madres con edades comprendidas entre 23 y 26 años de edad, registran el mayor número de casos, procedentes el 56% de cabecera municipal quienes tenían un grado de escolaridad de primaria completa, el 23% con cónyuge, el 26% presentaban antecedentes de multiparidad; durante el embarazo asistieron a cuatro controles realizados por médico general en el primer nivel de atención, de ellas el 67% no utilizaban método de planificación familiar. Con relación a los riesgos que tenían las madres se encontraron 3 casos con hipertensión crónica; infecciones urinarias 3 casos; tabaquismo, alcoholismo y alteraciones psicológicas, así como retardo en el crecimiento intrauterino fue reportado un caso; los

* Enfermera, Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico. Universidad Mariana. Pasto, Colombia. E-mail: adelgado@umariana.edu.co, isadelgado99@gmail.com

** Enfermera. Profesional Nacional Epidemiología Promoción y Prevención EPS Salud Córdor. Pasto, Colombia. E-mail: pypnacional@saludcondor.com.co

*** Enfermera. Profesional Epidemiología Promoción y Prevención EPS Córdor Seccional Nariño - Putumayo. Pasto, Colombia. E-mail: pyp-nariño@saludcondor.com.co

cuales fueron clasificados como embarazo de alto riesgo; 6 embarazos no se clasificaron, los cuales sí tenían aspectos relevantes a tener en cuenta. El estudio demostró la omisión al momento de escribir o consignar aspectos en la historia clínica. En el proceso de parto y puerperio se identificaron las semanas de gestación entre las 28 y 40 semanas, de las cuales el 71% tuvo parto vaginal; 26,57% cesárea, de las cuales la mitad fueron atendidas por médico obstetra y el restante por médico general; el 11% no registra datos y el 5% corresponde a otros. El nivel de atención fue el nivel 1 en un 70%. Entre las causas más frecuentes de complicaciones en el momento del parto están la retención de restos placentarios, partos pretermino, sufrimiento fetal, shock hipovolémico, hemorragias de tercer trimestre. Con respecto a la notificación obligatoria de casos de mortalidad perinatal reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), en ninguno de los eventos se realizó investigación de campo; igualmente no hubo comités de análisis de las muertes perinatales. La ficha perinatal se lleva en un 100%, pero al hacer el análisis de la confrontación de los datos con la historia clínica no concuerdan, posiblemente debido a que lo diligencian diferentes profesionales de la salud.

Palabras clave

Mortalidad perinatal, calidad, control prenatal.

PERINATAL MORTALITY OF A POPULATION OF HEALTH CARE AFFILIATES IN THE CITY OF PASTO, DEPARTMENT OF NARIÑO, 2007.

Abstract

Introduction: the presence of perinatal mortality events requires actions of health institutions, which must implement strategies, in order to improve conditions and health status taking into account the causes of events. **Objective:** identify factors associated with perinatal mortality of the population of health care affiliates of the department of Nariño in 2007. **Materials and Methods:** this is a quantitative, descriptive, retrospective-evaluative research, since the data correspond to the documentary revision of the medical records of pregnant women with mortality events in 2007. 100% of cases of perinatal mortality were taken, representing the total population. Socio-demographic variables, case studies (protocol handling care, completion of the notification sheet, compliance with technical norms and practice guides) were considered. 34 events were studied, of which 61.8% died in the antepartum, 20.6% in the intrapartum and 17.6% at pre-discharge. A verification guide was applied to each event, while the data was consolidated in the statistical information system EPIINFO version 2000, and the crossing of existing variables was carried out. Once the findings were identified regarding the causes of risk, the chi2 was applied in order to determine the value of P, raising the base line in order to prioritize plans and projects aimed at reducing perinatal mortality rate for the health care provider. **Results:** of the total population of mothers between the ages of 23 and 26, present the highest number of cases, 56% came from towns and had complete primary schooling, 23% have a spouse, 26% have a history of multiparity. During their pregnancy, these women attended four general medical checks-ups carried out by the primary care level, of which 67% did not use birth control. Regarding the risks the mothers have, there were three cases with chronic hypertension, 3 cases of urinary tract infections, tobacco and alcohol usage, psychological disorders; intrauterine growth retardation was reported in 1 case, which were classified as high-risk pregnancy; 6 pregnancies were not classified, which had relevant aspects to consider. The study demonstrated the failure to record aspects on the medical history. In the childbirth

and puerperium process, the gestation period ranged from 28 to 40 weeks, of which 71% had a vaginal delivery, 26.57% C-section, half of which were attended by obstetricians and the remainder by a general physician; 11% did not register any data and 5% corresponds to other patients. The first attention level was used in 70% of the cases. The most frequent causes of complications during childbirth include the retention of placental remains, preterm delivery, fetal distress, hypovolemic shock, third trimester hemorrhage. As far as the mandatory notifications of perinatal mortality cases, these were reported to Epidemiological Surveillance System (Sivigila), in none of the events was field research conducted, no analysis committees were carried out to examine perinatal deaths. The perinatal form was carried out in 100% of the cases, but in the analysis of the data confrontation with the medical records, these two do not agree, possibly due to the fact that they were filled-out by different health care professionals.

Key words

Perinatal mortality, quality, prenatal control

MORTALIDADE PERINATAL DA POVOAÇÃO AFILIADA A UMA EPS DE PASTO. ESTADO DE NARINHO. 2007.

Resumo

Objetivo: identificar os fatores que se relacionam com mortalidade perinatal de a povoação afiliada a uma EPS do Estado de Narinho durante 2007. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi de tipo quantitativo, descritivo, retrospectivo- avaliativo, os dados que correspondem à revisão documental realizada às historias clinicas das gestantes com eventos de mortalidade no ano 2007. Tomou-se o 100% dos casos de mortalidade perinatal, o qual representou o total da povoação. Estudaram se a variável sócio-demográficas; se realizou analise de casos (manejo de protocolo de atenção diligencia mento de fichas de notificação, comprimento das normas técnicas e guias de atenção). Estudaram se 34 eventos, dos quais 61,8% morreram no ante- parto, 20,6% no intra-parto e 17,6% na pré- alta. Desenhou-se uma ficha de verificação, se aplicaram aos eventos, os dados se consolidaram no sistema estadístico de informação EPIINFO versão 2000, e realizou se o Cruzamento de variáveis existentes. Uma vez identificados os descobrimentos em quanto ás causas de risco, aplicou se o chi2 e determinando o valor de P, se levantou a línea de base com o fim de priorizar planos ou projetos enfocados à redução do indicador de mortalidade perinatal para a EPS. **Resultados:** da povoação total as mães com idades compreendidas entre 23 e 26 anos de idade, registram o maior números de casos, procedentes o 56% de cabeceira municipal quens tinham um grau de escolaridade de primaria completa, o 23% com conjugue, o 26% apresentavam antecedentes de multi- paridade; durante o embaraço assistiram a quatro controles realizados por médico general no primeiro nível de atenção, delas o 67% não utilizavam método de planificação familiar. Com relação aos riscos que tinham as mães encontraram se 3 casos com hipertensão crônica; infecções urinarias 3 casos; tabaquismo, alcoolismo e alterações psicológicas, assim como retardo no crescimento intra-uterino foi reportado um caso; os quais foram classificados como embaraço de alto risco; 6 embaraços não se classificaram, os quais se tinham aspectos relevantes a ter em conta.

A pesquisa demonstrou a omissão ao momento de escrever ou consignar aspectos na historia clinica. Em o proceso de parto e puerpério se identificaram as semanas de gestação entre as 28 e 40 semanas, das quais o 71% teve parto vaginal; 26,57% cesárea, das quais a metade foi atendida por medico obstetra e o restante por medico general; o 11% não registra dados e o 5% corresponde a outros. O nível de atenção

foi o nível 1 num 70%. Entre as causas mais freqüentes de complicações no momento do parto estão a retenção de restos placentários, partos predetermino, sofrimento fetal, shock hipovolêmico, hemorragias de terceiro trimestre. Com respeito à notificação obrigatória de casos de mortalidade perinatal, foram reportados ao Sistema de Vigilância Epidemiologia (Sivigila), em nenhum dos eventos se realizou pesquisa de campo; igualmente não teve comitês de análise das mortes perinatales. A ficha se leva em um 100%, mas ao fazer o análise de a confrontação dos dados com historia clinica não concordam possivelmente devido a que o diligenciam diferentes profissionais da saúde.

Palavras chave

Mortalidade perinatal, qualidade, control pré-natal.

INTRODUCCION

De acuerdo con Gómez (1), de las muertes en menores de cinco años el 40% ocurren en el primer mes de vida, 10.000 en un sólo día, de éstas tres cuartas partes ocurren en la primera semana de vida. El bajo peso al nacer es una causa indirecta de mortalidad. La reducción de las muertes neonatales debe convertirse en la principal prioridad de la salud pública en el mundo y desde luego en Colombia.

Como se plantea en un documento publicado en la revista The Lancet (2), el desafío es descomunal. Se enfatiza en que la responsabilidad es colectiva con el objeto de eliminar potenciales problemas provenientes de diferencias regionales en el registro de nacimientos y defunciones; a nivel internacional se acepta que el análisis, y no el registro y la inscripción, quede limitado a los nacimientos de fetos muertos y vivos con peso igual o mayor a 500 gramos. El riesgo de muerte fetal aumenta a medida que avanza la edad gestacional, o sea, a mayor edad gestacional más riesgo de que ocurra una muerte fetal o neonatal. Esto justifica el mayor incremento de las conductas médicas intervencionistas (inducciones y cesáreas), es una forma de decir que la teoría epidemiológica se puso al alcance de la práctica obstétrica. Se destaca que lo que se justifica son las inducciones y cesáreas médicamente indicadas.

La mortalidad perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y los 7 días completos después del nacimiento o con producto mayor de 500 gramos de peso. Se hace énfasis en la vigilancia de las muertes desde la semana de gestación 22 hasta el día 7 de nacimiento (teniendo en cuenta la edad, así: menos de 24 horas -día: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), debido a que se considera que son muertes que pueden ser prevenibles e intervenibles con el acceso oportuno y la calidad de los servicios de atención materna y perinatal. La mortalidad perinatal se define dependiendo de la edad gestacional y el peso al nacer, así:

- Mortalidad perinatal I: representa las muertes perinatales que ocurren a partir de la semana 28 de gestación o con un producto que pesa 1.000 o más gramos y hasta los primeros 7 días de nacido.
- Mortalidad perinatal II: incluye las muertes de productos de 22 o más semanas de gestación o mayores de 500 gramos de peso, hasta los 28 días de vida.
- Riesgo perinatal: posibilidad de muerte o invalidez que puede ocurrir en el desarrollo y crecimiento del feto desde la viabilidad hasta los 28 días de vida post-natal.

La tasa de mortalidad perinatal a nivel de América Latina y el Caribe (según OPS- CLAP)(3) no es muy alentador, se considera el Caribe latino la región más afectada con una tasa de 52,8% por cada 1.000 nacidos vivos, este indicador está conformado por los siguientes países: Cuba 4,8%, Haití 70,8%, Puerto Rico 3,23% y República Dominicana 21%. En Suramérica y México es de 21,4 por cada 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, Bolivia presenta la tasa más alta con 55 por 1.000 nacidos vivos y Chile la más baja con 8,8 por 1.000 nacidos vivos.

En Colombia, los departamentos que aportaron el 60% de las muertes fueron en su orden: Bogotá, Nariño, Antioquia, Cundinamarca, Santander, Boyacá, Córdoba, Huila, Valle, Cauca (4). En 2006 para Nariño la tasa de mortalidad perinatal fue de 12,7%; para 2007 según informes del Instituto Departamental de Salud de Nariño se presentaron 417 muertes perinatales; y 3 muertes perinatales en el primer trimestre de 2008.

En la EPS estudiada, la tasa de mortalidad perinatal para 2007 según fuente RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios) (5), fue de 13;9 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad perinatal está asociada a causas relacionadas con los procesos de:

- Control prenatal tales como: inicio tardío, falta de adherencia, infecciones sin tratamiento y control, falta de educación, diagnósticos tardíos.
- Atención de parto. Sufrimiento fetal agudo. Deficiente registro en la atención.
- Atención del postparto. Atención del recién nacido pretérmino.
- Y otros relacionados con los factores biológicos, sociales y de atención en salud que interactúan en las madres durante su embarazo, según datos del Instituto Nacional de Salud.

El Decreto 3039 de 2007, adopta el Plan Nacional de Salud Pública, cuyos objetivos se orientan a reducir en un 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año, Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos (Fuente: DANE 2004).

Líneas de política 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, dichas políticas permiten mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.

Línea de política 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento, implementa un sistema de vigilancia de las anomalías congénitas con énfasis en rubéola, sífilis y toxoplasmosis, y de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y muestra

La presente investigación se encuentra dentro del paradigma descriptivo de caso, de tipo retrospectivo evaluativo, dado que los datos obtenidos corresponden a la revisión documental realizada a las historias clínicas de las gestantes con eventos de mortalidad en el año 2007. Se toma el 100% de los casos de mortalidad perinatal, lo cual representa el total de la población, no se justifica la selección de la muestra puesto que al aplicar las pruebas requeridas por la estadística inferencial da como resultado un número mínimo que termina por excluir casos importantes para el estudio.

Definición de variables

En el estudio fueron consideradas las variables como: Aspectos socio- demográficos entre los cuales encontramos la procedencia, municipio,

edad, convivencia, escolaridad. Estado de salud (antecedentes maternos y ginecoobstétricos), Embarazo actual, Estado de salud (parto y puerperio), Análisis de casos (manejo de protocolo de atención, diligenciamiento de ficha de notificación, cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención).

Recolección de la información

Se diseñó una ficha de verificación de la información y se realizó revisión documental. Esta información fue recolectada por las investigadoras; a los eventos se aplicó la ficha de verificación en donde se registraron los datos de acuerdo a las variables encontradas, los cuales se consolidaron en el sistema estadístico de información EPIINFO versión 2000 para realizar el cruce de variables existentes. Una vez identificados los hallazgos en cuanto a las causas de riesgo de acuerdo a los resultados obtenidos en el sistema de información aplicando el χ^2 y determinando el valor de P, se levantó línea de base con el fin de priorizar planes o proyectos enfocados a la reducción del indicador de mortalidad perinatal para la EPS.

Análisis de resultados

En el análisis descriptivo para las variables cuantitativas se identificaron las medidas de tendencia central, como son el rango, promedio, media, mediana y proporciones.

RESULTADOS

De la población total, las madres con edades comprendidas entre 23 y 26 años registran el mayor número de casos, procedentes en un 56% de la cabecera municipal, quienes presentan un grado de escolaridad correspondiente a un 35% con primaria completa.

En relación a la convivencia, el 23% tenían conyugue. Los resultados relacionados con el estado de salud, muestran que el 26% tenían

antecedente de multiparidad, las cuales durante el desarrollo del embarazo asistieron en promedio a 4 controles iniciando en el segundo trimestre, estos controles fueron realizados por médico general en el primer nivel de atención. En cuanto a los antecedentes, el 67% de las madres no utilizaban método de planificación familiar, correspondientes a 23 usuarias.

En cuanto a los antecedentes de riesgo, los más predominantes fueron las infecciones de vías urinarias con 5 casos; tabaquismo, alcoholismo, aspectos psicológicos, candidiasis vaginal, RCIU con un caso, respectivamente, los cuales fueron clasificados como embarazo de alto riesgo. Por otra parte, se encontraron 6 casos de embarazo sin clasificar, los que sí tenían antecedentes de riesgo de importancia. En el presente estudio se evidenció la falta de registro de actividades en la historia clínica.

En los procesos de parto y puerperio, el intervalo de semanas de gestación al momento del parto fue entre 28 y 40 semanas, de los cuales el 71% tuvo parto vaginal y el 26;57% cesárea, los cuales en un 50% fueron atendidos por médico obstetra, el 32% por médico general, el 11% no presenta datos y el 5% corresponde a otros. El nivel de atención donde se atendieron, fue del 70% en nivel 1. Entre las causas más frecuentes de complicaciones en el parto, se encontraron: la retención de restos placentarios, los partos pretérmino, sufrimiento fetal, vaginosis bacteriana, infección de vías urinarias, shock hipovolémico y hemorragias del tercer trimestre.

Por último, en la atención del recién nacido el momento de la muerte fue en el anteparto con el 61,8%, siendo las patologías más frecuentes: el sufrimiento fetal con 6 casos y el síndrome de TORCH con un caso. Como el diagnóstico de causa básica está: la hipoxia fetal, insuficiencia placentaria y muerte de causa con especificada. En el presente estudio, también se identificó que el diagnóstico de causa de muerte se relaciona con

la demora, que de acuerdo con el protocolo de mortalidad materna esta demora hace referencia a la falta de decisión de la gestante para reconocer y decidir en un problema que afecta la salud al igual que el desconocimiento de sus derechos y deberes en salud. Al realizar el análisis de las causas que se asocian con los eventos de mortalidad perinatal

encontramos: una P significativa en los siguientes eventos: regulación de la fecundidad, responsable de los controles, niveles de atención, clasificación del riesgo, responsable de la clasificación del riesgo, diagnóstico complicaciones como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo identificados.

VARIABLE	CAUSA	EVENTOS QUE SE OBSERVARON	MUERTOS	VALOR P	CHI SQUARE
Regulación de la fecundidad	DIU	3	31	0,00000	46,9
	Hormonal	7	27		
	Barrera	1	33		
	No planificaba	23	11		
Responsable de controles	Médico general	25	9	0,00000	41,93
	Auxiliar de enfermería	1	33		
	Otros	7	27		
Niveles de atencion	I Nivel	28	6	0.00000	
	II Nivel	5	29		
	Ninguno	9	25		
Clasificacion del riesgo	Alto	24	10	0.0000	47.95
	Bajo	3	31		
	Sin Clasificar	1	33		
Responsable de la clasificacion del riesgo	Medico General	24	10	0.00000000	54.61
	Medico Obstetra	1	33		
	Sin Clasificar	1	33		
	Bajo	3	31		
	Sin Clasificar	1	33		
	sin diagnostico	4	30		
Diagnostico complicaciones	No complicadas	4	30	0.000000	39.76
	Complicadas	30	4		
	Médico Obstetra	17	17		
	Otro	2	32		
	Sin diagnóstico	4	30		
	Intraparto	7	27		
	Prealta	6	28		
	Demora II	3	31		
	Demora IV	2	32		

Las intervenciones de protección específica y detección temprana constituyen un proceso fundamental para organizar la prestación de estos servicios en las Entidades Promotoras de Salud, en la medida en que se aseguran la estandarización de

la aplicación de actividades, y los procedimientos e intervenciones que aseguran el riesgo de enfermar y morir en la población afiliada a la entidad en los diferentes territorios del país. Estas actividades son de obligatorio cumplimiento.

Tabla 2. Cumplimiento de las normas en la mujer embarazada.

Actividad	Frecuencia					
	si	%	no	%	sin dato	%
Utilización de hoja CLAP	25	74	3	8,8	6	18
Inscripción al programa	23	68	4	12	7	21
VDRL	22	65	5	15	7	21
Ecografía	22	65	6	18	6	18
Solicitud exámenes hemograma	21	62	6	18	7	21
Uroanálisis	21	62	6	18	7	21
Hemoclasificación	21	62	6	18	7	21
Glicemia	21	62	6	18	7	21
Micronutrientes	21	62	6	18	7	21
Consentimiento VIH	20	59	8	24	6	18
Educación	19	56	8	24	7	21
Citología	17	50	10	29	7	21
Prueba VIH	16	47	11	32	7	21
Remisión odontología	16	47	11	32	7	21

TOTAL DE CASOS: 34

Las anteriores actividades se cumplen de manera irregular en la atención del embarazo teniendo en cuenta que las actividades deben ser de manera periódica, esto se debería reflejar en su cumplimiento. Con el 74% la actividad cumplida es la utilización de la hoja CLAP (Historia Clínica materno perinatal) en la revisión de historias clínicas a pesar de que se utiliza dicho documento no se diligencia de manera adecuada puesto que en el 100% de las historias no se diligencia todos los datos y la letra por parte del profesional que la diligencia es no legible. En la Tabla 2 se puede observar que exámenes periódicos como VDRL, ecografía, hemograma, uroanálisis, hemoclasificación, glicemia y micronutrientes son

aproximados con el cumplimiento cuyo porcentaje está entre el 62 y 65%, teniendo en cuenta que el VDRL y la ecografía se solicitan en el primer y en el tercer trimestre de embarazo o cuando la situación lo amerite. Dichos exámenes permiten evaluar el estado de salud inicial de la gestante como también su evolución a través del tiempo. Sin embargo, a lectura y análisis sólo cumplen el 59%, es decir por debajo del cumplimiento de la toma de exámenes, que se puede relacionar con la falta de asistencia de las gestantes, la falta de toma de los mismos. El consentimiento VIH con el 59%, prueba VIH con el 47%, exámenes de vital importancia en la reducción en la transmisión VIH perinatal y citología con el 50%. La remisión

al servicio de odontología y la educación se cumplen en menor porcentaje, con sólo el 47%, actividades que complementan la atención integral de la gestante. Esta situación puede reflejar que los

profesionales de la salud no tienen un acercamiento a sus usuarias gestantes o por el contrario brindan educación pero no se registran.

Tabla 3. Guía de atención del parto y puerperio.

Actividad	Frecuencia					
	si	%	no	%	sin dato	%
Se canaliza vena	31	91	1	3	2	6
Historia de admisión completa	29	85	3	9	2	6
Hemoclasificación	25	74	6	18	3	9
Toma de VDRL	25	74	6	18	3	9
Control postparto	25	74	7	21	2	6
Educación	18	53	14	41	2	6
Aplica bivalente	12	35	20	59	2	6
Lleva partograma	5	15	26	76	3	9

Las actividades relacionadas con la atención de parto presentan cierta regularidad en el cumplimiento. En las instituciones que se atendieron, los partos se cumplen con el 85% en el diligenciamiento de la historia completa de la gestante, al igual que el de registran parto y alumbramiento, sin embargo el control de puerperio inmediato con el 82% está por debajo del cumplimiento de las actividades que se realizan casi al mismo tiempo. La toma de exámenes se cumple en igual porcentaje con el 74%, con lo que se puede concluir que los procesos de tamizaje y exámenes propios del periodo antes del parto se realizan. La aplicación de la vacuna bivalente se cumple en el 35%, aunque este cumplimiento se puede relacionar con la cobertura de este biológico a nivel nacional que es más del 95%, por lo tanto sólo se aplica bivalente a las mujeres no inmunizadas anteriormente, aunque en

las historias clínicas no se registra este antecedente vacunal. El partograma es un documento que sólo se registra en 15% de los eventos que corresponden a 5 casos; el no cumplimiento de este registro se puede relacionar en este estudio a que el 44% de los partos tuvieron una duración de 0 horas y/o en periodo expulsivo y el registro del partograma se inicia en la fase activa del trabajo de parto es decir desde 4 cm de dilatación; el partograma es un espacio donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal suministrando una información para la toma de decisiones.

Tabla 4. Guía de atención del recién nacido.

Actividad	Frecuencia					
	si	%	no	%	sin dato	%
Medidas antropométricas	30	88	2	6	2	6
Identificación del RN	24	71	7	21	3	9
Pinzamiento cordón umbilical	23	68	7	21	4	12
Valoración de Apgar	22	65	8	24	4	12
Se diligencia EEVV	18	53	15	44	1	3
Adaptación neonatal	14	41	16	47	4	12
Hemoclasificación	8	24	22	65	4	12
Toma de TSH	5	15	25	74	4	12
Aseo y vestido	5	15	25	74	4	12
Cuidado 4 horas de vida	5	15	25	74	4	12
Vigilan eliminación y deposición	5	15	25	74	4	12
Vigilan estado del muñón umbilical	5	15	25	74	4	12
Profilaxis oftálmica	4	12	26	76	4	12
Aplicación de vitamina K	4	12	26	76	4	12
Remisión necesaria	4	12	26	76	4	12
Remisión exámenes	2	6	28	82	4	12
Alojamiento conjunto	0	0	29	85	4	12
Se vacuna y se registra	0	0	30	88	4	12
Recién nacido en crecimiento y desarrollo	0	0	30	88	4	12
No aplica	0	0	0	0	0	0

TOTAL DE CASOS: 34

En la guía para el recién nacido no se puede hablar de incumplimiento puesto que 20 de los 34 eventos de mortalidad perinatal ocurrieron en el anteparto, por lo tanto las actividades realizadas se reducen como se observa en la Tabla 4 en su mayor cumplimiento a la toma de medidas antropométricas con un 88%, pinzamiento del cordón umbilical en el 71%, valoración del Apgar para constatar la vitalidad del recién nacido con el

65%. El resto de actividades se relaciona con los recién nacidos que fallecieron en la pre-alta puesto que son actividades a realizar en nacidos vivos. Las actividades con 0% de cumplimiento son actividades relacionadas con la post-alta del recién nacido y su adaptación del medio donde vivirá, sin embargo según el presente estudio aunque no hubo muertes luego de la post-alta los recién nacidos no pasaron del periodo de la pre-alta.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS PERIODOS PERINATALES DE RIESGO Y VISITAS DE CAMPO REALIZADAS EN LOS EVENTOS DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA EPS ESTUDIADA

Aunque el sistema de vigilancia como está diseñado actualmente no contempla ni la obligatoriedad de notificación hacia las Entidades Promotoras de Salud ni tampoco el protocolo de Mortalidad Perinatal, sí compromete a adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública que aseguren el riesgo en salud, de la importancia de conocer las notificaciones de todos los eventos que comprometan la salud de los analizados.

En el presente trabajo se aplica el Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal (6), en el cual se desarrollaron los siguientes ítems:

INDICADORES

Porcentaje Unidad Generadora de Datos (UPGD) que notifican oportunamente

Teniendo en cuenta que las unidades notificadoras de datos reportan directamente los entes de control departamental, para el presente trabajo tomaremos como

UPGD las instituciones que reportaron los eventos de mortalidad perinatal.

$$\text{Indicador: } \frac{\text{No. de UPGA que notifica semanalmente}}{\text{No. de UPGA caracterizadas que deben notificar}} \times 100$$

$$\text{Indicador: } \frac{13 \text{ unidades que notificaron semanalmente}}{13 \text{ unidades que deben notificar}} = 1 \times 100\%$$

$$\text{Indicador } 1 \times 100$$

$$\text{Indicador} = 100\%$$

Con este indicador que cumple el 100%, podemos afirmar que todos los eventos de mortalidad perinatal fueron reportados efectivamente al Sivigila, cumpliéndose el flujo de información, este aspecto además brinda la seguridad de poder tener la información del total de eventos que ocurrieron.

Porcentaje de muertes perinatales con investigación de campo realizada

Para el análisis de este indicador tomamos todos los eventos de mortalidad perinatal.

$$\text{Indicador: } \frac{\text{No. de muertes perinatales con informe de investigación de campo x municipio en un tiempo determinado}}{\text{No. muertes perinatales a analizar individualmente de acuerdo al \% establecido para cada municipio}} \times 100$$

$$\text{Indicador: } \frac{0 \text{ muertes con informe de inv. de campo en la EPS} \times 100}{34 \text{ muertes perinatales a analizar en la EPS}}$$

$$\text{Indicador: } = 0 \times 100$$

$$\text{Indicador: } = 0\%$$

En ninguno de los eventos de mortalidad perinatal se realizó investigación de campo.

Porcentaje de comité de análisis de muertes perinatales

$$\text{Indicador: } \frac{\text{No. muertes perinatales llevadas a comité de análisis en el periodo epidemiológico}}{\text{No. muertes perinatales notificadas a través de SIVIGILA Por cada unidad notificadora municipal en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$$

$$\text{Indicador: } \frac{0 \text{ muertes llevadas a comité de análisis en el periodo} \times 100}{34 \text{ muertes notificadas al Sivigila en el periodo}}$$

$$\text{Indicador: } = 0 \times 100$$

$$\text{Indicador: } = 0\%$$

El porcentaje de este indicador es 0%, indicando que no se cumplió con la realización de comités de análisis de muertes perinatales; cabe anotar que estos comités se realizan por lineamientos del sistema de vigilancia en salud pública a nivel municipal con la participación de la EPS, sin embargo en la EPS del estudio, no se llevaron a

cabo. Los comités deben realizarse puesto que permiten monitorear la gestión de vigilancia en salud pública que conlleva al análisis del comportamiento de los eventos, siendo su fin primordial la implementación de acciones de prevención y control para asegurar el riesgo.

Porcentaje de planes de mejoramiento evaluados

$$\text{Indicador: } \frac{\text{No. de planes de mejoramiento evaluados x cada unidad notificadora municipal en un periodo de tiempo determinado}}{\text{No. de planes de mejoramiento formulados por la unidad notificadora municipal del mismo periodo de tiempo}} \times 100$$

$$\text{Indicador: } \frac{0 \text{ planes de mejoramiento evaluados periodo} \times 100}{0 \text{ planes de mejoramiento formulados por la UPGD en el periodo de tiempo}} = 0 \times 100\%$$

$$\text{Indicador: } = 0 \times 100$$

$$\text{Indicador: } = 0\%$$

Teniendo en cuenta que la EPS estudiada, no participó en el comité de análisis de los eventos de mortalidad ni tampoco los realizó, los planes de mejoramiento que se pudiesen haber realizado

por parte de las unidades notificadoras no fueron evaluados. Situación que conlleva a que la EPS no tenga información que le permita realizar una planificación conjunta con el municipio

para rediseñar los posibles modelos de atención para sus afiliados. Otro aspecto importante tiene que ver con la articulación con las instituciones prestadoras de salud para definir junto con ellas, el mejoramiento en la prestación de servicios de salud con calidad y los compromisos que se deben

adquirir de acuerdo a los resultados del comité de análisis.

Correlación entre estadísticas vitales y la notificación obligatoria semanal

$$\text{Indicador: } \frac{\text{No. de muertes perinatales certificadas oficialmente por el DANE en un municipio en un periodo de tiempo determinado}}{\text{No. de muertes perinatales notificadas al Sivigila en el mismo municipio y periodo de tiempo}} \times 100\%$$

$$\text{Indicador: } \frac{15 \text{ muertes certificadas por el DANE en periodo de tiempo} \times 100}{34 \text{ muertes certificadas por estadísticas vitales en el periodo}}$$

$$\text{Indicador: } = 0,44 \times 100$$

$$\text{Indicador: } = 44\%$$

La correlación entre estadísticas vitales y la notificación obligatoria semanal permite confirmar que efectivamente en todos los eventos de mortalidad perinatal se diligenciaron los certificados de Defunción, documentos que junto con el certificado de nacido vivo forman parte del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, sistema de responsabilidad conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– (8). Para el presente trabajo sólo el 44% tienen correlación entre estadísticas vitales y la notificación obligatoria semanal, es decir, solo el 44% que equivalen a 15 eventos de mortalidad perinatal que tienen certificado de Defunción.

De acuerdo a la circular conjunta 081 del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– (9), los certificados de Defunción se deben diligenciar a todos los fallecidos, así la muerte ocurra muy cercana al nacimiento y para los nacidos muertos (Defunción Fetal), en éste las 22 semanas de gestación es el límite de edad para el evento, por lo cual en este estudio no hay criterio de

exclusión para el diligenciamiento del documento en mención.

Diligenciamiento de la ficha perinatal

En cuanto al subsistema de información para el sistema de vigilancia en salud pública, la ficha perinatal es el registro que permite recopilar datos pertenecientes a los eventos de mortalidad. Esta ficha es fundamental para la recolección de datos básicos del evento y por ende un panorama de posibles factores de riesgo a intervenir.

Para el presente trabajo los datos se diligencian adecuadamente en un 100%, sin embargo al buscar las coincidencias entre la causa básica de muerte que se registra en el certificado de Defunción y la ficha no coinciden, es decir a pesar de que los diagnósticos se correlacionan no son iguales, aspectos que pueden llevar a concluir que al momento de registrarse un evento estos dos registros se diligencian por diferentes profesionales. Sin embargo, la responsabilidad de estos dos documentos es responsabilidad de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD).

