

La Revista de Salud Pública es una publicación temática, indizada, con arbitraje externo de pares nacionales e internacionales, trimestral, destinada a la publicación de la producción técnico científica relacionada al área de la salud y en especial de la Salud Pública. Editada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Consta de ISSN 1853-1180 para la versión Impresa y ISSN 1852-9429 para la Electrónica.

The Journal of Public Health is a thematic publication, indexed, external peer refereed national and international, biannual, for the publication of the technical-scientific production related to the area of health and in particular Public Health. Published by the School of Public Health, College of Medical Sciences of the University National Córdoba, ISSN 1853- 1180 consists of the printed version and for Electronic ISSN 1852-9429.

Directora: Dra. María Dolores Román

Co-directora: Dra. María Daniela Defagó

Traducción al inglés: Andrea Ternengo

Traducción al portugués: Osvaldo J. Casero

Tesorería y Finanzas: Cdora. Soledad Marquez

Diseño y Diagramación: Vladimir López Barrios

Escuela de Salud Pública. Calle Bv. de la Reforma esq. Enf. Gordillo Gomez CP 5000. Córdoba. República Argentina. Te: +54 0351 - 4334042 / 4333023

www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar

saludpublica@fcm.unc.edu.ar

revistasp@fcm.unc.edu.ar

ISSN 1853-1180

Las responsabilidades por los juicios, opiniones, puntos de vista, o traducciones; expresados en los artículos publicados corresponden exclusivamente a los autores.

No está permitida la reproducción parcial o total del contenido de la revista, sin la previa autorización de los editores de la Revista de Salud Pública.

Sumario

- 7 **EDITORIAL**
Prof. Dra. Patricia Paglini
- 8 CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE HIGIENE DE MANOS AL COMIENZO Y A UN AÑO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA. María Georgina Oberto, María Laura Coluccini, María Lucía Baraquet, Roberto José Sánchez.
- 22 CALIDAD DE LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN UN CENTRO ONCOLÓGICO: CALIDAD EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA. María Sobeida Leticia Blazquez Morales, Arturo Tlapa Pale, María del Carmen Gogeoascoechea Trejo, Evangelina Montes Villaseñor, Lilia Mendoza Longoria.
- 39 LA VACUNACIÓN EN LA ENCRUCIJADA. REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS PARA LA COVID19 EN EL MUNDO. Lucas De Candia, Jéssica Geuna.
- 59 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SOBREPESO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS DE UN PROYECTO SOCIAL EN LA RED DE EDUCACIÓN PÚBLICA. Leandro Lima e Silva, Ângelo Marcelo Belas Coutinho, Eduardo Borba Neves, Henry Ajdelsztajn, Luiz Antônio Azevedo Junior, Magna Leilane Silva, Rodrigo Gomes de Souza Vale, Rodolfo de Alkmim Moreira Nunes.
- 61 CAMBIOS EN ACTIVIDAD FÍSICA EXTRAESCOLAR Y CONDUCTAS SEDENTARIAS CON PANTALLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ARGENTINOS DURANTE LAS RESTRICCIONES POR COVID-19. Ianina Tuñón, Martín Farinola, Fernando Laíño.
- 88 ROLES DE GÉNERO EN LA DISTRIBUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS VINCULADAS A LA ALIMENTACIÓN. Malena Lopez Mato, Florencia Yasmin Acerbo, Rocio Lema.
- 104 PREVALENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN MATO GROSSO DO SUL BRASIL ENTRE 2010 Y 2018. Kevyn Felipe Mendes; Raphael Oliveira Ramos Franco Netto; Mateus Henrique Guiozzi Mazão Lima; Luã de Moraes Lima; Leiliane Cássia Moratas; Renato Sanchez; José Luís Gamarra Insfrán; Vanessa Alves Paraizo.
- 113 UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL SOBRE LA VIOLENCIA FÍSICA EN LA PAREJA Y LA DISCAPACIDAD. Pilar Rodríguez Martínez.
- 125 **RESEÑA BIBLIOGRÁFICA.** Dr. Abelardo Rahal.
- 133 **NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**

Summary

7	EDITORIAL Prof. Dra. Patricia Paglini
8	KNOWLEDGE AND PRACTICE OF HAND HYGIENE AT THE BEGINNING AND ONE YEAR AFTER THE COVID-19 PANDEMIC IN ARGENTINA. María Georgina Oberto, María Laura Coluccini, María Lucía Baraquet, Roberto José Sánchez.
22	QUALITY OF CARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT AN ONCOLOGY CENTER: QUALITY IN ONCOLOGY CARE. María Sobeida Leticia Blazquez Morales, Arturo Tlapa Pale, María del Carmen Gogeochea Trejo, Evangelina Montes Villaseñor, Lilia Mendoza Longoria.
39	VACCINATION AT THE CROSSROADS. CRITICAL REFLECTION REGARDING COVID 19 VACCINE DISTRIBUTION IN THE WORLD. Lucas De Candia, Jéscica Geuna.
59	EVALUATION OF OVERWEIGHT AND CARDIOVASCULAR RISK INDICATORS IN CHILDREN WITHIN A SOCIAL PROJECT IN THE PUBLIC EDUCATION NETWORK. Leandro Lima e Silva, Ângelo Marcelo Belas Coutinho, Eduardo Borba Neves, Henry Ajdelsztajn, Luiz Antônio Azevedo Junior, Magna Leilane Silva, Rodrigo Gomes de Souza Vale, Rodolfo de Alkmim Moreira Nunes.
61	CHANGES IN OUT OF SCHOOL PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIORS WITH SCREEN IN ARGENTINIAN CHILDREN AND ADOLESCENTS DURING COVID-19 RESTRICTIONS. Ianina Tuñón, Martín Farinola, Fernando Laíño.
88	GENDER ROLES IN THE DISTRIBUTION OF HOUSEWORK RELATED TO FOOD. Malena Lopez Mato, Florencia Yasmin Acerbo, Rocio Lema.
104	PREVALENCE OF TUBERCULOSIS IN MATO GROSSO DO SUL BRAZIL BETWEEN 2010 AND 2018. Kevyn Felipe Mendes; Raphael Oliveira Ramos Franco Netto; Mateus Henrique Guiotti Mazão Lima; Luã de Moraes Lima; Leiliane Cássia Moratas; Renato Sanchez; José Luís Gamarra Insrán; Vanessa Alves Paraizo.
113	INTERSECTIONAL ANALYSIS OF PHYSICAL VIOLENCE IN COUPLES AND DISABILITY. Pilar Rodríguez Martínez
125	BIBLIOGRAPHICAL REVIEW. Dr. Abelardo Rahal.
133	RULES FOR THE PRESENTATION OF WORKS

Resumo

- 7 **EDITORIAL**
Prof. Dra. Patricia Paglini
- 8 CONHECIMENTO E PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO INÍCIO E UM ANO APÓS A PANDEMIA COVID-19 NA ARGENTINA. María Georgina Oberto, María Laura Coluccini, María Lucía Baraquet, Roberto José Sánchez.
- 22 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EM UM CENTRO ONCOLÓGICO: QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA. María Sobeida Leticia Blazquez Morales, Arturo Tlapa Pale, María del Carmen Gogeoascoechea Trejo, Evangelina Montes Villaseñor, Lilia Mendoza Longoria.
- 39 VACINAÇÃO NA ENCRUZILHADA. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS PARA COVID19 NO MUNDO. Lucas De Candia, Jéssica Geuna.
- 59 AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE SOBREPESO E RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS DE UM PROJETO SOCIAL NA REDE DE EDUCAÇÃO PÚBLICA. Leandro Lima e Silva, Ângelo Marcelo Belas Coutinho, Eduardo Borba Neves, Henry Ajdelsztajn, Luiz Antônio Azevedo Junior, Magna Leilane Silva, Rodrigo Gomes de Souza Vale, Rodolfo de Alkmim Moreira Nunes..
- 61 MUDANÇAS NA ATIVIDADE FÍSICA EXTRACURRICULAR E COMPORTAMENTOS SEDENTÁRIOS PERANTE DE TELA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ARGENTINOS DURANTE AS RESTRIÇÕES DO COVID-19. Ianina Tuñón, Martín Farinola, Fernando Laíño.
- 88 PAPÉIS DE GÊNERO NA DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS DOMÉSTICAS LIGADAS À ALIMENTAÇÃO. Malena Lopez Mato, Florencia Yasmin Acerbo, Rocio Lema.
- 104 PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE EM MATO GROSSO DO SUL- BRASIL- ENTRE 2010 E 2018. Kevyn Felipe Mendes; Raphael Oliveira Ramos Franco Netto; Mateus Henrique Guiotti Mazão Lima; Luã de Moraes Lima; Leiliane Cássia Moratas; Renato Sanchez; José Luís Gamarra Insrán; Vanessa Alves Paraizo.
- 113 UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA PELO PARCEIRO E A DEFICIÊNCIA. Pilar Rodríguez Martínez.
- 125 **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Dr. Abelardo Rahal.
- 133 **REGRAS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS**



Revista indizada en base de datos

LILACS

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Bireme, Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Brasil. <http://www.bireme.br/>

CUIDEN

Base de Datos Bibliográfica sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica. Base de datos de enfermería en español, Granada - España <http://www.doc6.es/index/>

PERIODICA

Base de datos de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México. http://132.248.9.1:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=PER01

RENICS

Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud. <http://www.renics.com.ar/>

DOAJ

Directory of open access journals Universidad Lund, Suecia <http://www.doaj.org/>

WEB OF SCIENCE

http://mjl.clarivate.com/cgi-bin/jrnlst/jlresults.cgi?PC=MASTER&Word=*REVISTA%20DE%20SALUD%20PUBLICA-CORDOBA

MINCYT

Sistema Nacional de Repositorios Digitales Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

LATINDEX

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

NÚCLEO BÁSICO DE REVISTAS CIENTÍFICAS ARGENTINAS. CAYCIT-CONICET. R. Argentina [HTTP://www.caicyt-conicet.gov.ar/nucleo-basico-de-revistas-cientificas/](http://www.caicyt-conicet.gov.ar/nucleo-basico-de-revistas-cientificas/)

REDIB

Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico. Sistema de información sobre producción científica en español que incorpora indicadores de calidad editorial y científica. Esta presentación forma parte de un ciclo que se ha llevado a cabo en otros países iberoamericanos: Chile, Argentina, Colombia, Perú, Portugal y México.

SISTEMA NACIONAL DE REPOSITARIOS DIGITALES

Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (Mincyt). Se accede a través de este link: http://www.biblioteca.mincyt.gov.ar/revistas/index?letter=&title=revista+de+salud+publica&openaccess=falso&gran_area=3&area=&view=list&yt0=Busca

Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba espacio destinado a revistas electrónicas, de acceso libre a la producción científica, un **recurso público**, es por ello que somos parte de este sitio que la universidad ofrece de **acceso libre**

El sistema con que opera este sitio es Open Journal Systems (OJS).

Se accede: <http://revistas.unc.edu.ar/>

Editorial



La Salud Pública si bien siempre ha sido tenida en cuenta por los ámbitos gubernamentales y por los formadores del personal en Ciencias de la Salud, su valor se ha jerarquizado en la población a partir de la pandemia por COVID-19. Ésta ha demostrado la vulnerabilidad del ser humano por lo que la comunidad mundial mira a la Salud Pública como un bien, no sólo muypreciado, sino que ha tomado conciencia de la interrelación que ésta tiene con innumerables factores y determinantes que la ciencia ha demostrado.

En este número de la Revista el lector encontrará la importancia que tienen las medidas higiénicas en prevenir enfermedades y muy especialmente el COVID-19, así cómo ha influido la pandemia en exceso de sedentarismo y el tiempo frente a las pantallas, hecho muy difícil de revertir con facilidad y que contribuye al aumento de peso en niños y adolescentes de manera peligrosa para la salud. Además, una reflexión crítica de la distribución de vacunas para prevenir COVID-19 en el mundo con el convencimiento que para erradicar la pandemia la vacunación debería ser lo más homogénea posible a nivel mundial.

Dentro de la Salud Pública se abordan también temas oncológicos y la distribución de la responsabilidad de alimentación de las familias de acuerdo al género.

Aquí el lector encontrará temáticas que atraviesan la pandemia con abordajes científicos distintos y otros trabajos que abordan a la Salud Pública desde la enfermedad propiamente dicha y desde la descripción de la realidad cotidiana.

Es nuestro deseo que la lectura de estos artículos contribuyan a estimular el interés de participación de la comunidad científica y académica en una actitud proactiva en los múltiples factores que contribuyen a mantener la Salud Pública.

*Prof. Dra. Patricia Paglini
Vicedecana/Secretaria Académica
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba*

María Georgina Oberto¹,
María Laura Coluccini²,
María Lucía Baraquet³,
Roberto José Sánchez⁴.

¹Escuela de Nutrición,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional
de Córdoba. Córdoba,
Argentina. ORCID [https://
orcid.org/0000-0002-1921-
7926](https://orcid.org/0000-0002-1921-7926) Contacto: georgi-
naoberto@hotmail.com

²Escuela de Nutrición,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional
de Córdoba. Córdoba,
Argentina. ORCID [https://
orcid.org/0000-0001-
6086-9822](https://orcid.org/0000-0001-6086-9822) Contacto: lic.
coluccini@gmail.com

³Escuela de Nutrición,
Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad
Nacional de Córdoba.
Córdoba, Argentina. ORCID
[https://orcid.org/0000-
0002-7730-0816](https://orcid.org/0000-0002-7730-0816) Contacto:
luciabaraquet@gmail.com

⁴Escuela de Nutrición,
Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad
Nacional de Córdoba.
Córdoba, Argentina. ORCID:
[https://orcid.org/0000-
0002-9323-5989](https://orcid.org/0000-0002-9323-5989) Contacto:
rosan60@hotmail.com

DOI:10.31052/1853.1180.
v27.n1.34510

@Universidad Nacio-
nal de Córdoba



Trabajo recibido: 18
de agosto 2021.
Aprobado: 7 de
enero 2022.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE HIGIENE DE MANOS AL COMIENZO Y A UN AÑO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF HAND
HYGIENE AT THE BEGINNING AND ONE
YEAR AFTER THE COVID-19 PANDEMIC IN
ARGENTINA.

*CONHECIMENTO E PRÁTICA DA
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO INÍCIO E
UM ANO APÓS A PANDEMIA COVID-19 NA
ARGENTINA.*

Resumen

Objetivo: analizar el conocimiento, la práctica de higiene de manos y de otras medidas higiénico-sanitarias que aplican las personas, al comienzo y a un año de la pandemia de COVID-19 en Argentina.

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional y transversal. Se realizó una encuesta en línea a población adulta, durante dos períodos: mayo-2020 y mayo-2021. **Resultados:** se analizaron 2507 encuestas. Solo el 24,7% (primer período) y 23,8% (segundo período), cumplieron con el tiempo recomendado para un lavado de manos efectivo. En ambos períodos, más del 50% lava sus manos a veces/nunca después de sonarse la nariz, tocarse la cara y objetos. Existe asociación entre el correcto lavado de manos y la edad, y entre el correcto lavado de manos y ser o no integrante del equipo de salud, en ambos períodos.

Conclusión: las personas se higienizan las manos, sin embargo la mayoría incumple con el tiempo y frecuencia recomendada.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; lavado de manos; conocimiento.

Summary

Objective: to analyze the knowledge, hand hygiene practice and other hygiene health measures used by people, at the beginning of and a year after COVID-19 pandemic in Argentina.

Material and methods: descriptive, observational and cross sectional study. An online survey was carried out of adult population, during two periods: May 2020 and May 2021.

Results: 2507 surveys were analyzed. Only 24.7% (first period) and 23.8% (second period), kept to the time suggested for effective hand washing. In both periods, more than 50% respondents sometimes/never wash their hands after blowing their noses, touching objects or their faces. There is an association between correct hand washing and age and correct hand washing and being or not a member of the health team, in both periods.

Conclusion: people do wash their hands; however, they do not respect recommended time and frequency.

Key words: Coronavirus infections; hand-washing; knowledge.

Resumo

Objetivo: analizar o conhecimento, a prática de higiene das mãos e outras medidas higiênico-sanitárias aplicadas pelas pessoas, no início e um ano após a pandemia de COVID-19 na Argentina.

Material e métodos: estudo descritivo, observacional e transversal. Foi realizada uma enquete online na população adulta, durante dois períodos: Maio-2020 e Maio-2021.

Resultados: foram analisadas 2.507 enquetes. Apenas 24,7% (primeiro período) e 23,8% (segundo período) atingiram o tempo recomendado para lavagem efetiva das mãos. Em ambos os períodos, mais de 50% lavam as mãos às vezes/nunca após assoar o nariz, tocar o rosto e objetos. Há associação entre lavagem correta das mãos e idade, e entre lavagem correta das mãos e ser ou não membro da equipe de saúde, em ambos os períodos.

Conclusão: as pessoas higienizam as mãos, porém, a maioria não cumpre o horário e a frequência recomendados.

Palavras-chave: infecções por coronavírus; lavagem das mãos; conhecimento.

Introducción

Un nuevo coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) responsable de la enfermedad COVID-19 se identificó en China a fines de 2019. En la Argentina el 3 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso importado de Italia y varios países europeos reportaron brotes y colapso del sistema sanitario. Días después, a causa de la gravedad y velocidad de expansión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Pandemia de COVID-19 (1,2). Desde entonces la COVID-19 constituye una prioridad de salud pública a nivel mundial por lo cual, la población en general viene aplicando una serie de medidas higiénico-sanitarias como el aislamiento social obligatorio, el distanciamiento físico de dos metros y la utilización correcta de barbijo que, en conjunto, ayudan a prevenir el contagio comunitario del coronavirus (3,4).

En este contexto, el lavado de manos con agua y jabón también se ha considerado una de las principales medidas de contención de la infección viral por COVID-19, debido a que el jabón disuelve la grasa, dejando al coronavirus sin su envoltura vírica (5). Además, la higiene de manos con una solución a base de alcohol, la desinfección de superficies y objetos, ventilar los ambientes y no compartir mate ni vajilla constituyen otras prácticas relevantes para disminuir la incidencia de la enfermedad (4,6).

El rápido avance y el impacto de la COVID-19 en diversos ámbitos de la vida cotidiana

han generado la necesidad de conocer el comportamiento de las personas frente a estas prácticas higiénico-sanitarias para identificar si las mismas se adquieren y mantienen o no se realizan y, de esta manera, visibilizar la importancia de adquirir comportamientos positivos y socialmente responsables para el cuidado de la salud (7).

La higiene de manos en los momentos claves como antes de ingerir alimentos y después de utilizar el sanitario es uno de los consejos que más se difunden para prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias. Frente a la COVID-19 el mensaje se ha extendido a situaciones puntuales no solo en el ámbito hospitalario, sino también en la comunidad. Por lo expresado, el objetivo de este trabajo fue analizar el conocimiento, la práctica de higiene de manos y de otras medidas higiénico-sanitarias que aplican las personas, al comienzo y a un año de la pandemia de COVID-19 en Argentina. Además, se buscó conocer la prevalencia de personas infectadas y/o vacunadas, como así también la asociación entre el correcto lavado de manos y las variables en estudio con la finalidad de brindar información que contribuya a la creación de estrategias de prevención en el ámbito de las políticas públicas.

Material y métodos

Población y diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se aplicó una encuesta en línea, anónima a un total de 2507 personas mayores de 18 años, residentes en la Argentina. Los datos se recopilaron en dos períodos: en el mes de mayo-2020 (n=1145) y a un año de iniciada la pandemia, en mayo-2021 (n=1362).

La encuesta se diseñó en Google formulario y se compartió por redes sociales como WhatsApp, correo electrónico y Facebook de los investigadores.

Se utilizó una muestra no probabilística por bola de nieve que permitió que el tamaño de la muestra aumente a medida que las personas inicialmente seleccionadas invitaron a otras a participar. Para aumentar la probabilidad de obtener una muestra comparable, la encuesta se distribuyó por los mismos canales de información en ambos períodos.

Recolección de datos y variables de estudio

La encuesta fue diseñada por los docentes de la Cátedra de Microbiología y Parasitología de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba que, desde el año 2015, llevan a cabo actividades sobre la higiene de manos y material educativo al respecto en instituciones educativas, hospitalarias y museos (8,9). La encuesta se dividió en cuatro secciones: características sociodemográficas, conocimiento y práctica de higiene de manos, fuente de información y otros hábitos higiénico-sanitarios. La primera sección recogió datos sobre género, edad, nivel de estudio, provincia de residencia, integrante del equipo de salud (sí/no) y fuente de abastecimiento de agua. La segunda parte evaluó el conocimiento y práctica de higiene de manos, incluidos los elementos de aseo, frecuencia de higiene en los momentos claves (siempre/algunas veces/nunca) y tiempo de lavado. En la tercera se consultó sobre las fuentes de información respecto al procedimiento de lavado de manos. Y en el último apartado se indagó sobre la frecuencia de desinfección de superficies, objetos, frutas y verduras, y ventilación de ambientes, categorizada en siempre/algunas veces/nunca.

Las preguntas cerradas se construyeron en base a las recomendaciones brindadas por la OMS y organismos estatales al inicio de la pandemia, que focalizaban en la higiene y desinfección de manos, superficies, objetos y alimentos (4,10,11).

Se utilizó la misma encuesta en ambos períodos. Sin embargo, en la segunda encuesta, primera sección, se sumaron dos preguntas teniendo en cuenta el número de casos notificados: tuvo la enfermedad (sí/no) y se colocó alguna dosis de la vacuna contra COVID-19 (sí/no). En la segunda sección, se consideró las modificaciones de los protocolos vigentes para COVID-19 y se agregó una pregunta acerca del lavado de manos antes y después de

colocarse el barbijo.

Para evaluar el lavado de manos se creó una nueva variable a partir de tres variables consultadas en las encuestas. Se consideró un correcto lavado de manos cuando el agua y jabón fueron los elementos elegidos para la higiene de manos, el tiempo de duración del procedimiento fue de 40-60 segundos y la frecuencia de lavado fue “siempre”, antes y después de momentos claves (antes de: ingerir alimentos, visitar a un enfermo y tocarse la cara; después de: sonarse la nariz, visitar un enfermo, tocar dinero y objetos de la vía pública).

Aspectos éticos

La participación fue voluntaria y las respuestas fueron anónimas. No se recopilaron datos de identificación. Se contó con el consentimiento informado virtual de los encuestados.

Análisis estadístico

Para el tratamiento de los datos se empleó el software STATA v.15. Las estadísticas descriptivas fueron calculadas para cada período como frecuencias y porcentajes. Para evaluar las asociaciones bivariadas entre las variables estudiadas se aplicó la prueba chi-cuadrado. Además, para identificar asociaciones entre las variables y el correcto lavado de manos se utilizaron regresiones logísticas para cada uno de los periodos.

Se construyeron modelos de regresión logística utilizando como variable respuesta el realizar un correcto lavado de manos “1” o no realizarlo “0” y como covariables predictoras del evento el género, nivel de estudio, la edad y ser o no integrante del equipo de salud. Estas variables se incluyeron como variables categóricas y la primera categoría, como de referencia. El umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

En total, se recopilaron 2507 encuestas (periodo 1= 1145 y periodo 2= 1362) el 81,9% de los encuestados residían en la provincia de Córdoba, el 4,7% en Chubut, el 4,3% en Buenos Aires y el 9,1% restante en las demás provincias de la Argentina. Las características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1. Es importante señalar que a un año de comenzada la pandemia sólo un 34,7% de los encuestados recibió alguna de las dosis de la vacuna contra la COVID-19 y un 21,7% manifestó haberse infectado.

Tabla N° 1: Características sociodemográficas de la población

	Periodo 1	Periodo 2	p-valor ^(*)
n	1145	1362	
Edad, n (%)			
18-35 años	588 (51,3)	557 (40,9)	
36-64 años	494 (43,1)	684 (50,2)	<0,001
>65 años	63 (5,5)	121 (8,9)	
Género, n (%)			
Femenino	905 (79,0)	1021 (74,9)	
Masculino	238 (20,8)	339 (24,9)	0,02
Otro	2 (0,2)	2 (0,1)	
Nivel de estudio, n (%)			
Primario	21 (1,8)	18 (1,3)	
Secundario	231 (20,1)	230 (16,9)	
Terciario/Universitario	735 (64,2)	862 (63,3)	0,005
Posgrado	153 (13,3)	248 (18,2)	
Otro	5 (0,4)	4 (0,3)	
¿Es integrante del equipo de salud? n (%)			
Si	237 (20,7)	347 (25,5)	-
No	908 (79,3)	1015 (74,5)	
¿Tuvo COVID-19?			
Si	s/d	294 (21,7)	
No	s/d	1063 (78,3)	-
¿Se ha colocado alguna dosis de la vacuna? n (%)			
Si	s/d	470 (34,7)	-
No	s/d	884 (65,3)	

^(*)Los valores de p para las diferencias de periodo se basan en pruebas χ^2 para variables categóricas. s/d: sin datos

Al indagar sobre el lavado de manos, el 93,5% en el primer periodo y el 96,5% en el segundo aseguraron conocer el correcto procedimiento. En ambos periodos, los principales medios de comunicación por los cuales obtuvieron dicha información fueron la televisión, las redes sociales como Facebook, Instagram o WhatsApp y en el trabajo, instituciones educativas, centros de salud o a través de un familiar (Tabla 2).

Tabla N° 2: Medios de comunicación por los cuales se obtuvo información respecto al correcto lavado de manos

	Periodo 1 (%)	Periodo 2 (%)	p-valor ^(*)
Revistas o diarios	3,5	8,2	
Televisión	32,3	26,2	
Redes sociales (Facebook, Instagram o WhatsApp)	29,0	28,0	<0,001
Trabajo/instituciones educativas/ centros de salud/un familiar	30,0	25,9	
No recuerdo	5,1	11,7	

^(*)Los valores de p para las diferencias de período se basan en pruebas X² para variables categóricas.

En el primer periodo el 92,1% de los sujetos consideraron al lavado de manos como la base principal para la prevención y control de las infecciones en general, pero el porcentaje descendió a 88,9% en el segundo. Esto se vio reflejado también en las variaciones de las respuestas vinculadas a la frecuencia del lavado de manos al inicio de la pandemia y después de transcurrido un año de la misma, así el 89,9% se lavaba las manos más de 3 veces al día durante el primer periodo, pero el porcentaje disminuyó al 85,1% en el segundo. Si bien, en ambos periodos, la mayoría de los encuestados mencionó utilizar agua y jabón como elementos de uso habitual para dicho procedimiento, se observó un aumento en la utilización sólo de alcohol en gel o spray de 2,3% al inicio de la pandemia a 10,6% a un año de la misma.

Se observó una asociación entre los periodos de estudio y las variables frecuencia diaria del lavado de manos (p=0,002) y elementos con los que se lava habitualmente las manos (p=<0,001). Sin embargo, si bien la mayoría de los sujetos manifestó conocer el correcto procedimiento de lavado de manos, al indagar sobre el tiempo que le dedicaban, solo el 24,5% en el primer período y el 23,8% en el segundo, pudieron asegurar que cumplían con el tiempo recomendado para que el mismo sea efectivo. Por su parte, del total de las personas un 42% en el primer periodo y un 44% en el segundo tenían niños a su cargo. De éstos, el 65,5% y 62,6% respectivamente aseguraron controlar que los mismos se laven sus manos en los momentos adecuados (Tabla 3).

Tabla N° 3: Conocimientos y prácticas de higiene de manos

	Periodo 1 (%)	Periodo 2 (%)	p-valor ^(*)
¿Durante la pandemia, con qué frecuencia diaria se lava las manos?			
1 vez al día	0,9	1,2	
1 a 3 veces al día	9,2	13,7	0,002
Más de 3 veces al día	89,9	85,1	
¿Con qué elementos se lava habitualmente las manos?			
Agua	2,2	1,3	
Agua y jabón	95,5	88,1	<0,001
Alcohol gel o en spray	2,3	10,6	

¿En cuánto tiempo se lava las manos?			
Menos de 30 segundos	31,3	30,7	
Entre 40-60 segundos	24,5	23,8	0,719
No controla en tiempo	44,1	45,6	
¿Controla que los niños se laven las manos en los momentos adecuados?			
Siempre	65,5	62,6	
Algunas veces	29,0	34,2	0,09
Nunca	5,5	3,2	

(*)Los valores de p para las diferencias de período se basan en pruebas χ^2 para variables categóricas.

Respecto a la frecuencia del lavado de manos antes y después de los momentos claves se observó, en ambos períodos, que la mayor proporción de las personas se lavaba las manos siempre antes de ingerir alimentos o visitar un enfermo, no así antes de tocarse la cara. A su vez, gran parte de los sujetos se higienizaron las manos después de visitar un enfermo, tocar dinero/tarjetas de pago u objetos en la vía pública, pero rara vez lo hacían luego de sonarse la nariz. A su vez, se consultó sobre la desinfección con lavandina o alcohol, antes de guardar bolsas o cajas que se ingresan al hogar desde afuera y el porcentaje que lo realizaba de manera frecuente disminuyó de 60% en el primer periodo a 39,5% en el segundo (Tabla 4).