Aplicación del análisis cualitativo de los periodos perinatales de riesgo

De acuerdo a lo planteado por el protocolo de mortalidad perinatal, esta metodología se aplica en estos eventos, que se basa en el riesgo como una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño a la salud, una enfermedad, la complicación de la misma o la muerte en un periodo de tiempo. El peso y la edad al momento de la muerte son datos vitales para hacer correlación con factores determinantes relacionados con la salud de la materna o con los cuidados de la materna y el recién nacido.

El Centro para el Control y Prevención de enfermedades CDC (CDC U.S.A) ha elaborado una matriz para este análisis: una tabla de 16 celdas, cada una de las cuales representa dos aspectos de la salud perinatal:

1. **Resultados perinatales** (mortalidad específica según edad al morir dentro o fuera del útero y según peso al nacer).
2. **Determinantes de estos resultados:** salud materna, atención materna - neonatal - infantil.

La matriz de 16 celdas permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto), y muertos después del nacimiento (pre-alta o post-alta) en la institución donde permaneció el neonato o en su domicilio.

Para definir la edad al morir se reconocen 4 periodos:

1. **Durante el embarazo** (22 semanas de gestación o >500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto).
2. **Durante el trabajo de parto** (desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento).

3. **Pre-alta** (en la institución de salud antes de que el recién nacido abandone el servicio o en la casa antes de que el médico termine el manejo domiciliario).
4. **Post-alta** (cuando el recién nacido se da de alta hasta los 7 días de edad).

Para los grupos de peso se escogen tres categorías:

1. Muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos).
2. Peso al nacer bajo intermedio (1.500 a 2.499 gramos).
3. Peso normal (igual o mayor de 2.500 gramos).

El cruce de las dos variables (peso al nacer HORIZONTAL y edad al morir VERTICAL) forman la matriz.

Para utilizar al máximo la matriz y hacer comparaciones para la evaluación, es importante conocer cada embarazo y su resultado final en el total de nacimientos. Esto permite calcular tasas, razones y proporciones. En la tabla 5, las casillas 17, 19 y 21 contienen el número total de nacidos vivos (sobrevivientes) y permiten sumar las filas y obtener el total de nacidos vivos y muertos en cada grupo de peso.

Tabla 5. Matriz peso al nacer edad al morir

	Ante parto	Intra parto	Pre alta	Post alta	vivos	Total
500-1499 g	1	2	3	4	17	18
1500-2499 g	5	6	7	8	19	20
2500+ g	9	10	11	12	21	22
Total	13	14	15	16	23	24

Interpretación de los resultados obtenidos de la utilización de la matriz

Celdas azules 1 a la 4: problemas derivados de la salud materna.

Celdas rojas 5 y 9: problemas derivados de los cuidados durante el embarazo.

Celdas moradas 6 y 10: problemas derivados de los cuidados durante el parto.

Celdas verdes 7 y 11: problemas derivados de los cuidados de la prealta del recién nacido.

Celdas violeta 8 y 12: problemas derivados de los cuidados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el análisis de periodos perinatales de riesgo para los eventos presentados, se analizaron sin el dato de nacidos vivos por cada grupo de edad, porque en la EPS no se hace seguimiento a la ocurrencia de partos. Con estos datos específicos se vigila el cumplimiento de actividades de promoción y prevención según la programación para cada prestador de salud.

Tabla 6. Matriz de los eventos dados.

	Ante parto	Intra parto	Pre alta	Post alta	Vivos	Total
500 y 1499	7	3	3	0	s/d	13
1500 y 2499	6	1	2	0	s/d	9
2500 más	7	2	2	0	s/d	11
Sin dato peso		1			s/d	1
Total	20	7	7	0		34

Como se puede observar, la mayoría de muertes ocurrió en el periodo del anteparto, según la clasificación de análisis de la matriz este número se ubica en las celdas de color azul, estas celdas se relacionan con los problemas derivados de la salud materna, las condiciones nutricionales de la madre,

multiparidad. Por otra parte, los recién nacidos que se ubican en esta casilla pesan menos de 1.500 g que puede estar relacionado según la literatura del protocolo de mortalidad perinatal a infecciones (malaria, vaginosis –vaginitis– bacteriana) o emergencias obstétricas, tales como hemorragia antes del parto o incompetencia cervical.

Las casillas de color rojo se relacionan con la salud de la madre durante el embarazo (no incluye abortos previos). Igualmente, según la literatura del protocolo de mortalidad perinatal, las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan un pobre cuidado durante el embarazo de enfermedades como la sífilis gestacional o la diabetes. La diferencia entre los recién nacidos muertos que están en estado de maceración y los que han muerto recientemente, indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados (los que mueren recientemente). Para este trabajo no se relacionan gestantes con sífilis gestacional ni congénita.

En menor cantidad están los recién nacidos que murieron en la etapa de intraparto, pre-alta y post-alta.

Las muertes intraparto se relacionan con los cuidados durante la atención de parto que reflejan los cuidados y asistencia médica por parte del prestador de salud; las muertes durante la pre-alta sugieren capacidad de los prestadores para los cuidados al recién nacido durante las primeras horas de vida y asistencia en complicaciones. En el presente trabajo no ocurrieron muertes en la pre-alta. El análisis de las posibles causas se basa en la literatura del protocolo de mortalidad perinatal, teniendo en cuenta que el presente trabajo es descriptivo y no comprueba hipótesis aunque sienta líneas de base para estudios posteriores.

Visitas de campo realizadas en los eventos de mortalidad perinatal

Para los eventos de mortalidad perinatal no se cumplió el protocolo en aspectos como la realización de comités de análisis, visitas de campo y levantamiento de planes de mejoramiento, por lo cual este ítem dentro de este capítulo no fue evaluable por no contar con la información resultante de esos procesos.

DISCUSIÓN

La incidencia de eventos de mortalidad perinatal obliga a buscar estrategias que mejoren las condiciones de salud. Una de las causas que intervienen de manera importante en la mortalidad perinatal, es la procedencia con predominio de los eventos en mujeres procedentes de la cabecera municipal, aspecto que beneficia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, sin embargo en un estudio realizado en Nicaragua en el año 2003 (10), se encontró que la mayoría de eventos ocurre en gestantes procedentes del área rural. Igualmente se identificó que además de la procedencia existen demoras en la toma de decisión para acceder al control prenatal, parto y puerperio. Estas demoras se pueden relacionar con la falta de registro sobre educación en la historia clínica durante la atención en salud, que no permite establecer la prestación integral del servicio; por otra parte, el nivel de escolaridad y ausencia de analfabetismo en las gestantes investigadas aumenta las posibilidades de lograr mayor comprensión de la información. Sin embargo, en las referencias bibliográficas consultadas la mayoría de gestantes con eventos de mortalidad perinatal tienen escolaridad por debajo de sexto o menor grado de primaria. En lo referente al estado de salud de las mujeres gestantes se encuentra falta de adhesión a los programas de planificación familiar, constituyendo una causa asociada a la multiparidad e incremento de embarazos no planeados, situación que junto

a otros factores pueden dar como resultado embarazos de alto riesgo, hallazgo que se puede evidenciar en Cuba en 2002 (11), durante el desarrollo del estudio sobre el comportamiento de la mortalidad perinatal; en donde la edad materna, gestacional y sus complicaciones son capaces por sí solos e interrelacionados de incrementar el riesgo de mortalidad perinatal.

En cuanto a la oportunidad de inicio en la atención prenatal, ésta se debe iniciar tan pronto como se confirme el diagnóstico de embarazo, sin embargo en el presente estudio el inicio y el número de controles prenatales no son adecuados, y no constituyen una causa de mortalidad perinatal. Por otra parte se identificó que existe relación entre el profesional responsable, el nivel de atención y la calidad en la prestación del servicio, manifestándose en la falta de cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención; este aspecto sobre calidad de atención se revalida con el estudio realizado en Ipiales en 1994 (12), respecto a la caracterización de la mortalidad perinatal con relación a la atención prenatal, del parto y neonato precoz, donde se concluye que las actividades de promoción en salud, protección específica, se prestaron en forma incompleta, fraccionada e inoportuna siendo algunas significantes con el producto del nacimiento y causa de muerte neonatal precoz, también concluye que las actividades en segundo nivel no son óptimas.

Por otra parte, en cuanto a la salud del recién nacido, se determina como primera causa de complicación el sufrimiento fetal agudo secundario a hipoxia uterina y anoxia; causas relacionadas con la falta de decisión de la gestante para acudir a los servicios de salud; aspectos que son coincidentes con los resultados del estudio realizado en Bucaramanga en 2004-2005 (13), en el que el sufrimiento fetal asociado al parto también se presenta por deficiencias en la atención, simultáneamente en el mismo estudio se identificaron fallas con un porcentaje del 68,4% en el control prenatal.

De igual manera, las muertes perinatales ocurren en el anteparto como consecuencia de fallas que sobrevinieron durante la prestación de servicios de primer nivel, incluyendo déficit en la atención de los programas de promoción y prevención, datos que se relacionan con otros estudios realizados en el Hospital San Vicente de Paúl en donde el 63,6% fueron muertes fetales tardías.

CONCLUSIONES

Es preocupante la falta de análisis epidemiológicos a nivel de la EPS estudiada perteneciente a la seccional Nariño, que permita el cumplimiento de los protocolos, no sólo de mortalidad perinatal, sino de todos los eventos a vigilar, esto con el fin de recolectar información que permita medir el riesgo de salud de los afiliados.

La mayoría de muertes perinatales ocurrió en el periodo del anteparto, lo que muestra que no se

está realizando de manera adecuada el seguimiento integral a la salud de las gestantes para evitar complicaciones que tienen que ver con el adecuado crecimiento del feto y el bienestar de la madre.

Falta legibilidad en los registros como la hoja CLAP, y la no implementación de registros como el partograma para la fase activa del parto, dificulta a la institución prestadora de salud la toma de decisiones de manera rápida y efectiva.

Las normas técnicas en conclusión se cumplen en la mayoría de los casos, sin embargo se encuentran aún dificultades con las usuarias inasistentes a los programas y la población flotante.

Aspectos éticos: esta investigación fue considerada como de riesgo mínimo según Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. No se registraron datos de identificación con el fin de guardar la confidencialidad de la información recolectada y el anonimato de los sujetos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Día Mundial de la Salud [sede Web]. Organización Mundial de la Salud: Suiza 2005. Mensajes para el Día Mundial de la Salud 2005: Mensaje 1 [consultado 15 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2005/toolkit/messages/es/index1.html>
2. The Lancet [Consultado 3 May 2010]. Disponible en: http://www.salud.com/secciones/salud_infantil.asp?contenido=27757
3. CLAP. OPS [Consultado 3 May 2010]. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN17.pdf
4. Cuevas Ortiz L. Informe final 2006, vigilancia de mortalidad materna y perinatal Semanas 1-52, Bogotá. Instituto Nacional de Salud; 2006. p. 11-28.
5. Fuente IDSN. Oficina de Epidemiología. Datos preliminares; 2007.
6. Instituto Nacional de Salud, Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal. Subdirección de vigilancia y control. Bogotá, Colombia; primer semestre 2007.
7. Decreto No. 3039 de 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. [consultado 3 May 2010]. Disponible en: http://www.politicaspUBLICASysalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=40%3Adecreto-3039&catid=27%3Alegislacion&Itemid=41&lang=es
8. Manual de procesos y procedimientos del sistema de registro civil y estadísticas vitales y los formatos únicos para la expedición de certificados de nacido vivo y defunción. La resolución 1346 del 5 de mayo de 1997, del Ministerio de Salud.
9. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Bogotá, Colombia. Circular externa No. 000064, octubre 8 de 2008. www.minproteccionsocial.gov.co.
10. Silva Bustos, CE y cols. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en adolescentes ingresadas en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque del 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2007, Ministerio de Salud [tesis]. Facultad Ciencias de la Salud Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; marzo 2008.
11. Rodríguez Cárdenas A, Velazco Boza A, Mensah NE. Comportamiento de la mortalidad perinatal I en el hospital “América Arias” en el período de 1993 a 2002. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2004;30(3):3-4 [consultado 15 Ene 2008]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-00X2004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Motta Losada G, Villacres González LM. Caracterización de la mortalidad perinatal con relación a la atención prenatal, parto y neonato precoz, en el Hospital Regional de Ipiales-Nariño-Colombia. Julio a Diciembre de 1994 [tesis]. Facultad de Salud, Universidad del Valle; 1995.
13. Observatorio de Salud Pública de Santander [sede Web]. Bucaramanga 2004-2005 Sala de Situación: Mortalidad Materna y Perinatal en Santander [consultado 20 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/foros/Documento%20Mortalidad%20Materna%20Perinatal.pdf>

MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS (COLOMBIA), DURANTE EL QUINQUENIO 2004–2008

*Adiela Marín-Blandón**
*Carmen Dussán-Lubert***
*Julián González-López****
*María Victoria Benjumea-Rincón*****
*Isdrúval Arengas-Castilla******

Recibido en marzo 2 de 2010, aceptado en abril 26 de 2010

Resumen

Objetivo: esta investigación tuvo como propósito identificar las causas de la mortalidad materna en el departamento de Caldas (Colombia) durante el quinquenio 2004–2008 y construir indicadores de mortalidad materna para los años bajo estudio, así como la descripción del fenómeno según variables socioculturales y demográficas, de accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio y de antecedentes patológicos y obstétricos preexistentes en las madres fallecidas. **Metodología:** el tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo de la población constituida por 49 eventos de mortalidad materna ocurridos en el departamento de Caldas durante el período 2004–2008, con base en información suministrada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). Debido a la mala calidad de la información, sólo fue posible un análisis descriptivo de cada una de las variables, no pudiéndose realizar una caracterización más completa del fenómeno que revelara causas subyacentes y asociaciones entre ellas. **Resultados:** los hallazgos de este estudio demuestran la necesidad de cualificar al personal responsable de la atención de salud de las gestantes para controlar los factores de riesgo y los componentes evitables de la mortalidad materna en el departamento de Caldas. **Conclusiones:** se hace necesario fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para que permita contar con información oportuna y de buena calidad para la toma de decisiones relacionadas con la disminución y eliminación futura de la mortalidad materna evitable.

Palabras clave

Mortalidad materna, tasa de mortalidad, embarazo, parto, puerperio, accesibilidad a los servicios de salud.

* Enfermera, Economista, Magíster en Salud Pública. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública, Manizales, Colombia. E-mail: adiela.marin@ucaldas.edu.co

** Ingeniera Química, Magíster en Enseñanza de la Matemática. Universidad de Caldas, Departamento de Matemáticas, Manizales, Colombia. E-mail: depto.matematicas@ucaldas.edu.co

*** Ingeniero eléctrico, Magíster en Enseñanza de la Matemática. Universidad de Caldas, Departamento de Matemáticas, Manizales, Colombia. E-mail: jglopez@une.net.co

**** Nutricionista, Doctora en Ciencias de la Salud, Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública, Manizales, Colombia. E-mail: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

***** Fisioterapeuta, Especialista en Epidemiología. Dirección Territorial de Salud de Caldas, Manizales, Colombia, E-mail: isdruarengas@yahoo.com

MATERNAL MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF CALDAS (COLOMBIA), FROM 2004 TO 2008

Abstract

Objective: this research aimed to identify the causes of maternal mortality in the department of Caldas (Colombia) from 2004 to 2008, and to construct indicators of maternal mortality for the years contemplated; as well as a description of the phenomenon according to socio-cultural and demographic variables, accessibility, opportunity and quality of health services during pregnancy, childbirth and postpartum and the pre-existing pathological and obstetric history in the deceased mothers. **Methodology:** the study was retrospective, descriptive of the population comprised of 49 maternal mortality events occurred in the department of Caldas from 2004 to 2008, based on information provided by the Territorial Health Direction of Caldas. Due to the poor quality of the information, only a descriptive analysis of each of the variables was possible, a deeper characterization of the phenomenon to reveal underlying causes and associations between them was not possible. **Results:** the findings of this study demonstrate the need to qualify the personnel responsible of the health care of pregnant women in order to control risk factors and preventable components of maternal mortality in the department of Caldas. **Conclusions:** it is necessary to strengthen the epidemiological surveillance system that allows for timely and good quality for making decisions related to the reduction and eventual elimination of avoidable maternal mortality.

Key words

Maternal mortality, mortality rate, pregnancy, childbirth, postpartum, accessibility to health services.

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE CALDAS (COLÔMBIA), DURANTE O QUINQUÊNIO 2004–2008

Resumo

Objetivo: esta pesquisa teve como propósito identificar as causas da mortalidade materna no estado de Caldas (Colômbia) durante o quinquênio 2004-2008 e construir indicadores de mortalidade materna para os anos baixo estudo, assim como a descrição do fenômeno conforme variáveis socioculturais e demográficas, de acessibilidade, oportunidade e qualidade dos serviços de saúde durante o embarço, partos e puerpério e de antecedentes patológicos preexistentes nas mães falecidas. **Metodologia:** O tipo de estudo foi descritivo retrospectivo da povoação constituída por 49 eventos de mortalidade materno ocorridos no estado de Caldas durante o período 2004-2008, baseado em informação subministrada pela direção Territorial de Saúde de Caldas (DTSC). Devido ao mal da qualidade da informação, só foi possível um análise descritivo de cada uma das variáveis, não podendo se realizarem uma caracterização mais completa do fenômeno que revelarão causas subjacentes e associadas entre elas. **Resultados:** os descobrimentos deste estudo demonstram a necessidade de qualificar ao pessoal responsável da atenção de saúde das gestantes para controlar os fatores e os componentes evitáveis da mortalidade materna no estado de Caldas. **Conclusões:** se faz necessário fornecer o sistema de vigilância epidemiológica para que permita com informação oportuna e de boa qualidade para toma de decisões relacionadas com a diminuição e eliminação futura da mortalidade materna evitável.

Palavras chave

Mortalidade materna, taxa de mortalidade, embarço, parto, puerpério, acessibilidade aos serviços de saúde.

INTRODUCCIÓN

Uno de los indicadores más importantes para evaluar el nivel de desarrollo de un país es la tasa de mortalidad materna, puesto que lleva implícito factores que tienen que ver con el estilo de vida, la calidad de los servicios de salud ofrecidos, la oportunidad y accesibilidad a los mismos, la cualificación del recurso humano y las barreras socioculturales, entre otros. Las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en los países en desarrollo (1).

Los datos actuales indican que sólo el 53.0% de las mujeres de países en vías de desarrollo dan a luz siendo atendidas por personal calificado. La evidencia histórica y epidemiológica sugiere que la atención calificada durante el parto e inmediatamente después del mismo, puede tener un efecto significativo en la reducción de las muertes maternas (1). Los países que han dado prioridad a la ampliación de la atención calificada durante el parto, han logrado una reducción sustantiva en la mortalidad materna. Estas experiencias y los cambios políticos y normativos específicos que las han posibilitado, constituyen lecciones potencialmente valiosas sobre el rol de la atención calificada durante el parto en la reducción de las muertes maternas.

De acuerdo con las estimaciones del Departamento Nacional de Planeación de Colombia, Caldas registró tasas de mortalidad materna de 171.6 y de 125.5 por cada 100000 nacidos vivos en los períodos 1986-1990 y 1991-1995, respectivamente, y entre 1998 y 2001 de 63.3 y 120.6 por cada 100000 nacidos vivos (2). Lo anterior hace que este problema ocupe los primeros lugares en las prioridades de intervención en salud pública en Caldas entre los planes de contingencia que se elaboran con los alcaldes, para buscar control a las causas que llevan a que se presente este evento epidemiológico (3).

En el período comprendido entre 2003 y 2004 se presentaron en Caldas 27 muertes maternas certificadas por el registro de defunción e historia clínica; más de la mitad de ellas correspondió a mujeres entre 15 y 25 años y las principales causas de muerte fueron la eclampsia y la hemorragia (2, 3). Las causas que originaron dichas muertes fueron similares a las que se reportan en el resto del país (1, 4) y en el mundo (5, 6, 7).

El análisis de causalidad de las muertes estudiadas en el departamento de Caldas por la Dirección Territorial de Salud -(DTSC)-, está referido principalmente a patologías obstétricas; no obstante, se desconocen las causas que subyacen a la mortalidad materna relacionadas con factores diferentes a tales patologías, como el estado nutricional de la madre, la etnia, la accesibilidad a servicios de salud, la calidad y oportunidad del servicio, la cualificación o formación del recurso humano y las barreras socioculturales que limitan o influyen de algún modo para que la mujer lleve a un feliz término su embarazo, parto y puerperio.

Prevenir la mortalidad materna es posible aun con escasos recursos, pero requiere información correcta y de buena calidad para aportar a los programas maternos perinatales, pues si se parte de la premisa del impacto que produce en la comunidad y en la región una muerte materna, y de la respuesta que debe originar para la búsqueda exhaustiva de los factores que incidieron en dicho evento, el análisis de todas las causas subyacentes diferentes a las patologías preexistentes y obstétricas, le permitirá a los entes rectores de la salud del departamento de Caldas diseñar estrategias y definir protocolos de intervención y atención prenatal para contribuir con la disminución de este problema. Además, en la gran mayoría de los casos, las muertes maternas son evitables, tal como lo mostró un estudio realizado en Cali en 1996 donde se encontró que el 96.2% de las muertes era evitable según los criterios establecidos por el comité de mortalidad materna y que hubo un subregistro de 17.8%, especialmente en las instituciones privadas (8).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo.

Población de estudio

Aunque originalmente se reportaron 51 casos de muertes maternas en el período 2004–2008, en dos de ellos no se dispuso de información alguna, por lo que el análisis se realizó con un grupo de 49 eventos ocurridos en el Departamento de Caldas durante el período bajo estudio.

Variables

Las variables estudiadas se clasificaron en los siguientes temas: sociodemográfico, antecedentes personales y obstétricos, factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo de la gestante, calidad de la atención y controles, información sobre el parto, acerca de la defunción y peso y talla de la madre fallecida.

Recolección de la información y fuentes utilizadas

Todas las fuentes de información fueron suministradas por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), única entidad autorizada por el gobierno para manejar estos datos en el departamento. Tales fuentes fueron: Historia clínica, Certificado de defunción DANE, Ficha única de notificación de muertes maternas y perinatales Instituto Nacional de Salud (INS), Formato unificado para unidad de análisis de muerte materna DTSC, Actas del Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE, Historia clínica materno-perinatal CLAP/OPS/OMS, Bases de datos elaboradas en la DTSC y Autopsia verbal e informe de visita de campo.

A pesar de la gran cantidad de fuentes, básicamente se trabajó con la “Historia clínica” y con el “Certificado de defunción” pues éstas fueron las que presentaron la mayor concordancia entre pacientes, aunque hubo algunas historias clínicas incompletas, principalmente las de aquellas pacientes remitidas de un nivel de atención de menor complejidad a otro de mayor complejidad.

Los instrumentos “Historia clínica materno-perinatal CLAP/OPS/OMS” y “Autopsia verbal e informe de visita de campo”, no se encontraron adjuntos a la historia clínica para la mayoría de los casos estudiados, y en aquéllos en los que estaban incluidos, la información era incompleta y mal diligenciada. En el caso de la “Ficha única de notificación de muertes maternas y perinatales INS” se presentaron modificaciones al instrumento, lo que dificultó estandarizar una sola base de datos puesto que algunas variables desaparecían y fueron incluidas otras. El instrumento “Formato unificado para unidad de análisis de muerte materna DTSC”, ayudó a complementar la información de las otras fuentes.

Análisis de la información

Debido a que la base de datos entregada por la DTSC presentó variables con información incompleta y en algunos casos sin información, no fue posible llevar a cabo los análisis estadísticos inicialmente propuestos, tales como: Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples, Análisis de Componentes Principales (sólo se dispuso de una variable completa de tipo cuantitativo: la edad) y Análisis de clasificación, entre otros; e igualmente los cruces entre variables se vieron limitados, así como las pruebas de independencia asociadas, debido principalmente a lo incompleto de los registros y a la deficiencia de la información encontrada.

Por lo anterior sólo se realizó la descripción de cada una de las variables utilizando tablas, gráficas, proporciones, análisis de estimadores y la prueba

de Shapiro Wilks para determinar la normalidad de las variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Información sociodemográfica

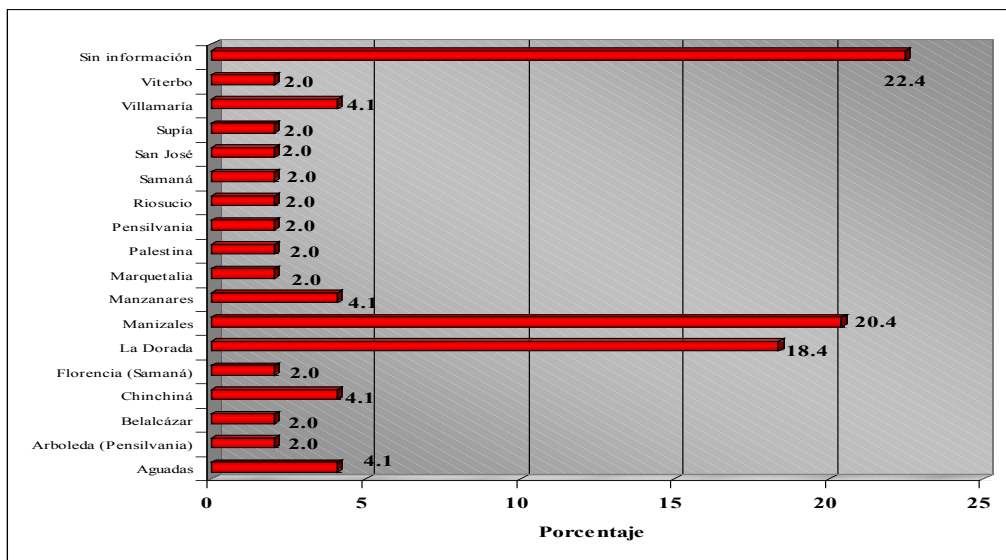
En la Figura 1 se muestra el municipio de procedencia de cada uno de los casos reportados de mortalidad materna en Caldas durante el período 2004–2008. Llamaron la atención La Dorada y Manizales con 18.4% y 20.4% respectivamente, lo que se explica por ser estos municipios de nivel de atención 2 y 3, que permiten la recepción de pacientes procedentes de otros municipios, ya sea del oriente de Caldas como en La Dorada y, para Manizales, procedentes de todo el departamento. Igualmente se destaca que de los 27 municipios del departamento de Caldas, sólo hubo casos de muerte materna procedentes de 15 de ellos.

Los municipios de Villamaría y Chinchiná (cercanos a Manizales), Manzanares, Aguadas,

Pensilvania y Samaná (distantes de la capital), presentaron porcentajes de procedencia similares (4.1%), observándose que los corregimientos de Florencia y Arboleda, fueron notificadores de procedencia de manera independiente al municipio de cabecera respectivo al que pertenecen.

Al analizar la tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos se observó para Caldas (Tabla 2) una oscilación anual de la misma, lo que sugiere que no existe continuidad en el sistema de vigilancia epidemiológica para la mortalidad materna e igualmente que las políticas emanadas del Gobierno no se aplican de manera correcta. Por municipio, las mayores tasas durante el período estudiado se presentaron en San José, Manzanares, La Dorada, Belalcázar, Aguadas, Samaná, Pensilvania, Marquetalia y Viterbo. Llamaron la atención la situación de San José que presentó una tasa sumamente alta en 2004, pero de cero en los demás años, y, el caso de La Dorada que mantuvo una tasa alta entre 2005 y 2008.

Figura 1. Distribución porcentual de la población según municipio de procedencia¹



¹ Arboleda y Florencia son corregimientos de Pensilvania y Samaná, respectivamente

A pesar de que este indicador para Manizales es relativamente bajo comparado con el del departamento y el de algunos de los municipios, éste debería ser cero puesto que es el nivel de mayor complejidad de atención que tiene el departamento, donde se dispone de los mejores recursos de infraestructura, tecnológicos, científicos y humanos, tanto para la búsqueda activa de las pacientes como para su atención.

Se destacan los municipios de Anserma, Aranzazu, Filadelfia, La Merced y Manzanares, entre otros (Tabla 1), en los cuales no se presentaron casos de mortalidad materna en el período bajo estudio, lo que revela un buen seguimiento y ejecución de las acciones de promoción en las comunidades.

Tabla 1. Tasas de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos para Caldas, según municipio de residencia de la madre y año del evento de la madre.

Lugar de residencia	2004 N = 12	2005 N = 5	2006 N = 13	2007 N = 6	2008 ² N = 13
Dept. Caldas	81.1	35.5	98.3	45.6	104.0
Manizales	38.3	0.0	86.3	65.2	22.4
Aguadas	0.0	0.0	275.5	0.0	337.8
Anserma	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Aranzazu	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Belalcázar	0.0	0.0	0.0	0.0	613.5
Chinchiná	0.0	0.0	0.0	0.0	229.1
Filadelfia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
La Dorada	0.0	199.1	136.5	143.6	140.6
La Merced	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Manzanares	0.0	0.0	694.4	0.0	0.0
Marmato	0.0	0.0	16.0	0.0	0.0
Marquetalia	0.0	0.0	9.2	0.0	473.9
Marulanda	0.0	0.0	64.5	0.0	0.0
Neira	0.0	0.0	5.1	0.0	0.0
Norcasia	0.0	0.0	13.7	0.0	0.0
Pácora	0.0	0.0	10.3	0.0	0.0
Palestina	334.4	0.0	6.9	0.0	0.0
Pensilvania	573.1	0.0	5.5	0.0	0.0
Riosucio	0.0	0.0	0.0	0.0	147.7
Risaralda	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Salamina	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Samaná	0.0	262.5	0.0	0.0	330.0
San José	1176.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Supía	0.0	0.0	0.0	0.0	271.7
Victoria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Villamaría	0.0	0.0	169.8	0.0	194.9
Viterbo	0.0	0.0	0.0	543.5	0.0

Fuente: realizado por los investigadores con información suministrada por la DTSC

²El número parcial de niños nacidos vivos para el año 2008, fue obtenido del DANE - Estadísticas vitales

Con respecto al estado civil se encontró la siguiente distribución: 29.0% de los casos de mortalidad materna correspondió a mujeres solteras, 31.0% a casadas, 38.0% en unión libre y del 2.0% restante no se tuvo información.

Preocupa el alto porcentaje (48.9%) de casos de mortalidad materna que correspondieron a mujeres con un bajo nivel de escolaridad (primaria completa o incompleta), igualmente es importante anotar que en 14.3% de los casos, la madre tenía algún tipo de estudio universitario. De lo anterior se deduce que la educación es un factor que incide de manera inversa en los niveles de mortalidad, lo que concuerda con lo reportado en diversos estudios. (10, 11, 12).

Las mujeres reportadas en unión libre provenían de un centro poblado (inspección, corregimiento o caserío), mientras que las casadas del área rural disperso; en la cabecera municipal fue más común encontrar casos de muertes maternas de mujeres solteras y en unión libre. El 35.0% de los casos de mortalidad materna correspondiente a mujeres solteras, tenía primaria incompleta, mientras que las casadas o en unión libre alcanzaron la primaria completa.

La edad de las madres fallecidas osciló entre 15 y 45 años con promedio de 30.8 años (inferior a la mediana) y un coeficiente de variación de 27.0%. Esta media puede considerarse representativa del grupo ya que el coeficiente de variación para esta variable fue bajo y la distribución de los datos normal (Pvalue = 0.47579) (13).

Se destaca que el 25.0% inferior de los casos fue de mujeres menores de 24 años y el 25.0% superior correspondió a mujeres mayores de 36 años. De acuerdo con esta distribución, se deduce que en Caldas en el periodo bajo estudio, la mayor frecuencia de muerte materna se presentó en el grupo de gestantes entre 24 y 36 años (50.0% central), lo que no significa que este grupo sea el de mayor riesgo, puesto que este rango de edades también es el de mayor frecuencia de embarazos, dado que la mayoría de las mujeres decide tener hijos en esta etapa de su vida (14).