Tabla N° 4: Frecuencia de lavado de manos ante situaciones puntuales y otros hábitos higiénicos

	Periodo 1 (%)	Periodo 2 (%)	p-valor(*)
¿Con qué frecuencia se lava las manos antes de...?			
Ingerir alimentos			
Siempre,	74,5	75,6	
Algunas veces	24,6	23,1	0,541
Nunca	0,9	1,2	
Visitar un enfermo			
Siempre,	71,8	79,7	
Algunas veces	21,0	14,9	<0,001
Nunca	7,2	5,3	
Tocarse la cara			
Siempre,	21,3	22,7	
Algunas veces	54,8	59,4	0,001
Nunca	23,9	17,8	
¿Con qué frecuencia se lava las manos después de...?			
Sonarse la nariz			
Siempre,	32,1	33,5	
Algunas veces	49,8	50,1	0,489
Nunca	18,1	16,4	

Visitar un enfermo			
Siempre,	74,8	80,1	
Algunas veces	19,6	15,4	0,004
Nunca	5,6	4,4	
Tocar dinero/tarjetas de pago			
Siempre,	37,4	59,1	
Algunas veces	43,3	34,9	<0,001
Nunca	19,3	6,0	
Tocar otros objetos en la vía pública			
Siempre	62,2	65,5	
Algunas veces	30,4	32,5	<0,001
Nunca	7,4	1,9	
¿Con qué frecuencia se lava las manos antes y después de colocarse el barbijo?			
Siempre	s/d	24,4	
Algunas veces	s/d	35,8	-
Nunca	s/d	39,8	
¿Desinfecta con lavandina o alcohol bolsas, cajas, etc. que trae de afuera antes de guardarlas?			
Siempre	60,0	39,5	
Algunas veces	13,9	42,1	<0,001
Nunca	26,1	18,4	
¿Desinfecta con lavandina o alcohol?			
Objetos de uso habitual como llaves, celular, anteojos			
Siempre	49,4	32,9	
Algunas veces	37,7	50,0	<0,001
Nunca	12,8	17,1	
Verduras y frutas			
Siempre	68,1	53,3	
Algunas veces	21,9	28,7	<0,001
Nunca	9,9	17,9	
¿Ventila los ambientes de su hogar?			
Siempre	84,9	82,8	0,614
Algunas veces	14,6	16,5	
Nunca	0,4	0,7	

^(*)Los valores de p para las diferencias de período se basan en pruebas χ^2 para variables categóricas. s/d: sin datos

La prevalencia de un correcto lavado de manos fue de 4,2% (2,8% para hombres y 4,5% para mujeres) para el primer período y de 4,7% (3,2% para hombres y 5,3% para mujeres). Los análisis bivariados mostraron, en ambos períodos, una asociación entre ser integrante o no del equipo de salud y la importancia del lavado de manos ($p=0,03$ y $p<0,001$). Para el segundo período se observaron asociaciones entre haberse colocado alguna de las dosis de vacuna y la frecuencia del lavado de manos ($p<0,001$), y entre la edad y los medios de

comunicación por los cuales se obtuvo información respecto al correcto lavado de manos ($p < 0,001$).

La Tabla 5 presenta los resultados obtenidos de las regresiones logísticas según cada período. Los datos de este análisis revelaron, para el período 1, que los sujetos con edad entre 35 y 64 años mostraron una probabilidad mayor de realizar un correcto lavado de manos respecto a las personas con edades entre 18 y 34 años ($OR = 2,19$; IC del 95% 1,17-4,13) y en el período 2 dicha probabilidad fue aún mayor tanto en el grupo etario de 35 a 64 años ($OR = 4,07$; IC del 95% 1,96-8,48) como en el grupo de más de 65 años ($OR = 3,97$; IC del 95% 1,43-11,03).

Además, ser integrante de un equipo de salud aumenta la probabilidad de realizar un correcto lavado de manos en un 97% respecto a no serlo para el período 1 ($OR = 1,97$; IC del 95% 1,01-3,88), mientras que para el período 2 la probabilidad de realizar un correcto lavado de manos fue 2 veces mayor para quienes integran el equipo de salud que para quienes no ($OR = 2,79$; IC del 95% 1,61-4,83). No se identificó ninguna otra asociación con las regresiones logísticas.

Tabla 5: Estimaciones de probabilidad de un correcto lavado de manos a partir de modelos logísticos sobre variables sociodemográficas

	Periodo 1			Periodo 2		
	OR	IC 95%	p-valor ^(*)	OR	IC 95%	p-valor ^(*)
Genero						
Masculino ^a						
Femenino	1,72	0,75-3,98	0,20	1,80	0,92-3,56	0,08
Nivel de estudio						
Primario ^a						
Secundario	1,35	0,16-11,38	0,28	1,61	0,19-13,95	0,66
Terciario	0,69	0,08-5,66	0,74	1,26	0,16-9,95	0,83
Posgrado	0,67	0,07-6,03	0,72	0,76	0,09-6,39	0,79
Edad						
18-35 años ^a						
36-64 años	2,19	1,17-4,13	0,01	4,07	1,96-8,48	<0,001
>65 años	1,71	0,48-6,16	0,41	3,97	1,43-11,03	0,008
Integrante del equipo de salud						
No ^a						
Si	1,97	1,01-3,88	0,04	2,79	1,61-4,83	<0,001

^aCategoría de referencia.

Discusión

Es ampliamente aceptado que la higiene minuciosa de las manos con agua y jabón es una medida simple, económica y efectiva para reducir alrededor de un 30% la propagación de enfermedades transmisibles, entre ellas la causada por los virus respiratorios (3,5,12,13). Con respecto al conocimiento de las principales medidas de prevención, la mayoría de los sujetos refirió que el lavado de manos es la base principal para la prevención y control de las infecciones. Resultados similares se hallaron en un estudio en Polonia (14). Asimismo,

mo, en la región el 82% de la población peruana consideró medidas de autoprotección al lavado de manos, cubrirse la boca al toser y evitar el contacto con infectados (15). Otro estudio reveló que el 77% de los aborígenes guatemaltecos también identificaron al lavado de manos como una medida importante de prevención (16).

En nuestra investigación predominó el nivel de estudio universitario en ambos periodos, asimismo se encontró asociación entre los periodos de estudio y las variables frecuencia diaria del lavado de manos ($p=0,002$) y elementos con los que se lava habitualmente las manos ($p=<0,001$), y si bien los sujetos afirmaron conocer el procedimiento correcto de lavado de manos, al consultar sobre el tiempo empleado para realizar dicha práctica un 44,7%, en promedio, no controla el mismo. Teniendo en cuenta que el SARS-CoV-2 ingresa por los ojos, la nariz, la boca y que las manos contaminadas transmiten el patógeno (5), es fundamental lavarse toda la superficie de las manos con agua y jabón por al menos 40 segundos (10). En concordancia, en México se encuestó en línea a 339 personas para evaluar el nivel de conocimiento sobre el correcto lavado de manos. El 57% tenían un nivel universitario o superior y el 95% indicó que se lava adecuadamente las manos, pero al describir el procedimiento sólo el 14% indicó el proceso completo de pasos y tiempo sugerido por la OMS (5).

Cabe aclarar que el *Centers for Disease Control and Prevention* recomienda la mitad de tiempo de lavado (17). Si bien 20 segundos es suficiente para que el jabón inactive al coronavirus, en el presente trabajo, en concordancia con otros autores (5) se consideró un mayor tiempo para enjabonar y frotar las manos. Esto podría contribuir a que la persona se lave toda la superficie de las manos, considerando que existen reportes que confirman que hay zonas que frecuentemente se olvidan de lavar como los dorsos de las manos, las yemas de los dedos (18) y los pulgares. Una manera fácil de controlar el tiempo de lavado es cantando dos veces el feliz cumpleaños (19). El incumplimiento de un tiempo suficiente de lavado fue reportado por Ruiz-Aquino *et al.* (20) quien en su estudio observó que el 31,4% nunca se lava las manos con agua y jabón al menos durante 20 segundos.

Con respecto a la frecuencia de lavado, en dicho estudio el 40% de los individuos peruanos se lavaban las manos después del contacto con mascotas y, casi siempre, antes de comer o beber, resultado similar al hallado en nuestro estudio en el cual pudimos reportar que más del 70% se lavó siempre las manos antes de ingerir alimentos o antes/después de visitar a un enfermo. Sin embargo, se observó un mayor porcentaje de respuestas en las categorías algunas veces/nunca para el lavado de manos antes de tocarse la cara (78,8%) y después de sonarse la nariz (67,7%). Este hallazgo indicaría un cierto grado de desconocimiento o desinformación acerca de las medidas de prevención imprescindibles para evitar la propagación viral.

Una medida importante a tener en cuenta es que cuando las manos no están visiblemente sucias y ante la ausencia de agua y jabón se debe utilizar un desinfectante con 60% o 70% de alcohol para higienizar las manos en los momentos críticos (17,21). A partir de esta recomendación, se consultó a las personas si utilizaban agua y jabón o una solución a base de alcohol para el procedimiento de higiene de manos, si bien la mayoría prefirió el agua y jabón se pudo observar un aumento en la utilización sólo de alcohol en gel o spray de 2,3% en el primer período a 10,6% en el segundo. Este hecho podría relacionarse, por un lado con la falta de stock y el alto costo de estos productos al inicio de la pandemia, situación que se regularizó al transcurrir los meses de confinamiento y, por el otro, con el hecho de que durante el segundo periodo encuestado hubo una mayor movilidad de las personas a los lugares de trabajo, las escuelas, entre otros. Podría considerarse que estos acontecimientos favorecieron el uso de soluciones a base de alcohol, por su practicidad y, posiblemente mayor acceso.

Lavarse las manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de usar un producto a base de alcohol es innecesario y aumenta el riesgo de dermatitis. Para prevenir la misma se recomienda utilizar un solo elemento de higiene (12). Por el contrario, para garantizar

una alta eficacia después del lavado de manos, investigadores nigerianos recomiendan desinfectarlas con alcohol en gel (13). Esta doble acción, en perjuicio del cuidado de la piel, podría justificarse en países con altos índices de pobreza, escasez de agua potable y elementos de higiene, para contribuir a minimizar la diseminación de infecciones.

El 42% de los encuestados al inicio de la pandemia tenía niños a su cargo, y de ese grupo un tercio no siempre controló que ellos se laven las manos en los momentos adecuados, en la segunda encuesta los porcentajes fueron similares. Estos hallazgos sugieren que el lavado correcto de manos ha sido desestimado por la población adulta argentina, en similitud al estudio de Soto-Lesmes *et al.* (22) que da cuenta de la importancia del lavado de manos en el hogar, pero en la práctica existen debilidades en los cuidadores de niños sobre los pasos para el correcto lavado de manos. Esta observación también es expuesta por otros autores que consideran que el lavado de manos no se cumple por un lado, porque las personas no están acostumbradas y su entorno cercano tampoco adquirió el hábito por lo que no se produce el efecto de arrastre, y por el otro se da por hecho que las manos no se contaminaron porque no se ha tocado nada o la superficie que se ha tocado estaba limpia (23). Por otro lado, los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la circulación de información, influyen en el comportamiento del público y pueden reducir la propagación de enfermedades (24). Cabe destacar que algunos autores subrayan que la fiabilidad en la información recibida a través de las redes sociales es percibida como muy baja por la gran mayoría de los encuestados, pese a que uno de cada tres responde que las utiliza para informarse sobre la COVID-19 (25,26). Esta aseveración se condice con nuestro estudio, donde un tercio de los encuestados se informó a través de las redes sociales. En concordancia, un estudio realizado por Sánchez *et al.* (27) en Colombia determinó que el 62% recibe información a través de las redes sociales, 55% en sitios web oficiales, 51% en la televisión, 33% en el trabajo, colegio o universidad y el 25% en periódicos y revistas. Para estos autores el acceso a información sobre COVID-19 a través de redes sociales es más alto entre las personas jóvenes menores de 25 años (70%) y disminuye con la edad (45% entre 55 a 59 años); sin embargo, para las personas mayores de 59 años es de 61%. Al respecto, en nuestro estudio se encontró asociación entre la edad y los medios de comunicación donde se obtuvo información respecto al correcto lavado de manos. A su vez, al inicio de la pandemia (30%) y transcurrido un año de la misma (25,9%) los sujetos refirieron informarse en el trabajo, las instituciones educativas, los centros de salud y a través de un familiar. Al respecto, una investigación en Nicaragua menciona que el 64% de los jóvenes confían en la información que reciben de sus familiares (26). Por el contrario, Osoreo *et al.* (15) encontró que el 38% de los estudiantes de pregrado y posgrado eligieron la radio y televisión como el principal medio de comunicación.

En Argentina, Vargas-Capara *et al.* (28) reportó que el 42% de los estudiantes de medicina de quinto y sexto año se informaron sobre la COVID-19 y aspectos relacionados mediante comentarios de trabajadores de salud, el 30% eligió artículos científicos y sitios oficiales y un 23% las redes sociales. Asimismo, otro autor local encontró que el 63,9% prefiere recibir información del personal médico (29).

Los datos de Nazar *et al.* (14) refieren que los sitios web de noticias generales y las redes sociales fueron las principales fuentes de conocimiento para los sujetos polacos no orientados a la medicina, mientras que la comunidad del área de la salud eligió con más frecuencia sitios web gubernamentales y orientados a la ciencia. A su vez, las fuentes de información más utilizadas por la población española (n=3398) fueron la televisión, los diarios, las revistas y las ruedas de prensa institucionales (25). En el presente estudio no fue así, ya que muy pocas personas se informaron a través de diarios y revistas.

Con respecto a la práctica de otras medidas higiénico-sanitarias se observó en el segundo período una disminución importante en la frecuencia (siempre) de desinfección de las bolsas o cajas que se ingresan al hogar desde afuera, llaves, celulares, anteojos y verduras y frutas. Esto posiblemente se deba a que transcurrido el tiempo estas medidas dejaron

de ser informadas como prioritarias para la autoprotección contra la enfermedad. De hecho, otra investigación realizada al inicio de la pandemia en Argentina encontró que el 95,4% refirió haber aumentado la frecuencia, intensidad y forma de limpiar y desinfectar las superficies y ambientes, teniendo más cuidado e intentando prevenir situaciones donde pueda contagiarse a sí mismo o a terceros (29). Estudios anteriormente mencionados también reportan al inicio de la pandemia en sus países que, más del 70% de la población desinfectaba los artículos que se llevan a la casa (27) y el 46,8 % casi siempre desinfectaba las manijas de las puertas (20).

Se ha reconocido el peligro potencial que genera el aire de los ambientes interiores, en consecuencia se recomienda la ventilación cruzada de los mismos (30). En nuestra investigación se reportó que, para ambos periodos la mayoría de los encuestados ventiló los ambientes del hogar durante la pandemia. Además, en el segundo periodo (mayo-2021), el 21,7% de los encuestados refirió haber tenido COVID-19, por el contrario una investigación realizada en Argentina entre septiembre-octubre de 2020 informó 7,4% de infectados (29), hecho que podría atribuirse a la variación estacional de la enfermedad (31), sin embargo los rebrotes en distintos países requiere de nuevos estudios.

Una limitación de nuestro estudio podría ser el sesgo en el muestreo, ya que las personas tienden a difundir la encuesta dentro de su mismo entorno social y, por lo tanto, la muestra puede concentrarse en grupos específicos de población. Otras limitaciones a considerar son que sólo pudieron acceder a la encuesta las personas que disponían de internet y que no se consideraron variables socioeconómicas.

Conclusión

Este estudio reveló que los encuestados en general realizan frecuentemente las prácticas de lavado de manos antes y después de algunos momentos claves y también aplican otras medidas higiénico-sanitarias frente a la COVID-19. Sin embargo, aún hay algunos vacíos con respecto a la práctica correcta de lavado de manos y al nivel de frecuencia en algunas de las medidas implementadas. Por ello, a pesar de las recomendaciones de prevención que circulan en los diferentes medios de comunicación y el avance sostenido de la vacunación de la población general y pediátrica en Argentina, sigue existiendo una alta transmisión comunitaria debido al incumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias propuestas. Finalmente, algunas intervenciones en salud sugieren que una vez que el lavado de manos se convierte en un hábito frecuente, el individuo lo practicará toda la vida, sobre todo si es una práctica aprendida en la infancia. Por ello, se recomienda promover la práctica de lavado de manos en ámbitos escolares, centros de salud, comedores comunitarios, entre otros, para afianzarla de manera cotidiana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. El trabajo fue autofinanciado por los investigadores.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. 2020 [consultado 28 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/31AI28H>
2. Ministerio de Salud. Argentina. Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país. 2020 [consultado 28 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/37rpdFL>
3. Sedano-Chiroque FL, Rojas-Miliano C, Vela-Ruiz JM. Covid-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. Rev Fac Med Hum. 2020; 20(3): 494-501. doi: 10.25176/RFMH.v20i3.3031

4. Ministerio de Salud. Argentina. Nuevo coronavirus Covid-19. 2021 [consultado 28 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3io0Vtt>
5. Calzada Gómez C, Cedillo-Meza M, Ortega-Varela L. El lavado de manos, ¿un arma desestimada contra el coronavirus? *Milenaria, Ciencia y Arte*. 2021; 17(10): 10-11.
6. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. 2020 [consultado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3fwYuDc>
7. Brítez-Cantero B, Candia-Arévalos JG, Servian de Silguero ME. Importancia de la educación sanitaria para afrontar la pandemia de Covid-19. *Academic Disclosure*. 2020; 1(1): 194-205
8. Noche de los Museos. Edición Virtual 2020. Universidad Nacional de Córdoba y Gobierno de la provincia de Córdoba. Si nuestras manos aprendemos a lavar, todos nos podemos cuidar. [consultado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3rRMlgU>
9. Oberto MG, Ferrero M, Mamondi V, Vaca S, Sánchez R. Manos limpias, niños más sanos. Córdoba, Argentina: Editorial Copy-Rápido. 2016
10. Organización Mundial de la Salud. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? 2010 [consultado 04 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3lwFVmg>
11. Red de Seguridad Alimentaria del CONICET. Preguntas y respuestas sobre los alimentos y el COVID-19. 2020 [consultado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2WPSi2t>
12. Rundle CW, Presley CL, Militello M, Barber C, Powell DL, Jacob SE et al. Hand hygiene during COVID-19: Recommendations from the American Contact Dermatitis Society. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83(6): 1730-1737. doi: 10.1016/j.jaad.2020.07.057.
13. Ayenigbara IO, Adeleke OR, Ayenigbara GO, Adegboro JS and Olofintuyi OO. COVID-19 (SARS-CoV-2) pandemic: fears, facts and preventive measures. *Germs*. 2020; 10(4), 218–228. doi: 10.18683/germs.2020.1208
14. Nazar W, Leszkowicz J, Pieńkowska A, Brzeziński M, Szlagatys-Sidorkiewicz A and Plata-Nazar K. Before-and-after online community survey on knowledge and perception of COVID-19 pandemic. *BMC Infect Dis*. 2020; 20: 861. doi: 10.1186/s12879-020-05602-6
15. Iglesias-Osores S, Saavedra-Camacho JL, Acosta-Quiroz J, Córdova-Rojas LM, Rafael-Heredia A. Percepción y conocimiento sobre COVID-19: Una caracterización a través de encuestas. *Rev Cuerpo Méd. HNAAA*. 2020; 13(4): 356-360. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2020.174.763
16. Guatemala Indigenous Municipalities: COVID-19 Knowledge, Attitudes, and Practices. COVID-19 Research and Evaluations Project. 2020. Guatemala: Population Council. [consultado 5 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/37rleA5>
17. Centers for Disease Control and Prevention. Handwashing: Clean Hands Save Lives. 2021 [consultado 28 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3yqxr3S>
18. Wong JSW, Lee JKF. The common missed handwashing instances and areas after 15 years of hand-hygiene education. *J Environ Public Health*. 2019; 2019:5928924. doi:10.1155/2019/5928924
19. Oberto MG, Coluccini ML, Baraquet L, Sánchez RJ. UNCiencia. Lavado de manos en la pandemia: con la frecuencia adecuada, pero sin la duración suficiente. 2020 [consultado 5 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3fzLRqY>
20. Ruiz-Aquino M, Díaz-Lazo A, Ortiz-Aguí ML, Enit Ida VC. Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores peruanos. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2020; 36(4): e1708.
21. Prensa Gobierno de Mendoza. Argentina. El alcohol diluido en agua al 60-70% es la fórmula más eficaz para desactivar el virus [consultado 7 de agosto de 2021].

- Disponible en: <https://bit.ly/3fGZpAU>
22. Soto-Lesmes VI, Gómez-Ramírez OG, Parrado IM, Hernández-Rodríguez P, Gomez AP. Caracterización de hábitos de higiene y ambientes en lugares de atención integral a población infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03264 doi:10.1590/S1980-220X2016042103264
 23. Cerezo-Prieto M. Sesgos cognitivos en la comunicación y prevención de la COVID-19. *RLCS*. 2020; 78: 419-435. doi: 10.4185/RLCS-2020-1483
 24. Anwar A, Malik M, Raees V and Anwar A. Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2020; 12(9): 1-12. Doi: 10.7759/cureus.10453
 25. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación España. Monitorización del comportamiento y las actitudes de la población relacionadas con la COVID-19 en España (COSMO-SPAIN): Estudio OMS. [Consultado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3yredZ>
 26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Tercera encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas frente al COVID-19. 2020 [Consultado 6 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://uni.cf/3rXlqAj>
 27. Sánchez SM, Rivera-Montero D, Murad-Rivera R, Calderón-Jaramillo M, Rol-dán D, Castaño LM et al. Cambios de comportamientos, higiene y expectativas luego de la cuarentena para controlar COVID-19 en Colombia: encuesta poblacional entre 1 - 13 de septiembre de 2020. *Asociación Profamilia*. doi: 0.13140/RG.2.2.35275.00806
 28. Vargas-Caparó FD, Pinedo I, Villalba C y Gerometta R. Conocimientos de vías de transmisión, medidas de prevención y actitudes sobre Covid-19 en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. *Rev Fac Med Hum*. 2020; 20(4):526-535. doi: 10.25176/RFMH.v20i4.3172
 29. Beltrán MA, Basombrío AM, Gagliolo AA, Leroux CI, Masso MF, Guarracino C et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre covid-19 en Argentina. Estudio transversal. *Medicina (Buenos Aires)*. 2021: 1-12.
 30. Morawska L, Tang JW, Bahnfleth W, Bluysen PM, Boerstra A, Buonanno G et al. ¿How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimised? *Environ Int*. 2020; 142: 1-7. doi: 10.1016/j.envint.2020.105832.
 31. Burra P, Soto-Díaz K, Chalen I, Gonzalez-Ricon RJ, Istanto D, Caetano-Anollés G. Temperature and Latitude Correlate with SARS-CoV-2 Epidemiological Variables but not with Genomic Change Worldwide. *Evol Bioinform Online*. 2021, 17: 1–8. doi: 10.1177/1176934321989695.

María Sobeida Leticia Blazquez Morales¹,
Arturo Tlapa Pale²,
María del Carmen Gogeoascoechea Trejo³,
Evangelina Montes Villaseñor⁴,
Lilia Mendoza Longoria⁵.

¹Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3763-9337>

Contacto: sobeida_blazquez@hotmail.com

²Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4818-9581> Contacto: arturotlapale@gmail.com

³Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2646-4079> Contacto: cgogeoascoechea@uv.mx

⁴Centro Estatal de Oncología del Estado de Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0355-6138>

Contacto: Montes Villaseñor
⁵Universidad Autónoma del Estado de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5422-8965> Contacto: lmmlongoria@hotmail.com

DOI: 10.31052/1853.1180.v27.n1.34707

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 3 de septiembre de 2021.

Aprobado: 6 de diciembre de 2021.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN UN CENTRO ONCOLÓGICO: CALIDAD EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

QUALITY OF CARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT AN ONCOLOGY CENTER: QUALITY IN ONCOLOGY CARE

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EM UM CENTRO ONCOLÓGICO: QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

Resumen

Introducción: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es el cáncer más frecuente en niños y adolescentes, tiene altas tasas de mortalidad que la convierten en un problema de salud pública en México y en el mundo. Mediante el Modelo de calidad de Donabedian con sus tres enfoques de evaluación: estructura, proceso y resultado, valorándolos a través de los calificativos de excelente, suficiente e insuficiente se pueden identificar los valores porcentuales del comportamiento de calidad de la atención de este tipo de pacientes, favoreciendo identificar de manera más fácil áreas de oportunidad.

Objetivo: Identificar la calidad de la atención que se ofrece a pacientes menores de 18 años con LLA en un centro oncológico del estado de Veracruz según los enfoques del Modelo de calidad de Donabedian (estructura, proceso y resultado).

Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal. Población de estudio menores de 18 años con LLA, sus acompañantes, prestadores de servicio del área de Oncopediatría y servicios relacionados. Se emplearon

cinco instrumentos de recolección de datos, validados previo a su aplicación.

Resultados: Estructura 67% de excelencia, 20% de suficiencia y 13% de insuficiencia; Proceso 88% de excelencia, 11% de suficiencia y 1% de insuficiencia; de Resultado se obtuvo 76% de excelencia, 17% de suficiencia y 7 de insuficiencia. La calidad de la atención global presentó 77% de excelencia, 16% de suficiencia y 7% de insuficiencia.

Conclusión: La calidad de la atención fue mayoritariamente excelente, sin embargo, se detectaron áreas de oportunidad, que deben ser consideradas en las intervenciones sanitarias para mejorar la calidad de la atención prestada y la sobrevida de estos pacientes.

Palabras claves: LLA infantil; calidad de la atención; estructura; proceso; resultado.

Abstract

Introduction: Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) is the most frequent cancer in children and adolescents, it presents high mortality rates which make it a public health problem in Mexico and in the world. Using Donabedian's Quality Model three components approach for evaluating the quality of care: structure, process and outcomes and assessing using excellent, sufficient, and insufficient qualifications, it is possible to identify the percentage values of behavior in the quality of care of this kind of patients, enabling an easier identification of opportunity areas.

Objective: To determine quality of attention offered to patients under 18 with ALL at an oncology center in the state of Veracruz according to Donabedian's Quality Model approaches (structure, process and outcome).

Methods: Observational, descriptive and cross sectional study. Study population children under 18 with ALL, their companions, service providers from oncology-pediatrics area and related services. Five data collection instruments were used, previously validated. **RESULTS:** Structure: 67% of excellence, 20% of sufficiency and 13% of insufficiency; Process: 88% of excellence, 11% of sufficiency, and 1% of insufficiency; Result: 76% of excellence, 17% sufficiency and 7% of insufficiency. Global quality of care showed: 77% of excellence, 16% of sufficiency and 7% of insufficiency.

Conclusion: Quality of care was mainly excellent; however, areas of opportunity were seen and must be considered in health interventions to improve the quality of care offered and the patients' survival.

Key words: Childhood ALL; quality of care; structure, process, outcome.

Resumo

Introdução: A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o câncer mais frequente em crianças e adolescentes, possui altas taxas de mortalidade que o tornam um problema de saúde pública no México e no mundo. Através do Modelo de Qualidade Donabedian com suas três abordagens de avaliação: estrutura, processo e resultado, avaliando-os através dos qualificadores de excelente, suficiente e insuficiente, podem ser identificados os valores percentuais do comportamento da qualidade do atendimento desse tipo de paciente, favorecendo mais facilmente a identificação de áreas de oportunidade.

Objetivo: Identificar a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes menores de 18 anos com LLA em um centro oncológico do estado de Veracruz segundo as abordagens do Modelo Donabediano de Qualidade (estrutura, processo e resultado).

Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. População do estudo menor de 18 anos com LLA, seus acompanhantes, prestadores de serviço na área de Oncologia Pediátrica e serviços afins. Foram utilizados cinco instrumentos de coleta de dados, validados antes de sua aplicação.

Resultados: Estrutura 67% de excelência, 20% de suficiência e 13% de insuficiência;

Proceso 88% de excelência, 11% de suficiência e 1% de insuficiência; Como resultado, obteve-se 76% de excelência, 17% de suficiência e 7 de insuficiência. A qualidade do atendimento global apresentou 77% de excelência, 16% de suficiência e 7% de insuficiência.

Conclusão: A qualidade do atendimento foi, em sua maioria, excelente, no entanto, foram detectadas áreas de oportunidade, que devem ser consideradas nas intervenções de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada e a sobrevida desses pacientes.

Palavras-chave: LAL infantil; Qualidade do cuidado; estrutura; processar; resultado.