Al analizar la tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos para el departamento de Caldas por año y grupo de edad de la madre (Tabla 2), se encontró que el grupo de mayor riesgo lo constituyó el de las mujeres de 35 años o más, lo que concuerda con lo publicado por Carrillo (10); sin embargo, llamó la atención que el grupo de edad más joven (menor de 24 años) fue el de menor riesgo.

Las tasas de mortalidad materna para el grupo de edad de mujeres adolescentes (15–19 años) de este estudio fueron de 8.7; 3.0; 0.0; 0.0; 3.1 y 3.2 para los años 2004 a 2008 respectivamente, con una tendencia a permanecer estable en los últimos 4 años. Lo anterior no concuerda completamente con lo reportado en la literatura y con lo publicado por Carrillo (10) en cuanto a que éste es uno de los grupos de edad de mayor riesgo.

Tabla 2. Tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos según grupos de edad de la madre y año de ocurrencia del evento

Grupos de edad (años)	2004 N=12	2005 N=5	2006 N=13	2007 N=6	2008 ³ N=13
15-24	51.3	27.1	28.3	28.6	29.4
25-34	76.9	60.5	173.6	21.7	115.4
35 y más	242.3	0.0	216.1	217.2	490.6

³El número parcial de niños nacidos vivos para el año 2008, fue obtenido del DANE - Estadísticas vitales (9)

Aproximadamente las dos terceras partes de las madres fallecidas eran amas de casa. De otro lado, 2.0% era indígena e igual porcentaje afrocolombiana. En ningún caso se reportó violencia contra la gestante fallecida.

En 20.4% de los casos las madres tenían deficientes condiciones socioeconómicas, cifra relativamente baja si se compara con la reportada por Karam y col. (12) en el estudio realizado en el estado de México entre 2004 y 2006 que alcanzó 75.8%; lo que se explica posiblemente porque la calidad de vida en Caldas es superior al consolidado nacional y al de otras regiones del país (9).

El 2.0% de las muertes maternas (un caso) está relacionado con mujeres que fueron sometidas a desplazamiento forzado, siendo Belalcázar el municipio receptor. Se destacó también que en aproximadamente una cuarta parte de los casos notificados no existía información sobre la misma, a pesar de ser ésta una variable de gran importancia a nivel nacional.

En cuanto al régimen de seguridad social casi 60.0% de los casos de mortalidad fue de mujeres subsidiadas, las que en su mayoría estaban aseguradas por Cafesalud, Solsalud, Caprecom, Asmetsalud o Mallamás. Esta cifra no contradice lo dicho en el análisis de la variable “Deficientes condiciones socioeconómicas”, ya que el régimen subsidiado cubre a la población sin capacidad de pago, generalmente clasificada en estratos I, II y III, y a personas de otros estratos que demuestren no tener capacidad de pago (15).

Antecedentes personales y obstétricos, factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo de la gestante

Se consideraron como antecedentes personales y obstétricos de la gestante, los siguientes: número de hijos nacidos vivos, número de hijos nacidos muertos, regulación de la fecundidad, número

de gestaciones, número de partos, número de cesáreas, número de abortos, intergenes, mola hidatiforme, hipertensión previa, cardiopatías, trastorno mental, VIH–SIDA, malaria, anemia crónica e ITS distinta a VIH.

Como factores de riesgo se consideraron: obesidad, desnutrición, violencia contra la gestante, tabaquismo, alcoholismo y uso de sustancias psicoactivas.

Entre las complicaciones durante el embarazo, se consideraron: hemorragia durante el primer trimestre, hemorragia durante el segundo trimestre, hemorragia durante el tercer trimestre, hemorragia puerperal, infección urinaria, infección puerperal, sepsis, otras infecciones, ruptura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza parto prematuro, síndrome de Hellp, enfermedad autoinmune e isoinmunización.

Se aclara que algunas de las variables enunciadas anteriormente pueden ser consideradas simultáneamente como antecedentes, factores de riesgo y complicaciones del embarazo.

Como lo reportó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 (14) a nivel nacional el promedio de hijos nacidos vivos fue de 1.8, mientras que para la población objeto del estudio fue de 1.6; adicionalmente se encontró que la tercera parte de los casos no tenía hijos y 10.2% tuvo cinco o más hijos nacidos vivos. Así mismo el 83.0% de las maternas no tuvo hijos nacidos muertos.

A nivel nacional la prevalencia de uso de anticonceptivos para 2005 fue de aproximadamente 79.0% (14), mientras que en esta investigación tal valor fue de 52.3% (tomando como base los casos donde hubo información al respecto), cifra muy baja si se considera la meta para Caldas 2006 de los Objetivos del Milenio, la cual fue de 63.2% (16).

Los métodos naturales y hormonales fueron los más utilizados para regular la fecundidad y aproximadamente 35.0% de las mujeres no utilizaba ninguno, lo que concuerda con 32.7% de las mujeres que deseaba quedar en embarazo.

En cuanto al número de gestaciones, el valor más común fue de dos, al igual que el número de partos, mientras que la mayoría de las señoras no presentó abortos y un 40.0% no requirió cesárea.

Para este estudio se encontró que en el 27.0% de los casos, la intergenesia fue inferior a dos años, cifra superior a 17.1% reportada por la ENDS 2005 para el Eje Cafetero. Si se tiene en cuenta que a mayor escolaridad mayor período intergenésico (14), llamó la atención que el porcentaje de casos con intergenesia menor de 2 años en este estudio (27.0%), guardó relación con el alto porcentaje de muertes maternas encontradas con bajo nivel de escolaridad (69.3% con bachillerato incompleto o menos).

Como antecedente personal de la gestante se encontró que 78.0% de las mujeres no presentó mola hidatiforme, del resto no se tuvo información. Se encontró que de los casos reportados de muerte materna el 28.6% de las fallecidas tuvo hipertensión previa durante el embarazo y casi una tercera parte de ellas preclampsia.

A pesar de que aproximadamente la mitad de las fallecidas presentó complicaciones de preeclampsia o eclampsia durante el embarazo, sólo en 4.0% de los casos se registró como causa directa de muerte esta patología (Tabla 3). Lo que contrasta con resultados obtenidos en estudios como los de Karam y col. (12) en ciudad de México (72.0% de las muertes maternas tuvieron como causa directa la eclampsia y preeclampsia) y Carrillo en Colombia (10), donde el porcentaje de muertes por esta misma causa fue de 35.0%.

El 18.4% de las fallecidas desarrolló el síndrome Hellp, y de 24.5% no se tuvo información al respecto. No obstante, únicamente 2.0% falleció por esta causa (Tabla 3).

La Tabla 3 muestra que las hemorragias se constituyeron en causa de muerte en 24.4% de los casos (primera causa de muerte entre las reportadas), lo que permite clasificarla como una causa importante de muerte materna, de acuerdo con lo publicado en la literatura científica (10, 11, 17-20).

De otro lado se resalta en la misma tabla que en 8.2% de los casos de muerte la causa directa estuvo relacionada con infecciones (sepsis puerperal-septicemia no especificada), lo que permitió clasificarla como una de las principales causas de mortalidad materna, concordante con lo afirmado por la Organización Mundial de la Salud (11).

En cuanto a la talla y al peso al iniciar el embarazo, se destacó que no hubo información en un alto porcentaje de los casos de muerte materna (55.1% y 42.9% respectivamente); lo que indica la negligencia de las personas encargadas de registrar este tipo de información y la poca importancia que se da a este tipo de variables relacionadas con el peso al nacer, entre otros resultados obstétricos.

En cuanto a los casos de muerte materna en los que se pudo conocer la talla y el peso se observó gran homogeneidad en la primera variable con promedio de 154.5 cm y un coeficiente de variación de 3.9%; mientras que para el peso la media fue de 63 kg, existiendo mayor heterogeneidad ($CV = 33.1\%$), causada por un valor atípico (150 kg).

Dentro de otros factores de riesgo para la mujer se encontraron la obesidad (4.1%), la edad avanzada y la promiscuidad (4.1%) y la hipertensión arterial (4.1%), entre otros.

Tabla 3. Distribución porcentual de la población según causa de la muerte

Causa	%
Hemorragias (Shock hipovolémico, Shock hemorrágico hematoma supcapsular hepático, Hemorragia intraencefálica, no especificada, Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación, Shock durante o después del trabajo de parto y el parto).	24.44
Insuficiencia respiratoria - Síndrome de dificultad respiratoria del adulto.	16.32
Sepsis puerperal - Septisemia no especificada.	8.16
Cor pulmonar aguda - Embolia de coagulo sanguíneo, obstétrica - Neumotórax, no especificado.	6.12
Paro cardiorespiratorio - Paro cardiaco, no especificado - Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación.	6.12
Coagulación intravascular diseminada.	4.08
Preeclampsia severa.	4.08
Insuficiencia renal aguda no especificada - Insuficiencia renal aguda postparto.	4.08
Muerte obstétrica de causa no especificada.	4.08
Edema cerebral.	2.04
Hemoperitoneo por embarazo ectópico roto.	2.04
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria sign.	2.04
Hipoperfusión tisular.	2.04
Hipoxemia generalizada.	2.04
Síndrome de Hellp.	2.04
Shock neurogénico.	2.04
Síndrome anémico agudo.	2.04
Trastorno del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio.	2.04
Sin información.	4.10
Total	100.0%

Con relación al índice de masa corporal al inicio del embarazo, se tuvo información de 44.0% de los casos, y en 50.0% de ellos las fallecidas tenían desde sobrepeso a obesidad grado III. Llamó la atención que lo anterior no concordó con lo reportado en el formato único de unidad de análisis de mortalidad materna relacionado con obesidad (12.0%), ni con lo consignado en la variable “Otros factores de riesgo”, donde aparece el ítem bajo estudio con un 4.1% del total, lo que indica subregistro o descuido al momento de consignar la información. Es de anotar que la información sobre talla y peso está consignada en el CLAP (formato de historia clínica materno perinatal), pero únicamente el 39.0% de los casos reportó este documento completo, y un 8.0% incompleto. En

los demás casos, no se dispuso de información al respecto.

Se destaca que en la mayoría de los casos con información disponible no se presentaron como factores de riesgo las adicciones tales como: tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. Lo anterior era de esperarse si se tiene en cuenta que las estadísticas al respecto reportadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, para Caldas (14), publicaron que 97.4% y 93.2% de las mujeres embarazadas no consume bebidas alcohólicas ni cigarrillos, respectivamente. Con relación a las adicciones, en 20.4% no hubo información disponible.

En lo referente a cardiopatías, en el estudio sólo se encontró un caso (2.0%) y en trece más no hubo información al respecto (26.5%). En este mismo sentido, y en cuanto a la desnutrición, hubo reporte en cinco casos (10.2%) y en 10 más (20.4%) no se contó con informe alguno. Cuando hubo hemorragias durante el embarazo, éstas se presentaron durante el primero y el último trimestre. Mientras que la hemorragia puerperal se presentó en dos mujeres únicamente (4.1%) y no hubo información al respecto en el 32.7% de los casos.

Las infecciones tuvieron una presencia importante en los casos reportados. El 20.4% de éstas fue de tipo urinario. En 14.3% de los casos se presentó sepsis o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica provocado por una infección grave tal como por microorganismos en sangre, en orina, entre otros. Se presentó infección puerperal o sepsis en 2.0% de los casos, producida en el puerperio como consecuencia de las modificaciones y heridas causadas sobre el aparato genital por el embarazo y el parto. Otras infecciones diferentes a las mencionadas se reportaron sólo en 4.1% de los casos.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) diferentes del VIH se presentaron en 8.2% de los casos de muerte materna. En cuanto al VIH no se registró ningún caso. En 24.5% de los reportes no hubo información al respecto.

En ninguno de los casos reportados de muerte materna con información disponible se presentaron madres con algún tipo de enfermedad autoinmune. El 24.5% de las gestantes no tenía información respecto a este factor de riesgo.

La malaria se presentó como posible factor de riesgo en 2.0% de los casos. En 73.5% de los casos reportados de muerte materna las madres no presentaron isoimmunización materno fetal relacionada con problemas de Rh negativo en embarazos anteriores. Sólo 4.1% de las gestantes

presentó anemia crónica como antecedente de riesgo o complicación en el embarazo, y en el 2.0% de las muertes la mujer presentó trastorno mental.

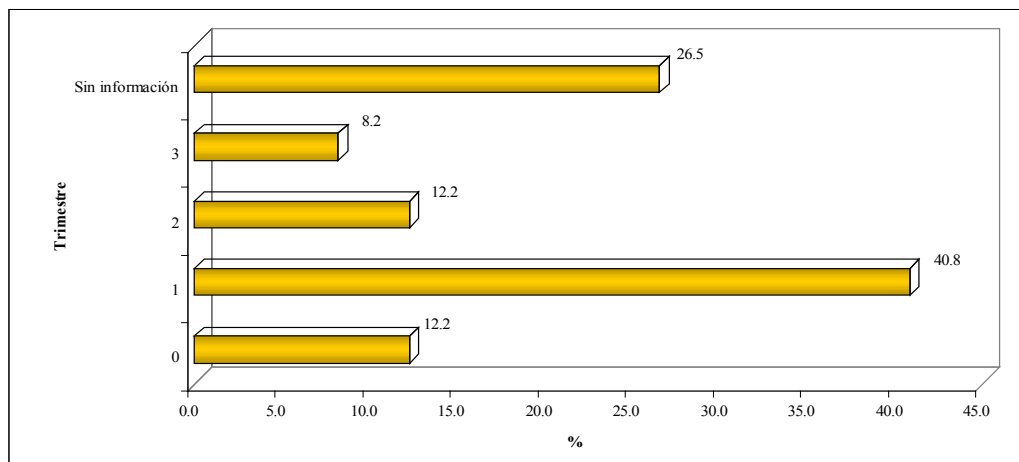
La amenaza de parto prematuro no apareció como posible factor de riesgo en 67.0% de los casos. El 6.0% de las madres presentó ruptura prematura de membranas. En ningún caso se presentó desproporción céfalo pélvica, y el 73.5% de las madres no presentó como antecedente de riesgo o complicación en el embarazo la diabetes gestacional.

Información sobre controles prenatales

En el 64.0% de los casos estudiados la madre se realizó controles prenatales. El número promedio de controles fue de 4.1 con un coeficiente de variación de 65.4% y una mediana de 5 controles prenatales. Tal coeficiente de variación revela poca conciencia de la importancia de los controles para mantener un embarazo sin complicaciones y para la disminución de los riesgos inherentes a este estado. La literatura publicada sobre el tema resalta la importancia que esta variable tiene para medir la calidad de la consulta obstétrica y el riesgo. Igualmente es importante para revalorar la atención prenatal como una estrategia orientada a mejorar la calidad de los servicios de salud (18). Así mismo, las estadísticas encontradas en este estudio con relación a esta variable, concuerdan en alto grado con lo reportado en otros estudios (11, 12, 18).

Menos de la mitad (40.8%) de las madres inició controles en el primer trimestre del embarazo (Figura 2), en 38.8% de los casos estos fueron realizados por médicos generales y 46.9% en centros de salud y en hospitales. El 44.9% de los casos de mortalidad materna fue clasificado como de alto riesgo y 12.2% como bajo, sobre los demás casos no hubo información. Es importante anotar que en relación a las variables relacionadas con los controles prenatales, el porcentaje de casos sin información osciló entre 20.4 y 42.9.

Figura 2. Distribución porcentual de la población según trimestre de inicio de controles prenatales



Información sobre el parto

Se destaca el hecho de que en aproximadamente 24.0% de los casos presentados de muerte materna no se registró en los documentos respectivos el número de semanas de gestación, se observó además que los mayores porcentajes de muerte ocurrieron en las semanas 37, 35, 39 y 41 de gestación, lo que coincide con las complicaciones propias del último trimestre de embarazo.

En 32.7% de los casos de muerte materna el tipo de parto fue por cesárea. En una quinta parte (22.5%) no hubo registro en los documentos respectivos acerca del tipo de parto.

En el 44.9% de los casos el parto fue atendido por médico con especialidad en obstetricia y en un porcentaje bajo (2.0%) la atención del parto estuvo a cargo de una partera.

Información acerca de la defunción

El 80.0% de las muertes ocurrió en el hospital o en la clínica con asistencia médica. El 10.0% de las muertes ocurrió en vía pública y de éstos sólo

40.0% tuvo asistencia médica. El 8.0% de las muertes maternas sucedió en la casa o domicilio sin atención médica.

La muerte se dictaminó en 61.0% de los casos por historia clínica y en menor proporción por necropsia (33.0%), encontrándose que las principales causas de muerte fueron: las hemorragias (24.4%), la insuficiencia respiratoria (16.3%) y la sepsis (8.2%) (Tabla 3).

Lo reportado por las variables “Estaba en embarazo cuando fallece” y “Momento en que fallece”, muestra inconsistencias en la información, pues en el primer caso, se encontró que 43.0% de las muertes ocurrió cuando la mujer estaba en embarazo, mientras que para la segunda variable, sólo se presentó un 22.4%. Lo anterior pone en evidencia, una vez más, el mal diligenciamiento de la información relacionada con los eventos de muerte materna por parte de los funcionarios encargados de esta actividad.

El mayor porcentaje de muertes ocurrió 24 horas después del parto (30.6%) seguido de las ocurridas durante la gestación (22.4%) y en las 24 horas

siguientes al parto (20.4%). Llamó la atención que en el momento del parto el porcentaje de muertes ocurridas fue de 6.1%, lo cual no debió ocurrir, ya que un alto porcentaje de los partos fue atendido por médico obstetra o médico general y, en el 89.8% de los casos, quien expidió el acta de defunción fue el médico tratante.

El 32.7% de las muertes tuvo relación con demoras en la atención o remisión de la materna, desde la institución prestadora del servicio de salud, y en algunos casos fue responsabilidad de la paciente. De acuerdo con lo mencionado por el doctor Francisco José Yepes, director ejecutivo de la Asociación Colombiana de la Salud (citado en 10), los altos índices de mortalidad materna se pueden explicar por el modelo conocido como “Modelo de las tres demoras”: demora originada en el hogar, demora originada en el traslado a la institución de salud y demora relacionada con la no atención oportuna en la institución de salud. En el presente estudio no se encontró información para discriminar el tipo de demora y adicionalmente en el 32.7% del total de los casos, no se supo si hubo o no demoras.

En 44.0% de las muertes maternas reportadas la paciente fue remitida oportunamente, mientras que en 14.0% no lo fue, lo que revela deficiencias en los procesos por parte de las instituciones de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La base de datos entregada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas presentó serias deficiencias en aspectos tales como: variables con información incompleta, en algunos casos sin información y en otros con información contradictoria. La base de datos analizada se elaboró por parte del equipo investigador
- revisando una a una las historias clínicas de las madres fallecidas y los documentos anexos cuando estaban disponibles, aun así, en la mayoría de las variables el porcentaje de casos sin información oscila entre 20.0% y 30.0%, lo que permite deducir que la información disponible en esta materia es de mala calidad debido al subregistro y mal diligenciamiento por parte de los funcionarios responsables. Prevenir la mortalidad materna es posible aun con escasos recursos, pero requiere de información correcta y de buena calidad para aportar a los programas materno-perinatales.
- Debido a la mala calidad de la información no fue posible llevar a cabo los análisis estadísticos inicialmente propuestos, tales como: caracterización de las muertes maternas, análisis factorial de correspondencias múltiples, análisis de componentes principales, análisis de clasificación, cruces entre variables, pruebas de independencia, entre otras. Sólo se realizó la descripción estadística de las variables de manera individual. Por esta razón algunos objetivos iniciales de la investigación como eran: la descripción del estado nutricional gestacional de la madre fallecida y la evaluación de la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, no fueron alcanzados.
- El formato de historia clínica materno perinatal (CLAP) estuvo disponible y completo en 39.0% de los casos de muerte reportados, pero el peso de la gestante sólo estaba registrado al inicio del embarazo, lo que no permitió realizar la descripción del estado nutricional gestacional de la madre fallecida.
- La Dorada y Manizales, por ser municipios de nivel de atención 2 y 3, fueron los de mayores porcentajes de procedencia de muertes maternas con 18.4% y 20.4% respectivamente, ya que estos permiten la

- recepción de pacientes procedentes de otros municipios del oriente de Caldas para La Dorada, y de todo el departamento en el caso de Manizales. Igualmente se destaca que de los 27 municipios del departamento de Caldas, sólo hubo casos de muerte materna en 15 de ellos.
- Por municipio, las mayores tasas durante el período estudiado se presentaron en San José, Manzanares, La Dorada, Belalcázar, Aguadas, Samaná, Pensilvania y Viterbo. San José, presentó una tasa sumamente alta en 2004, pero de cero en los demás años, y La Dorada mantuvo una tasa alta desde el 2005 al 2008. Los municipios de Anserma, Aranzazu, Filadelfia, La Merced y Manzanares, no presentaron casos de mortalidad materna en el período bajo estudio, lo que revela un buen seguimiento y ejecución de las acciones de vigilancia en salud pública y de promoción en las comunidades por parte de estos municipios.
 - La tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos para Caldas presentó oscilación anual durante el periodo analizado, lo que sugiere que no existe continuidad en el sistema de vigilancia epidemiológica para la mortalidad materna, y que las políticas emanadas del Gobierno no se aplican de manera correcta y unificada en todos los municipios.
 - A pesar de que la tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos para Manizales fue relativamente baja durante el periodo analizado, comparado con la del departamento y con la de algunos municipios, ésta debería ser cero puesto que es el nivel de mayor complejidad de atención que tiene el departamento, donde se dispone de los mejores recursos de infraestructura, tecnológicos, científicos, humanos y de accesibilidad tanto para la búsqueda activa de las maternas como de su respectiva atención.
 - El alto porcentaje (49.0%) de mujeres con un nivel de escolaridad baja permite concluir que la educación es un factor importante que puede incidir de manera inversa en los niveles de mortalidad.
 - En cuatro de los cinco años analizados la tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos para el departamento de Caldas según grupos de edad mostró que el grupo de mayor riesgo lo constituyen las mujeres de 35 años o más.
 - En esta investigación el grupo de edad más joven (menores de 24 años) fue el que presentó menor riesgo de muerte materna.
 - En una quinta parte de los casos las madres fallecidas presentaron deficientes condiciones socioeconómicas, cifra relativamente baja si se compara con la reportada en otros estudios, lo que se explica posiblemente por la mejor calidad de vida en Caldas comparada con el consolidado nacional y el de otras regiones del país.
 - El 2.0% de la totalidad de las muertes maternas (un caso) puede estar relacionado con mujeres que fueron sometidas a desplazamiento forzado, siendo Belalcázar el municipio receptor. Llama la atención que a pesar de ser ésta una variable de gran importancia a nivel nacional, en el 24% de los casos notificados, no existía información al respecto.
 - Los métodos naturales y hormonales fueron los más utilizados para regular la fecundidad en las madres fallecidas, y aproximadamente 35.0% de ellas no utilizaba ninguno, lo que concordó aproximadamente con el porcentaje (32.7) que deseaba quedar en embarazo.
 - En 27.0% de los casos de muerte materna, la intergenesia fue inferior a dos años, cifra superior al 17.1% reportado por la ENDS

2005 para el Eje Cafetero. Si se tiene en cuenta que a mayor escolaridad mayor período intergenésico, esta cifra (27.0%) guarda relación con el alto porcentaje de muertes maternas encontrado en mujeres con bajo nivel de escolaridad (69.3% con bachillerato incompleto o menos).

- El 49.0% de las mujeres fallecidas, presentó complicaciones de eclampsia o preeclampsia durante el embarazo, pero sólo en 4.0% de los casos se registró como causa de muerte esta última patología. Cifra muy baja si se compara con las obtenidas en otros estudios, donde el porcentaje de muertes por esta misma causa alcanza valores hasta de un 72.0%.
- Las adicciones tales como: tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas no fueron importantes como posible factor de riesgo en esta investigación.
- Las infecciones tuvieron una presencia importante en los casos reportados. El 20.4% de éstas fueron de tipo urinario. En 14.3% de los casos se presentó sepsis o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica provocado por una infección grave tal como microorganismos en la sangre, en orina, entre otros.
- La principal causa de muerte materna en el departamento de Caldas durante el período estudiado fue la hemorragia (24.4% de los casos) y las consecuencias derivadas de ella tales como el shock hipovolémico, shock hemorrágico, hematoma supcapsular hepático, y shock durante o después del trabajo de parto y el parto.
- La segunda causa de muerte materna en el departamento de Caldas durante el período estudiado fue la insuficiencia respiratoria (16.3% de los casos).
- La tercera causa de mortalidad materna en el departamento de Caldas durante el período estudiado (8.2% de los casos), está relacionada con infecciones (sepsis puerperal-septisemia no especificada).
- Sólo en 64.0% de los casos de muerte materna, se contó con información sobre la asistencia de la madre a controles prenatales, cifra baja, si se considera que como consecuencia de campañas efectivas de promoción y vigilancia epidemiológica por parte de las autoridades de salud, la totalidad de las madres debería tener acceso a tales controles.
- El número promedio de controles fue de 4.1 y una mediana de 5 controles prenatales. Esta disparidad revela poca conciencia de su importancia para mantener un embarazo sin complicaciones y para la disminución de los riesgos inherentes a esta condición fisiológica.
- El 44.9% de los casos de mortalidad materna fue clasificado como de alto riesgo y 12.2% como bajo; sobre los demás casos no hubo información.
- En 32.7% de los casos de muerte materna el tipo de parto fue por cesárea, 18.4% vaginal, 2.0% instrumentado y no hubo parto en el 24.5% de los casos.
- El 80.0% de las muertes ocurrió en el hospital o clínica con asistencia médica. El 10.0% de las muertes ocurrió en vía pública, y de estos sólo el 40.0% tuvo asistencia médica. El 8.0% de las muertes maternas sucedió en la casa o domicilio, sin atención médica.
- El 32.7% de las muertes tuvo relación con demoras en la atención o remisión de la materna desde la institución prestadora del servicio de salud, y en algunos casos fue responsabilidad de la paciente. En el presente estudio no se tuvo información para discriminar el tipo de demora y adicionalmente en 32.7% del total de los casos, no se supo si se presentaron demoras.

Recomendaciones

Como recomendación general se plantea la necesidad urgente de mejorar el sistema de información en el departamento de Caldas, relacionado con el diligenciamiento completo, correcto y oportuno de los formatos establecidos para el registro de la información, de tal manera que permita a futuro, análisis más completos sobre el problema de mortalidad materna y de salud pública en general.

Cualificar periódicamente al personal de salud responsable de la atención prenatal y del parto y el puerperio.

Consolidar la red materno-perinatal de Caldas con la participación de las instituciones formadoras de recurso humano y con las prestadoras de servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud Integral para la Mujer. La Iniciativa Global por una Maternidad sin riesgo. [consultado 26 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org>.
2. DANE. Gobernación de Caldas. Sociedad de mejoras Públicas. Análisis demográfico y diagnóstico social de Caldas. Segunda Edición. Editorial Blanecolor: Manizales. 2005. p.51-52.
3. Gobernación de Caldas. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Cómo va la salud en Caldas. Segundo trimestre de 2005. Editorial Blanecolor: Manizales. 2005. p.4-9.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de Las Américas. Indicadores Básicos 2004. [consultado 20 de septiembre de 2005]. Disponible en: www.paho.org.
5. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, Syverson CJ. Pregnancy-Related Mortality Surveillance –United States, 1991 – 1999. Division of Reproductive Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
6. Dimitrakakis C, Papadogiannalis J, Sakelaropoulos G, Papazefkos V, Voulgais Z, Michalas S. Maternal mortality in Greece (1980 – 1996). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;99(1):6-13.
7. Biaggi A, Paradisi G, Ferrazzani S, De Carolis S, Lucchese A, Caruso A. Maternal mortality in Italy, 1980 – 1996. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114(2):144-149.
8. Salazar-Aristizábal A, Vásquez-Truissi ML. Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios? *Rev Colombia Médica* 1996;27:117-124.
9. DANE. Estadísticas vitales. [consultado 3 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.dane.org.co>.
10. Carrillo-U, A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y a la política pública durante la última década. *Rev Cienc Salud* 2007;5(2):72-85.
11. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [consultado 26 de enero de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en\(index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en(index.html).
12. Karam-Calderón MA, Bustamante-Montes P, Campuzano-González M, Camarena-Pliego A. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el estado de México. *Rev Medicina Social* 2007;2(4):205-211.
13. Díaz-C, A. Diseño estadístico de experimentos. Editorial Universidad de Antioquia: Medellín. 1999. p.337.
14. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Printex Editores LTDA: Bogotá. 2006.
15. República de Colombia. Ley 100 de 1993. [consultado 3 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
16. Departamento Nacional de Planeación. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Objetivo 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva. [consultado 2 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Programas/Educaci%C3%B3nyculturasaludempleoyopobreza/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx>
17. Rivero Y, Romero C, Álvarez-Rivera Y. Análisis epidemiológico de la morbilidad materna. Año 2005. [consultado 27 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAykpVVkuvhdERkkc.php>
18. Ávila-Alatrística JV, Grajeda-Ancca PF, Escudero-Casquino MR. Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el departamento de Cusco. Año 2003. *Rev SITUA* 2003;12(23):23-35.
19. Martey JO, Djan JO, Twum S, Browne EN, Opoku SA. Materna mortality and related factors in Ejisu District, Ghana. *East Afr Med J* 1994; 71(10):656-60.
20. Oosterbaan, MM. Guinea-Bissau: maternal mortality assessment. *World health Stat Q* 1995;48(1):34-8.
21. Organización Mundial de la Salud. CLAP. Más allá de las cifras. Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura. 2009. [consultado 2 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/web>



Artículos de Revisión

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES*

*Alexandra Giraldo Osorio**
María Yadira Toro Rosero***
Adriana María Macías Ladino****
Carlos Andrés Valencia Garcés*****
Sebastián Palacio Rodríguez******

Recibido en marzo 30 de 2010 , aceptado en abril 28 de 2010

La Promoción de la Salud se define como el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Carta de Ottawa, 1986).

Resumen

Objetivo: profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. **Metodología:** revisión sistemática de publicaciones científicas derivadas de investigaciones y revisiones detalladas acerca de la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, para lo cual se tomaron como fuentes bibliográficas: las publicaciones de la Biblioteca Virtual de Salud, bases de datos como Proquest, LILACS, Dialnet, Ovid, Hinary, Medline e índices bibliográficos como Scielo, que fueron publicados entre los años 1992-2009. Para determinar su pertinencia, los artículos y documentos fueron revisados a partir de su resumen y los libros a partir de su tabla de contenido. **Resultados:** se obtuvo una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación. Respecto a los estilos de vida saludables, además de las definiciones se tuvieron en cuenta los factores tanto internos como externos a las personas que intervienen para su fomento. Adicional a lo anterior, se encontró una autora que halló en la promoción de la salud la base para proponer el “Modelo de Promoción de la Salud”, que dado su aporte a la profesión de Enfermería, ha sido aplicado en la práctica profesional y utilizado para la realización de trabajos de investigación en salud. **Conclusión:** la promoción de la salud se constituye como una estrategia

* Ponencia Presentada en el III Encuentro Regional de Semilleros de Investigación Nodo Santander “Barrancabermeja, sede integradora de cultura, ciencia e investigación proyectada hacia el desarrollo económico y productivo del país”. Mayo 8, 9 y 10 de 2008.

** Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: alexandra.giraldo_osorio@ucaldas.edu.co, alegiros@hotmail.com

*** Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: maria.240522371@ucaldas.edu.co

**** Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: adriana.240520056@ucaldas.edu.co

***** Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: carlos.240521143@ucaldas.edu.co

***** Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: sebastian.240423166@ucaldas.edu.co

encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables.

Palabras clave

Promoción de la salud, estilo de vida, salud, calidad de vida, conducta de salud, políticas públicas.