Introducción

El tipo de cáncer más frecuente en niños y adolescentes es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) (1). La mortalidad es alta en estas poblaciones y se debe a que el cáncer es diagnosticado en etapas avanzadas. En México, el 75% de los casos detectados es avanzado, esto desencadena un incremento en el lapso de uso del tratamiento, costo, y disminuye la probabilidad de sobrevida (2). Por esta necesidad, en México se generó el Programa gubernamental de Cáncer en la Infancia y adolescencia, sus metas son promover la detección y diagnóstico temprano, ofrecer tratamientos oportunos, accesibles, ayudando a incrementar la sobrevida y mejorar tasas de mortalidad (3).

El programa promueve la calidad de la atención, misma que Donabedian define “como aquellos logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente” (4). Este autor propuso tres enfoques para evaluar la calidad de la atención de manera multidimensional: estructura (recursos materiales como organizativos de la institución); proceso (toda actividad que se genera al paciente) (5) y resultado (los cambios en la salud de los pacientes incluyendo su satisfacción) (6). Aguirre-Gas (7) empleando el Modelo de Donabedian propuso calificativos para evaluar la calidad de atención: Excelente, Suficiente e Insuficiente (E.S.I.).

En México la calidad de la atención se evalúa de manera muy general a través de programas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), pero se realiza parcialmente sólo en el enfoque de resultado desde la percepción del usuario, y no en la mejora de salud del paciente como debería hacerse de acuerdo con las definiciones de calidad (cambios en la salud del paciente). El enfoque de estructura se evalúa con la acreditación de unidades médicas, básicamente en cuanto la existencia de recursos humanos, físicos y financieros. Sin embargo, no se estudia el objeto primario de evaluación en calidad que es el proceso. Diversos estudios en torno al cáncer de niños y adolescentes se han centrado en relacionar a los enfoques de estructura y resultado (8,9), pero poco se conoce en relacionar a la estructura con proceso, y proceso con resultado.

La evaluación de calidad de la atención (en otras poblaciones y patologías) que emplean el modelo Donabedian usan calificativos de bueno, malo y regular; concluyen dándole mayor valor a uno de estos calificativos, centrándose más en la obtención del mejor calificativo (10). Un aspecto importante que poco se contempla al analizar calidad en servicios de salud, es la satisfacción de los prestadores de servicio, que puede indicar como se encuentra la calidad organizacional de la unidad médica. Hasta el momento no se ha publicado alguna evaluación multidimensional de calidad de atención en pacientes con LLA, pocos estudios consideran el uso de los tres enfoques de Donabedian o los estudian de manera separada aún cuando se ha comprobado que no se deben evaluarse así (5,10). El objetivo de este artículo fue identificar la calidad de la atención que se ofrece a pacientes menores de 18 años con LLA en un centro oncológico del estado de Veracruz según los enfoques del Modelo de calidad de Donabedian (estructura, proceso y resultado). El principal aporte de este estudio fue generar un marco teórico metodológico para medir calidad de la atención desde la convergencia de Donabedian y Aguirre-Gas, con el fin de encontrar áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención a la salud de estos pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se llevó a cabo en un Centro oncológico ubicado en el estado de Veracruz, perteneciente a la Secretaría de Salud, es un hospital oncológico de tercer nivel. La población de estudio fue menores de 18 años con LLA que estuvieran en la segunda fase del tratamiento; acompañantes de los pacientes; prestadores de servicio del área de oncopediatria que tuvieran mínimo un mes laborando en el área; y servicios relacionados con la atención de estos pacientes. Para pacientes y personal de salud se realizó un censo.

Las variables del estudio fueron:

Variable estructura

1) Lista de cotejo para evaluar la variable estructura, elaborada y adaptada de acuerdo con las cédulas de evaluación para la Acreditación, para Fondos Catastróficos en atención hospitalaria para menores de 18 años (11). Además de contemplar también la NOM-037-SSA (17), organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. Estuvo dividido en tres apartados: Recursos humanos, servicios de apoyo y recursos materiales.

Variable proceso

2) Lista de cotejo para evaluar la variable proceso adaptada de acuerdo con el protocolo de diagnóstico y tratamiento empleado en el área de Oncopediatria del CECan, para pacientes con LLA-Alto riesgo. Estuvo dividido en dos apartados: diagnóstico y tratamiento.

Variable resultado

3) Cuestionario para evaluar la variable resultado y el indicador satisfacción de los usuarios, elaborado exprofeso (12). Constó de seis apartados: relación interpersonal de enfermería con los usuarios, relación interpersonal de los médicos con los usuarios, cuarto de hospitalización, recursos humanos y materiales, apoyo otorgado por trabajo social y procesos administrativos. Fue validado en población mexicana y por el estadístico Alfa de Cronbach con valor de 0.884 (confiabilidad aceptable).

4) Cuestionario para evaluar la variable resultado y el indicador satisfacción de los prestadores de servicios, elaborado exprofeso con base en instrumentos establecidos (13,14). Permitted evaluar la relación laboral, calidad dentro de su trabajo, así como el trabajo en equipo. Fue validado por el estadístico Alfa de Cronbach con un valor de 0.849.

5) Cédula para evaluar la variable resultado y el indicador respuesta al tratamiento, elaborada exprofeso basada en los datos de los parámetros de la biometría hemática completa (15), resultado del cultivo de líquido cefalorraquídeo, valor de blastos (16). Fue validada por un panel de expertos.

Variable Calidad de la atención

Se obtuvo mediante el promedio de los porcentajes globales del sistema calificativo E.S.I. de las variables anteriores, estructura, proceso y resultado. El porcentaje ESI global y final, nos indicó el valor de la calidad de la atención.

La recolección de datos consistió en la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión; se llevó a cabo de la siguiente manera, inicialmente, se aplicó la lista de cotejo para evaluar la variable estructura, a través de la visita a las diversas áreas o servicios del hospital oncológico relacionados con la atención de LLA infantil. Al llegar al área o servicio determinado se llenaba la lista de cotejo, este proceso se realizó sucesivamente hasta cubrir todas las áreas o servicios incluidos en la atención de estos pacientes.

Segundo, cada día se revisaba la lista de pacientes del área de hospitalización pediátrica, se identificaban a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, y se les invitaba a participar en el estudio explicándoles en qué consistía el mismo. Si aceptaban participar, firmaban el consentimiento informado (padre o tutor) y el asentimiento informado (pacientes menores de edad), posteriormente se aplicaba el cuestionario de satisfacción de los usuarios. Tercero, se procedía a identificar el expediente clínico de los pacientes, del cual se tomaba la información para llenar la lista de cotejo de la variable proceso y la

cédula de evaluación de la respuesta al tratamiento. Cuarto, se identificaban a los prestadores de servicio considerando los diferentes turnos de atención, invitándolos a participar en el estudio, si aceptaban firmaban el consentimiento informado, y posteriormente, se les aplicaba el cuestionario de satisfacción de prestadores de servicio.

Los resultados se analizaron mediante el software SPSS versión 22. Se definió del sistema calificativo E.S.I. la escala de medición para analizar los datos en cada una de las variables y sus respectivos indicadores, con el fin de obtener cifras porcentuales; las cuales se obtuvieron de acuerdo con las medias aritméticas. Se realizó estadística inferencial para la medición del indicador respuesta al tratamiento. Se realizó la prueba T student para muestras relacionadas o pareadas, como muestras relacionadas se comparó el valor del parámetro clínico obtenido al diagnóstico (VCDx) y el valor del parámetro clínico al final de la etapa de inducción (VCIn). Para esta evaluación se plantearon las siguientes hipótesis: H0: VCDx es igual a VCIn; H1: VCDx es diferente a VCIn. Se obtuvo del resultado de la diferencia de las muestras pareadas, la media aritmética, la desviación estándar, la media de error estándar, el 95% de intervalo de confianza de la diferencia, el valor de t, grados de libertad (gl) y la significancia estadística bilateral (<0.05).

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud con número de folio 018/2019 y por el Comité de Investigación del CECan con número de registro C.I./2019/07.

Resultados

Del total de pacientes encuestados (n=42), 26 (62%) fueron mujeres y 16 (38%) hombres. De acuerdo con la edad, predominó el grupo entre 0 a 5 años con 22 (52%), y en menor frecuencia los que tenían entre 12 a 14 años con 3 (7%). De los acompañantes (n=42), 36 (86%) eran mujeres y 6 (14%) hombres. De acuerdo con el grupo de edad, la mayoría se encontró en el grupo de más de 41 años con 11 (26%), el grupo de 18 a 20 años fue el de menor predominio con 2 (5%). El tipo de acompañante con mayor frecuencia fueron las madres con 34 (80%), seguido por los padres con 4 (10%) y por abuelas con 4 (10%). Respecto a los prestadores de servicio (n=74), se obtuvo que 54 (73%) fueron mujeres y 20 (27%) hombres. De acuerdo con el grupo de edad, predominaron los de más de 41 años con 29 (40%) y el grupo de edad con menor frecuencia fueron los de 18 a 20 años y de 21 a 25 años ambos con 2 (3%). Del tipo de prestadores de servicio (n=74) que se encuestó, enfermería fue el de mayor predominio con 39 (53%), médicos con 11 (15%) y otros con 24 (32%) fueron químicos, psicólogas y personal administrativo. En cuanto a la escolaridad se observó que la mayoría tenía nivel universitario 47 (63%) y el de menor predominio fue para secundaria con 4 (5%), es de resaltar que se obtuvo un 13 (18%) para especialidad.

Variable Estructura

En lo que respecta a la variable estructura, del primer apartado recursos humanos (n=13) la existencia de profesionales de la salud especializados mostró un 10 (76%) de excelencia, 2 (16%) de suficiencia y solo 1(8%) de insuficiencia. Del segundo apartado servicios de apoyo (n=11), la evaluación de la existencia y funcionamiento de estos servicios resultó 7 (66%) de excelencia, 2 (17%) de suficiencia y 2 (17%) de insuficiencia. Del tercer apartado recursos materiales (n=14), la evaluación de la infraestructura, los inmuebles, equipos, mobiliario e instrumental y el sistema de materiales mostró que 8 (57%) obtuvieron excelencia, 4 (28%) suficiencia y 2 (14%) insuficiencia. De acuerdo con la evaluación de la variable estructura, se obtuvo que el promedio global (conforme a sus tres indicadores) resultando una excelencia de 67%, suficiencia de 20% e insuficiencia de 13%, ver tabla 1.

Tabla N° 1: Evaluación de la variable estructura

Indicador: recursos humanos n=13 (%)		
Excelencia 10 (76)	Suficiencia 2 (16)	Insuficiencia 1 (8)
<ul style="list-style-type: none"> ● Oncólogos Pediatras ● Infectólogo Pediatra ● Psicólogo ● Médico Intensivista Pediatra ● Nutriólogo ● Radiólogo ● Radioterapeuta ● Físico ● Enfermera Especialistas Pediátrica ● Hematólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cardiólogo Pediatra ● Neurólogo Pediatra 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anestesiólogo ● Pediatra
Indicador: servicios de apoyo n=11 (%)		
Excelencia 7 (66)	Suficiencia 2 (17)	Insuficiencia 2 (17)
<ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de nutrición. ● Registro de uso de desinfectantes. ● Capacitación al personal de limpieza. ● Programa de sanitización de áreas críticas ● Departamento de enseñanza y capacitación. ● Concepto de seguridad en cada servicio. ● Comités técnicos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de trabajo social. ● Departamento de psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhaloterapia. ● Cuidados paliativos.
Indicador: recursos materiales n=14 (%)		
Excelencia 8 (58)	Suficiencia 4 (28)	Insuficiencia 2 (14)
<ul style="list-style-type: none"> ● Banco de sangre ● Laboratorio de análisis clínicos ● Medicina nuclear ● Hospitalización ● Unidad quirúrgica ● Central de equipos y esterilización ● Cocina ● Casa de máquinas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Laboratorio de anatomía patológica ● Imagenología y radioterapia ● Recuperación ● Terapia intensiva pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Farmacia ● Área de quimioterapia
Promedio global de la variable estructura (%)		
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
67	20	13

Variable proceso

En lo que se refiere a la variable proceso, la evaluación del primer indicador diagnóstico implicó el cumplimiento en la realización de estudios. Se observó que a la mayoría de los pacientes se les reportó la realización de biometría hemática completa con 41 (98%), aspirado y biopsia de médula ósea 40 (95%), estudio de Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) 40 (98%) e Inmunofenotipo 40 (95%). Se detectaron porcentajes de no realización para radiografía de tórax con 21 (50%) e índice de ADN en 17 (41%) y diagnóstico final con 2 (5%). El diagnóstico final resultó ser clasificado como de alto riesgo para los 42 pacientes. La evaluación global de este indicador obtuvo un 34 (81%) de excelencia, 8 (19%) de suficiencia y 0 (0%) de insuficiencia. El segundo indicador de la variable proceso fue el tratamiento. Resultó que la distribución de pacientes de acuerdo a cada etapa del tratamiento 35 (83%) estaban en la etapa de mantenimiento, 4 (10%) en la etapa de consolidación, 2 (5%) en la etapa de intensificación y 1 (2%) en la etapa de inducción a la remisión, y ningún paciente estuvo en la primera etapa ventana de esteroides. Se observó que las etapas inducción a la remisión, consolidación e intensificación presentaron excelencia del 100% (42), la etapa de mantenimiento mostró excelencia de 89% (37) y la etapa de ventana de esteroides presentó excelencia de 86% (36), sin embargo, también una insuficiencia de 2% (1). La evaluación global de este indicador obtuvo una excelencia de 95%, suficiencia de 4% y una insuficiencia de 1%. En lo que respecta a la evaluación global de la variable proceso, conforme a los indicadores diagnóstico y tratamiento, presentó una excelencia en 88%, suficiencia con 11% e insuficiencia de 1%, ver tabla 2.

Tabla N° 2: Evaluación de la variable proceso

Indicador: diagnóstico		
Cumplimiento de la realización de estudios para el diagnóstico de LLA		
Estudios/evaluaciones	n=42 (%)	
Si		
No		
Biometría Hemática Completa	41 (98)	1 (2)
Aspirado y biopsia de médula ósea	40 (95)	2 (5)
Radiografía de tórax	21 (50)	21 (50)
Líquido Cefalorraquídeo	37 (88)	5 (12)
FEVI*	41 (98)	1 (2)
Índice de ADN	25 (59)	17 (41)
Inmunofenotipo	40 (95)	2 (5)
Biología molecular	36 (86)	6 (14)
Diagnóstico final	40 (95)	2 (5)
Promedio global del indicador diagnóstico n=42 (%)		
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
34 (81)	8 (19)	0
Indicador: Tratamiento		
Evaluación de cada etapa del tratamiento		
n=42		

Etapas del tratamiento	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Ventana de esteroides	36 (86)	5 (12)	1 (2)
Inducción a la remisión	42 (100)	0	0
Consolidación	42 (100)	0	0
Intensificación	42 (100)	0	0
Mantenimiento	37 (89)	5 (11)	0
Promedio global del indicador tratamiento (%)			
Excelencia		Suficiencia	Insuficiencia
95		4	1
Promedio global de la variable proceso (%)			
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia	
88	11	1	

Variable resultado

Indicador: satisfacción de los usuarios

En cuanto a la variable resultado, el primer indicador satisfacción de los usuarios, demostró para la evaluación de la relación interpersonal con enfermería, un promedio de excelencia con 89%, suficiencia en 11%, y 0% de insuficiencia. La evaluación de la relación interpersonal con el personal médico se observó una excelencia con 96%, suficiencia con 3% e insuficiencia con 1%. La evaluación del cuarto de hospitalización obtuvo una excelencia del 90% y suficiencia de 10%. La evaluación de los recursos humanos y materiales mostró una excelencia de 87%, una suficiencia de 12% y una insuficiencia de 1%. La evaluación del apoyo otorgado por trabajo social, se observó una excelencia del 95%, una suficiencia del 4% y una insuficiencia del 3%. El último apartado evaluado fueron procesos administrativos, el promedio fue una excelencia de 97%, una suficiencia de 2% y una insuficiencia de 1%. La evaluación global del indicador satisfacción de los usuarios presentó una excelencia de 92%, suficiencia de 2% e insuficiencia de 1%, ver tabla 3.

Tabla N° 3: Evaluación de la variable resultado, indicador: satisfacción del usuario

Indicador: Satisfacción del usuario (%)			
Relación interpersonal de enfermería con los usuarios			
Criterio	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Se dirigen al paciente por su nombre	98	2	0
Son afectuosos y compasivos	83	17	0
Responden necesidades del paciente	90	10	0
Realizan lavado de mano antes de tener contacto con el paciente	76	24	0
Enfatizan la importancia de tener orden y limpieza en la cama de hospitalización	98	2	0
Promedio	89	11	0
Relación interpersonal de médicos con los usuarios			
Se dirigen al paciente por su nombre	98	2	0
Son afectuosos y amigables	90	9	1
Realizan lavado de mano antes de tener contacto con el paciente	98	2	0
Describen los procesos a realizar en su visita médica	98	2	0
Responde las preguntas detenidamente	95	4	1
Informan del estado de salud del paciente	98	2	0
Informan los planes y procesos a realizar	95	2	3
Promedio	96	3	1
Cuarto de hospitalización			
Limpio y confortable	88	12	0
Tranquilo para descansar	88	12	0
Realizan limpieza diaria	98	2	0
Cuentan con material para aseo de manos (jabón y toallas desechables)	88	12	0
Promedio	90	10	0
Recursos humanos y materiales			
Realización a tiempo de estudios de laboratorio e imagen	95	5	0
Obtención de medicamentos a tiempo	74	24	2
Presencia de personal de salud en todo momento	93	7	0
Promedio	87	12	1
Apoyo otorgado por trabajo social			

Explican lineamientos e invitan a leer el reglamento del hospital	98	2	0
Favorecen las necesidades del paciente	90	7	3
Orientan en trámites administrativos	98	2	0
Promedio	95	4	1
Procesos administrativos			
Jefe de servicio atiende cuando se requiere	98	2	0
Secretaria de jefatura del área atiende amable y eficiente	100	0	0
Satisfacción de cuidados por parte del personal	98	2	0
Orientación del personal-cuidados paciente	100	0	0
Participación del acompañante en la atención del paciente	100	0	0
Orientación del personal de salud para vigilar y orientar la seguridad del paciente	100	0	0
Satisfacción del apoyo psicológico	90	5	5
Participación de grupo de apoyo para padres	98	2	0
Satisfacción de actividades educativas y recreativas en hospitalización	90	10	0
Recomendación del servicio a familiares o amigos que lo requieran	98	2	0
Promedio	97	2	1
Promedio global del indicador	92	7	1

Indicador: prestadores de servicio

El segundo indicador de la variable resultado fue satisfacción de los prestadores de servicio. El promedio de suficiencia resultó en excelencia del 54%, suficiencia del 38% e insuficiencia del 8%, ver tabla 4.

Tabla N° 4: Evaluación de la variable resultado, indicador: satisfacción de los prestadores de servicio

Indicador: Satisfacción del prestador del servicio (%)			
Criterio	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Existe trabajo en equipo	59	38	3
Las decisiones se toman con base en información confiable	50	47	3
Las decisiones se toman oportunamente	39	56	5
Entienden su rol dentro del equipo de trabajo	73	24	3
Conocen sus funciones específicas	68	29	3
Existe calidad en su servicio	51	46	3
Sienten la necesidad de cambios	59	38	3
Exigen calidad entre otros	55	41	4
Revisan personalmente la calidad de su trabajo	64	36	0
Se toma en serio a la calidad	58	35	7
Espacio físico laboral suficiente	15	47	38
Se identifica a los pacientes	73	25	2
Satisfacción del trabajo realizado	72	22	6
Relación laboral cordial	47	44	9
Calidad es gratificada	16	51	33
Participación de los buenos resultados	54	43	3
Funcionarios más elogiados que criticados o corregidos	16	65	19
Responsabilidad de éxitos y fracasos	66	33	1
Empeño en su trabajo	91	9	0
Promedio global del indicador	54	38	8

Variable: respuesta al tratamiento

El tercer indicador de la variable resultado fue la evaluación de la respuesta del tratamiento (tabla 5) implicó la evaluación de blastos al final de la ventana de esteroides (primera etapa de tratamiento) y al final de la inducción a la remisión (segunda etapa del tratamiento). Los porcentajes obtenidos fueron: 83% de excelencia (indica respuesta rápida al tratamiento), 7% de suficiencia y 10% de insuficiencia (indica respuesta lenta).

Tabla N° 5: Evaluación del indicador respuesta al tratamiento

Criterio	N=42		
	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Valor de blastos al final de ventana de esteroide y al final de la inducción a la remisión	35	3	4
Porcentaje	83	7	10

En cuanto a la respuesta al tratamiento (tabla 6), también se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.} \leq .05$) en los siguientes parámetros clínicos: Eritrocitos: resultó una diferencia de medias de -0.70 ($t=-4.11$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Hemoglobina: obtuvo una diferencia de medias de -2.30 ($t=-4.87$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Volumen Globular Medio (VGM): adquirió una diferencia de medias de -4.37 ($t=-2.60$, $gl=41$, $\text{sig.}=.013$); Leucocitos: obtuvieron una diferencia de medias de 16.17 ($t=2.12$, $gl=41$, $\text{sig.}=.039$); Neutrófilos: adquirió una diferencia de medias de -32.83 ($t=-7.16$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Blastos: obtuvieron una diferencia de medias de 32.5 ($t=6.95$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); y Plaquetas: adquirió una diferencia de medias de -77.76 ($t=-4.56$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$). Por tanto, podemos deducir que la administración del tratamiento de las primeras dos fases mejora notoria y significativamente los valores clínicos.

En lo que respecta a la evaluación de la variable resultado, se encontró un promedio global (de sus tres indicadores) un 76% de excelencia, una suficiencia de 17% y una insuficiencia de 7%.

Tabla N° 6: Evaluación de la variable resultado del tratamiento: evaluación de valores clínicos (prueba T para muestras pareadas)

Muestras pareadas (parejas) VDX*-VFI†	Media	Desviación estándar	Diferencias pareadas				t‡	gl‡	Sig.** (bilateral)
			Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
1	Eritrocitos	-0.70	1.10	.17	-1.04	-0.35	-4.11	41	.00††
2	Hemoglobina	-2.30	3.05	.47	-3.25	-1.34	-4.87	41	.00††
3	CMHG ‡	-1.73	8.73	1.34	-4.45	.98	-1.28	41	.20
4	VGM§	-4.37	10.90	1.68	-7.77	-.97	-2.60	41	.01††
5	Leucocitos	16.17	49.27	7.60	.82	31.53	2.12	41	.03††
6	Neutrófilos	32.83	29.68	4.58	-42.08	-23.58	-7.16	41	.00††
7	Basófilos	.02	.71	.11	-.19	.24	.21	41	.83
8	Linfocitos	7.40	33.63	5.19	-3.07	17.88	1.42	41	.16
9	Monocitos	-2.26	13.97	2.15	-6.61	2.09	-1.04	41	.30
10	Segmentados	.16	1.08	.16	-.17	.503	1.00	41	.32
11	Bandas	-.28	3.16	.48	-1.27	.70	-.58	41	.56
12	Blastos	32.57	30.37	4.68	23.10	42.03	6.95	41	.00††
13	Plaquetas	77.76	110.46	17.04	-112.18	-43.34	-4.56	41	.00††

*VD=Valor diagnóstico; †VFI= valor al final de la etapa inducción (etapa 2 del tratamiento), ‡CMHG= Concentración Media de Hemoglobina Globular; §VGM= Volumen Globular Medio y ||t= valor de la prueba T student; ¶gl= grados de libertad y **Sig.=significancia estadística bilateral. Signo negativo en la media indica aumento de valor del VD al FI, signo positivo en la media indica disminución de valores del VD al FI. ††Valores que indican que son menores a <0.005, de los cuales se concluye que hay diferencia significativa entre el valor del parámetro del diagnóstico y el valor del parámetro al final del tratamiento.

Variable calidad de la atención

La evaluación global de la calidad de la atención (tabla 7) resultó con una excelencia del 77%, una suficiencia de 16% y una insuficiencia del 7%. De acuerdo con estos datos se puede comentar que la calidad de la atención en el centro oncológico estudiado es excelente, sin embargo, no es una excelencia del 100%, es imprescindible tomar en cuenta los porcentajes obtenidos en suficiencia y principalmente en insuficiencia, ya que son áreas

de oportunidad de mejora.

Tabla N° 7: Evaluación de la variable Calidad de la atención

Variables	Porcentaje (%)		
	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Estructura	67	20	13
Proceso	88	11	1
Resultado	76	17	7
Promedio global	77	16	7

Discusión

A partir de los hallazgos reportados en el presente estudio, se observó que la calidad de la atención de pacientes menores de 18 años con LLA del centro oncológico estudiado tiene un alto porcentaje de excelencia de acuerdo con los calificativos E.S.I. en cuanto al comportamiento de los enfoques estructura, proceso y resultado. En relación con la revisión de la literatura, no se encontró algún estudio que evaluara la calidad de la atención en estas poblaciones. Sin embargo, se detectó relación con dos investigaciones (8,9); en donde evaluaron la estructura y parte del resultado, pero no se llevó a cabo la evaluación completa del enfoque resultado y no se realizó la estimación del enfoque proceso.

En esta investigación se observó que la estructura hospitalaria tuvo un alto porcentaje de excelencia, porque resultó tener un buen equipo multidisciplinario, algo diferente se reportó en una investigación en donde mencionan baja disponibilidad de recursos humanos (9). Igualmente, se detectó en esta investigación que se contaba con gran cantidad de servicios de apoyo, con los cuales se brindó una atención integral a excepción de cuidados paliativos (servicio inexistente); algo diferente se reportó en una investigación donde observaron la falta del servicio de inhaloterapia y radioterapia (9). Se reportó en el presente estudio una buena infraestructura, equipos y materiales. La principal deficiencia se debió al desabasto de medicamentos y al área de preparación de quimioterapias, en otra investigación se reportó algo diferente, al identificar una buena disponibilidad de medicamentos (9).

Respecto al proceso, en esta investigación se observó un alto porcentaje de excelencia debido a una buena respuesta de aplicación de la primera dosis de quimioterapia después de tener el diagnóstico definitivo (de 0-1 día). Sin embargo, no se ha reportado el número específico de días a considerar como buena respuesta, pero se especifica que entre más rápido se inicie el tratamiento mejor pronóstico de vida se obtiene (18). No obstante, si se compara el procedimiento que se sigue en este centro oncológico con guías internacionales, se puede apreciar que falta contemplar la evaluación de enfermedad mínima residual (por citometría de flujo). Prueba que brinda información sobre posibles recaídas (es decir, la reaparición del cáncer después de un periodo de remisión) y ello conlleva a mejorar la vigilancia al paciente (16). En cuanto al diagnóstico esta investigación reportó cumplimiento con lo establecido por la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de LLA en menores de 18 años (19). Como deficiencias del proceso se puede considerar el llenado incompleto del formato de atención de pacientes con LLA y la escasa evaluación de la primera etapa del tratamiento (ventana de esteroides); aun cuando se ha reportado que la evaluación de esta etapa es favorable, porque indica si un paciente puede generar recaída (20).

En cuanto al resultado, se obtuvo en el presente estudio un alto porcentaje de excelencia,

debido a que los acompañantes de los pacientes establecieron de acuerdo con su percepción estar satisfechos con el servicio que les brindaron. Se ha reportado en alguna otra investigación que los valores positivos de satisfacción se asocian a que las personas califican de esta manera por agradecimiento al servicio recibido (8). Como deficiencias en torno a la satisfacción de los usuarios expresaron que no siempre se les dio el medicamento cuando lo requirieron y que la educación escolar básica que se les ofreció a los pacientes fue muy deficiente.

Respecto a la percepción de los prestadores de servicio, se obtuvo en esta investigación un alto porcentaje de excelencia. Como deficiencias, se observó que la calidad no es calificada y que el espacio físico laboral es insuficiente. En otros estudios se ha reportado mayormente insatisfacción e igualmente poca gratificación (13,21).

En torno al comportamiento de valores clínicos hematológicos en esta investigación, se puede deducir que la administración del tratamiento en las primeras dos fases presentó mejoría notoria y significativa de los valores clínicos. Esto es similar a lo reportado en otra investigación (15). De acuerdo con la respuesta al tratamiento se obtuvo un porcentaje alto de excelencia, lo que indicó buena respuesta, equivalente a lo reportado en otras dos investigaciones (15,20). Asimismo, se cumplió con reportar los valores de blastos, para evaluar la disminución de estos como un indicador favorable de buen pronóstico y que es necesario realizar a todo paciente (15).