HEALTH PROMOTION AS A STRATEGY TO ENCOURAGE HEALTHY LIFE STYLES

Abstract

Objective: extend the knowledge on health promotion as a strategy to encourage a healthy life style. **Methodology:** systematic revision of scientific publications derived from detailed research and revisions on health promotion and healthy life styles, using bibliographical sources such as: Virtual Health Library, databases such as Proquest, LILACS, Dialnet, Ovid, Hinary, Medline and bibliographical indexes such as Scielo, published between 1992 and 2009. In order to determine their pertinence, the abstract of articles and documents was used, and the table of contents was used in the case of books. **Results:** a detailed description of health promotion as a strategy, its components and application form. Regarding healthy life styles, in addition to the definitions, internal and external factors of people were taken into consideration for encouraging these life styles. An author used health promotion as the basis to propose “Health Promotion Model” that given its contribution to the nursing profession, has been applied to the professional practice and implemented in research projects regarding health. **Conclusions:** health promotion has become a strategy oriented towards developing individual or group processes and activities in order to modify risky behavior and to adopt healthy life styles. In the same manner, health promotion seeks that people and groups have a better quality of life, considering that human beings are biological entities, but social beings as well, that require intervention by health professionals as a whole, in order to have healthy people and communities.

Key words

Health promotion, life style, health, quality of life, health behavior, public policies.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Resumo

Objetivo: Aprofundar no tema da promoção da saúde como estratégia para o fomento de estilos de vida saudáveis. **Metodologia:** revisão sistemática de publicações científica derivada de vida saudáveis para o qual tomaram se como fontes bibliográficas: As publicações da Biblioteca Virtual de Saúde, bases de dados como Proquest, LILACS, Dialnet, Ovid, Hinary, Medline além índices bibliográficos como

SciELO, que foram publicados entre os anos 1992-2009. Para determinar sua pertinência, os artigos e documentos foram revisados a partir de seu resumo titulações fundamentais, nas quais a saúde tem um lugar preeminente e sua proteção, então se, condição necessária de justiça social.

Palavras chave

Liberdade, justiça social, direito á saúde, sistema de saúde.

INTRODUCCIÓN

Este artículo presenta una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia y la relación con el fomento de estilos de vida saludables encaminados al logro de una mejor calidad de vida, con base en la revisión de definiciones y conceptos emitidos desde diferentes autores y entidades que se han encargado de estudiar el tema, los cuales serán desarrolladas a lo largo del mismo.

La promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud para el caso colombiano (1, 2).

Por lo anterior, los estudiantes integrantes del “Semillero de Investigación Saludable”, pertenecientes al Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la Universidad de Caldas, determinaron la importancia de profundizar en estas temáticas, con el fin de contribuir a su conocimiento y estimular a la comunidad en general sobre la adopción de estilos de vida saludables para una mejor calidad de vida.

METODOLOGÍA

Se elaboró en inglés, español y portugués, una lista de palabras clave relacionadas con la temática, tales como promoción de la salud, estilo de vida, calidad de vida, determinantes de la salud, políticas públicas, teoría, modelo, conducta de salud y cultura. Se encontraron más de 2000 artículos de diferentes tipos (revisión de tema, reflexión e investigación científica y tecnológica), publicados entre los años 1992-2009. Para la realización del presente trabajo se incluyeron como fuentes bibliográficas: las publicaciones de la Biblioteca Virtual de Salud, bases de datos como Proquest, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Dialnet, Ovid, Hinary, Medline y también, índices bibliográficos como Scientific electronic library online (SciELO). Fueron excluidos los artículos publicados en idiomas diferentes al inglés, español y portugués, y los artículos o documentos de literatura gris.

Reflexiones teóricas

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud. Adicional a esto, también ha servido como fuente de inspiración para que, por sus aportes, reconocidos profesionales, como es el caso de la Licenciada en Enfermería Nola J. Pender haya

desarrollado trabajos significativos, que para el caso en mención, consistió en el Modelo de Promoción de la Salud, del cual hablaremos más adelante.

Para empezar a entrar en materia, Kickbusch define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas (3, 4, 5).

Por otra parte, la promoción de la salud también ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren (6). Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas (7).

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son (8, 9):

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.
3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para

la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez (10).

La promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (11, 12, 13).

Según Marc Lalonde, ministro canadiense de salud en 1974 (14), la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud:

- Biología humana: están incluidos aquí todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
- Medio ambiente: engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.
- Estilos de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
- Organización de los servicios de la atención en salud: consiste en la cantidad, calidad,

ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud (15).

En consecuencia, una política pública saludable es una intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios de atención en salud, planteados y definidos en el informe de Lalonde (16, 17).

Es así como las políticas públicas saludables están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos (18, 19, 20). El Estado debe ser el principal garante de los derechos de sus ciudadanos en materia de seguridad social y le corresponde a éste, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, no sólo desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sino desde la implementación de políticas de largo alcance hacia el fomento de la salud que beneficie a amplios grupos poblacionales (21, 22).

Cabe mencionar que en la reciente Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud –UIPES–, realizada en la ciudad de Medellín (Colombia) en noviembre de 2009, participantes de 20 países congregados hicieron un llamado a la solidaridad y a la responsabilidad política de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales como objetivo central; es por esta razón que es importante resaltar que en el marco de las líneas de acción se planteó lo siguiente:

Implementación de Políticas Públicas favorables a la salud, evaluadas en términos de impacto sobre

la salud, basadas en las necesidades reales de la población, en el abordaje de los determinantes sociales (siguiendo las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS) y en cumplimiento de los compromisos adoptados en la Agenda de Salud de las Américas (23).

Por todo lo anterior, es necesario hacer un llamado a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras organizaciones de la sociedad civil a trabajar juntos por hacer realidad la salud y el desarrollo humano sostenible a través de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud.

De otra parte, las intervenciones en promoción de la salud son de carácter intersectorial, es decir, involucra a los sectores salud, educación, justicia, planeación, entre otros, en las que también se debe incluir la participación comunitaria como mecanismo válido y eficaz para su implementación (24, 25, 26). Del mismo modo, promoción de la salud es un mediador e integrador entre las ciencias y disciplinas comprometidas con el mejoramiento social, económico, político y ambiental en general (27).

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales (28), lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

Este modelo de promoción de la salud sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento. Integra los hallazgos de investigaciones de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables (29).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (30). La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (3), la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida (7), teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en

la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (31).

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud (32).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así (3, 26):

La primera teoría, es la de la *Acción Razonada*: originalmente basada en Ajzen y Fishben (30, 33), explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la *Acción Planteada*: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas (34).

La tercera es la *Teoría Social-Cognitiva*, de Albert Bandura (35) en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (33). Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Pender agrega que si un individuo tiene una alta percepción de su capacidad, seguro realizará dicha conducta, volviéndose repetitiva y adquiriendo cada día más seguridad y satisfacción por su desempeño. Existen otras teorías que contribuyen al cambio de una conducta, entre las cuales están: los modelos de creencias en salud, modelos de las etapas de cambio, modelo transteórico y la teoría comunitaria y de cambio social, que no son motivo de análisis en este artículo (36).

Según Pender (37), el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea (38). Si un niño observa que en su familia se consumen alimentos salados, además de que permanentemente escucha decir a los padres que “*de algo nos hemos de morir*”, “*la sal sirve para hacernos fuertes*”, los niños y adolescentes interiorizan y asumen estos conocimientos para su vida presente y futura, y en consecuencia así se actúa y se asume la conducta no saludable.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por (18):

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción (39), las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de

la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

- La autoeficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la autoeficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones (40, 41).
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces

más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

El resultado conductual esperado a partir del Modelo de Promoción de la Salud, está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, el cual puede desviarse por las demandas y preferencias contrarias inmediatas en cada persona, que actúan como barreras para la acción, entendidas éstas como bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada (42, 43).

En cuanto a las barreras, un ejemplo para un plan de acción en promoción de la salud es el relativo a las vías públicas, los automóviles, la falta de gimnasios que obstaculizan en un momento dado la actividad física de la gente; sin embargo, existen otras que se mencionan a continuación (44):

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir

una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

El compromiso hacia una acción es similar a la intención que tiene cada individuo, es importante para predecir diversas conductas en salud y para formular estrategias específicas diseñadas para el accionar de una persona.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud (45, 46).

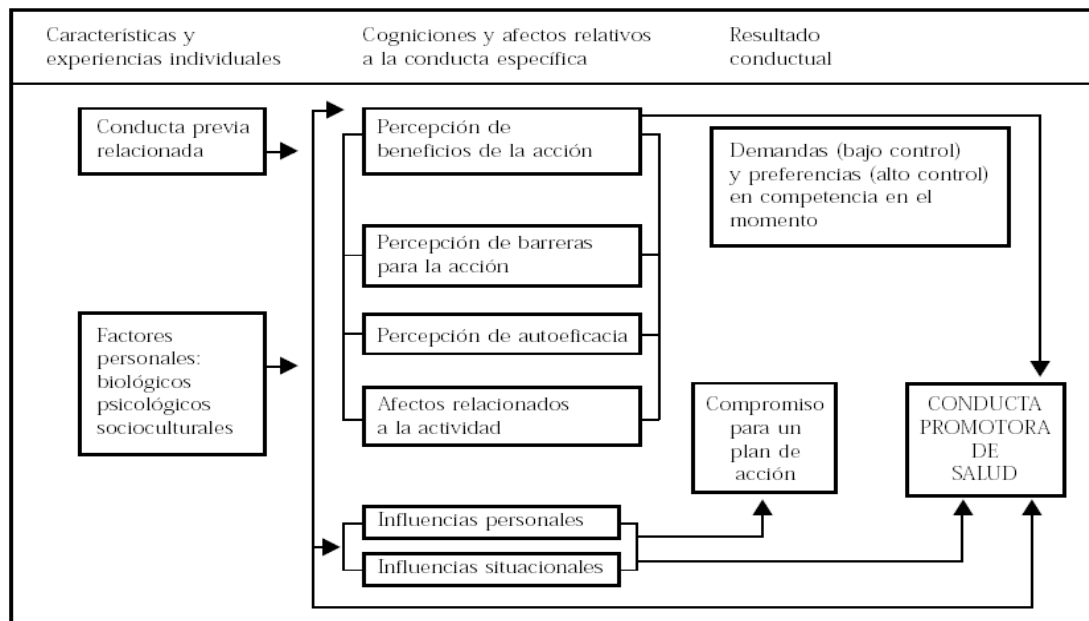
Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Los problemas de salud globalmente más predominantes, son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud (31); dentro de estos problemas se encuentran las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes, las cuales se pueden evitar mediante la adopción de acciones o conductas protectoras contra las enfermedades, tales como bajo consumo de sal, carbohidratos y aumento de la actividad física (47). Las enfermedades crónicas pueden volverse cada vez más prevalentes en muchas naciones, lo cual conlleva a crear una carga

económica para el Estado al ser más costoso el tratamiento de la patología presente, ya que no sólo se debe intervenir sobre ésta, sino sobre los efectos que produce, además se deben desarrollar acciones para la recuperación y rehabilitación del paciente;

es por esto que se argumenta que la promoción de la salud es una inversión a largo plazo que evita mayores costos tanto económicos como sociales y de salud en términos de mejor calidad de vida (48).

Figura 1. Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.



Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de J. Pender. 1996. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art01.pdf>

De acuerdo con Bandura, las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser el mejor pronóstico de la conducta posterior y de su nivel de habilidad, ya que las personas tienden a elegir las actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas que consideran difíciles, por lo tanto las creencias sobre la autoeficacia influyen en la toma de decisiones y afectan la conducta (3).

Para que estas transformaciones sean adecuadas, y se puedan alcanzar soluciones a las barreras de la promoción de la salud, es necesario trabajar en un aspecto importante de la salud en general: la Psicología de la Salud (49). La cual se define como el conjunto de contribuciones científicas,

educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria (29, 50).

Cabe anotar que el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene aplicabilidad en la salud pública, ya que permite explicar y predecir aquellos estilos de vida favorecedores a la salud, definidos según la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, etc. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona

realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: 1. las características y experiencias individuales, 2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta y 3. el resultado conductual (17, 41). El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud.

Para explicar los estilos de vida promotores de la salud, se encontró que las variables más importantes son: la concepción de salud percibida por una persona, el control percibido de salud, la explicación y la predicción del estado de salud (51).

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud; sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia el sedentarismo (acompañado a largo plazo de enfermedades coronarias y metabólicas), el estrés, que desencadena trastornos psicológicos (ansiedad, sueño, trastornos en la conducta alimentaria), la mal nutrición (diabetes, anemia), el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas; sumado a lo anterior, entornos parcial o totalmente nocivos, donde la violencia intrafamiliar y social, determina negativamente el fomento de estilos de vida saludables, ya que aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta (52).

En la actualidad la población adulta es el ejemplo a seguir por la población de niños, niñas y adolescentes, esto hace que con frecuencia se tiendan a repetir modelos observados en el entorno familiar.

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad

y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad se constituyen como factores internos de la persona, y las condiciones para lograr calidad de vida corresponden al medio externo a ella (8). Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida. Los factores personales se consideran como los aspectos internos, los cuales dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado, estos son:

- **Los conocimientos:** determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.
- **La voluntad:** se debe tener en cuenta que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una “clave para la acción” diferente, con respecto a los demás; entendida la clave para la acción, como aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que la llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, los cuales en un momento dado pueden fomentar un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, es fácil comprender la razón por la cual entre las personas se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se manifiesta claramente cuando éstas, a pesar de tener conocimientos sobre estilos de vida saludables, desarrollan comportamientos de riesgo, movidas por los múltiples determinantes de la conducta. Los factores externos o ambientales son considerados

como aquellos aspectos relacionados con el entorno en el que se desarrolla la persona que hacen posible o no su autocuidado, sin embargo, no dependen de ella exclusivamente, como lo son: lo cultural, lo político, el medio ambiente, lo económico, lo familiar y lo social.

Para avanzar hacia un mundo más sano se requieren medidas políticas enérgicas, una amplia participación social y actividades permanentes de promoción; para seguir aplicando las estrategias todos los sectores y ámbitos involucrados deben actuar para: a) defender la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, b) invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenible para abordar los factores determinantes de la salud, c) evaluar la real capacidad para el desarrollo de las políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimiento, la investigación y la educación sanitaria, d) establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños, e) garantizar la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas, y f) establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles (26).

Las medidas políticas tienen una capacidad potencial considerable para influir en las elecciones cotidianas de la población. Se debe tener en cuenta que para otros sectores (como por ejemplo: la seguridad de los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, los negocios, la agricultura, el transporte, la justicia, la tecnología), la salud no es necesariamente prioritaria, por lo tanto, los temas de salud deben satisfacer las demandas de cada sector; sin embargo, para que la salud sea objetivo de todos, es necesario que cada programa se presente de manera dinámica y atrayente, que en efecto produzca unas políticas públicas saludables (53, 54), que ayuden a crear el escenario para que la promoción de la salud pueda desarrollarse, ya que facilitan la elección de opciones saludables en

nuestro entorno; un ejemplo, el uso de cinturones de seguridad en los carros.

Para la elaboración de un plan de acción, se debe tener en cuenta que la educación constituye una herramienta indispensable para que las personas puedan progresar hacia la ejecución del mismo. La educación tiene una función esencial en el desarrollo continuo de la persona y de las sociedades, como una vía al servicio de un desarrollo humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder los hábitos que conllevan a la adquisición de estilos de vida no saludables (47). La promoción de la salud es un estado deseado cuando se provee a la persona cuidado y educación (29).

CONCLUSIONES

Posterior a la revisión detallada de la promoción de la salud como estrategia, los estilos de vida saludables y la relación entre sí, se concluye que la promoción de la salud se constituye en la estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables. Cabe resaltar que esta estrategia se debe aplicar en todos los contextos y disciplinas, no sólo en las relacionadas con salud.

Adicional a lo planteado en el objetivo del artículo, se encontró y profundizó en el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por la Licenciada en Enfermería Nola J. Pender, debido a la importancia de dicho modelo como aporte a la profesión de Enfermería y, en sí, por el fin de su planteamiento el cual consiste en modificar conductas de riesgo en las personas y

en los colectivos para que adopten estilos de vida saludables.

Es importante mencionar la relación que existe entre el modelo propuesto por Pender y los estilos de vida saludables, en cuanto a la toma de decisiones para modificar las conductas de riesgo para la adopción de estilos de vida saludables. Pender planteó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, para lo cual la cultura es tomada en cuenta en razón a la forma que influye en la toma de decisiones de las personas. En lo que a la toma de decisiones y estilos de vida saludables se refiere, se encontró que está determinada por

los conocimientos, la voluntad y las condiciones, los cuales se constituyen, los dos primeros como factores internos y el tercero como factor externo a la persona; la cultura en la que las personas y/o los colectivos se desenvuelven cobra importancia en el momento de tomar decisiones para modificar las conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen a la Docente María Eugenia Pico Merchán por la asesoría teórica y metodológica para la elaboración del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez JR, Jurado MI, Viana BH, Da Silva ME, Hernández A. Estilos y calidad de vida. *Lecturas: EF y Deportes* [serie en línea]. 2005 Nov [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
2. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública* [serie en línea]. 1992 Sep [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005
3. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS; 1996. p. 15-9.
4. Focesi Pelicioni MC, Ribeiro Campos NZ, L'Abbate S, Góes Pereira VL. Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: especificidades, interfaces, intersecciones. *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education* [serie en línea]. 2000 [citado 2009 May 26]. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xviconf.htm>
5. Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit* [serie en línea]. 2003 [citado 2008 Dic]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000200011
6. Aliaga E. Políticas de Promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas. Reporte final. Perú: Foro Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social [serie en línea]. 2003 Sep [citado 2009 May 26]. Disponible en: <http://www.consorcio.org/Observatorio/publicaciones/aliaga.pdf>
7. Villalbí J. R. Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública* [serie en línea]. 2001 Nov [citado enero 10 de 2009]; 75(6):489-490. [Artículo de internet]. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600001&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272001000600001
8. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [serie en línea]. 2003 Nov [citado enero 10 de 2009]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
9. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la Salud. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica No. 557. Organización Panamericana de la Salud Washington; 1996. p. 30.
10. Ania Palacio, J. M. Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud. Madrid [serie en línea]. 2007 [citado 2009 Feb 10]. Disponible en: <http://www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/materiales/salud/inn2007gdmppeps/inn2007gdmppeps.pdf>
11. Barrios Casas S, Paravic Klijn T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latinoam Enfermagem* [serie en línea]. 2006 [citado 2009 Ago 15]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf>
12. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva* [serie en línea]. 2004 [citado 2009 Ago 18]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra; 1998. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
14. Restrepo H. Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Colombia [serie en línea]. 2005 [citado Ago 2008]. Disponible en: http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%20006/CONFERENCIA_HELENA_RESTREPO.pdf

15. Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. En: Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS; 1996. p. 4.
16. Organización Panamericana de la Salud - Colombia. Módulo de Políticas Públicas [serie en línea]. 2000 [citado 2008 Oct 29]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Manizales/modpoliticas.htm>
17. Buck, Carol. Después de Lalonde: la creación de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS; 1996.
18. Organización Mundial de la Salud. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la salud en un mundo globalizado [serie en línea]. 2007 [citado Ago 2008]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_18-sp.pdf
19. Díez Elia, Peiró Rosana. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit [serie en línea]. 2004 [citado 2009 Mar]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400025&script=sci_arttext
20. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999. Disponible en: <http://www.jointcenter.org/hpi/sites/all/files/WashingtonStDeterminants.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud en las Américas. Informe anual del director [serie en línea]. 2001 [citado 2009 Mar]. ISBN 9275373027. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf
22. Vélez A. Marco político y legal de la promoción de la salud. Colombia Med [serie en línea]. 2000 [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO2/promocion.html>
23. OPS - Colombia. Declaración de Medellín: 4 Conferencia Latinoamericana de Promoción de la salud y Educación para la salud; 2009. Disponible en: http://new.paho.org/col/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=419
24. Sapagi J Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública [serie en línea]. 2007 [citado 2010 Feb 16]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>
25. Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública [serie en línea]. 2005 Dic [citado 2010 Feb 25]; 79(6):697-707. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009&lng=es
26. Ronald L, David S, Fran B, Nikki S, Corinne P, Roman V. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Rev. Gerenc. Polit. Salud [serie en línea]. 2009 [citado 2009 Ago 20]; 8(16):14:15. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista16/dosier.pdf>
27. Secretaría de Salud. Las cinco funciones de la promoción de la salud [serie en línea]. Guadalajara 2008 [citado 2009 Jun 23]. Disponible en: <http://www.dgps.salud.gob.mx/interior/funciones.html>
28. Browning G, Cheu VB, Delgrande A, Ice U, Lynch S, Lottis K, et al. En: Innovations in theory development for the Nursing discipline [serie en línea]. 2007 Nov [citado 2009 Ago 20]. Disponible en: <https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf>
29. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Health Education & Behavior [serie en línea]. 2004 April [citado 2009 Ago 18]. Disponible en: <http://www.sophe.org/ui/socialCognitive2.pdf>

30. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango [serie en línea]. 2007 Sep [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326CO326&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bCcCw&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=teoría+de+los+cambios+de+conducta%2B+Ajzen+y+Fishbein&spell=1
31. Pender NJ. Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. Modelo de Promoción de la Salud; Oct 2000.
32. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile [serie en línea]. 2003 Sep [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext
33. Olaz FO. La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional [tesis doctoral]. Argentina Univ.; 2001. [Serie en línea]. Disponible en: <http://www.des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>
34. University of Twente. Theory of planned behavior/ Reasoned action. The Netherlands Europe [serie en línea]. 2004 [citado 2009 Ago 15]. Disponible en: http://www.cw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/theory_planned_behavior.doc/
35. Sebastiani RW, Pelicioni MC, Chiattonne HB. La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud [serie en línea]. 2003 [citado 2009 Ago 18]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-111-1-la-psicologia-de-la-salud-latinoamericana-hacia-la-promoción.html>
36. Sakraida T. Modelo de promoción de la salud. En: Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. Madrid, Elsevier Mosby; 2007. p. 452-15.
37. Fonseca J, De Oliveira VV, Barbosa MX. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de J. Pender. Acta Paul. Enferm [serie en línea]. 2005 Sep [citado 2009 Ene 10]; 18(3):235-240. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
38. Soto MF, Lacoste MJ, Papenfuss R, Gutiérrez LA. Modelo de creencia en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev. Esp. Salud Pública [serie en línea]. 1997 [citado 2009 Ene 10]. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n4/esp_sida.pdf
39. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo. Colombia Médica [serie en línea]. 2003 [citado 2009 Ene 10]. Disponible en: <http://colombiamédica.univalle.edu.co/Vol34No4/creencias.pdf>
40. Pérez E, Beltramino C, Cupani M. Inventario de Autoeficacia para inteligencias múltiples: Fundamentos teóricos y estudios psicométricos [serie en línea]. 2003 [citado 2008 Ago 12]. Disponible en: <http://www.revistaevaluar.com.ar/33.pdf>
41. Cid P, Merino JM, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev Méd Chile [serie en línea]. 2006 [citado enero 10 de 2009]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art01.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra; 2005. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf
43. García C, Tobón O. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y Plan de Atención Básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Rev Promoción de la Salud [serie en línea]. 2000 Dic [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf

44. Sanabria PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med [serie en línea]*. 2007 [citado 2008 Ago 12]. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revmed2007/vol15no2/Articulo7.pdf>
45. Eslava J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Salud Pública [serie en línea]*. 2006 [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8s2/v8s2a09.pdf>
46. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canadá [serie en línea]. 1974 [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/61/11/955>
47. Prieto A. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev Salud Pública [serie en línea]*. 2003 [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n3/20030.pdf>
48. Phillips LJ. Analysis of the Explanatory Model of Health Promotion and QOL in Chronic Disabling discapacitantes Conditions/Commentary [serie en línea]. 2005 Feb [citado 2010 Feb 2]. Disponible en: http://www.redorbit.com/news/science/125076/analysis_of_the_explanatory_model_of_health_promotion_and_qol/
49. Alarcón LF. La Psicología de la Salud en Colombia. *Rev Universitas Psychologica [serie en línea]*. 2006 Oct [citado 2010 Feb 16]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2191355>
50. Guibert W, Grau J, Prendes M. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en línea]*. 1999 [citado 2008 Oct 29]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi10299.pdf
51. Hochbaum, Rosenstock, Kegels. Health Belief Model. *Public Health Services [serie en línea]*. 2004 [citado 2009 Enero 10]. Disponible en URL: http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/
52. De Vincezi A, Tudescola F. Educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación [serie en línea]*. 2009 Jun [citado 2010 Feb 2]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/2819.htm>
53. Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. Editorial [serie en línea]. 1995 [citado 2009 Ene 20]. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf
54. Carvalho SR. Promoción de la Salud “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Rev Salud Colectiva [serie en línea]*. 2008 Dic [citado 2010 Feb 16]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73140306&iCveNum=10618>

INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: DEL DATO A LA TEORÍA

*Carmen Lucía Curcio Borrero**

Recibido en febrero 1 de 2010, aceptado en marzo 22 de 2010

Resumen

Introducción: el estudio científico del envejecimiento surgió después de la Segunda Guerra Mundial, por tanto es más joven que su objeto de estudio. La gerontología nació en medio del estructural-funcionalismo, por ello desde sus inicios fue una gerontología funcionalista, caracterizada por el dominio de una dimensión empírica y aplicada, en la cual los métodos han sido la guía y han marcado el camino del desarrollo, además, con un enfoque basado en problemas o sitios de intervención. Aunque se inició entre los intersticios de las ciencias biológicas, médicas, psicológicas y sociales, sus marcos de referencia explicativos provienen especialmente de la biología y la psicología. **Objetivo:** hacer un análisis crítico de la situación del desarrollo de las teorías en gerontología. **Metodología:** se identificaron más de 5.000 publicaciones sobre el tema, entre artículos, editoriales, documentos y libros, publicados desde la década del 60. Los artículos y documentos fueron revisados a partir del resumen para determinar su pertinencia y para los libros la tabla de contenido. Se retuvieron 254 publicaciones para el presente análisis. **Resultados:** se pueden considerar cinco aspectos importantes en el desarrollo de las teorías en gerontología: en primer lugar, nace de problemas. En segundo lugar, se ha desarrollado a la deriva a partir de la evidencia empírica (pragmatismo empírico y a-teórico) por tanto se ha centrado en la acumulación de generalizaciones empíricas. En tercer lugar, en la lucha por lograr un estatus disciplinar a veces va en contra de su naturaleza interdisciplinaria, lo cual conduce al cuarto aspecto: la complejidad de su objeto de estudio. Finalmente, otra de las dificultades que ha enfrentado la gerontología, es que nació y se ha desarrollado en medio de un cambio de paradigma de la modernidad hacia la posmodernidad, en medio de la tensión entre los enfoques explicativos y causales vs. los comprensivos e interpretativos, que tienen lugar en el seno de una sociedad que se quiere posmoderna, pero conserva muchos esquemas de la modernidad. **Conclusión:** como la biología y la psicología están más cerca de las ciencias naturales, ha tenido un extraordinario progreso en los últimos años: el positivismo aún está con nosotros y sigue produciendo conocimiento de alta calidad y de alto impacto. El progreso ha sido más difícil y problemático para la gerontología social, en parte, porque los fenómenos sociales son considerablemente más complejos y dinámicos y los investigadores enfocan sus estudios y teorías con diferentes perspectivas.

Palabras clave

Gerontología, teorías, investigación, envejecimiento, vejez.

* Terapeuta Ocupacional, Magíster en Gerontología Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

RESEARCH AND AGING: FROM DATA TO THEORY

Abstract

Introduction: the scientific study of aging began after World War II, therefore it is younger than its object of study. Gerontology was born amidst structural-functionalism, and from its beginnings it has been a functionalist gerontology, characterized by the dominance of an empirical and applied dimension, in which the methods have led the way of development, as well as concentrating on the intervention problems and places. Even though it began among the interstices of biological, medical, psychological and social sciences, gerontology's explanatory reference frames particularly come from biology and psychology. **Objective:** carry out a critical analysis of the current state of the theoretical development of gerontology. **Materials and methods:** more than five thousand publications on the topic were identified, including articles, editorials, documents and books, published since the 1960's. The articles and documents were reviewed using their abstracts in order to determine their relation to the topic, while the table of contents was used for books. Finally 254 publications were used in the present analysis. **Results:** five important aspects can be considered in the development of gerontology theories: in first place, it originates from problems. Secondly, it has developed without a course based on the empirical evidence (empiric and a-theoretical pragmatism), therefore it has been centered on accumulating empirical generalizations. Thirdly, in the struggle to obtain a disciplinary status, it sometimes goes against its interdisciplinary nature, which leads to the fourth aspect, the complexity of its object of study. Finally, another difficulty that gerontology has faced is its origin among a paradigm change from modernity to post-modernity, amid the tension between explanatory and causal focuses vs. the comprehensive and interpretative focuses, in a society that desires post-modernity, but in reality maintains many modern schemes. **Conclusion:** since biology and psychology are closer to natural sciences, it has had an extraordinary progress in the last couple of years: positivism is still present, and it's still producing high-quality and high impact knowledge. Progress has been difficult for social gerontology, in part due to the fact that social phenomena are considerably more complex and dynamic, and that researches focus their studies and theories with different perspectives.

Key words

Gerontology, theories, research, aging, old age.

PESQUISA E ENVELHECIMENTO: DO DADO À TEORIA

Resumo

Introdução: a pesquisa científica do envelhecimento surgiu depois da Segunda Guerra Mundial, por tanto é mais nova que seu objeto de pesquisa. A gerontologia nasceu em meio do estrutural – funcionalismo, por isto desde seus inícios foi uma gerontologia funcionalista, caracterizada pelo domínio de uma dimensão empírica e aplicada, na qual os métodos tem sido a guia tem marcado o caminho do desenvolvimento, além, com um enfoque baseado em problemas ou sítios de intervenção. Porém se iniciou entre os interstícios das ciências biológicas, medicas, psicológicas e sociais, seus marcos de referencia explicativos provierem especialmente da biologia e a psicologia. **Objetivo:** Fazer um a análise critica da situação do desenvolvimento das teorias em gerontologia. **Metodologia:** se identificaram mais de 5.000 publicações sobre o tema, entre artigos, editoriais, documentos e livros,

publicados desde a década dos 60. Os artigos e documentos foram revisados a partir do resumo para determinar sua pertinência e para os livros a tabela de conteúdo. Retiveram-se 254 publicações para o presente análise. **Resultados:** Se podem considerar cinco aspectos importantes no desenvolvimento das teorias em gerontologia: no primeiro lugar, nasce de problemas. Em segundo lugar, tem desenvolvido à deriva a partir da evidencia empírica (pragmatismo empírico e a teoria) por tanto tem centrado na acumulação geral empírica. Em terzo lugar, na luta por lograr um status disciplinar às vezes vai em contra de sua natureza interdisciplinares, o qual orienta ao quarto aspecto: a Complexidade de seu objeto de pesquisa. Finalmente, outra das dificuldades que tem encontrado a gerontologia, é que nasceu e tem desenvolvido em meio de um cambio de paradigma da modernidade para a pós-modernidade, em meio da tensão entre os enfoques explicativos e causais vs. Os compreensivos e interpretativos, que tem cabida em uma sociedade que se queira post – moderna, mas conserva muitos esquemas da modernidade. **Conclusão:** como a biologia e a psicologia estão mais perto das ciências naturais, tem ido um extraordinário progresso nos últimos anos: o positivismo ainda esta com nós e segue produzindo conocimiento de alta qualidade e de alto impacto. O progresso tem sido mais difícil e problemático para a gerontologia social, em parte, porque os fenômenos sociais são consideravelmente mais complexos e dinâmicos e os investigadores enfocam suas pesquisas e teorias com diferentes perspectivas.