Conclusión

Evaluar la calidad de la atención de manera multidimensional implica contemplar los tres enfoques de Donabedian, y que el empleo de los calificativos E.S.I. favorece el detectar áreas de mejora y oportunidad, las cuales pueden ser consideradas por las autoridades del centro oncológico, con el fin de mejorar la calidad de atención ya esto pueda verse reflejado en mejorar salud del paciente.

Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Esta investigación ha permitido demostrar que con el uso de los tres enfoques de Donabedian (estructura, proceso y resultado) y el empleo de los calificativos excelente, suficiente e insuficiente se logra identificar de manera más fácil áreas de oportunidad, las cuales deben ser consideradas en las intervenciones sanitarias para mejorar la calidad de la atención y la sobrevivencia de los pacientes.

Relevancia para la investigación en salud

Es fundamental considerar en investigaciones futuras el realizar una evaluación integral de calidad de la atención incluyendo los tres enfoques propuestos por Donabedian.

Declaración de conflictos de interés: No hubo conflicto de interés durante la realización de la investigación.

Financiamiento: financiado por el Departamento de Sistemas de Salud del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana

Referencias bibliográficas

1. Cancer.org.¿Qué causa la leucemia linfocítica aguda? [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
2. Cancer.org.¿Qué causa la leucemia linfocítica aguda? [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
3. Secretaría de Salud. Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Ciudad de México: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia; 2019. pp.

- 70–75.
4. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring. 1.ª ed. Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor.; 1980.
 5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1.ª ed. Michigan: The Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966.
 6. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. 1.ª ed. Michigan: JAMA; 1988.
 7. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. Salud Pub Mex [Internet]. 12 de noviembre de 1991 [citado 22 de enero de 2021];33(6):623-9. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5460>
 8. Miranda-Lora AL, Villasís-Keever MA, Reyes-López A, Ruíz-Cano J, Escamilla-Núñez A, Dorantes-Acosta E, et al. Satisfacción con la atención médica que reciben niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda: experiencia en México con pacientes afiliados al Seguro Popular. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012;69(1665-1146):233–244.
 9. Miranda-Lora AL, Klünder-Klünder M, Ruíz-Cano J, Reyes-López A, Dorantes-Acosta E, Zapata-Tarrés M, et al. Estructura hospitalaria y su relación con la sobrevivencia de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2001;69(3):205-211.
 10. López S, Vertíz J, Jarillo E, Garrido F, Villa B. El Sistema Integral de Calidad en Salud: una mirada crítica. [Internet]. 1.ª ed. Cuernavaca, Morelos: INSO; 2014 [citado 15 abril 2020]. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_Si-Calidad.pdf
 11. Secretaría de Salud. Cédulas para la Acreditación. Ciudad de México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2018.
 12. Morales-Gutiérrez C. Percepción de la calidad de la atención hospitalaria por el usuario. Prueba de campo Junio – Agosto del 2013. [Especialidad Pediatría]. UNAM; 2014.
 13. Bozo ML, Reyes H, San Martín M. Evaluación del grado de satisfacción del usuario interno del consultorio municipal Santa Cruz [Ingeniería]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2005.

14. Fuentes I. Estructura Familiar y satisfacción laboral de los médicos residentes en medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N. 64, Tequesquihuac del 2011-2012. [Especialidad Medicina Familiar]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
15. Dorantes-Acosta E, Zapata-Tarrés M, Miranda-Lora A, Medina-Sansón A, Reyes-López A, Peña del Castillo H, et al. Comparación de las características clínicas al diagnóstico de niños con leucemia linfoblástica aguda afiliados al Seguro Popular, con respecto al desenlace. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2012; 69(3): 190-196.
16. Vizcaíno M, Lopera JE, Martínez L, De los Reyes I, Linares A. Guía de atención integral para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes. Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20 (1): 17-27.
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. México: Diario Oficial de la Federación. 2016.
18. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, D.C.: PAHO. 2014.
19. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico oportuno de la leucemia aguda en pediatría en primer y segundo nivel de atención. CENETEC. 2017. Disponible en: <http://www.centec-difusion.com/CMGPC/55-061/ER.pdf>
20. Rendón-García H, Tamayo-Pedraza G, y Covarrubias-Espinoza G. Ventana de esteroide en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda evaluada por factores pronósticos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2017; 34(2).
21. Pavón-León P, Gogeaescoechea-Trejo MC, Blázquez-Morales MSL, Blázquez-Domínguez CR. Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario. Salud en Tabasco [Internet]. 2011; 17 (1-2): 13-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa>

LA VACUNACIÓN EN LA ENCRUCIJADA. REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS PARA LA COVID19 EN EL MUNDO

VACCINATION AT THE CROSSROADS. CRITICAL REFLECTION REGARDING COVID 19 VACCINE DISTRIBUTION IN THE WORLD

VACINAÇÃO NA ENCRUZILHADA. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS PARA COVID19 NO MUNDO

Lucas De Candia¹,
Jésica Geuna².

¹Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9478-4376> Contacto: lucas-decandia@gmail.com

²Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5841-5741> Contacto: jesticageuna@gmail.com

DOI: 10.31052/1853.1180.v27.n1.32772

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 20 de abril de 2021.
Aprobado: 2 de febrero de 2022.

Resumen

La pandemia por el SARS-CoV-2 azota el mundo. La masiva interconectividad, la transmisión aérea, la contagiosidad presintomática y la ausencia de tratamientos farmacológicos abonaron a su amplia distribución. Los casos aumentaron en todo el mundo. Las herramientas disponibles fueron las intervenciones no farmacológicas clásicas de la epidemiología. Algunos países, las utilizaron eficazmente y lograron controlar la pandemia. El resto atravesó las segundas o terceras olas de casos. La pandemia profundizó previas desigualdades en el mundo. A menos de un año del descubrimiento del nuevo coronavirus, la llegada de las vacunas despertó nuevas esperanzas. Sin embargo, la escasez de dosis y las inequidades en su distribución generaron controversias. El objetivo de la inmunidad de rebaño por vacuna se volvió inalcanzable. Inmunizar a grupos de riesgo para disminuir muertes sólo parece posible en pocos países. Se realizó una reflexión crítica sobre la distribución de las vacunas en el mundo.

Palabras clave: SARS-CoV-2; COVID19; equidad; vacunas; patentes.

Abstract

Pandemic due to SARS-CoV-2 is hitting the world. Massive interconnectivity, air transmission, pre-symptomatic contagiousness and the absence of drug treatments promoted its widespread expansion. Cases rose worldwide. The available tools were classic epidemiological no-drug interventions. Some countries used them efficiently and were able to control pandemic. The rest has gone through second and third waves of cases. This pandemic has exacerbated world inequalities previously present. Less than a year after the discovery of the new coronavirus, the appearance of vaccines brought new hopes. However, controversy arose due to scarcity of doses and inequity in their distribution. Flock immunity as the objective became unreachable. Immunization of risk groups in order to reduce deaths only seems possible in very few countries. A critical reflection regarding vaccine distribution in the world was done.

Key words: SARS-CoV-2; COVID19; equality; vaccines; patents.

Resumo

A pandemia de SARS-CoV-2 está varrendo o mundo. A interconectividade maciça, a transmissão aérea, a contagiosidade pré-sintomática e a ausência de tratamentos farmacológicos contribuíram para sua ampla distribuição. Os casos aumentaram em todo o mundo. As ferramentas disponíveis foram as intervenções não farmacológicas clássicas da epidemiologia. Alguns países as utilizaram de forma eficaz e conseguiram controlar a pandemia. O restante passou pela segunda ou terceira onda de casos. A pandemia aprofundou as desigualdades prévias no mundo. Menos de um ano após a descoberta do novo coronavírus, a chegada das vacinas originou novas esperanças. Contudo, a escassez de doses e as desigualdades na sua distribuição geraram controvérsias. O alvo da imunidade de rebanho por vacinação tornou-se inatingível. A imunização de grupos de risco para reduzir as mortes só parece possível em alguns países. Realizou-se uma reflexão crítica sobre a distribuição de vacinas no mundo.

Palavras-chave: SARS-CoV-2; COVID-19; capital próprio; vacinas; patentes.

Introducción

La pandemia por el SARS-CoV-2 apareció con los primeros reportes de neumonías en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (1). A partir de la masiva interconectividad del mundo se distribuyó, rápidamente, en casi todos los países. La transmisión aérea del virus (2), la contagiosidad de las personas infectadas en fase presintomática (3,4) y la ausencia de tratamientos farmacológicos (5) abonaron al desarrollo de una crisis sanitaria internacional de dimensiones históricas. Las herramientas disponibles fueron las intervenciones no farmacológicas clásicas de la epidemiología (6,7). Algunos países, las utilizaron eficazmente y lograron controlar la pandemia. Inmediatamente, se observó que las posibilidades de un plan de afrontamiento con perspectiva global eran prácticamente nulas. Cada país puso el foco en minimizar el impacto dentro de sus límites geográficos (8).

El desarrollo de vacunas contra el SARS-CoV-2 fue también histórico (9,10). En agosto de 2020, a menos de un año del descubrimiento del nuevo virus se presentaban los ensayos de fases 1/2 de varias vacunas (11,12). En diciembre de 2020, varios países, entre ellos Argentina, iniciaron sus campañas de vacunación (13). Los espectaculares avances de la biomedicina en las vacunas parecían ofrecer una nueva etapa en esta crisis de dimensiones catastróficas. La vacuna llegaba a poner fin a la pandemia y ofrecer una solución amplia y colectiva. Sin embargo, la escasez de dosis, la enorme demanda mundial, las asimetrías en su distribución, la exclusiva producción a cargo de pocos países y la urgencia de cada

gobierno por inmunizar a sus poblaciones para retornar a la “normalidad” convirtió a la vacuna en un punto de inflexión en la vida social y en la agenda pública.

En simultáneo, empezaron a surgir nuevas variantes del virus. En Europa, la variante Alfa (B.1.1.7) presentó mayor capacidad de transmisión y desencadenó un brutal aumento de hospitalizaciones que forzó al gobierno inglés a implementar confinamiento total (14-16). En Sudáfrica, se describió la variante Beta (B.1.351) que posiblemente disminuye la capacidad de neutralización del suero de convalecientes y la eficacia de las vacunas (17,18). Por otro lado, se presentó alarmante la variante Gamma (P.1) por la dimensión de la segunda ola que provocó, posiblemente debido a su capacidad de producir reinfecciones (19). Sin embargo, ni la variante Beta logró hacerse dominante en muchos países ni la Gamma logró tener gran distribución en otras regiones más allá de Sudamérica. En octubre de 2020, se detectó en India la variante Delta (B.1.617.2) que rápidamente se distribuyó en todo el mundo reemplazando a otras variantes debido, posiblemente, a su mayor capacidad de transmisión (20). Recientemente, el 26 de noviembre de 2021, la OMS reportó el surgimiento de una nueva variante (B.1.1.529) en Sudáfrica y en varios países europeos que con rapidez reemplazó a las demás y se hizo dominante en muchas ciudades del planeta. Se la denominó Omicron, presenta múltiples mutaciones en la proteína S y se estima que sería más transmisible que la Delta y que presentaría mayor capacidad de producir reinfecciones y de disminuir eficacia de las vacunas (21).

El presente artículo se propone reflexionar críticamente sobre la distribución de vacunas frente a la COVID en el mundo en el año 2021.

Desarrollo

Breve mirada histórica sobre las patentes de las vacunas

Es reconocido el espíritu de humanismo combinado con los descubrimientos en virología y vacunas que han grabado a Jonas Salk y Albert Sabin en los anales de la historia de la medicina. Las vacunas descubiertas por Salk y Sabin que erradicaron la poliomielitis de gran parte del mundo, no fueron patentadas. El hecho de patentar las vacunas contra la poliomielitis les hubiera supuesto ganancias millonarias. Sin embargo, declinaron este beneficio en pos del acceso a la vacuna para toda la población mundial (22). La poliomielitis, a comienzos del siglo XX alcanzó proporciones de epidemia (23). En 1952 se registraron 58.000 casos en Estados Unidos (EEUU) con más de 3.000 muertos. En Argentina entre 1955 y 1956 se registraron 3.000 casos (24,25). Cuando el Salk fue interrogado sobre los motivos por los que rechazó patentar la vacuna, él respondió: “La patente pertenece a la gente. No hay patente. ¿Acaso se puede patentar el sol?” (26).

A pesar de que la ley Bayh-Dhole, que permite que los investigadores patenten sus invenciones, fue promulgada en EEUU recién en la década de los 80, parece que los motivos de Salk y Sabin para no patentar sus vacunas eran humanitarios (27).

Vacunas para pocos, variantes para todos

La emergencia de variantes virales de preocupación (28) y la escasez de dosis disponibles derrumbaron velozmente las expectativas. La enorme desigualdad en su distribución desnudó históricas injusticias en la repartición de riquezas entre algunos pocos países “ricos” y el resto (29). La distribución en el mundo muestra, en el primer trimestre de 2021, una escandalosa concentración en pocos países que acapararon la producción. Al 07/04/21, se administraron 693 millones de dosis, de las cuales el 63% fueron aplicadas en cuatro países: Estados Unidos (168 millones), China (145 millones), India (87 millones) y Reino Unido (37 millones) (30).

Más allá de los contratos y acuerdos de dosis a entregar, las empresas productoras no han cumplido con las cantidades acordadas (31). En el mundo, la demanda de vacunas superó a lo largo del 2021 la capacidad de entrega. La producción se concentra, principalmente, en institutos localizados en pocos países: EEUU, China, India y países europeos (32), lo

que nos ofrece una marcada coincidencia entre producción y administración de dosis. Al 31/12/21, el 58,8% de la población mundial está completamente vacunada. Pero la distribución de esas dosis aplicadas mostró gran irregularidad: África es la región marcadamente más postergada en el acceso a vacunas. (Ver Gráfico 1) Argentina alcanzó a aplicar al menos una dosis al 82% de la población y completar esquemas en el 68%, superando a EEUU y posicionándose en el nivel de los países de la Unión Europea (33).