Palavras chave

Gerontologia, teorias, pesquisa, envelhecimento, velhice.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la sociedad posindustrial o moderna, donde el envejecimiento de la población ha adquirido su mayor complejidad, nació la gerontología hace un poco más de 50 años, en la intersección de cambios sociales clave del pasado siglo (1). Quizás, precisamente por lo intrincado del tema, Birren y Bengtson (2), se expresan de la gerontología como un ensamblaje multidisciplinario de esquemas explicativos, cada uno invocando términos teóricos que sencillamente no se mueven dentro del mismo universo conceptual. Además, Birren (3) hace notar que la gerontología desde sus orígenes ha estado dominada por la dimensión empírica; como él lo expresa, es una disciplina “rica en datos y pobre en teoría”. Esta ausencia de teorización es perjudicial puesto que no permite elaborar marcos conceptuales que orienten las acciones e intervenciones.

En este artículo se presenta un análisis de la situación del desarrollo de las teorías en gerontología. Para tal fin, se parte del concepto de teoría, su importancia y sus formas de evaluación. Posteriormente se presenta el análisis del desarrollo de las teorías en gerontología propiamente dicho, las controversias en torno a su objeto de estudio y su estatus disciplinar, para concluir con los retos que enfrenta para su desarrollo futuro.

METODOLOGÍA

Se elaboró una lista de palabras clave relacionada con el tema, tales como teoría, teorías del envejecimiento, modelo teórico, envejecimiento, vejez, gerontología social, ciencia, investigación, entre otros, en inglés, francés y español. Se encontraron más de 5.000 publicaciones sobre el tema, entre artículos, editoriales, documentos, capítulos de libros y libros, publicados desde la

década del 60. Se utilizaron diversas bases de datos (*Ageline, Bireme, Scielo, Cinahl, Current Contex, Embase, Medline, Proquest Dissertation, PsychInfo, Social Science Full Text, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts*, entre otras) y diversas bibliotecas de Canadá y Colombia. Los artículos y documentos fueron revisados a partir del resumen para determinar su pertinencia, para los libros se tuvo en cuenta la tabla de contenido. Los criterios de exclusión fueron: idioma diferente al inglés, francés y español, documentos sobre teorías biológicas específicas, aplicación de teorías a casos o situaciones concretas, y publicaciones sobre geriatría.

¿QUÉ ES TEORÍA?

El término ‘teoría’ es altamente polisémico: con él suelen designarse muchas cosas, a veces notoriamente diferentes entre sí. Desde un punto de vista científico, toda teoría designa una entidad sin existencia factual (las teorías no se ven, ni se sienten, ni se perciben), estrictamente limitada al mundo del pensamiento y del razonamiento (4). Bengtson, Rice y Johnson (5) la definen como la construcción de explicaciones explícitas para dar cuenta de hallazgos empíricos.

La clave del proceso de teorización es la explicación, puesto que es ésta, y no la descripción, la que permite el desarrollo acumulativo del conocimiento científico (5). Explicar es establecer relaciones entre el qué, el por qué, el cuándo, el dónde y el cómo de los fenómenos observados, a su vez este fenómeno (el *qué*) debe estar claramente conceptualizado (5, 6). Son las explicaciones las que posibilitan construir conocimiento y comprender los fenómenos de una manera sistemática, proceso que va más allá de la acumulación de hechos (7).

Una teoría científica es un conjunto de enunciados estructurados, así una sola afirmación que describe un evento o que da cuenta de un fenómeno observado, repetido o no, no puede ser una teoría,

es sólo constatar la existencia de ese algo, no es explicarlo. La explicación teórica debe ir más allá de los casos singulares o concretos, debe proporcionar un sistema completo de principios básicos que permiten comprender no solamente el fenómeno observado sino un conjunto de fenómenos organizados de manera sistemática, de tal manera que permitan anticipar qué sucede si un fenómeno se presenta o no, y cuáles deben ser excluidos dentro de la teoría propuesta, es decir debe posibilitar hacer predicciones (6, 8). Finalmente, es la explicación la que permite o impide la aplicabilidad del conocimiento (9).

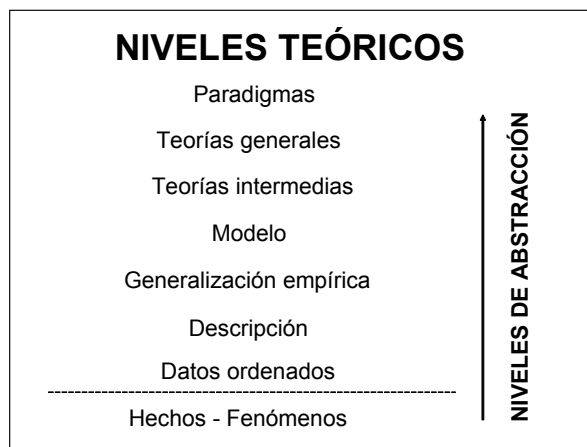
En contraste con los procedimientos de la ciencia positivista centrados en la explicación y la determinación de relaciones de causa-efecto, los modelos interpretativos y críticos de teorización se enfocan sobre el proceso y la comprensión. Más que enfatizar en la predicción y control, los investigadores constructivistas insisten en la interpretación y el sentido, los teóricos de este paradigma están de acuerdo en que las teorías deben dar cuenta del mundo de la experiencia; para ellos la realidad es un mundo de significados y no de cosas (10). Por su parte Strauss y Corbin (11) insisten en que en una teoría no sólo se describen acontecimientos y sucesos, sino que el análisis se extiende de manera que también incluya interpretaciones para explicar por qué, cuándo, dónde, qué, cómo y con qué consecuencias suceden.

La principal finalidad de una teoría es proporcionar un *set* de lentes a través de los cuales se pueda mirar y dar sentido a lo que se observa: mirar un objeto a través de un lente da una imagen, si se cambia de lente se ve algo diferente. En gerontología es obvio que se necesitan muchos lentes al mismo tiempo para ver la complejidad y diversidad del proceso de envejecimiento (12). Por ello, sobre la misma base empírica, sobre los mismos fenómenos o hechos, pueden existir diversas teorías con diferentes poderes explicativos que contribuyen de manera diversa a comprender los hallazgos acerca de los procesos de envejecimiento y vejez.

a. ¿Qué no es teoría?

Es importante no confundir con otros términos que reflejan el proceso de construcción del conocimiento y dan cuenta de diferentes niveles teóricos, tales como hechos o fenómenos, descripciones, generalizaciones empíricas, modelos y paradigmas. Estos diferentes niveles teóricos se muestran en la figura 1.

Figura1. Niveles teóricos



Los hechos o fenómenos son sucesos o acontecimientos tal como se experimentan o se producen en la realidad. Un hecho científico son hallazgos empíricamente establecidos (13), “son los ladrillos” que sirven para construir teoría. La ciencia se construye de hechos o fenómenos, igual que una casa se construye de ladrillos, pero una acumulación de hechos no es más ciencia que una pila de ladrillos una casa. Lo que se observa es un hecho actual; en contraste, los datos científicos no son algo dado, es necesario producirlos. El producto de la observación es un dato, el cual a su vez se expresa en enunciados que comunican algunos rasgos del resultado de la observación (14). Sin embargo, la ciencia no comienza con datos, sino con problemas, de ahí se infiere que la acumulación de datos no es ciencia.

Las generalizaciones empíricas son afirmaciones que describen las regularidades observadas una y otra vez en el curso de una observación sistemática (5). Son hechos confirmados y repetidos, por ejemplo, en geriatría es bien conocida la relación lineal entre la edad y la presencia de disfunciones físicas. La descripción de estas generalizaciones empíricas da lugar a modelos.

Los modelos son esquemas, representaciones o diagramas que permiten visualizar las categorías o variables del fenómeno bajo estudio, y sus relaciones. Representan otro proceso en el desarrollo del conocimiento; son descripciones o prototipos de cómo las generalizaciones empíricas pueden relacionarse unas con otras. Los modelos describen o intentan describir las relaciones entre las variables o categorías, pero los modelos, así como las generalizaciones empíricas, tampoco son teorías, puesto que no implican el proceso intelectual de la explicación, es decir, no incluyen el *por qué* detrás del *qué* observado.

El desarrollo de modelos o la modelización es un aporte reciente de la estadística y de las aplicaciones de las ciencias básicas. Algunas disciplinas como la epidemiología, la demografía y la biología molecular, utilizan modelos para resumir observaciones complejas y describir sus interrelaciones empíricas. En gerontología, se ha utilizado especialmente para la integración de generalizaciones empíricas acerca de las diferencias con la edad o del proceso de envejecimiento (15).

El último concepto que se debe diferenciar de teoría es paradigma. Es un término introducido por Kuhn en la década de los sesenta. Un paradigma científico es un logro científico universalmente reconocido, que durante cierto tiempo provee de modelos de problemas y de soluciones a una comunidad científica (16).

Así, se puede decir que un paradigma es un modelo, un marco de referencia, un sistema teórico, elaborado en correspondencia con la

concepción que el hombre tiene del universo y de la manera como interpreta su inserción dentro de éste. Este marco de referencia es el que da solidez a los supuestos que se aceptan y credibilidad a los postulados y axiomas básicos. Es decir, un paradigma es una red de conceptos, de creencias teóricas y metodológicas entrelazadas que permiten la selección, evaluación y crítica de temas y métodos, y una red de compromisos entre los miembros de la comunidad científica, todo lo cual implica una definición específica del campo de la ciencia correspondiente y se expresa en una tradición de investigación científica (17, 18).

El paradigma no es puramente racional sino histórico y controla el pensamiento, es decir la construcción de teorías y la producción de los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada, se convierte en un principio rector del conocimiento. Se basa en observaciones sistemáticas expresadas organizadamente desde el punto de vista de modelos coherentes, aunque sean limitados y aproximativos; por tanto, un paradigma tiene dos requisitos básicos para serlo: una base empírica y un proceso de creación del modelo (17, 18).

Bengtson y cols. (12) lo definen como un movimiento en la ciencia provocado por un cambio espectacular en los esfuerzos, reflejado en la acumulación de generalizaciones empíricas, modelos y teorías. Esto a su vez lleva a una nueva epistemología de los métodos, preguntas de investigación, interpretaciones y explicaciones, lo que Kuhn (16) definió como revoluciones científicas.

En síntesis, un paradigma es también una filosofía, o cuando menos un conjunto de presuposiciones filosóficas adoptadas por una comunidad científica. También es una tradición científica y una manera de ver las cosas. Implica “cómo se ve el mundo y cómo opera” y da cuenta de las maneras de hacer ciencia en cada época según modelos históricos bien logrados. Las familias de teorías se pueden agrupar en paradigmas (5).

Estas distinciones epistemológicas entre hechos, generalizaciones empíricas, modelos y paradigmas, no son puramente estilísticas, van directo al corazón de lo que es teoría y del fin último de la investigación. Como se verá más adelante, en gerontología se ha privilegiado el desarrollo de generalizaciones empíricas en torno a la edad y a la construcción de modelos y se ha relegado la explicación; sin embargo, para que prospere como disciplina o como cuerpo de conocimiento debe fomentar el desarrollo de teorías.

b. ¿Por qué es importante la teoría?

La teoría es importante porque representa un esfuerzo sustantivo de un grupo de investigadores, para sintetizar lo que se conoce, adicionar nuevo conocimiento, y proporcionar una guía acerca de lo que aún no se conoce. Bengtson y cols. en 1999 (5) planteaban que la teoría es el compás con el cual se navega en el vasto mar de los datos, por esto los datos deben ser transformados dentro de explicaciones con sentido, acerca del proceso y de las consecuencias del envejecimiento. Diez años después, los mismos autores sigue insistiendo en que la teoría es crucial para que la investigación sea útil, su ausencia conduce a la aplicación limitada de los hallazgos y no permite la construcción acumulativa de conocimiento acerca de un tema o aspecto (12). El rol principal de una teoría es integrar conocimiento, lo cual incluye la información establecida previamente así como la que se asume que es nueva. Según Salthouse (19), las teorías son importantes por dos razones: organizan una gran cantidad de información de una manera parsimoniosa y sirven de guía a futuras investigaciones, dado que permiten identificar cuáles aspectos son importantes, interesantes y centrales, y cuáles son periféricos, irrelevantes o sin interés.

Bengtson y cols. (5, 20) resumen la importancia de la teoría en 4 puntos:

1. Integración de conocimiento: una buena teoría resume de manera discreta hallazgos de estudios empíricos y los incorpora en enunciados breves que describen vínculos entre observaciones cruciales, variables o constructos teóricos. Es decir, los conceptos clave de una teoría han estar conectados entre sí.
2. Explicación del conocimiento: una teoría útil proporciona, no sólo una descripción de las vías por las cuales se relacionan los fenómenos (esto corresponde a “modelo”) sino también *cómo* y especialmente *por qué* están relacionados, incorporando de manera lógica los antecedentes y consecuencias de resultados empíricos.
3. Predicciones acerca de lo que aún no se conoce o no se ha observado: la investigación basada en la teoría puede dar lugar a posteriores descubrimientos sobre la base de los principios propuestos por la teoría anterior.
4. Intervenciones para mejorar las condiciones humanas: la teoría es valiosa cuando se trata de aplicar y avanzar en el conocimiento existente para solucionar problemas o aliviar condiciones indeseables. La utilidad práctica de una teoría científica es evidente en las comunicaciones: desde el telégrafo a Internet. Otra forma de mirar la intervención es desde el punto de vista social: en gerontología se puede mencionar la intervención de los gobiernos a través de políticas públicas, sistemas de provisión de ayudas domiciliarias, entre otras. El problema de las intervenciones en gerontología es que frecuentemente son experimentos (ensayo-error) y pocas veces son reflejo de una teoría “bien digerida” lo cual lleva a la pregunta: ¿si no se comprende el problema, cómo arreglarlo?

En síntesis, la teoría proporciona marcos de referencia para comprender, interpretar, actuar y problematizar el envejecimiento (21, 22). Si los hallazgos de las investigaciones no se presentan dentro de un contexto de explicaciones teóricas,

la interpretación de por qué y cómo ocurre un fenómeno es limitada (20). De otro lado, la ausencia de teorización es perjudicial puesto que no permite elaborar marcos conceptuales que orienten las acciones e intervenciones.

c. ¿Cómo evaluar una teoría?

No hay que olvidar que las teorías son espejos de las normas y valores de sus creadores y de sus momentos históricos y sociales. Reflejan los puntos de vista culturalmente dominantes acerca de cuál es el camino apropiado para analizar el fenómeno, es decir, las teorías existen dentro de paradigmas (23). Según Hendricks y Powell (23), las teorías no son medios simples y neutrales de interpretación, además de dar cuenta de la dinámica de la sociedad, determinan sobre qué base es posible conocer el mundo social (base epistemológica), y cuál es la naturaleza de la realidad social que se estudia (base ontológica). Tampoco hay que olvidar que las teorías sociales varían de acuerdo con las tradiciones intelectuales y culturales bajo las cuales son concebidas.

Hay muchas maneras de evaluar una teoría, según su enfoque epistemológico, su profundidad y alcance, a partir de sus características o utilizando criterios formales, metodológicos, gnoseológicos y metafísicos (24). A continuación se hará una breve referencia a los tres primeros; los criterios formales, metodológicos, gnoseológicos y metafísicos escapan a las pretensiones del presente artículo.

a) El enfoque epistemológico contiene los parámetros para concebir la naturaleza, la función y la estructura de las teorías (24). El concepto de teoría cambia según cada enfoque epistemológico.

En el enfoque empirista-inductivo (*empirismo*), hay una realidad externa independiente, el conocimiento de dicha realidad se genera a partir de los datos de la percepción sensorial y de la observación. Aquí la *Teoría* es un hallazgo

universal, aritmético y frecuencial, del patrón de ocurrencia, del modo en que se suceden los hechos, hallazgo que debe luego expresarse en términos de un sistema de leyes. Las teorías biológicas del envejecimiento se enmarcan dentro de este enfoque.

En el racionalista-deductivo (*racionalismo*), la realidad es externa e independiente, el conocimiento se genera a partir de las capacidades del cerebro humano y de sus facultades de razonamiento. Por tanto, en este enfoque, la *Teoría* es un diseño, una formulación mental, un invento, que imita estructuras universales y abstractas que son las responsables de los procesos observacionales aparentemente diferentes entre sí y que subyacen a las distintas casuísticas y a las observaciones y frecuencias aparentemente diferentes del modo en que ocurren los hechos. Ejemplos de este enfoque en gerontología son las teorías de la estratificación por edad y del intercambio social.

En el interpretativo-simbólico (*constructivismo*), la realidad depende del modo en que la vemos y la pensamos, el conocimiento es producto de nuestras propias intuiciones internas, de nuestras vivencias y de nuestra propia conciencia; el mundo de la experiencia es un mundo de significados y no de cosas. En ese sentido, la *Teoría* es una definición o traducción del modo en que los grupos sociales y los individuos perciben los hechos desde su propia subjetividad. Ejemplo, la teoría del cuerpo.

b) Profundidad / Alcance: según el alcance o profundidad, hay teorías generales, intermedias y específicas (23, 25, 26). Las teorías generales (Macro): explican un universo de hechos hasta sus límites más amplios. Dentro de este grupo existen dos tipos diferentes: teorías normativas, en las cuales se insiste en que la conducta individual es determinada por normas sociales, en gerontología están la teoría del desarraigo y la teoría de la actividad. El segundo tipo corresponde a las interpretativas, que postulan que las personas construyen su realidad social, por ejemplo la gerontología crítica.

Las teorías intermedias explican un universo de hechos incluidos en una teoría general. No explican todos los posibles procesos relacionados con el fenómeno (23), por ejemplo la teoría del envejecimiento exitoso.

Por su parte, las teorías específicas (Micro), explican un universo de hechos incluidos en una teoría intermedia, en gerontología hacen énfasis en la gestión individual y en las decisiones personales y tienden a medicalizar el envejecimiento o a conceptualizar el envejecimiento como problema individual (23, 27).

c) En cuanto a las características que debe tener una teoría, existen al menos dos enfoques; el primero habla de adecuaciones (28): adecuación lógica, como medida de claridad, consistencia interna, parsimonia y contenido explicatorio; la adecuación operacional es la habilidad de la teoría para ser evaluada empíricamente; la adecuación empírica da cuenta del grado de evidencia creíble y replicable de la teoría, y la adecuación pragmática corresponde a la utilidad en la predicción e intervención, así como en la viabilidad y relevancia práctica.

El segundo enfoque incluye 6 aspectos: 1) integra conocimiento; 2) es parsimoniosa, es decir explica qué aspectos se relacionan, cómo y por qué; 3) permite predecir y controlar eventos futuros; 4) es sistemática; 5) es evaluable y 6) es contrastable (4).

Salthouse (19) plantea una taxonomía de las preguntas más importantes para lograr una teoría exitosa (ver Tabla 1). Cada una de las preguntas es importante para proporcionar una completa explicación del fenómeno, por tanto, todas deben tener respuestas satisfactorias. Según el autor, además de proporcionar bases para la evaluación de una teoría, también pueden ser útiles para establecer en qué se diferencian unas de otras y por qué no se pueden hacer comparaciones directas entre teorías.

Tabla 1. Taxonomía de preguntas para evaluar una teoría.

Pregunta	Aspectos (ejemplos)	Elaboración
Qué	¿En que aspectos varían las personas de diferentes edades?	Que se refiere al fenómeno a explicar. Foco primario de la teoría.
Cuándo	¿A qué edades, en qué momento ocurre el fenómeno?	Se refiere al tiempo del fenómeno.
Dónde	Hipotéticamente, ¿cuáles aspectos, o componentes teóricos, o... están primariamente involucrados en el fenómeno?	Localización conceptual (o anatómica...).
Por qué	¿Qué es responsable del cambio o del fenómeno?	Determinantes causales del fenómeno.
Cómo	¿Cuáles son los mecanismos fundamentales por los cuales ocurre?	Se refiere a la manera por la cual la causa ejerce su efecto.

Fuente. Adaptada de Salthouse (19).

El *qué* afecta la amplitud y profundidad de la teoría. Da cuenta de los aspectos que se consideran primariamente (ej. enfermedad, síndrome) y quizá algunos análogos, que pueden ser considerados secundarios (ej. síntomas). El *qué* al ser el foco primario de la teoría, es la clave para comparar dos o más teorías, si dos teorías difieren en su respuesta al *qué*, las comparaciones no tienen sentido porque en lo fundamental, no se refieren al mismo fenómeno.

La pregunta del *cuándo* es relevante, porque, por ejemplo si la teoría asume que el fenómeno empieza tarde en la vejez, no es relevante estudiar adultos jóvenes. Éste *cuando* está determinado por la conceptualización teórica del fenómeno.

El *dónde* en muchas de las teorías biológicas y psicológicas se ha utilizado para localizar el modelo conceptual (por ejemplo neuroanatómico) o la variable de interés en un campo determinado, por ejemplo en ecuaciones, hipótesis, áreas de conocimiento o de funcionamiento. Es útil para precisar la naturaleza exacta de las observaciones, además proporciona un nivel de descripción más específico, una caracterización más precisa y exactitud en la explicación.

El *por qué* es más obvio, da cuenta de los determinantes o precursores; generalmente está estrechamente ligado al *cómo* porque se focaliza sobre la manera específica por la cual las causas postuladas, producen el fenómeno. Una respuesta exitosa a la pregunta del *por qué* se debe acompañar por algún grado de comprensión de las bases del envejecimiento y la respuesta exitosa del *cómo* especifica los mecanismos bajo los cuales una intervención o la existencia de otros factores que lo moderan o atenúan, pueden ser implementados para alterar o modificar los procesos de envejecimiento.

¿CÓMO HA SIDO EL DESARROLLO DE LAS TEORÍAS EN GERONTOLOGÍA?

El estudio científico del envejecimiento surgió después de la Segunda Guerra Mundial (1), se puede decir que en gran medida, es más joven que su objeto de estudio, y en este poco tiempo ha acumulado una gran cantidad de conocimiento. Sin embargo, aún no tenemos explicaciones de por qué o cómo ocurren los fenómenos y sus consecuencias o por qué y cómo se producen las variaciones (12).

La gerontología nació en medio del estructural-funcionalismo del mundo occidental (2, 29). Es un enfoque empleado en ciencias sociales que supone que los elementos de una determinada estructura social son interdependientes entre sí; una variación de alguno de ellos, repercute en los demás. Considera la sociedad como un organismo biológico con todas sus partes, (educación/familia/religión/gobierno), trabajando de forma integrada para que la sociedad funcione equilibradamente (29). En este contexto, los cambios estructurales, consecuencia de los cambios demográficos, conllevan cambios en el funcionamiento de la sociedad.

Así, los cambios en la estructura de la edad de la población tienen implicaciones significativas para la sociedad en general y a la vez caracterizan la complejidad social contemporánea. Los principales cambios sociodemográficos que han influenciado el desarrollo de la gerontología son: el aumento de la esperanza de vida y de la longevidad, lo cual a su vez ha llevado al aumento de una generación entera en la estructura de las sociedades; los dos anteriores, a su vez, han llevado a cambios en la estructura familiar, en los valores y en las expectativas en cuanto al papel del Estado en la vida de los individuos y de las familias (20).

En este contexto, las teorías del envejecimiento aparecen para responder a las implicaciones (llamados “problemas”) sociales, de salud y económicas, de los cambios demográficos (“del fenómeno del envejecimiento”). Por ello, desde sus inicios fue una gerontología funcionalista, caracterizada por el dominio de una dimensión empírica y aplicada, en la cual los métodos han sido la guía y han marcado el camino del desarrollo; con un enfoque basado en problemas o sitios de intervención (instituciones y estructuras sociales), que se ha nutrido de un pragmatismo empírico y a-teórico, es decir, con una marcada ausencia de reflexión sobre sus propias presunciones (30). Además, aunque nació entre los intersticios de las ciencias biológicas, médicas, psicológicas y

sociales, sus marcos de referencia explicativos provienen especialmente de la biología y la psicología (22).

Se pueden considerar cinco aspectos importantes en el desarrollo de las teorías en gerontología: en primer lugar, nace de problemas. En segundo lugar, se ha desarrollado a la deriva a partir de la evidencia empírica (pragmatismo empírico y a-teórico) por tanto se ha centrado en la acumulación de generalizaciones empíricas. En tercer lugar, en lucha por lograr un estatus disciplinar a veces va en contra de su naturaleza interdisciplinaria, lo cual conduce al cuarto aspecto: la complejidad de su objeto de estudio. Finalmente, otra de las dificultades que ha enfrentado la gerontología, es que nació y se ha desarrollado en medio de un cambio de paradigma de la modernidad hacia la posmodernidad, en medio de la tensión entre los enfoques explicativos y causales vs. los comprensivos e interpretativos, que tienen lugar en el seno de una sociedad que se quiere posmoderna, pero conserva muchos esquemas de la modernidad. Todos estos aspectos tienen profundas implicaciones para el desarrollo futuro. A continuación se presenta cada uno de ellos.

a. Nace de problemas

Los primeros trabajos científicos centrados en el envejecimiento, en las décadas del 50 y del 60, se centraron en los problemas ligados a la vejez (1). En geriatría, centrada en enfermedad, es decir en el modelo patológico. En gerontología se estudiaron problemas como la pobreza, el abandono familiar y la exclusión social, que llevó a que en gerontología, la vejez y el envejecimiento se asimilaran a soledad, aislamiento, pobreza, pérdidas, duelos, jubilación, hecho que alimentó una concepción negativa de la ancianidad. Durante por lo menos 50 años, pero especialmente en la década de los 60, con la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (31) los estudios en torno al envejecimiento centraron su interés en los ancianos en cuanto individuos que ya no participaban en el

mercado laboral, y por tanto, ya no formaban parte de la esfera esencial de la sociedad.

El modelo que prevalece es el de la vejez y el envejecimiento como sinónimos de problema, pérdida, declinación, deterioro y dependencia, es decir, un cúmulo de situaciones problemáticas que exigen una solución pronta y efectiva. La solución emerge, en un principio de lo que muchos autores (22, 25, 27, 30, 32-40) han llamado la medicalización del envejecimiento, o “Gerontología Biomédica” que es resultado del desarrollo de la geriatría más que de la gerontología. Esta biomedicalización problematiza el envejecimiento como patológico, es decir, lo reduce a la geriatría, de ahí que la visión de la vejez que se construye socialmente es la de dependencia, inactividad, pérdida y deterioro (22, 30). Se argumenta además, que la gerontología como disciplina científica ha sido dominada por elementos de los modelos biológicos y psicológicos de la declinación (30, 32, 40). Esto implica que el anciano, como uno de los objetos de estudio de la gerontología, se ha construido históricamente desde un paradigma asistencial y excluyente.

Solamente en los 90 empieza a desarrollarse la visión positiva del envejecimiento, especialmente a partir de los trabajos de Baltes y Baltes (41) y Baltes y Carstensen (42) con su teoría del envejecimiento exitoso, se empieza a configurar una visión positiva, activa y socialmente más valorada de la vejez y del envejecimiento. El desarrollo teórico de estos autores abrió el camino para pasar de un concepto de envejecimiento normal (opuesto al envejecimiento patológico) a hablar de “proceso” de envejecimiento.

A pesar de ello, algunos autores (22, 27, 30, 43) insisten en que la gerontología aún es biomédica, y que el énfasis de este modelo implica ver el envejecimiento exclusivamente desde un enfoque reduccionista, objetivo y racional, producto de la investigación epidemiológica positivista, aunque se reconozca que más allá del envejecimiento biológico universal, también es una construcción

social dentro de un contexto cultural, político y económico (27).

Actualmente se insiste en que el envejecimiento no existe separadamente de las interacciones sociales y de las relaciones de poder en la sociedad, de hecho estas reflexiones han dado paso a la aparición de teorías tales como la gerontología crítica y la teoría foucauldiana del envejecimiento, entre otras.

b. A la deriva... a partir de la evidencia empírica

Como la gerontología nació de problemas, se ha desarrollado en busca de respuestas operacionales a las preguntas hechas dentro de la sociedad, es decir, centrada en la solución de estos problemas, por tanto, marcada por actividades de naturaleza práctica y técnica (37); en esta lógica, el saber que se requiere debe ser útil, operacional e inmediato. La cuestión principal no es la de saber, ni la del significado, no es el conocimiento ni la producción teórica lo que interesa, sino la funcionalidad, el “saber hacer” que es lo que permite solucionar los problemas. Es obvio que la solución de problemas requiere respuestas rápidas y fáciles, a expensas de la comprensión de la complejidad, es decir a costa de la teorización, por ello, se ha dado prioridad a los modelos y generalizaciones empíricas sobre las teorías (rica en datos y pobre en teorías) (2).

Bengtson, Parrott y Burgess (44) plantean que el 80% de los artículos publicados en los 90 no mencionan ninguna tradición teórica para los resultados, ellos afirman que se acumulan generalizaciones empíricas sin desarrollar un conocimiento integrado. En ese sentido se puede hablar del desarrollo inicial de la gerontología como una colección de hallazgos. Según Bengtson y cols. (5) se han sustituido diálogos teóricos por monólogos empíricos, acerca de la edad y el envejecimiento. Además, la información producida no ha sido acumulativa (sumativa), se correlacionan diversos fenómenos con la edad cronológica y se atribuye a este último un factor

causal (15). En consecuencia hay cantidades de datos, algunos de muy alta calidad, pero son datos difíciles o imposibles de integrar; por ello aún no se conoce a cabalidad cuáles son y cómo actúan las fuerzas dinámicas que transforman un organismo joven en un organismo viejo (45).

Según Bengtson y cols. (12, 20) los estudios se han centrado en el refinamiento de la medición y en la selección de sujetos, las preguntas de investigación o su potencial generalización han sido menos importantes. Hay grandes cantidades de descripciones de mediciones pero muy pocas síntesis de interrelaciones o de identificación de las influencias subyacentes. Se ha llegado a mediciones altamente sofisticadas en relación con la edad cronológica, pero esto no lleva automáticamente a una mejor comprensión del envejecimiento o a estimular la construcción teórica. Aunque se ha avanzado en descripciones de funciones a lo largo del curso de vida, aún no se ha llegado a verdaderas explicaciones. Se insiste en la recopilación de datos, más que en su integración o interpretación (15, 46, 47) y como ya se mencionó, la teoría es necesaria para ir más allá de una mera acumulación de hechos.

Para Schaie, Schaie y Bengtson (48) prueba de esto es que la sofisticación tecnológica y la modelización estadística parecen ser la demanda de los revisores y editores de las revistas. En biología los modelos empíricos de envejecimiento celular o molecular, en psicología los modelos experimentales de diferencias de edad, en sociología los modelos de las consecuencias de los cambios demográficos, la evolución de los ancianos dentro de la sociedad, la interdependencia de los grupos de edad.

Siguiendo a Kuhn (16) se sabe que la ciencia normal es acumulativa. La actividad científica normal, regida por un “paradigma”, consiste fundamentalmente en ampliar el conocimiento de los hechos que el paradigma delimita como relevantes, en extender la adecuación entre las predicciones y los hechos y en articular cada vez

mejor el propio paradigma. El progreso es nota exclusiva de la ciencia madura. El desarrollo de la ciencia es distinto al de otros campos y sólo tiene lugar cuando la ciencia alcanza la “madurez”, a la cual se arriba cuando emergen de la teoría técnicas predictivas exitosas y cada vez mejores. Pero ciencia acumulativa no es sinónimo de acumulación de datos, porque, como se dijo anteriormente, los datos por sí mismos no son ciencia (7, 30).

Por su parte Morin (49) insiste en que un conocimiento no es pertinente sólo porque tenga una gran cantidad de información, el problema no es la cantidad sino la organización de esa información. El conocimiento pertinente no se fundamenta en la sofisticación sino en la aptitud de contextualizar el saber. Es la contextualización la que permite la pertinencia. Al ser pertinente es analítico y sintético, es un conocimiento que relaciona las partes con el todo y el todo con las partes.

Bengtson y cols. (20), de acuerdo con Birren y Bengtson (2), exponen cinco razones por las cuales la gerontología es “rica en datos y pobre en teoría”:

1. Incapacidad o falta de voluntad para integrar el conocimiento dentro de tópicos o áreas y sintetizar las visiones teóricas en el contexto del conocimiento existente.
2. Orientación centrada en la solución de problemas que tiende a restar valor a la investigación básica donde la teoría juega un rol central.
3. Insisten en que hay una marcada tendencia a focalizarse sobre individuos en contextos específicos y localizados, ignorando contextos sociales más amplios, lo cual conduce a la construcción de teorías de rango intermedio.

4. Los debates epistemológicos en torno a si se debe o no comprender/explicar todo en términos de leyes, causas y predicciones.
5. Dificultad para cruzar las fronteras disciplinares para crear explicaciones e interpretaciones interdisciplinarias del fenómeno del envejecimiento.

Sin embargo, en los últimos años se asiste a un crecimiento del desarrollo teórico en gerontología. Por ejemplo, el reconocimiento de que el envejecimiento incluye procesos internos y externos en interacción, ha enriquecido las teorías y ha estimulado el uso de enfoques multi-nivel (12). También hay un crecimiento en la toma de conciencia de que las interpretaciones y acciones individuales (empoderamiento), las presiones sociales (de clase, etnia, género, cultura) y las instituciones sociales (sistemas de cuidado en salud y pensiones) deben ser reconocidas en todo análisis de causas y consecuencias del envejecimiento (22). La inclusión del medio ambiente físico y social en las teorías del envejecimiento, refleja la toma de conciencia de que diferentes contextos pueden explicar las variaciones en el proceso de envejecer en los diferentes grupos humanos y en las diferentes especies (40). Además, los seres humanos son actores reflexivos y acomodan o reducen el impacto del envejecimiento por medio de modificaciones personales de su conducta y colectivamente modifican el medio ambiente político que determina la disponibilidad de recursos para los ancianos (12). Todo esto demuestra que se inicia un movimiento hacia la integración y construcción de teorías en gerontología en un intento por superar la acumulación de datos, obtener explicaciones y mayor comprensión del envejecimiento y de la vejez.

c. ¿Uni (intra) - multidisciplinaria - interdisciplinaria?

Para Bass (51) los gerontólogos han sido consumidores de los enfoques disciplinares y es

fácil encontrar literatura con enfoque psicológico, sociológico o económico, en los cuales las teorías y métodos se derivan de la disciplina central y se aplican al estudio de los ancianos y de las circunstancias sociales. Según Johnson (52) los investigadores trabajan con referentes teóricos desde sus propias disciplinas, sin que ello se traduzca en la construcción de un corpus teórico en gerontología. De hecho, para muchos autores la supervivencia de la gerontología se debe al soporte de otras disciplinas, es decir las teorías en gerontología se han desarrollado de manera unidisciplinaria e intradisciplinaria (1, 26, 34, 46, 47, 53-55). No hay que olvidar que una teoría no sólo refleja el punto de partida disciplinario del autor, también las explicaciones que ofrece son eco de sus fundamentos disciplinares. Al respecto Alkema y Alley (39), insisten en que el envejecimiento se ha definido como proceso bio-psico-social, es decir compuesto de tres dimensiones, aquí la dificultad estriba en que cada una de estas dimensiones se ha desarrollado de manera separada, reflejando tensiones entre las tradicionales perspectivas disciplinares y la multidimensionalidad del envejecimiento.

Bass (51) además insiste en que los teóricos en gerontología han sido influenciados por las estructuras organizacionales de las universidades a las cuales pertenecen, que no responde a la complejidad asociada al campo de la gerontología y se ha optado por no abordar la gerontología *per se*, sino una perspectiva disciplinaria específica, lo cual favorece, el desarrollo intradisciplinario y no el desarrollo interdisciplinario. Se han reciclado teorías y conceptos, por ejemplo los sociólogos se han preocupado de los roles, de las relaciones familiares e intergeneracionales, de las clases sociales, del estatus y de las relaciones de poder asociadas a la vejez y al envejecimiento. Los psicólogos de los problemas de aprendizaje, memoria, estrés, depresión, demencia y las alteraciones conductuales. Según Bass (51), hay una cierta dualidad irónica, de un lado tenemos un campo definido como interdisciplinario pero en la

práctica es dominado por una investigación básica dentro de marcos de referencia de disciplinas específicas.

Es importante recordar que el término interdisciplinario se usa cuando hay contribución de dos o más disciplinas y esta contribución crea una sinergia original o novedosa; la interdisciplinariedad es más que la suma de partes, por ello se insiste en que en gerontología se asiste a un desarrollo intradisciplinario, a veces multidisciplinario o interprofesional, en el cual las disciplinas co-habitan más que interactúan (46). La verdadera interdisciplinariedad ha sido más una idea que un hecho. Además, la gerontología no ha producido por sí misma metodologías o teorías ampliamente aceptadas (39, 47), este desarrollo teórico apenas empieza (56).

Estas tensiones entre uni - intra - multi - e interdisciplinarias tienen una relación directa con el objeto de estudio de la gerontología. Para Hendricks, Sheets y Bradley (55) el asunto más importante que enfrenta la gerontología es si la perspectiva disciplinaria adoptada en el curso de la teorización altera o no la naturaleza de la pregunta que se hace: diferentes disciplinas en diferentes momentos no se pueden hacer las mismas preguntas, así las cuestiones relativas al envejecimiento y la vejez son diferentes en cada disciplina, en cada momento y en cada contexto.

d. ¿Qué estudia la gerontología?

Para Birren (3) el envejecimiento es un de los más complejos sujetos u objetos de estudio en la ciencia moderna; Katz (43) y Powell (22) plantean que el envejecimiento no es un proceso científico, por tanto, no puede ser analizado de manera singular, vía disciplinariamente, tal como lo hace la gerontología biomédica.

Johnson (52) y Bengtson y cols. (20) reconocen tres grupos de problemas a los que atiende la gerontología: en primer lugar, la población de

ancianos y en este campo los estudios se han centrado en los problemas de funcionalidad, discapacidad y dependencia; en segundo lugar, el envejecimiento como proceso evolutivo de desarrollo, centrado en los aspectos biológicos y psicológicos, sus cambios y consecuencias; y tercero, la vejez como uno de los aspectos de la estructura y del comportamiento de las especies; se estudia la vejez y diversos fenómenos ligados al proceso de envejecimiento desde sus relaciones con las instituciones sociales, tales como el mercado laboral, la jubilación, la familia y los sistema de seguridad social y de pensiones.

Hidalgo (57), argumenta que por un lado se tiene el proceso biológico, fisiológico y orgánico del envejecimiento; y por otro, la forma en que los seres humanos en sociedad, interpretan y reinterpretan el proceso del envejecimiento. Según él, los esfuerzos metodológicos y epistemológicos en la gerontología, se han centrado alrededor de tres áreas álgidas: la temática de edad; el significado del grupo etario; y las aplicaciones del concepto de período. Los tres términos: edad, grupo etario y período, implican el estudio del tiempo como eje central.

De acuerdo con Baars (15), las teorías en gerontología han estado más centradas en el estudio del tiempo, con dos perspectivas fundamentales: en primer lugar, los cambios relacionados con el tiempo (de la célula a la sociedad); y en segundo lugar, el reconocimiento de que los cambios son influenciados por y en interacción con cambios en diferentes niveles. Es lo que el autor denomina asociaciones erróneas del tiempo como causa regular del envejecimiento y la cronologización del envejecimiento y del ciclo vital. Él argumenta que los estudios en gerontología generalmente inician con la definición de su problemática en términos de edad cronológica y presentan sus resultados en diagramas donde la interrelación en dos ejes se supone que muestra los cambios en ciertas características en función de la edad. Tal visualización supone que el proceso de

envejecimiento puede ser clara e inequívocamente relacionado con la edad cronológica. La identificación cronológica de los ancianos presupone una organización del curso de la vida en la cual el tiempo cronológico se ha convertido en una importante perspectiva instrumental; conceptos tales como: grupo de edad, normas de edad, gradiente de edad, estructura de edad, cohorte de edad, ratio de dependencia, perfil de costos por edad, y enfermedades asociadas a la edad, y todas las tablas en la cuales la edad está asociada con características particulares, han pasado a ser tan generalizados, que su significado *gerontológico* rara vez se pone en tela de juicio.

A pesar de que se admite que la edad cronológica es un pobre indicador de envejecimiento, esto no ha implicado muchos cambios en la práctica de la investigación, resultando en una acumulación de datos relacionados con la edad y no en un mejor conocimiento del fenómeno en sí.

El problema de qué estudia la gerontología también se hace obvio en la manera en que *anciano*, *adulto mayor*, *edad*, *envejecer*, *envejecimiento*, entre otros términos, son utilizados por los gerontólogos. Diversos autores (25, 39, 52) están de acuerdo con lo expresado por Moody (34), la gerontología es un ensamblaje multidisciplinario de esquemas explicativos, cada uno invocando términos teóricos que sencillamente no se mueven dentro del mismo universo conceptual.

e. ¿La gerontología es una disciplina?

Aunado a las dificultades en su objeto de estudio, el debate del estatus disciplinar de la gerontología apenas comienza. Para Levine (58) una disciplina es primero y principalmente un cuerpo distintivo de conocimiento básico, con su propia terminología. El propósito de este cuerpo de conocimiento es promover la comprensión de un fenómeno específico y la implementación de este cuerpo de conocimiento para el desarrollo de diferentes talentos y habilidades por medio de la educación

y el entrenamiento. Una profesión no se puede desarrollar sin la existencia de una disciplina que la acompañe. La gerontología se definió en 1905 como el estudio científico del envejecimiento y, según el autor, se ha transformado en una protodisciplina.

Para Bramwell (59) se podría considerar la gerontología como una disciplina si cumple los cuatro criterios que debe tener una disciplina académica:

1. Debe haber un tema predominante o un objeto de estudio: según el autor, en gerontología es el envejecimiento desde una perspectiva del curso de vida con énfasis en el tiempo como elemento clave y la integración de elementos contextuales y estructurales con el organismo humano.
2. Debe tener sus propios métodos de investigación: en gerontología se ha incluido la identificación de biomarcadores de la edad (los cambios medibles asociados a la edad), el uso de criterios fenomenológicos y métodos cualitativos y la promoción de la triangulación de los datos y los estudios longitudinales.
3. Los expertos deben constituir comunidades científicas. Existen numerosas asociaciones de gerontología y de educación en gerontología.
4. Desarrollo de una tradición de actividad intelectual y un cuerpo de conocimiento básico con una perspectiva filosófica distintiva y con su propia terminología. Es en este punto en que se notan las mayores falencias.

Por su parte Tibbitts (60), dice que en 1967 la gerontología se empieza a perfilar como disciplina académica que requiere el desarrollo de un currículo. Según él, se insistía en que la educación era la herramienta clave para la diseminación y afianzamiento del conocimiento existente y para el desarrollo del nuevo conocimiento, y por

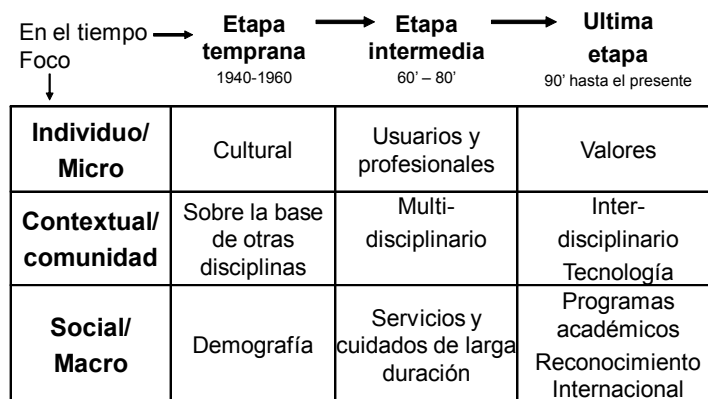
tanto el vehículo para moldear la disciplina. Por ello se puede considerar la gerontología como una disciplina actual, que ha compilado conocimiento a través de la investigación, y que se dedica al estudio del envejecimiento desde una perspectiva amplia, profundizando e integrando conocimientos básicos. Para los autores, tres elementos han contribuido al desarrollo de la gerontología como disciplina académica:

1. El contenido de la investigación y la educación en gerontología que reflejan los dilemas sociales de la vejez y el envejecimiento a nivel individual, familiar y social.
2. La estructura de la disciplina: la cual se refleja en el éxito de las herramientas utilizadas para diseminar y afianzar el conocimiento. Sin embargo, los profesionales que están involucrados en la enseñanza, el entrenamiento y la investigación son de diferentes disciplinas.
3. La organización del conocimiento: se refiere a dónde se produce y quiénes lo transmiten. Generalmente se ha desarrollado en las universidades, el problema es que aún no existen (o son muy pocos) los departamentos de gerontología.

Alkema y Alley (39) discuten la evolución de la gerontología como disciplina, como la tensión entre dos frentes, el intelectual y el social. Para ellos, el centro del debate intelectual se da en torno a lo que se considera o no disciplina científica, y el debate social está centrado en la política económica de la infraestructura de la educación y de la investigación. Ferraro (61) en respuesta a los anteriores, dice que el desarrollo disciplinar no es parte del inexorable curso del destino, y pone en duda el estatus disciplinar de la gerontología.

Sin embargo, según Lowenstein (62) y Lowenstein y Carmel (63) la gerontología se ha transformado en una disciplina académica, puesto que muestra la naturaleza diferenciada e integrada del conocimiento básico. Según ella, se puede decir que la gerontología comprende un rango de ciencias biológicas, comportamentales y psicológicas en torno al envejecimiento y la vejez. En este sentido, su interpretación le proporciona al gerontólogo un punto de vista particular y en esa medida tiene derecho a llamarlo su objeto de estudio. Ella describe el desarrollo de la gerontología como disciplina científica en dos ejes: la evolución en el tiempo (eje horizontal de la Figura 2) y el foco de desarrollo (eje vertical).

Figura 2. Desarrollo de la gerontología como disciplina



Fuente. Adaptado de Lowenstein (62) y Lowenstein y Carmel (63).

Si se estudia por filas, en sentido horizontal, el desarrollo de la gerontología en el terreno de lo micro/individual se ha centrado, en la primera etapa, en torno a los aspectos culturales que reforzaban la heterogeneidad del envejecimiento, haciendo énfasis en un conocimiento dinámico y específico. En la segunda etapa, el énfasis se dirigió a los usuarios y profesionales, es decir los clientes y las facultades (profesores, estudiantes, investigadores), enfocados en la aplicación del conocimiento. En la última etapa el foco corresponde a los valores, es decir al crecimiento, a la capacidad de evaluación del conocimiento científico, a su adaptabilidad e influencia en el desarrollo de programas académicos.

En cuanto al contexto/comunidad, en un principio la gerontología se desarrolló sobre la base de otras disciplinas, para adaptarse a las condiciones sociales mediante la convergencia de muchos campos. En un segundo momento, el conocimiento multidisciplinario fue utilizado como un prisma para acceder al conocimiento básico; y en la tercera etapa, se enfatizan la interdisciplinariedad y la tecnología mediante la creación de programas de formación y de departamentos de gerontología, y del incremento de publicaciones y de la investigación institucional.

Finalmente a nivel macro/social, en un principio se dio prelación a la demografía a fin de estudiar los cambios demográficos y su significado para el individuo, la familia y la sociedad. Posteriormente a la aplicación de conocimiento dentro de los servicios y modelos de atención (especialmente larga estancia) en una variedad de programas de educación y de entrenamiento; en la última etapa se consolidan los programas académicos y el reconocimiento internacional, mediante acciones y actividades específicas como el fortalecimiento de la Asociación Internacional de

Gerontología y Geriátrica (IAGG), el desarrollo del Año internacional del anciano, y las Asambleas Mundiales de Viena y Madrid, entre otros.

Lowenstein (62) y Lowenstein y Carmel (63) insisten en que el marco de referencia ha aumentado tanto en la investigación académica como en la aplicación profesional del conocimiento; además, la integración de estos dos aspectos ha sido más pronunciada con el paso del tiempo. Lowenstein y Carmel (63) insisten en que el campo de la gerontología ha madurado notablemente, lo cual es evidente con el aumento del conocimiento básico, el incremento del número de programas académicos de maestría y doctorado y del número de estudiantes, y la publicación de una gran cantidad de revistas y libros. Sin embargo aún no se ha construido un puente entre tres elementos clave: el desarrollo teórico, el aumento de programas educativos y la institucionalización de la disciplina.

f. Modernidad vs. posmodernidad

En medio de las discusiones acerca de su objeto de estudio, de su estatus disciplinar, de su riqueza empírica y de su pobreza teórica, al final del siglo XX también la gerontología fue marcada por el debate entre la modernidad y la posmodernidad: la modernidad se asocia con creencia en el progreso, con que las identidades sociales dependen de las relaciones de producción y con un enfoque científico del envejecimiento (22) centrado en la edad cronológica (15). La posmodernidad piensa en términos de espacio más que de tiempo, ve la ciencia como otra manera de explicar los eventos (64). En la Tabla 2 se presentan las principales diferencias entre ellas, con base en los planteamientos de diversos autores (22, 29, 38, 65, 66).

Tabla 2. Principales diferencias entre modernidad y posmodernidad.

Modernidad	Posmodernidad
Universalidad	Fragmentación
Realidades generales y universales	Microrrealidades
Objetividad: mundo de las cosas	Subjetividad: mundo de significados
Verdad absoluta	Verdades condicionales, contextuales y situacionales
Homogeneidad	Diversidad
Problema: reduccionismo	Problema: anarquía

La modernidad se asocia con creencia en el progreso, la ciencia, la razón, la observación empírica, el orden y el control, con un enfoque del envejecimiento centrado en matrices disciplinares, modelos estructuralistas funcionalistas y modelos biomédicos y neoliberales. Aquí el envejecimiento y la vejez se han estudiado como objetos de conocimiento, es decir como algo empíricamente verificable; sin embargo, se ha girado en torno a conceptos diferentes: proceso, estado, edad, tiempo, entre otros, es decir no hay un consenso en cuanto a qué y cómo se debe estudiar; además, para la modernidad el envejecimiento es universal pero puede ser “curado” mediante intervenciones médicas (gerontología biomédica), aquí los sujetos (ancianos) se vuelven objetos (especialmente de intervención). Aspectos que dan cuenta del positivismo biomédico y del estructuralismo de la gerontología.

En esta sociedad moderna el cuerpo que envejece también es un objeto de estudio, este cuerpo no se concibe como parte de quiénes somos, sino como parte de la naturaleza (pertenecer a las ciencias naturales) (22), por tanto es controlable y predecible, lo cual se logra mediante la búsqueda de leyes universales objetivas (positivistas y centradas en la medición y el control). Por ello la producción de conocimiento se ha centrado en las funciones, habilidades y necesidades del individuo (perspectiva estructuralista funcionalista),

apoyados en la tesis de que los hechos sociales determinan las conductas del individuo, pero la responsabilidad es del individuo (estructuralista y neoliberal) y es él quien debe tomar la iniciativa y actuar para “prevenir” o “curar” ese “problema”: el envejecimiento. Esto ha permitido el gran desarrollo de teorías biológicas y psicológicas del envejecimiento y el predominio de la gerontología biomédica, de las técnicas y tecnologías médicas y ha contribuido al desarrollo de la medicina y de la tecnología anti-envejecimiento.

Además y como se dijo anteriormente, se considera el proceso de envejecimiento como bio-psico-social, y aunque se reconoce la interrelación e interacción de cada una de estas dimensiones, su desarrollo teórico se ha llevado a cabo en torno a matrices y modelos disciplinares, otra de las características de la modernidad.

A diferencia de lo anterior, la posmodernidad abandona los estándares y categorías universales y las grandes teorías en favor de estrategias conceptuales locales, contextualizadas y pragmáticas (67). Piensa en términos de fragmentación, multiplicidad, pluralidad, indeterminación, espacio más que tiempo; ve la ciencia como una (entre muchas) manera de explicar y comprender los eventos. Para los posmodernos el conocimiento es relativo y socialmente construido en tiempo y espacio. Se

centra en microprocesos individuales, por tanto no intenta explicaciones universales. Niega la objetivización, es decir, para ellos no hay objetos sino sujetos de conocimiento que intentan conocer a otros sujetos en espacios sociales fragmentados (no globales), pasando de lo general a lo particular (29). Tampoco hay verdades absolutas y objetivas, ahora las verdades son contextuales, situacionales y condicionales (65); finalmente, para la posmodernidad, la diversidad y la diferencia son más importantes que la homogeneidad (29).

Esto tiene profundas repercusiones en el estudio del envejecimiento y la vejez. En la posmodernidad las teorías están situadas socio-temporalmente y son elaboradas por seres humanos con intereses y valores particulares, se ha incrementado la percepción de la improvisación, como opuesto al control del mundo moderno, por tanto, el envejecimiento es menos predecible, no tanto desde lo biológico sino como categoría social y como experiencia humana (38); además, según Powell (22), en gerontología, con la posmodernidad se han ido borrando algunas fronteras disciplinares para empezar a construir las propias.

En conclusión, hay que reconocer que los aportes de la modernidad al desarrollo de la gerontología son muy amplios y valiosos, a pesar de su reduccionismo inherente. Todas las teorías biológicas y psicológicas del envejecimiento, las teorías del desarraigo y de la actividad, los

conceptos de envejecimiento exitoso, saludable y activo, los modelos de diagnóstico e intervención de enfermedades específicas y la implantación de modelos de atención en salud y sociales, las diferencias de género y las teorías feministas, la política económica del envejecimiento, los modelos de dependencia estructural, entre otros, han contribuido en gran medida a un mayor y mejor conocimiento del envejecimiento, especialmente desde un punto de vista general y universal, sin lo cual en este momento no se podría pasar a lo específico y local.

La posmodernidad ha contribuido a la introducción de ideas de política económica, de feminismo, de estudios culturales, y ha posibilitado el paso de los modelos estructuralistas hacia modelos de inequidad social, de relaciones de poder, de metodologías interpretativas y constructivas y marcos de referencia interculturales.

Como la biología y la psicología están más cerca de las ciencias naturales, ha tenido un extraordinario progreso en los últimos años: el positivismo aún está con nosotros y sigue produciendo conocimiento de alta calidad y de alto impacto. El progreso ha sido más difícil y problemático para la gerontología social, en parte, porque los fenómenos sociales son considerablemente más complejos y dinámicos y los investigadores enfocan sus estudios y teorías con diferentes perspectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achenbaum, W. A. *Crossing frontiers: Gerontology emerges as a science*. New York: Columbia University Press; 1995.
2. Birren, J. E. y Bengtson V.E. Preface. En: Birren, J. E. y Bengtson V.E., editores. *Emergent Theories on Aging*. New York: Springer; 1988. p. IX-X.
3. Birren, J. E. Theories of aging: A personal perspective. En: V. L. Bengtson & K. W. Schaie, editores. *Handbook on theories of aging*. New York: Springer; 1999. p. 459-471.
4. Padrón José. Qué es teoría. En: Chacín, M. y Padrón, J. *Investigación y Docencia*. Caracas: Publicaciones del Decanato de Postgrado, USR; 1994.
5. Bengtson, V. L., Rice, C. J. & Johnson, M. L. Are theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century. En: V. L. Bengtson & K. W. Schaie, editores. *Handbook on theories of aging*. New York: Springer; 1999. p. 3-20.
6. Whetten, D. A. What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review* 1989;14(4):490-495.
7. Marshall, V. The state of theory in aging and the social science. En: Binstock, R., George, L.K., editores. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 4^o Edition. San Diego: Academic Press; 1996. p. 12-30.
8. Nadeau, Robert. *Encyclopédie philosophique universelle*. Tome I: L'Univers philosophique. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 557-566.
9. Hagestad, G. & Dannefer, D. Concepts and theories in aging: Beyond microfication in social science approaches. En: Binstock R., George L., editores. *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press; 2001. p. 3-21.
10. Poupart, J-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires, editores. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 1997.
11. Strauss, A. & Corbin, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
12. Bengtson, V.L., Gans D., Putney N.M., Silverstein M. Theories about age and aging. En: Bengtson, VL, Gans D., Putney N.M., Silverstein M., editores. *Handbook of theories of aging*. 2^a edition. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 3-24.
13. Laperrière A. Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago. *Sociologie et société* 1982;XIV(1):32-40.
14. Padrón, J. Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el Siglo XXI. *Cinta de Moebio. Revista de epistemología de las ciencias sociales*, Universidad de Chile 2007;28:1-28.
15. Baars Jan. Problematic foundations: theorizing time, age and aging. En: Bengtson, VL, Gans D., Putney N.M., Silverstein M., editores. *Handbook of theories of aging*. 2^a edition. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 87-99.
16. Kuhn, T. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
17. Guba, E.G. y Lincoln, Y. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N. K & Y. Lincoln, S. editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1992. p. 105-117.
18. Denzin, N. y Lincoln, Y. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
19. Salthouse TA. Theoretical issues in the psychology of aging. En: Birren JE. Schaie KW. Editores. *Handbooks of the psychology of aging*. 6th edition. San Diego: Academic Press – Elsevier; 2006. p. 3-13.

20. Bengtson, V.L., Putney N.M., Johnson M. The problem of theory in gerontology today. En: Malcolm L.J., Bengtson, V.L., Coleman, P.G., Kirkwood, T.B., editores. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. New York: Cambridge University Press; 2005. p. 3-20.
21. Powell, J. The Importance of a “Critical” Sociology of Old Age. *Social Science Paper Publisher* 2000;3(1):1-5.
22. Powell J. *Social Theory and Aging*. New York: Rowman & Littlefield Publishers; 2006.
23. Hendricks J., Powell J. Theorizing in social gerontology. *The Raison d’être. International Journal of Sociology and Social Policy* 2009;29(1/2):5-14.
24. Padrón, J. Aspectos Clave en la Evaluación de Teorías. *Copérnico, Revista Arbitrada de Divulgación Científica* 2004;I(1):71-82.
25. Bengtson, V. L., Burgess, E. O. & Parrott, T. M. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1997;52B:S72-S88.
26. Gilleard, C. & Higgs, P. *Cultures of Ageing*. London: Prentice Hall; 2001.
27. Powell J., Hendricks, J. The sociological construction of ageing. Lesson for theorizing. *International Journal of Sociology and Social Policy* 2009;29(1/2):84-94.
28. Achenbaum, W.A., Bengtson V.L. Re-engaging the Disengagement Theory of Aging: On the History and Assessment of Theory Development in Gerontology. *The Gerontologist* 1994;34(6):756-763.
29. Powell, J. Theorizing the “Social” of Gerontology: The Case of the Social Philosophies of Age. *Sincronia: Journal of Cultural Studies* 2001;4(2):1-10.
30. Biggs S, Lowenstein A, Hendricks J. *The need for theory. Critical approaches to social gerontology*. Amityville, NY: Baywood Publishing Company, Inc.; 2003.
31. Cumming, E. & Henry, W. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books; 1961.
32. Estes, C., Biney, E.A. The biomedicalisation of aging: Danger and dilemmas. *The gerontologist* 1989;29(5):587-596.
33. Longino, C.F., Murphy, J.W. *The Old Age Challenge to the Biomedical Model: Paradigm Strain and Health Policy*. Amityville, NY: Baywood Press; 1995.
34. Moody, H. R. Forging an intergenerational consensus. *The Generational Journal* 1988;1(2):78-80.
35. Biggs, S. New ageism: age imperialism, personal experience and ageing policy. En: Daatland, S. and Biggs, S., editores. *Ageing and Diversity*. Bristol: Polity Press; 2004. p. 95-106.
36. Morrow-Howell, N., Hinterlong, J. and Sherraden, M. *Productive Aging: Concepts and Challenges*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2001.
37. Powell, J., Longino C. Towards the Postmodernization of Aging: The Body and Social Theory. *Journal of Aging and Identity* 2001;6(4):199-207.
38. Powell, J., Longino C. Postmodernism Versus Modernism: Rethinking Theoretical Tensions in Social Gerontology. *Journal of Aging and Identity* 2002;(4):219- 226.
39. Alkema, G.E., Alley, D.E. Gerontology’s Future: An Integrative Model for Disciplinary Advancement. *The Gerontologist* 2006; 46(5):574-582.
40. Longino, C.F., Jr. & Powell, J.L. Embodiment and the Study of Aging. En: V. Berdayes, editor. *The body in human inquiry interdisciplinary exploration of embodiment*. New York: Hampton Press; 2004.
41. Baltes, B., Baltes, M.F. *Successful ageing: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.

42. Baltes, M.F., Carstensen, L. The process of Successful ageing. *Ageing and society* 1996; 16:397-422.
43. Katz, S. *Disciplining old age: The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville, VA: University Press of Virginia; 1996.
44. Bengtson, VL; Parrott, TM; Burgess, EO. Progress and pitfalls in gerontological theorizing. *The Gerontologist* 1996;36(6):768-772.
45. Gavrilov LA. Gavrilova N. Reliability theory of aging and longevity. En: Masoro E.J., Austad S.N., editores. *Handbook of the biology of aging*. 6th edition. San Diego: Academic Press – Elsevier; 2006. p. 3-39.
46. Bass, S.A., Ferraro, K.F. Gerontology education in transition: Considering disciplinary and paradigmatic evolution. *The Gerontologist* 2000;40:97-106.
47. Bass, S.A. The Emergence of the Golden Age of Social Gerontology? *The Gerontologist* 2007;47(3):408-412.
48. Schaie, K. Schaie, W., Bengtson, V.L. *Handbook of Theories of Aging*. First edition. New York: Springer Publishing Co., Inc.; 1998.
49. Morin, E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós Studio; 2001.
50. Wahl, H-W., Weisman, G.D. Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections in its historical, empirical and theoretical development. *The Gerontologist* 2003;43(5):616-627.
51. Bass Scott. Toward an integrative theory of social gerontology. En: Bengtson, VL, Gans, D., Putney, N.M., Silverstein M., editores. *Handbook of theories of aging*. 2^a edition. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 347-374.
52. Johnson M. La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques. *La Documentation française. Retraite et société* 2001;34:51-67.
53. Johnson, H. R., Britton, J. H., Lang, C. A., Seltzer, M. M., Stanford, E. P., Yancik, R. et al. Foundations for gerontological education. *The Gerontologist* 1980; 20:1-61.
54. Satin, D. G. A conceptual framework for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters. *Gerontology & Geriatrics Education* 1994;14:3-24.
55. Hendricks, J., Sheets, D. and Bradley, D. Identifying enduring questions in gerontology. En: Hendricks, J., Sheets, D. and Bradley, D., editores. *Enduring Questions in Gerontology*. Amityville: Baywood; 2005. p. 13-28.
56. Achenbaum, W. A. A Metahistorical perspective on theories of aging. En: Bengtson VL, Gans D, Putney NM, Silverstein M., editores. *Handbook of theories of aging*. Second edition. Springer Publishing Company; 2009. p. 25-38.
57. Hidalgo, J.G. Hacia una gerontología social crítica. *Reflexiones* 1993;8:1-10.
58. Levine, M. Guest editorial: Does gerontology exist? *The Gerontologist* 1981;21:2-3.
59. Bramwell, R. D. Gerontology as a discipline. *Educational Gerontology* 1985;11:201-211.
60. Tibbitts, C. *Handbook of social gerontology: Societal aspects of aging*. Chicago: University of Chicago Press; 1960.
61. Ferraro K.F. Imagining the Disciplinary Advancement of Gerontology: Whither the Tipping Point? *The Gerontologist*, Guest Editorial 2006;46(5):571-573.
62. Lowenstein, A. Gerontology Coming Of Age: The Transformation of Social Gerontology into a Distinct Academic Discipline. *Educational Gerontology* 2004;30:2,129-141.

63. Lowenstein, A., Carmel, S. The Construction of Knowledge: A New Gerontological Educational paradigm. En: Bengtson, VL, Gans D., Putney N.M., Silverstein M., editores. Handbook of theories of aging. 2ª edición. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 707-720.
64. Lyotard, J. La condición posmoderna. Madrid: Ediciones Cátedra; 1987.
65. Powell, J., & Biggs, S. Managing Old Age: The Disciplinary Web of Power, Surveillance, and Normalization. *Journal of Aging and Identity* 2000;5:3-13.
66. Powell, J. Theorizing Gerontology: The Case of Old Age, Professional Power, and Social Policy in the United Kingdom. *Journal of Aging and Identity* 2001;6(3):117-135.
67. Siedman, S. Contested Knowledge: Social Theory in the Postmodern Era. Oxford: Blackwell Publishing; 1994.

CONTRADICCIONES DE LOS DISCURSOS QUE DIFICULTAN LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Graciela Enria*
Claudio Staffolani**

Recibido en diciembre 3 de 2009, aceptado en abril 16 de 2010

Resumen

El presente trabajo ha sido realizado durante 2009, condensa la reflexión a partir de años de investigaciones realizadas desde la cátedra Medicina y Sociedad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), en el territorio de la ciudad de Rosario y la provincia de Santa Fe. El **objetivo** consistió en interpretar las contradicciones a partir de los discursos presentes en la puesta en práctica de la Promoción de la Salud y las normas que los regulan y permean el sentido común, creando valores, muchas veces discordantes con los objetivos de los propios programas. La **metodología** utilizada se basó en la revisión de trabajos de investigación realizados sobre el tema en el territorio y documentos oficiales relativos al Área Salud de la provincia de Santa Fe. Los **resultados** ponen al descubierto el sentido de verdad de los mandatos construidos para alcanzar una vida saludable; discusión instalada dentro del debate Modernidad-Postmodernidad, que en el caso de las Ciencias de la Salud inclina la balanza hacia las prácticas normadas que se apoyan en la “verdad científica”. En las **conclusiones**, se discuten los obstáculos que este modo de accionar presenta para alcanzar las transformaciones epidemiológicas que posibiliten la ansiada meta de Salud para Todos en el territorio analizado.

Palabras clave

Promoción de la salud, políticas públicas, sistema de salud.

* Médica, Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario (UNR), Facultad de Ciencias Médicas. Consejo de Investigaciones de la UNR (CIUNR). Rosario, Argentina. E-mail: medicinaysociedad@yahoo.com.ar

** Licenciado en Filosofía, Magíster en Metodología de la Investigación Científica. Universidad Nacional de Rosario (UNR), Facultad de Ciencias Médicas. Rosario, Argentina. E-mail: medicinaysociedad@yahoo.com.ar

DISCOURSE CONTRADICTIONS THAT HINDER THE TRANSFORMATION OF HEALTH PROMOTION PRACTICES

Abstract

This was carried out in 2009, and it condenses the reflection on the research years carried out by the Faculty of Medical Sciences, Department of Social Medicine, in the National University of Rosario, (UNR - Argentina), in the city of Rosario and the province of Santa Fe. The **objective** was to interpret the contradictions in the discourses present in the implementation of health promotion and the rules that govern them, that permeate common sense by creating values, often in disagreement with the objectives of health programs. The **methodology** was based on the analysis of researches carried out in the Santa Fe province, as well as official documents related to health. The **results** unveil the meaning of truthfulness of mandates constructed to achieve a healthy lifestyle. The latter is discussion within the limits of Modernity - Post-Modernity, that in the case of health sciences, the debate shifts towards normative practices that rely on the “scientific truth”. The **conclusions** discussed obstacles presented by this mode of action in order to achieve epidemiological transformations that enable the longed goal of health for all in the study area.

Key words

Health promotion, public policies, health system.

CONTRADIÇÕES DOS DISCURSOS QUE DIFICULTAM A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Resumo

O presente estudo tem sido realizado durante 2009, condensada a reflexão a partir de anos de pesquisas realizadas desde a cátedra Medicina e Sociedade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Rosário (Argentina), consistiu em interpretar as condições a partir dos discursos presentes na prática da Promoção da Saúde e normas que os regulam, permeável mente o sentido comum, criando valores, muitas vezes discordâncias com os objetivos dos próprios programas. A **metodologia** utilizada se baseou na revisão de estudos de pesquisas realizados sobre o tema no território e documentos oficiais relativos à Área Saúde da província de Santa Fe. Os **resultados** põem ao descoberto o sentido de verdade dos mandatos construídos para alcançar uma vida saudável; discussão instalada dentro do debate Modernidade- Post-modernidade, que no caso das Ciências da Saúde inclina a balança em direção às práticas reguladas que se apoiam na “verdade científica”. Nas **conclusões**, se discutem os obstáculos que este modo de acionar apresenta para alcançar as transformações epidemiológicas que possibilitam a ansiada meta de Saúde para Todos no território analisado.

Palavras chave

Promoção da saúde, políticas públicas, sistema de saúde.

INTRODUCCIÓN

Los acuerdos internacionales que determinan las Políticas Públicas destinadas a la conservación de la salud, han puesto en la agenda de los gobiernos la Promoción de la Salud como la herramienta que permitirá disminuir el riesgo de enfermar-morir y alcanzar la Salud para Todos (1). El documento fundacional que ubica a la Promoción de la Salud en el escenario y en las agendas de los gobiernos, es la denominada Carta de Ottawa (2). Hoy, transcurridos más de treinta años de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propusiera la meta de “Salud para Todos”, y a un cuarto de siglo de la Conferencia de Ottawa, en la provincia de Santa Fe, no se han podido alcanzar las metas definidas internacionalmente, hecho que amerita la presente reflexión.

Siguiendo los lineamientos internacionales, producto de los acuerdos alcanzados, que se han instalado como modelo, se plantea que:

la Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (3)

Desde esta propuesta, la población destinataria, debe participar del reconocimiento y priorización de sus necesidades y de los satisfactores, en cambio el Estado, desde sus distintos organismos, incluido el Sistema de Salud, como se propone desde la

Declaración de Alma Ata (4)¹, sería el responsable de proveer las herramientas necesarias para satisfacer las necesidades objetivas reconocidas.

En el momento de la aceptación e implementación, los acuerdos internacionales son tomados por los países según sus propios objetivos políticos y condicionamientos sociales. Es así que la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce diversas formas de implementación de la Atención Primaria de la Salud (APS), que define desde sus comienzos, los alcances y limitaciones de la ansiada meta de Salud para Todos (5).

Para debatir sobre las dificultades que debe sortear la Promoción de la Salud en su búsqueda de las transformaciones, proponemos un análisis a través del recorrido de tres tesis, utilizando una metodología basada en el análisis de documentos oficiales y en investigaciones realizadas sobre los Programas de Salud, que se desarrollan en la provincia de Santa Fe (Argentina).

METODOLOGÍA

La reflexión es el fruto de diez años de investigación sobre temáticas relacionadas con la Salud Pública, Programas de Salud, APS, Promoción de la Salud, Prevención de las Enfermedades y Educación en Salud, que a pesar de haber encontrado suficiente evidencia sobre las dificultades que obstaculizan el logro de las metas de salud, reclaman nuevos señalamientos que se van sumando a los históricos que han sido hechos por parte de autores en nuestro país como Mario Testa (6, 7, 8), Mario

¹ Expresamente en la Declaración de Alma Ata, en el Parágrafo 13 destinado al tema Coordinación con otros sectores, dice: “El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La atención primaria de salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados”.

Róvere (9, 10), Carlos Bloch, María del Carmen Troncoso, Ena Richiger, Laura Hachuel (11) y los realizados desde nuestro equipo de investigación e investigadores relacionados (12-27). El criterio de inclusión de estos trabajos ha sido su abordaje temático, cuyos alcances se limitan al territorio de la provincia de Santa Fe. Además, se han tenido en cuenta los documentos oficiales del Ministerio de Salud, el Poder Ejecutivo y Legislativo de la Provincia de Santa Fe y de la Municipalidad de Rosario (27-41) siguiendo el criterio de inclusión ya expuestos.

El proceso de análisis de la información se basó en la reflexión de las continuidades y discontinuidades de los discursos y su contraste con las realidades expresadas desde las evaluaciones de las políticas de salud implementadas, a través de los Programas de Salud desplegados en el territorio de la provincia de Santa Fe, como: Programa de APS, Programas Maternoinfantiles, Programa de Tuberculosis, Programa de Chagas, Programa de Dengue, Programa de Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad (HADOB).

RESULTADOS

TESIS 1: La Promoción de la Salud no es viable sin condiciones objetivas que la hagan posible

En el año 1984, luego de profundas discusiones sobre cómo alcanzar la meta de “Salud para Todos en el año 2000” enunciada siete años antes, 36 países “desarrollados” dieron a conocer un acuerdo conocido como Carta de Ottawa. En ella se entroniza a la Promoción de la Salud como la herramienta fundamental. Fruto del consenso entre una diversidad de criterios y condiciones, la propuesta, destinada a los países firmantes, pero con ambiciones de ser implementada en los denominados “subdesarrollados”, se plantea vaga y ambigua, hecho que viabiliza que la palabra

‘Promoción’ sea declarada en una amplia variedad de discursos expresados en documentos oficiales y propuestas políticas, mostrando una polisemia que con el tiempo se diluye en acciones de escasa efectividad.

En el documento se explicita que “la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (42) para ello cada “grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. Haciendo gala de una concepción de salud entendida como un proceso en el que las poblaciones viven “comprendiendo y luchando ante los conflictos” (43), en una “perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente” (44), y dejan muy claro que “Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites: [...] la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” (45).

Otro elemento que podríamos agregar son las relaciones de dependencia entre dos mundos (desarrollado y subdesarrollado), así como en cada país (ricos y pobres). La situación histórica que todavía obstaculiza ciertas interpretaciones sobre las acciones que competen a la Promoción de la Salud, deviene de su mismo origen en las observaciones de los educadores en salud, quienes advirtieron la necesidad de trabajar sobre las condiciones estructurales de las organizaciones sociales para que pueda tener viabilidad la formación sanitaria que promueva hábitos adecuados para la salud. A su vez, esta advertencia pone sobre el tapete el determinante más importante que obstaculiza la Promoción de la Salud: la pobreza y un complejo proceso de dependencia entre los países del mundo. Desarrollo y subdesarrollo, hoy como ayer, siguen interviniendo positivamente sobre las cuestiones estructurales. Agua potable, control adecuado de excretas y basura, vivienda digna, normativas claras sobre contaminación,

desertización, medicamentos, urbanidad; son situaciones para las cuales los países más pobres no han podido tomar decisiones adecuadas, en la mayoría de los casos, por la presión ejercida desde los países desarrollados hacia quienes quieren emprender el camino del progreso económico.

Pero además, en los países existen estructuras de poder que obstaculizan la posibilidad de promover cambios, dificultades que llevan a la planificación de acciones, implementadas mayoritariamente por la presión de las modas o discursos con alta adherencia internacional, que no pueden revertir aquellas situaciones que fundan los problemas de salud. Economías cuasi feudales, multinacionales, presiones sectoriales, son aquellos niveles de determinación donde las advertencias o propuestas de los organismos internacionales de salud no han podido tener eco.

La Promoción de la Salud como “proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud” (46), se vuelve más utópica en vista de las condiciones objetivas descritas anteriormente. Pocas son las posibilidades que tienen los integrantes de una sociedad para intervenir positivamente sobre el control de su propia salud, sobre todo si depositamos desmesuradamente la confianza en la adquisición de información y no en la transformación de las condiciones objetivas de existencia que hagan viable contar con esa información. De poco sirve el saber sobre la importancia para la salud del agua potable, si ella no es accesible; saber que tomar sol en horas inadecuadas aumenta las posibilidades de problemas dermatológicos, si somos bombardeados por un modelo estético que prioriza los cuerpos bronceados; o cambiar el hábito de fumar cuando el negocio de tabaco mantiene o aumenta su rentabilidad (47).

La propuesta de Promoción de la Salud que surge de la Carta de Ottawa, continuidad en estos temas de la declaración de Alma Ata sobre APS respecto

de las responsabilidades intersectoriales sobre la salud, no ha sido respetada por los mismos organismos internacionales, quienes durante las décadas 80 y 90, ataron el financiamiento de Programas de Salud, preponderantemente destinados a la atención de la enfermedad que fueran implementados en los países subdesarrollados, a créditos pactados con las entidades monetarias multilaterales, que con el tiempo pasaron a engrosar las deudas externas de los países subdesarrollados, situación que aumentó aún más su dependencia y el proceso de empobrecimiento. Quizás el ejemplo más demostrativo haya sido el Programa Materno-infantil y Nutrición (PROMIN), implementado a través de préstamos del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), gestionado normativamente con la intervención de UNICEF, cuya implementación no alcanzó el impacto esperado en nuestro medio (48, 49, 50).

En este sentido, es imposible pensar que:

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (51)

Ese poder real, o participación efectiva y concreta de la comunidad, que hoy se traduce como empoderamiento de la población, lejos de ser un derecho, parece más una estrategia de responsabilizar a la comunidad por la no intención o imposibilidad de llevar adelante aquellas acciones aconsejadas que producirían las transformaciones. La utopía de la libre elección o desarrollo de hábitos en un contexto desfavorable o de dependencia, es un romanticismo que no

ayuda a la Promoción de la Salud, tanto en el campo de los hábitos individuales, en el colectivo-comunitario, así como en las decisiones políticas a nivel del Estado.

El enfoque que privilegia la modificación de conductas de “autocuidado” normando las consideradas de riesgo en el nivel individual y la adopción de “estilos de vida” teóricamente saludables por medio del disciplinamiento, muestra enormes dificultades en el territorio analizado en su intención de mejorar las condiciones de salud y de bienestar de la población². Sin embargo, dicha interpretación de la Promoción de la Salud no pierde vigencia, ya que genera un lucrativo mercado de consumo “saludable”³ y deslinda la responsabilidad que tiene el Estado en el mejoramiento de la salud de su población, culpabilizando al propio enfermo de su situación.

Las desigualdades sociales reconocidas en la mayoría de los países desarrollados y subdesarrollados muestran que para una gran proporción de la población, no están dadas las condiciones de cumplimiento de los prerrequisitos enunciados en la Carta de Ottawa.

TESIS 2: Todo ordenamiento del bien tiene sus límites. Por más control que se imponga no hay riesgo cero, siempre por debajo aparece algo nuevo, emergente, producto de la acción de los hombres.

En la búsqueda de la prevención total, las sociedades del primer mundo, muestran una actitud obsesiva encaminada a evitar todos los riesgos conocidos, siguiendo la utopía moderna de alcanzar a través

² Basten como ejemplos los esfuerzos para introducir el uso del preservativo como prevención de las infecciones de transmisión sexual, el mandato de no fumar como prevención del cáncer de pulmón, la introducción del ejercicio físico y la disminución de la ingesta de sal para prevenir la obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

³ Apertura indiscriminada de gimnasios sin evaluación de sus actividades, propagandas y programas por medios masivos de comunicación que generan valores y prácticas sobre: sexualidad, modos de alimentación y estilos de vida exitosos.

de las normas científicas la solución de todos los problemas sanitarios. Sin embargo, más allá de la declaración mundial de la erradicación de las patologías infecciosas a principios de la década del 80 del siglo pasado, emergen nuevas enfermedades con características pandémicas y re-emergen antiguas patologías que se creían controladas en los países subdesarrollados.

En esos mismos tiempos, se producen profundas transformaciones a nivel global, la más importante es la económica, que se expresa a partir del monetarismo y las nuevas estrategias de producción, deslizando el intento de satisfacer una demanda creciente fruto del desarrollo de los países, a una creación de demanda artificial facilitada por el avance tecnológico, habilitando una producción que se presenta *a priori* como ilimitada.

El riesgo cero, suponía el control de todo lo pernicioso conocido, pero fruto del nuevo eje de acción económico, surge un ordenamiento social y cultural que da base a diferentes miasmas, que ya no son las que mencionara Rawson en su discurso ante el Congreso Nacional Argentino, con el que incitara a reducir *hábitus* injuriosos de los pobres que constituyen riesgo de contagio para los ricos, anunciando que, desde “aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan gérmenes de las más terribles enfermedades, salen emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez, hasta los lujosos palacios de los ricos” (52). Estas palabras que datan del año 1871, estaban destinadas a combatir el *Aedes aegypti* en ocasión de una epidemia de fiebre amarilla. Hoy, de otra manera, se reproduce la misma acción ante la epidemia de dengue, sindicando a los pobres como los cultivadores del vector en sus propios domicilios, ya que todas las acciones programadas sobre la descacharrización⁴ se efectivizan sólo en las barriadas pobres.

⁴ Entendida como acción de eliminar el agua acumulada de cacharros ubicados en el interior del terreno de las viviendas particulares.

En el nuevo orden, los pobres tienen existencia concreta en guetos denominados villas miserias, nómades urbanos, etc. constituyendo tribus, que circulan y habitan en el interior de las ciudades, incluso del primer mundo, a partir de un proceso de expulsión motivado por los modos de producción basados en tecnologías intensivas y contaminantes que se han impuesto en el territorio de la provincia de Santa Fe. Desde la implementación de la política de APS y con el enclave de los denominados Centros de Salud en sitios estratégicamente ubicados en los asentamientos, ya no hay que correrlos a las afueras, como era la estrategia tradicional, sino controlarlos dentro de los guetos desde los mismos efectores de salud (11).

Las nuevas enfermedades infecciosas, devienen de modos de producción intensivos que integran en un mismo espacio animales y seres humanos hacinados⁵. Las enfermedades que antes surgían de la pobreza de los países subdesarrollados hoy emergen de los países desarrollados y la globalización las esparce como pandemias a través de los medios de transporte y los modos de producción que favorecen su replicación (Gripe Aviar, Gripe AH1N1).

De la lucha entre los dos órdenes, emergen la violencia y las adicciones en todas sus formas, constituidas en patologías, poniendo a los “victimarios” en el lugar de los sin normas que buscan nuevas formas de sobrevivir, y a las “víctimas” tras los paredones y rejas que construyen para protegerse. Pero todo fluye, la droga atraviesa todos los espacios y hace de los ricos y pobres nuevas víctimas-victimarios en la búsqueda del dinero para conseguirla. Esta lucha es descrita por Maffesoli como:

una sociedad aséptica, plena de fastidio, que resulta en algunos casos en una elevada tasa de suicidios. [y] Por otro lado, en sociedades arcaicas,

posmodernas o trágicas, [donde] la despreocupación de los riesgos de la vida provoca muertes absurdas, repentinas, sin coherencia. En todo caso, una y otra dinámicas encuentran una homeostasis entre vida y muerte. (53)

La utopía de construir una sociedad con riesgo cero, que impregna las acciones que se llevan adelante en nombre de la Promoción de la Salud, en el intento de mostrar la eficacia de las propuestas que se planifican desde el Estado, se implementan en forma de mandatos, responsabilizando a los individuos, que habitan en un territorio, de su cumplimiento. Ante el fracaso, se culpabiliza a aquellos que no adhirieron a las normas impuestas, sin evaluar que la misma proclama era inviable por razones estructurales de política económica.

TESIS 3: No hay normas universales para ser aplicadas Para establecer lo qué hay que hacer es necesario comprender a la población. La lucha del orden de unos, no siempre produce efectos positivos en el orden de otros.

La Promoción de la Salud vio su origen en los Educadores para la Salud (54), específicamente en la observación de las consecuencias de la propuesta de los Higienistas, que provocaron cambios en el perfil patológico, luego reconocido como la “Revolución Epidemiológica”. Cabe destacar que todos estos cambios se produjeron por acciones impulsadas desde el Estado, que abarcaron niveles colectivos de saneamiento medioambiental. El paso del nivel colectivo al individual que se centra en los cambios de hábitos y costumbres, reconocidos como riesgosos, choca con obstáculos culturales imprimiendo estrategias de vida enfrentadas con las normas que se intentan imponer; no sólo por ser diferentes sino porque no se cuenta con las condiciones básicas que las

⁵ Producción intensiva avícola, porcina y bovina; cultivos intensivos de oleaginosas (soja) y desertización.

harían factibles⁶ (55). En sociedades donde la desigualdad social es moneda corriente se vuelve complejo hablar de acciones de Promoción de la Salud.

Uno de los obstáculos de la implementación de la Promoción de la Salud como eje de la Salud Pública, es la creencia de que aquellos cambios o propuestas de transformación en la esfera privada y pública, que forman parte de sus propuestas de acción, son inocuas y verdaderas, y sólo producen efectos positivos, llevando a la replicación automática de estrategias muchas veces no adecuadas para las poblaciones destinatarias.

Hoy asistimos a la recomendación de no mantener reservorios de agua limpia, allí donde el mosquito deposita sus huevos provocando epidemias de dengue o fiebre amarilla. En Argentina y en la provincia de Santa Fe, casi el 30% de los hogares no tienen acceso al agua potable por una vía segura (56), de esta forma las poblaciones implementan estrategias de acceso al agua no siempre recomendables desde las normas internacionales de salud (grandes tanques de agua, tajamares, cacharros, etc.); que los lleva necesariamente, en el mejor de los casos, a ignorar las normas, en otros a aumentar la confusión, y en la peor de las situaciones a producir efectos no deseados o no previstos.

La Promoción de la Salud no es una simple comunicación por la que se informa cómo producir conductas saludables, ni la inclusión de los temas descontextualizados en la instrucción formal.

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene

del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.
(57)

Por lo tanto, cuando se planifica una estrategia de Promoción de la Salud, las cualidades que caracterizan a cada comunidad son el sustento que vuelve viable toda actividad en tal sentido.

La forma que ha adoptado la Promoción de la Salud en estos tiempos, se asemeja más a una batalla entre “el bien y el mal”, constituido por un lenguaje con fuerza científica que da significado y sentido a valores impuestos por grupos de poder que culpabilizan a otros grupos subordinados y marginados de la sociedad, representantes del “mal”. Como ejemplo basta relatar lo ocurrido en la última “campaña” contra el dengue en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), donde quien encabezara uno de los equipos de Promotores en un barrio en el que se ha ubicado una población de pueblos originarios, espetó sin más a las mujeres reunidas por la preocupación de la enfermedad, nacida autóctona en la ciudad en el seno de esa comunidad, que “*la culpa era de ellas por ser mugrientas*”. Ante la sorpresa, que llegó hasta el llanto, las mujeres exclamaban haber limpiado todo con cloro (hábito aprendido en otras campañas). No obstante ello, la imbuida promotora, dejó pasar contenedores de agua llenos de larvas porque eran bebida de los animales y no de seres humanos, así como la notificación a las autoridades de la futura peregrinación masiva hacia el Chaco⁷, por realizarse un encuentro de la iglesia Pentecostal, hecho que ameritaría efectivizar medidas preventivas aceptables por la población.

En nombre de la Promoción de la Salud, se justifican y legitiman reglas y normas, que instalan las fuerzas del “bien” para controlar desde el Estado y las instituciones de salud, no problemas

⁶ Prerrequisitos para la implementación de la Promoción de la Salud citados en la Carta de Ottawa.

⁷ Provincia argentina que cuenta con la mayor tasa de incidencia de dengue.

sanitarios sino estilos de vida discordantes con los valores hegemónicos.

CONCLUSIONES

Como encendidos defensores de la Promoción de la Salud, luego de esta reflexión que intenta llamar la atención sobre los modos en que se está llevando adelante, se hace necesario remarcar aquellas situaciones que la desvalorizan como herramienta de Salud Pública, por habersele pedido logros utópicos que la realidad nunca ha podido, ni podrá reflejar; siguiendo una tradición moderna que otorga a la ciencia y a las profesiones que se basan en ella y la ejecutan, un poder de control absoluto de todas las variables presentes en la realidad.

Desde su nueva enunciación en la Carta de Ottawa, se especifica la necesidad del cumplimiento de prerequisites imprescindibles para que la Promoción de la Salud pueda darse. Estos podrían resumirse y no son otra cosa, sino el cerrar la brecha entre ricos y pobres, garantizando condiciones objetivas de vida, que los higienistas postularan ya en el siglo XIX. El doble discurso de los países centrales profundizó la pobreza en aquellos en los que se aplicaron las políticas de los organismos internacionales con créditos asistencialistas; cuyos resultados profundizaron aún más las desigualdades sociales y transformaron negativamente el medio ambiente.

La Promoción de la Salud no es una campaña, ni una lucha, sino una acción permanente destinada a intervenir sobre los determinantes que definen en cada momento las relaciones culturales, económicas, políticas y sociales. Se trata de un trabajo interdisciplinario que debe plantearse desde los postulados de la Planificación Estratégica (58), desde los que se sitúa como central el reconocimiento de cada grupo poblacional, cuya participación no debería quedar sólo en los enunciados, sino expresarse en la constitución de cada población como actores principales del proceso permanente de transformación, capaces de reconocer los problemas, tomar las decisiones, llevarlas adelante, evaluarlas y direccionar el proceso. El rol del profesional promotor queda así definido como el de estimulador de movimientos, que además acerca herramientas adecuadas y aceptables por la comunidad, generando un proceso permanente.

Revalorizar la importancia de la Promoción de la Salud implica quitarle el peso de las verdades absolutas instadas desde una mirada moderna del saber científico, correrla del lugar de único saber y del orden que se impone desde un espacio a otro. Fortalecer la interdisciplina, la formación en Planificación Estratégica y la realización efectiva de las políticas declamadas por la APS: asistencia sanitaria puesta al alcance de todos, y la plena participación (59).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO; 1981.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata: OMS/UNICEF; 1978. p. 11.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2005. p. 3.
6. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: OPS; 1990.
7. Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales 1986.
8. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Buenos Aires: OPS/OMS; 1989.
9. Róvere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS/OMS; 1993.
10. Róvere M. Planificación estratégica en salud: acompañando la democratización de un sector en crisis. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales 1999;75.
11. Bloch C, Troncoso M C, Richiger E, Hachuel L. Evaluación del programa de Atención Primaria en el Área I de Rosario. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales abril 1987;41.
12. Enria G. Tuberculosis. Historia de una lucha prolongada (Tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2000.
13. Staffolani C. Planificación estratégica en Atención Primaria de la Salud. Encuentro de los dichos, desencuentro de los hechos (tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Entre Ríos; 2006.
14. Gómez, M, Representaciones y prácticas de la enfermedad Tuberculosis y su trayectoria curativa (tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2006.
15. Aronna A. Evaluación del Programa Materno-infantil y Nutrición (Promin) Rosario (tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario; 2004.
16. Aronna A, Enria G, Fleitas M, Godoy C, Gómez, M, Moyano C, Soñez R. Condiciones Ambientales en Salud en la Ciudad de Rosario. Rosario: Fundación Banco Municipal de Rosario; 1994.
17. Enria G, Staffolani C. Participación Comunitaria en Salud ¿Utopía o compromiso político? Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2001.
18. Enria G, Staffolani C. La fragmentación de la comunidad como obstáculo para la atención primaria. Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2003.
19. Enria G, Staffolani C. Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS). Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2004.
20. Enria G, Staffolani C. Extensión Universitaria o desde la Comunidad a la Universidad. Rosario, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR 2006;(1):21.
21. Carrera L, Enria G, D'Ottavio A. La atención primaria de la salud y la especialización Médica.

- ¿Categorías opuestas o complementarias? Buenos Aires, Revista Educación Médica 2000;(7):4.
22. Enria G, Staffolani C. El ethos del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio. Buenos Aires, Revista Biophronesis 2009;(1):4.
 23. Enria G, Staffolani C. La promoción de la salud en el ámbito médico y en los integrantes de la comunidad: análisis y propuestas educativas. Madrid, Revista Medicina General 2005.
 24. Enria G, Staffolani C El desafío de la educación para la salud como herramienta de transformación social. México, Revista de Ciencias Sociales Universidad Autónoma de México 2005.
 25. Enria G, Staffolani C. La incorporación del concepto de interdisciplina en los Programas de Salud. México, Revista Sabia Universidad de Sonora 2008;6.
 26. Enria G, Staffolani C. Programas de Salud y Género. Mujeres con Vih/Sida. México, Revista Estudios Sociales de la Universidad Hermosillo Sonora México 2010;35: XVII. 276-16.
 27. Temporetti F, Bertolan, L, Augsburguer C, Enria G. Salud mental en la Infancia. Estudio Epidemiológico de la población de 3 a 13 años en la ciudad de Rosario. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2008.
 28. Decreto 0658. Intendencia Municipal de Rosario; 1993.
 29. Decreto 0769. Intendencia Municipal de Rosario; 1990.
 30. Decreto 2588. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1987.
 31. Decreto 3991. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1980.
 32. Ley 6401. Estatuto y Escalafón para Profesionales Universitarios de la Sanidad. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1968.
 33. La Salud un derecho de Todos. Secretaría de Salud pública de la ciudad de Rosario; 1997.
 34. Ley 19608. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe; 1991.
 35. Ley 8525. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe; 1986.
 36. Resolución 1971. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1985.
 37. Resolución 2612. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1984.
 38. Resolución 3053. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de Santa Fe; 1986.
 39. Resolución 804. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Santa Fe; 1988.
 40. Servicio para la atención médica de la comunidad. Ley 6312. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe; 1967.
 41. Síntesis de las Acciones Desarrolladas desde el 1º de Julio de 1982. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe; octubre de 1983.
 42. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
 43. Ferrara F, Acebal E, Paganini J. Medicina de la Comunidad. Buenos Aires: Editorial Intramédica; 1972. p. 7.
 44. Contandriopoulos A. P. La salud entre la ciencia de la vida y las ciencias sociales. Cuadernos Médico Sociales abril 2000;(77):8.
 45. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS: 1984. p. 1.
 46. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: OPS. Promoción de la Salud. Una Antología. POS. Washington, Publicación Científica 1996;557:16.
 47. Enria G, Staffolani C, Dolce V, Roitman D. Hábito de fumar en estudiantes universitarios de la ciudad de Rosario. Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio; 2003.
 48. Aronna A, Luppi I. Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica. Revista Investigación en Salud 2006;(1 y 2):7. (Versión CD).

49. Aronna A. Evaluación de un programa social. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(2):335-10.
50. Aronna A. Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición Promin Rosario. *Revista Investigación en Salud* 2002;5(1 y 2):19-19.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 3.
52. Rawson G. Discurso ante el parlamento argentino. En: Vezzetti H. *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1985. p. 9.
53. Maffesoli M. La tajada del diablo. *Compendio de subversión postmoderna*. México: Editorial Siglo XXI; 2005. p. 19.
54. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: OPS. *Promoción de la Salud. Una Antología*. OPS. Washington, Publicación Científica 1996;557:17.
55. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS; 1984. p. 1.
56. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Argentina. Censo 2001.
57. Epp. J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: *Promoción de la Salud. Una Antología*. OPS. Washington, Publicación Científica 1996;557:29.
58. Matus. C. *Estrategia y plan*. México: Editorial Siglo XXI; 1993.
59. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata: OMS/ UNICEF; 1978. p. 2.

AUTORES

Adiela Marín Blandón

Enfermera, Economista, Magíster en Salud Pública. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública. Manizales, Colombia. E-mail: adiela.marin@ucaldas.edu.co

Adriana Isabel Delgado Bravo

Enfermera, Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico. Universidad Mariana. Pasto, Colombia. E-mail: adelgado@umariana.edu.co, isadelgado99@gmail.com

Adriana María Macías Ladino

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: adriana.240520056@ucaldas.edu.co

Alba Lucía Vélez Arango

Abogada, Enfermera, Magíster en Salud Pública, Magíster en Filosofía. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública. Manizales, Colombia. E-mail: albalu@telecom.com.co, albalucivelez@mac.com

Alexandra Giraldo Osorio

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: alexandra.giraldo_osorio@ucaldas.edu.co, alegiros@hotmail.com

Alexandra Puentes Suárez

Psicóloga, Especialista en Psicología Organizacional y Ocupacional. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. E-mail: alexaps2@yahoo.es

Angélica María Restrepo Rivera

Psicóloga, Especialista en Familia. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Fundación Valle de Lili. Cali, Colombia. E-mail: arestrepo@javerianacali.edu.co

Carlos Andrés Valencia Garcés

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: carlos.240521143@ucaldas.edu.co

Carmen Dussán Lubert

Ingeniera Química, Magíster en Enseñanza de la Matemática. Universidad de Caldas, Departamento de Matemáticas. Manizales, Colombia. E-mail: depto.matematicas@ucaldas.edu.co

Carmen Lucía Curcio Borrero

Terapeuta Ocupacional, Magíster en Gerontología Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

Claudio Staffolani

Licenciado en Filosofía, Magíster en Metodología de la Investigación Científica. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas. Argentina. E-mail: medicinaysocieda@yahoo.com.ar

Consuelo Vélez Álvarez

Enfermera, Doctora en Salud Pública. Profesora Titular Universidad Autónoma de Manizales. Profesional Especializada Secretaría de Salud Pública de Manizales. Colombia. E-mail: cva@autonoma.edu.co

Dedsy Yajaira Berbesi Fernández

Enfermera, Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES-. E-mail: dberbesi@ces.edu.co

Fanny Carmenza Meneses Paredes

Enfermera. Profesional Epidemiología Promoción y Prevención EPS Cóndor Seccional Nariño- Putumayo. Pasto, Colombia. E-mail: pypnariño@saludcondor.com.co

Graciela Enría

Médica, Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario (UNR), Facultad de Ciencias Médicas. Consejo de Investigaciones de la UNR (CIUNR). E-mail: medicinaysocieda@yahoo.com.ar

Isdrúval Arengas Castilla

Fisioterapeuta, Especialista en Epidemiología. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: isdruarengas@yahoo.com

Janeth Verónica López Maya

Enfermera. Profesional Nacional Epidemiología Promoción y Prevención EPS Salud Cóndor. Pasto, Colombia. E-mail: pypnacional@saludcondor.com.co

Jorge Sánchez Valencia

Médico Veterinario y Zootecnista, Magíster en Salud y Producción Animal. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias Agropecuarias. Manizales, Colombia. E-mail: jorge.sanchez@ucaldas.edu.co

José Bareño Silva

Médico, Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES-. Medellín, Colombia. E-mail: abareno@ces.edu.co

Julián Andrés Tamayo Cardona

Estadístico. Universidad del Valle. Cali, Colombia. E-mail: juliandt@univalle.edu.co

Julián González López

Ingeniero Eléctrico, Magíster en Enseñanza de la Matemática. Universidad de Caldas, Departamento de Matemáticas. Manizales, Colombia. E-mail: jglopez@une.net.co

Leonor Córdoba Andrade

Psicóloga, Doctora en Psicología. Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia. E-mail: leonor.cordoba@unisabana.edu.co

Linda Carolina Hayek Peñuela

Médica Veterinaria y Zootecnista, Especialista Laboratorio ANIMED. Bogotá, Colombia. E-mail: linda.hayek@carval.co

Magda Liliana Orozco Castillo

Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: liliana.orozco@ucaldas.edu.co

María del Pilar Peña Siabato

Psicóloga, Candidata a Magíster en Epidemiología. E-mail: penasiabato@gmail.com

María Victoria Benjumea Rincón

Nutricionista, Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública. Manizales, Colombia. E-mail: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

María Yadira Toro Rosero

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: maria.240522371@ucaldas.edu.co

Marlyn Romero Peñuela

Médica Veterinaria y Zootecnista, Magíster en Ciencias Biológicas. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias Agropecuarias. Manizales, Colombia. E-mail: marlyn.romero@ucaldas.edu.co

Miguel Ángel Verdugo Alonso

Psicólogo, Doctor en Psicología. Director Instituto de Integración en la Comunidad INICO. Universidad de Salamanca. España. E-mail: verdugo@usal.es

Ninfa Pulido Moreno

Psicóloga, Especialista en Psicología Organizacional y Ocupacional. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Tunja, Colombia. E-mail: ninfa.pulido@uptc.edu.co.

Sebastián Palacio Rodríguez

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: sebastian.240423166@ucaldas.edu.co

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez

Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, Magíster en Educación de Adultos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: vvelasquez@unal.edu.co.

ÁRBITROS

Arturo García Limón

Médico Veterinario y Zootecnista, Abogado, Magíster en Educación Ambiental. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. E-mail: gla01914@cucba.udg.mx

Beatriz Botero de Mejía

Enfermera, Magíster en Gerontología Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: be.botero@hotmail.com

Consuelo García Ospina

Enfermera, Magíster en Educación en Enfermería. Manizales, Colombia. E-mail: consuelo.garcia@ucaldas.edu.co

Dora Cardona Rivas

Licenciada en Bacteriología y Laboratorio Clínico, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Odontología. Manizales, Colombia. E-mail: dcrivas@autonoma.edu.co

Elizabeth Fajardo Ramos

Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Universidad del Tolima. Ibagué, Colombia. E-mail: efajardo@ut.edu.co

Elvinia Pinilla Gómez

Enfermera, Magíster en Pedagogía. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. E-mail: elvinia2000@yahoo.com, elvinia@uis.edu.co

Julia Elsa Giraldo Herrera

Enfermera, Magíster en Enfermería Materno Infantil. Audifarma S.A. Manizales, Colombia. E-mail: juliag@audifarma.com.co, juliana0239@gmail.com

María Nelcy Muñoz Astudillo

Enfermera, Magíster en Enfermería, Magíster en Salud Pública. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia. E-mail: mmunoz@funandi.edu.co

Mariela Narváez Marín

Psicóloga, Candidata a Doctora en Salud Pública. Universidad de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: maye8@telesat.com.co

Martha Elena González Osorio

Enfermera, Magíster en Salud Ocupacional. Administradora Integral de Servicios, Colmena Riesgos Profesionales. Manizales, Colombia. E-mail: gonzalezosorio6@gmail.com

Rosalía Vásquez Arévalo

Licenciada en Psicología, Doctora en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. E-mail: rvamap@servidor.unam.mx

Rubén Darío Gómez Arias

Médico, Doctor en Salud Pública. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia. E-mail: rubengomez33@gmail.com

INDICACIONES PARA LOS AUTORES

La Revista Hacia la Promoción de la Salud es una publicación semestral, de carácter científico, indexada en el Índice Bibliográfico Nacional Publindex de COLCIENCIAS; se edita en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas desde 1993, con una distribución nacional e internacional a entidades de carácter académico, asistencial y administrativo del sector salud. Tiene como finalidad socializar las experiencias académicas, investigativas, de proyección y de docencia, tanto de docentes como de estudiantes, egresados de pregrado y postgrado, profesionales de las áreas de la salud, sociales y afines, del país y de Latinoamérica, que realicen aportes para el desarrollo de las siguientes temáticas:

- Conceptualización sobre salud y vida.
- Educación para la salud.
- Estilos de vida saludables.
- Comunicación social en salud.
- Mercadeo social.
- Orientación de los servicios de salud.
- Políticas públicas saludables.
- Ambientes favorables a la salud.
- Negociación y manejo de conflictos.
- Participación social.
- Alianzas estratégicas.
- Desarrollo social y humano.
- Ciencias sociales y salud.
- Asuntos académicos.

SECCIONES

La revista contiene las siguientes secciones:

Editorial: punto de vista del Comité Editorial, del editor o de autores invitados.

Artículo de investigación científica y tecnológica: documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos

terminados de investigación¹, debe indicar: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y agradecimientos.

Artículo de revisión: documento resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias².

Artículo de reflexión: documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales³.

Asuntos Académicos: presenta información relacionada con temas de interés del área: normatividad, reglamentación, convocatorias y eventos científicos.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS PARA PUBLICACIÓN

El estudio y la selección inicial de los escritos están a cargo del Comité Editorial, el cual acepta o rechaza los originales, atendiendo a la calidad científica y a la concordancia con las temáticas propias. Además puede solicitar modificaciones y hacer las correcciones que se estimen necesarias para ajustar el documento al estilo de la revista. Luego de esta revisión, será sometido a evaluación por Pares Académicos, quienes emiten un concepto recomendando o no, su publicación. La recepción

¹ Tomado de Base Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

² IBIDEM, p. 8.

³ IBIDEM, p. 8.

de un artículo no implica compromiso con respecto a su publicación. Se acusará recibo del artículo, los originales no se devolverán, por lo tanto, el autor debe dejar copia de todo el material enviado.

ENVÍO DEL DOCUMENTO

Debe ser presentado de dos formas:

1. Un documento original impreso que no exceda de 25 páginas a doble espacio, en papel tamaño carta por una sola cara, con tinta negra. Las márgenes deben ser de 3 cm y las páginas se numerarán consecutivamente.
2. Un soporte en medio magnético, ya sea un CD o email, con el texto completo en el programa Microsoft Word, tipo de fuente Times New Roman, tamaño 11.

Puede ser enviado de dos formas:

1. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, María Eugenia Pico Merchán. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. teléfono 8783060 extensiones 31127 – 31125.
2. Correo electrónico: reprosa@ucaldas.edu.co, revistascientificas@ucaldas.edu.co

DERECHOS DE REPRODUCCIÓN

Si el documento es aceptado para publicación los derechos de reproducción serán de la Universidad de Caldas. Cada artículo debe ir acompañado de una carta del autor donde especifica que es inédito e indica que los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la Revista Hacia la Promoción de la Salud. Por otra parte, el autor tiene la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de reproducción y debe especificar con claridad cuál es el cuadro, figura o texto que se citará y la referencia bibliográfica completa.

Las opiniones, juicios y puntos de vista expresados por los autores, son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan los criterios ni la política de la Revista.

Aspectos éticos: cuando sea pertinente, se incluirá una explicación, sobre los procedimientos seguidos en la investigación a fin de garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y posteriores revisiones, además de la Resolución 8430 de 1993 del entonces, Ministerio de Salud de Colombia.

PRESENTACIÓN DEL ARTÍCULO

Título y autores

El título del trabajo debe limitarse a máximo 15 palabras. Debajo del título aparecen el nombre y apellidos de cada autor centrados y en cursivas; en pie de página se indica: título profesional y el máximo alcanzado, institución donde labora, ciudad, país y dirección electrónica institucional o corporativa.

Resumen

Todo artículo debe tener un resumen en español, inglés y portugués, con una extensión no mayor a 250 palabras. Incluirá objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No debe incluir abreviaturas y citas bibliográficas. Se debe redactar de forma impersonal.

Palabras clave

Se utilizarán solo aquellas que son aceptadas únicamente por bases de datos internacionales las que pueden ser consultadas en las siguientes direcciones: palabras clave, (español): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key Words, (inglés): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Cuerpo del artículo

Los documentos que presentan investigaciones se dividen en: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y agradecimientos.

Introducción: indica el propósito y/o los objetivos

del artículo y el fundamento de la investigación sin revisar excesivamente el tema, no incluye resultados ni conclusiones.

Materiales y métodos: describe el tipo de estudio y el diseño del mismo, la selección de la población y la muestra, incluye las características de los sujetos, cuando se requiera. Indica los métodos, aparatos y procedimientos utilizados para obtener los datos y analizarlos.

Resultados: presenta los resultados en orden lógico, deben ser concisos y claros. No se repite en el texto los resultados que se encuentren en las tablas o figuras.

Discusión: se basa en los resultados obtenidos en la investigación a la vez que se comenta la relación entre éstos y los obtenidos por otros autores, señala las coincidencias y diferencias encontradas y enfatiza en los aspectos nuevos. No repite información incluida en las secciones anteriores. Examina las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Confronta las conclusiones con los objetivos del estudio.

Conclusiones: indican los hallazgos más relevantes de la investigación desde el punto de vista del objeto del estudio; se recomienda que los objetivos de la investigación se constituyan en el punto de referencia para plantearlas, en las que se involucran las distintas dimensiones del problema.

Agradecimientos: los autores pueden hacer mención a las personas y colaboradores, así como a instituciones financiadoras, dependencias e instituciones que apoyaron su ejecución.

Cuadros y figuras

Los cuadros y figuras deben contener un título breve, lugar, fecha y fuente, si ésta no aparece, se asume que es del autor. El encabezamiento de

cada columna del cuadro, debe tener la unidad de medida. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, entre otras) y los cuadros deben llevar sus respectivas leyendas y títulos, serán numerados consecutivamente y su número será el mínimo necesario para explicar el tema.

Abreviaturas y siglas

Se utilizarán lo menos posible y preferiblemente aquellas que son reconocidas internacionalmente. Cuando se citan por primera vez en el texto, deben ir precedidas de la expresión completa.

Notas a pie de página

Debe ser limitado a comentarios y aclaraciones del autor.

Referencias bibliográficas

Se elaborarán ajustadas a las Normas Vancouver: se indican en el texto numeradas consecutivamente en el orden en que aparezcan por medio de números arábigos colocados entre paréntesis. La lista de referencias se iniciará en una hoja aparte al final del artículo.

Las comunicaciones personales deben ser indicadas en el cuerpo del texto, entre paréntesis, indicando fecha e institución de quien da la comunicación; no en notas de pie de página.

No deben incluirse documentos no publicados, incluso si han sido presentados en conferencias o congresos, artículos enviados para publicación que no han sido aceptados y resúmenes. Si es absolutamente necesario citar fuentes no publicadas, estas deben ser mencionadas en el texto entre paréntesis o en una nota de pie de página.

Algunos apartes fueron tomados de la Revista de Salud Pública -Journal of Public Health-. Vol. 9 No. 2 Información e Instrucciones a los autores.

AUTHOR GUIDELINES

The **Hacia la Promoción de la Salud** (Toward Health Promotion) Journal is a semiannual publication of scientific character, indexed in the National Bibliographical Index Publindex of COLCIENCIAS. The journal is published in the Department of Public Health of the Universidad de Caldas since 1993, with a national and international distribution to academic organizations. Its purpose is to socialize the academic, research, projection and teaching experiences, of both professors and students, undergraduate and postgraduate; health, social and compatible area professionals of the country and Latin America, who contribute to the development of the following topics:

- Conceptualization on health and life
- Health education
- Healthy life styles
- Social communication in health
- Social market
- Health services direction
- Healthy public policies
- Favorable health atmospheres
- Negotiation and conflict dealing
- Social participation
- Strategic alliances
- Social and human development
- Social Sciences and health
- Academic matters

SECTIONS

The journal contains the following sections:

Editorial: point of view of the Publishing Committee, the publisher or invited authors.

Article of scientific and technological research: document that explicitly presents the original results of finished research projects¹, it must indicate:

introduction, materials and methodology, results, discussion, conclusions and acknowledgements.

Revision article: document result of a finished research where published or unpublished research results are analyzed, systematized and integrated, on a field of science or technology, with the purpose of giving account of the advances and development tendencies. It is characterized by the presentation of a careful bibliographical revision of at least 50 references.²

Reflection article: document that presents finished research results from an analytical, interpretative or critical perspective of the author on a specific subject, based on original sources.³

Academic matters: It displays information related to subjects of interest of the area: scientific normativity, regulation, announcements and events.

ARTICLE SELECTION FOR PUBLICATION

The study and the initial selection of writings are in charge of the Editorial Committee, which accepts or rejects the original texts, based on the scientific quality and the agreement to the journal topics. In addition, the Committee can ask for modifications and to correct what is considered necessary to the document to fit the journal's style. After this revision, it will be put under evaluation by Academic Pairs that emit a concept recommending or denying its publication. The reception of an article does not imply any commitment regarding its publication. A receipt will be given for each article, originals will not be returned, therefore, the author must leave copy of all the material sent.

¹ Taken from National Bibliographical Base - BBN Publindex Bibliographical Index Nacional Publindex - IBN Publindex, August of 2006, p. 7.

² IBIDEM, p. 8.

³ IBIDEM, p. 8.

ARTICLE SHIPMENT

They should be presented in two ways:

1. The complete text should not exceed 25 doublespaced, letter—sized, one—sided, black ink printed pages. The margins must be 3 cm and the pages will be numbered consecutively.
2. A digital support, either a CD or an electronic mail, with the complete text in the Microsoft Word program, Times New Roman font, 11.

It can be sent in either of two ways:

1. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. (Faculty of Health Sciences), Hacia la Promoción de la Salud Journal, María Eugenia Pico Merchán. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Telephone number 8783060 extensiones 31127 – 31125.
2. Electronic mail: reposa@ucaldas.edu.co, revistascientificas@ucaldas.edu.co

REPRODUCTION RIGHTS

If the document is accepted for publication the reproduction rights will then belong to the Universidad de Caldas. Each article must include a letter from the author specifying that the text is unedited, and indicating that the reproduction rights are exclusive property of the **Hacia la Promoción de la Salud** Journal. Additionally, the author is responsible for obtaining the necessary permits to reproduce any material protected by reproduction rights and must clearly specify the picture, figure or text that will be mentioned and its complete bibliographical reference.

The opinions, judgments and points of view expressed by the authors, are of their exclusive responsibility and they do not reflect the criteria nor the Journal's policy.

Ethical aspects: whenever pertinent, an explanation will be included, on the procedures followed in the research in order to guarantee the fulfillment of the principles and ethical norms of the Declaration of Helsinki of 1975 and later revisions, in addition to Resolution 8430 of 1993 of the then Ministry of Health of Colombia.

ARTICLE PRESENTATION

Title and authors

The title of the work must not exceed 15 words. Underneath the title the full name of each author must appear, centered and in italics. As a footnote, the maximum professional title reached, institution, city, country and institutional or corporative electronic mail address should be indicated.

Abstract

All articles must have an abstract in Spanish, English and Portuguese, with an extension no greater than 250 words. It should include objectives, dates and places of the execution of the study, methods, results and conclusions. It should not include bibliographical abbreviations and references. It should be written in an impersonal manner.

Key words

Only the key words found in international data bases can be used. These can be consulted in the following web pages: Key words (Spanish): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (English): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Body of the article

The documents that present researches are divided into: introduction, materials and methodology, results, discussion, conclusions and acknowledgements.

Introduction: it indicates the intention of the article; summarizes the logical reasoning of the study; It solely includes the pertinent references, without including results or conclusions.

Materials and methodology: it describes the type of study and its design, the selection of the population and the sample. It includes the characteristics of the subjects, when required. It indicates the methods, apparatuses and procedures used to obtain the data and its analysis.

Results: it presents the results in a logical, concise and clear sequence. The results found in tables or illustrations should not be repeated within the text.

Discussion: it is based on the results obtained by the research, as well as the relation between them and the results obtained by other authors. It does not repeat aspects included in previous sections. It examines the implications of the findings, their limitations and their projections in future researches. It confronts the conclusions with the objectives of the study.

Conclusions: it indicates the research's most relevant findings from the point of view of the object of study. It is recommended that the research objectives are used as the basis for the conclusions' development, including the different dimensions of the problem proposed.

Acknowledgements: the authors can mention people and collaborators, as well as financing institutions, dependencies and institutions that supported their execution.

Graphs and figures

The graphs and figures must contain the source; otherwise, it will be assumed that it belongs to the author. They must contain a brief title, place, date and source. The heading of each column of the graph must include the unit of measurement. The illustrations (graphical, diagrams, drawings, maps,

photographs, etc.) and the graphs must include their respective legend and titles, consecutively numbered, and its number will be the minimum necessary to explain the subject.

Abbreviations and initials

Abbreviations will be used the least amount of times possible, and preferably those that are recognized internationally. When they are mentioned for the first time in the text, they must be preceded by the complete expression.

Footnotes

They must be limited to the author's comments and explanations.

Bibliographical references

They should be elaborated in accordance to the Vancouver Norms: they should be indicated in the text, numbered consecutively in the order in which they appear, by means of Arabic numbers in parenthesis. The list of references will begin on a separate page at the end of the article.

Personal communications should be indicated in the body of the text, in parenthesis, with date and institution of the person presenting the communication; not on footnotes.

The following should not be included as references: unpublished documents, in spite of its presentation in conferences or congresses, sent articles for publication that have not been accepted or abstracts. If it's absolutely necessary to cite unpublished sources, these must be mentioned in the text in parenthesis or in a footnote.

Some parts were taken from Journal of Public Health-, Vol.9 No. 2 Information and instructions for authors.

INDICAÇÕES PARA OS AUTORES

A revista em direção à promoção da Saúde é uma publicação semestral, de caráter científico indexada no índice Bibliográfico Nacional Publindex de COLCIENCIAS; edita-se no Departamento de Saúde Pública da Universidade de Caldas desde 1993, com uma distribuição nacional e internacional a organizações de caráter acadêmico, assistencial e administrativo do setor de saúde. Tem como finalidade socializar as experiências acadêmicas, investigativas, de projeção e de docência, quanto de docentes como de estudantes, egressos de pré-graduação e pós-graduação

E pós-graduação profissionais das áreas de saúde sociais, e afins do país e de Latino América, que realizem aportes para o desenvolvimento das seguintes temáticas.

- Conceituar sobre saúde e vida.
- Educação para a saúde.
- Estilos de vida saudáveis.
- Comunicação social em saúde.
- Orientação dos serviços de saúde.
- Política pública saudável.
- Ambientes favoráveis à saúde.
- Negociação e manejo de conflitos.
- Participação social.
- Alianças estratégicas.
- Desenvolvimento social e humano.
- Ciências sociais e saúde.
- Assuntos acadêmicos.

SEÇÕES

A revista contém as seguintes seções:

Editorial: ponto de vista do Comitê Editorial, do editor ou de autores convidados.

Artigo de investigação científica e tecnológica: documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais dos projetos terminados de

investigação¹, deve indicar: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos.

Artigo de revisão: documento resultado de uma investigação terminada onde analisam sistematização e integram os resultados de investigações publicadas ou não publicadas, sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avanços e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de por o menos 50 referências².

Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados de investigação terminada desde uma perspectiva analítica, interpretação ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais³.

Assuntos Acadêmicos: apresenta informação relacionada com temas de interesse da área: normatividade, regulamentação, convocatórias e eventos científicos.

SELEÇÃO DE ARTÍCULOS PARA PUBLICAÇÃO

O estudo e a seleção inicial dos escritos estão a cargo do Comitê Editorial, a qual aceita ou rejeita as originais, atendendo à qualidade científica e à concordância com as temáticas próprias. Ainda pode solicitar modificações e fazer as correções que estimam necessárias para ajustar o documento ao estilo da revista. Logo desta revisão, será submetido à avaliação por Pares Acadêmicos, que emitem um conceito recomendando ou não, sua publicação. A recepção de um artigo, os

¹ Tomado da Base Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

² IBIDEM, p. 8.

³ IBIDEM, p. 8.

originais não se devolveram, por quanto, o autor deve deixar copia de tudo o material enviado.

ENVIO DO DOCUMENTO

Deve ser apresentado de duas formas:

1. Um documento original impresso que não exceda de 25 paginas a dobre espaço, em papel tamanho carta por uma sola cara, com tinta negra. As margens devem ser de 3 cm e as paginas se enumeraram consecutivamente.
2. Um suporte em médio magnético, já fora um CD ou email, com o texto completo no programa Microsoft Word, tipo de Times New Roman, tamanho 11.

Pode ser enviado de duas formas:

1. Universidade de Caldas, Faculdade de Ciências para a Saúde Revista para a Promoção da Saúde, María Eugenia Pico Merchán. Edifício Miguel Arango Soto. Rua 25 No. 48-57. Telefone 8783060 extensões 31127 – 31125.
2. Correio eletrônico:
reprosa@ucaldas.edu.co,
revistascientificas@ucaldas.edu.co

DIREITOS DE REPRODUÇÃO

Se o documento é aceito para a publicação os direitos de reprodução serão da Universidade de Caldas. Cada artigo deve ir acompanhado duma carta do autor onde especifica que é inédito E indica que os direitos de reprodução são propriedade exclusiva de a Revista para a Promoção da Saúde por outra parte, o autor tem a responsabilidade de obter a permissão necessária para reproduzir qualquer material protegido por direitos de reprodução e deve especificar com caridade qual é o quadro, figura o texto que se citara e a referência bibliográfica completa.

As opiniões, juízos e pontos de vista expressados por os autores, são de sua exclusiva responsabilidade

e não refletem os critérios nem a política da Revista.

Aspectos éticos: quando seja pertinente, incluirá se uma explicação, sobre os procedimentos seguidos em a investigação a fim de garantir o cumprimento dos princípios e normas éticas da Declaração de Helsinki de 1975 e posteriores revisões, além da Resolução 8430 de 1993 do então, Ministério de Saúde de Colômbia.

APRESENTAÇÃO DO ARTICULO

Títulos e autores

O título do trabalho deve limitar se a máximo 15 palavras. Debaixo do titulo aparecem o nome e sobrenome de cada autor centrado e em cursiva; em pé de pagina indica se: titulo profissional e o máximo alcançado, instituição onde trabalha cidade, pais e endereço eletrônico institucional ou corporativo.

Resumo

Tudo artigo deve ter um resumo em espanhol, inglês e português, com uma extensão não maior a 250 palavras. Incluída objetivos, datas e lugares de execução do estudo, métodos, resultados e conclusões. Não deve incluir abreviaturas e citas bibliográficas. Deve se redigir de forma im pessoal.

Palavras chave

Utilizaram se solo aquelas que são aceitas unicamente por bases de dados internacionais as que podem ser consultadas em os seguintes endereços: palavras chave, (espanhol): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key Words, (ingles): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Corpo do articulo

Os documentos que apresentam investigações dividem se em: Introdução, materiais, e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos.

Introdução: indica o propósito e/ou os objetivos do artigo e fundamento da investigação sem revisar excessivamente o tema, não inclui resultados nem conclusões.

Materiais e métodos: descreve o tipo de estudo e desenho do mesmo, a seleção da população e a mostra, incluem as características dos sujeitos, quando se requirem. Indica os métodos, aparelhos e procedimentos utilizados para obter os dados e analisá-los.

Resultados: apresentam os resultados em ordem lógicos, devem ser concisos e claros. Não se repete no texto os resultados que encontraram se nas tabelas e figuras.

Discussão: se fundamenta nos resultados obtidos na pesquisa à vês que se encontram a relação entre estes e os obtidos por outros autores, assinala as condições e diferenças encontradas e enfatiza nos aspetos novos. Não repete informação incluída nas seções anteriores. Examina as implicações dos descobrimentos, suas limitações e suas projeções em futuras pesquisas. Confrontam as conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusões: indicam os descobrimentos mais relevantes da pesquisa desde o ponto de vista do objeto do estudo; recomenda se que os objetivos da pesquisa se constituem no ponto de referência para desenhar- as, nas que implicam- se as distintas dimensões do problema.

Agradecimentos: os autores podem fazer menção às pessoas e colaboradores, assim como a instituições financiadoras, dependências e instituições que apoiam sua execução.

Quadros e figuras

Os quadros e figuras devem conter um título breve, lugar, data e fonte, se esta não aparece se

assume que é do autor. O encabeçamento de cada coluna do quadro deve ter a unidade de medida. As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos, mapas, fotografias, entre outras) e os quadros devem levar suas respectivas legendas e títulos, serão numeradas consecutivamente e seu numero será o mínimo necessário para explicar o tema.

Abreviaturas e siglas

Utilizaram se o menos possível e preferivelmente aquelas que são reconhecidas internacionalmente. Quando citam se por primeira vez no texto, devem ir precedidas da expressão completa.

Notas a pé de página

Deve ser limitado a comentários e aclarações do autor.

Referências bibliográficas

Elaboraram se ajustadas às Normas Vancouver: indicam se no texto numerado consecutivamente na ordem em que apareçam por meio de números arábigos colocados entre parêntesis. A lista de referências se iniciara em uma folha aparte ao final do artigo.

As comunicações pessoais devem ser indicadas no corpo do texto, entre parêntesis, indicando data e instituição de quem dá a comunicação; não anotações de pé de pagina.

Não devem incluísse documentos não publicados, incluso se têm sido presenteados em conferencias ou congressos, artigos enviados para publicação que não tem sido aceitado e resumos. Si é absolutamente necessário citar fontes publicadas, estas devem ser mencionadas no texto entre parêntesis ou em uma anotação de pé de pagina.

Revista HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

FORMATO DE SUSCRIPCIÓN

Nombre / Name	
Cédula / Identification number	
Dirección / Address	
Ciudad / City	
Departamento / State	Código Postal / Zip Code
País / Country	
Teléfono / Phone Number	
Profesión / Profession	
Institución / Employer	
Correo Electrónico / E-mail	
Dirección de envío / Mailing Address	

Suscriptores Nacionales por un año. (2) Ejemplares

Se debe consignar en Bancafé, cuenta de ahorros No. 255050114 código 00HD005
Promoción e indexación de publicaciones científicas.

Mayores informes:

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados
Universidad de Caldas. Calle 65 No. 26 - 10
A.A 275 Manizales - Colombia
Tel: 8781500 ext. 11222 - 12442 Fax: ext. 12622

E-mail: revistascientificas@ucaldas.edu.co
reposa@ucaldas.edu.co

Último ejemplar recibido / Last issue mailed:

Año/Year Volumen/Volume Número/Number Fecha / Date

w w w . 4 - 7 2 . c o m . c o



LA RED POSTAL DE COLOMBIA

› Línea de Atención al Cliente Nacional ◀
01 8000 111210



Ventas, suscripciones y canjes
Vicerrectoría de Investigaciones y
Postgrados
Universidad de Caldas
Sede Central
Calle 65 No. 26 - 10
A.A. 275
Teléfonos: (+6) 8781500
ext. 11222
e-mail:
revistascientificas@ucaldas.edu.co
Manizales - Colombia



Revista
Agronomía



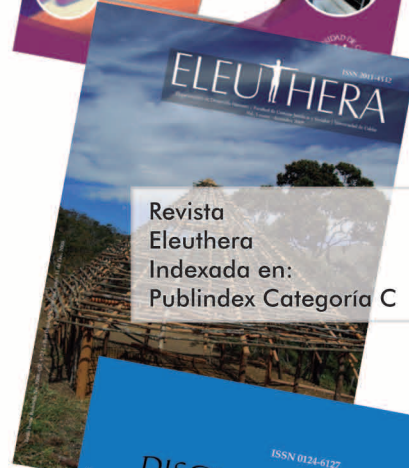
Revista
Cultura y Droga



Revista
Luna Azul (On Line)
<http://lunazul.ucaldas.edu.co>
Indexada en:
Publindex Categoría B
Index Copernicus, DOAJ



Revista
Biosalud
Indexada en:
Publindex Categoría B
Lilacs



Revista
Eleuthera
Indexada en:
Publindex Categoría C



Revista
Discusiones Filosóficas
Indexada en:
Publindex Categoría B
Philosopher's Index
SciELO

Revistas





Revista Boletín Científico Museo de Historia Natural Indexada en: Publindex Categoría A2 SciELO



Revista Colombiana de las Artes Escénicas



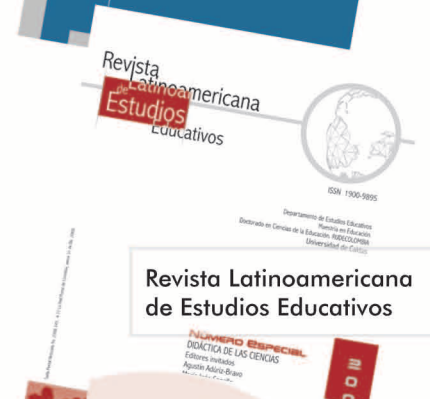
Revista Veterinaria y Zootecnia



Revista Hacia la promoción de la Salud Indexada en: Publindex Categoría B Lilacs SciELO



Revista Jurídicas Indexada en: Publindex Categoría C DialNet



Revista Latinoamericana de Estudios Educativos



Revista Vector



Revista de Antropología y Sociología (Virajes) Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Universidad de Caldas



Revista Kepes Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Latinoamericana de Estudios de Familia

Científicas





Esta revista se terminó de imprimir
en el mes de julio de 2010
en el centro editorial de la
Universidad de Caldas
Manizales - Colombia