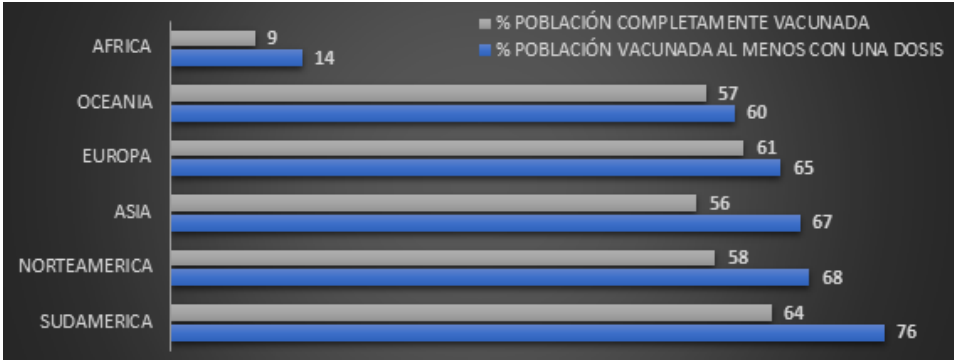


Gráfico 1: Porcentaje de población vacunada completamente y con al menos una dosis por regiones del mundo hasta el 31/12/21. Datos extraídos de: Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. et al. A global database of COVID-19 vaccinations. Nat Hum Behav (2021) (acceso: 31/12/21)

El director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó en enero de 2021 que el mundo estaba ante un “inminente fracaso en la distribución equitativa de las vacunas (34).” Mientras algunos países avanzaban vacunando personas de bajo riesgo, muchas personas con riesgo de morir por la COVID19 en el mundo no tuvieron posibilidad de acceso. Con una población mundial de 7.700 millones, es probable que se requiera un mínimo de 12.000 millones de dosis para alcanzar la inmunidad de rebaño por vacuna. Las estimaciones de la capacidad de producción sugieren que se necesitarán años para alcanzar ese objetivo (35). Por consiguiente, resulta urgente ampliar la capacidad de producción a la brevedad y facilitar su distribución. Para hacerlo el camino más corto sería la liberación de las patentes de las empresas farmacéuticas y acuerdos de transferencia tecnológica.

Los esfuerzos por desarrollar una estrategia global coordinada de vacunación anti COVID fracasaron. Al 31 de diciembre de 2021, a poco más de un año de la autorización de las vacunas para uso masivo el 58,8% de la población mundial accedió al menos a una dosis y el 6,7% se colocó un refuerzo o tercera dosis (36). Es decir, mientras en África menos del 10% accedió a su primera dosis, en otros lugares del mundo millones de personas refuerzan su inmunidad. Se registró en un estudio observacional en Israel que una tercera dosis de vacuna de plataforma de ARNm es más efectiva que dos dosis con más de 5 meses desde la colocación de la segunda para prevención de hospitalizaciones, enfermedad severa y muerte en personas sin antecedente de infección previa documentada (37). A su vez, ante la emergencia y rápida distribución mundial de la variante Ómicron, Israel anunció el ofrecimiento de una cuarta dosis de vacuna para el personal de salud y las personas mayores de 60 años (38). En Latinoamérica, Chile fue el primer país en iniciar aplicaciones de cuartas dosis de vacunas (39). En simultáneo, la OMS reportó el mayor registro de nuevos contagios desde el inicio de la pandemia.

De esta manera se consolida un círculo de perpetuación de la pandemia y de profundización de las desigualdades: la circulación viral sigue en aumento, cuanto mayor es la circulación mayor la probabilidad de aparición de nuevas variantes con mayor capacidad de transmisión, re infección y/o evasión de la inmunidad desarrollada en personas recupe-

radas y/o vacunadas. Asimismo, frente a la amenaza de las nuevas variantes los países con mayor acceso a las vacunas planifican la profundización de las campañas con aplicación de refuerzos mientras la región más postergada (África) sigue sin posibilidad de ofrecer ni siquiera la primera dosis a sus habitantes. El propio Director General de la OMS, Tedros A. Ghebreyesus, reconoció públicamente el 06 de enero del 2022: “La inequidad vacunal es algo que mata a personas, acaba con empleos y torpedea la recuperación económica mundial. Alfa, Beta, Delta, Gamma y Ómicron nos dicen que, debido en parte a las bajas tasas de vacunación, hemos creado las condiciones perfectas para que aparezcan variantes del virus” (40). Pasó un año, muchas muertes, y la máxima autoridad sanitaria del mundo sigue repitiendo lo mismo: la inequidad es el problema.

Mecanismo COVAX: ¿solución o maquillaje?

“El desarrollo de una vacuna contra la COVID-19 es el desafío más apremiante de nuestro tiempo, y nadie ganará la carrera hasta que todos ganen (41)”. Con esa premisa, la OMS propuso el mecanismo COVAX para asegurar la distribución de vacunas en los países con recursos limitados para comprarlas. Se planeaba vacunar al menos al 20% de la población de los países participantes para fines de 2021. También, explicitaba la necesidad de acelerar y facilitar la distribución de las dosis para abordar esta “fase aguda” de la pandemia y evitar que el impacto económico de la misma siga creciendo (42).

Estados Unidos y las naciones del G7 se habían comprometido a apoyar la adquisición global de vacunas a través del programa COVAX pero esta financiación por sí sola fue una medida insuficiente e inequitativa. Si bien garantizar dosis para el 20% de la población de países de bajos/medianos ingresos sería un logro destacable, está lejos del objetivo de asegurar la inmunidad colectiva mundial de manera oportuna (43).

Sin embargo, el objetivo mínimo planteado por la OMS tampoco pudo garantizarse dado que no se alcanzó a cumplir con las entregas planificadas. Al 25/03/21, COVAX había recibido 28 millones de dosis y lo planificado era contar con 40 millones ese mes y 50 millones de dosis en abril. El Serún Institute de India (SII) fue una de las instituciones productoras que no alcanzó a cumplir con los plazos preestablecidos (44). Aun si se hubiera cumplido lo planificado, el mecanismo COVAX proponía asegurar un mínimo de dosis a los países con mayor dificultad de acceso a la vacuna sin poner en discusión el problema en toda su profundidad. Expertos en salud internacional puntualizaron que el no reconocimiento de las limitaciones de suministro fue un obstáculo importante para la vacunación mundial. Enfatizan que es necesaria la diversificación y el aumento de la producción. Esta falta de reconocimiento fue un defecto grave en el diseño de COVAX (45).

La aceptación de la vacuna y los pases COVID

La eficacia de las vacunas y las ansias de regreso a la “antigua normalidad” de la vida social puso en agenda el “pasaporte COVID” o los “pases sanitarios”. El primer punto a señalar es que aún existen preguntas sin respuesta sobre la inmunidad que genera el SARS-CoV-2. Podría tratarse de una respuesta de corta duración como la observada en otros coronavirus o quizá podríamos observar respuestas con persistencia de dos años (como lo reportado con SARS y MERS) (46,47).

Desde el 01 de enero de 2022, se implementó en Argentina el pase COVID que implica la exigencia de acreditar esquema completo de vacunación para acceder a actividades en espacios cerrados (locales bailables, salones de fiestas, viajes grupales) o actividades masivas en espacios abiertos (48). El fundamento de estos programas es fomentar la vacunación de las personas que no aceptaron inocularse y disminuir el riesgo de contagios en eventos de gran concurrencia de personas o en espacios cerrados. Esta medida dispara controversias de diferente índole. Primero, se puede destacar la cuestión epidemiológica: las vacunas no garantizan protección frente al contagio. Todas las vacunas autorizadas en la actualidad tienen buena eficacia reportada para prevenir hospitalización y muerte,

según la evidencia de los estudios de fase 3 (49-51). Sin embargo, es menos clara la evidencia respecto a la prevención de la transmisión. Muchos expertos consideran que aún faltan estudios para responder con firmeza esa pregunta (52,53) y con las nuevas variantes se registraron reinfecciones en personas vacunadas (54). Por otro lado, en un estudio recientemente publicado con datos de la provincia de Santa Fe (Arg), se reportó que ,en los contagios intradomiciliarios, donde se involucran una persona vacunada y su conviviente no vacunado es mucho más frecuente que sea la persona no vacunada quien contagie a quien sí lo está. Es decir, la probabilidad de protección que ofrece una persona vacunada a su conviviente es del 68% con una dosis y del 78% con dos dosis (55). En segunda instancia, dada la limitada cantidad de dosis y la asimetría en su distribución mundial, un programa que otorgue beneficios a quienes tuvieron el privilegio de acceder resulta controversial. Aun en los países con amplia disponibilidad de dosis la inequidad en la distribución existe: en EEUU, por ejemplo, los sectores de la población más vulnerables y fragilizados, que presentan mayor mortalidad por COVID19, son también los que menos accedieron a la vacunación. De alguna manera, los pasaportes COVID podrían ser un instrumento de segregación social en el mundo que termine ahondando injusticias (56-58). Por otro lado, los movimientos antivacuna y los sectores de la población que se negaron a aceptar la vacuna constituyen otra arista del problema. Tan relevante fue el impacto de este rechazo que desde junio 2021 un país con amplia disponibilidad del recurso como EEUU presentó un ritmo de aplicación de dosis diarias menor que Argentina (59). En el segundo semestre de 2021, el promedio diario de dosis aplicadas en porcentaje de la población vacunada fue mayor en Argentina que en EEUU. De esta manera, al 30 de junio de 2021 Argentina presentaba un porcentaje de población inmunizada con dos dosis 20 puntos debajo de EEUU y al 31 de diciembre del mismo año, ese porcentaje se ubicó 10 puntos arriba (ver gráfico 2). No es casual que EEUU contenga a los principales movimientos antivacuna del mundo (60). Por lo tanto, en contextos donde se garantiza posibilidad de acceso a la vacuna, la instrumentación de pases sanitarios con el objetivo de fomentar su aceptación y poner el eje en el cuidado colectivo puede ser un paso clave para lograr mayores porcentajes de cobertura.

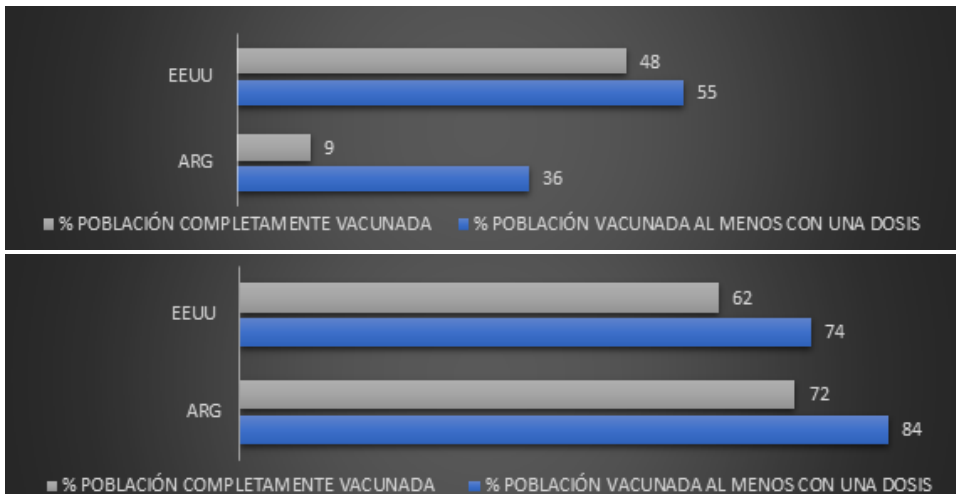


Gráfico 2: Promedio diario de dosis aplicadas en porcentaje de la población vacunada en Argentina y en EEUU hasta el 30/06/21 (arriba) y hasta el 31/12/21 (abajo). Datos extraídos de: Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. et al. A global database of COVID-19 vaccinations. Nat Hum Behav (2021). Acceso: 31/12/21)

La utopía de la liberación de patentes de vacunas

Líderes del mundo emitieron una carta pública en una convocatoria desesperada para pensar los problemas de salud desde una perspectiva global. Critican los “nacionalismos” en las estrategias de afrontamiento y las medidas proteccionistas en el marco de una pandemia de alcance planetario que profundizó inequidades y viene mostrando cifras de muertes en niveles históricos. Señalan la necesidad de estar prevenidos y desarrollar modos integrados y globales de afrontar futuras emergencias sanitarias. A su vez, asumen compromiso para garantizar acceso universal y equitativo a vacunas y recursos necesarios (61). Sin embargo, la liberación de las patentes de las vacunas para COVID19 no se aborda con la contundencia que la coyuntura actual exige. Se diluye el pedido de lo que sería la intervención más justa en este momento para facilitar la transferencia tecnológica y aumentar la producción del recurso en diferentes puntos del planeta. Miles o millones más morirán a consecuencia de la infección por el SARS-CoV-2 pero, los intereses económicos del complejo médico industrial (CMI) no se tocan.

El 07 de abril de 2021, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) emitió un comunicado en el que denunciaba la enorme desigualdad en la distribución de los recursos sanitarios y la debilidad de los sistemas sanitarios en contraste con la fortaleza de las empresas farmacéuticas transnacionales. A su vez, solicitaba a la ONU con carácter urgente la liberación de las patentes de las vacunas desarrolladas (62).

Aunque las empresas farmacéuticas han preferido utilizar acuerdos de licencia voluntaria para controlar quién puede producir un bien patentado, se ha ejercido presión sobre la Organización Mundial del Comercio (OMC) para que considere una exención de los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (en inglés, TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) para las vacunas frente a la COVID-19. Esta propuesta fue presentada por India y Sudáfrica con el apoyo de unos 90 países. El objetivo es eliminar de forma temporal la protección de las patentes farmacéuticas para poder reducir marcadamente los costos de fabricación a nivel mundial. Los opositores al TRIPS se justifican destacando que la protección de la propiedad intelectual es clave para el descubrimiento de vacunas. Incluso, argumentan que la suspensión temporal de la protección a las patentes limitaría la innovación futura en la biomedicina. En la vereda de enfrente, algunos científicos reconocen el incentivo que las patentes suponen para que las empresas inviertan pero, plantean que la crisis de la pandemia y los 18 mil millones en fondos públicos que se aportaron al desarrollo de las vacunas COVID-19 son argumentos suficientes para oponerse a la protección de patentes (63).

Reflexiones finales

La pandemia desencadenada por el SARS-CoV-2 y el modo particular de funcionamiento del mundo globalizado actual tuvo un impacto inmenso en términos de vidas humanas perdidas. Las inequidades previas se profundizaron y las tendencias de los gobiernos a tomar medidas proteccionistas prosperaron. Los avances biomédicos con demostrada eficacia, como las vacunas, no quedaron fuera de estos lineamientos. Los países en donde funcionan las instituciones que producen las vacunas frente a la COVID19 retuvieron dosis desoyendo cualquier pedido de aplicar criterios equitativos de distribución para cubrir a las personas de riesgo de todo el planeta. Alcanzar pronto la inmunidad de rebaño global requiere, como primer paso, que las licencias se liberen y las vacunas sean un bien común de toda la humanidad. Se hace explícito que el desarrollo de avances científicos sin una profunda discusión sobre la salud global, es insuficiente para resolver la crisis. El planteo del problema como escasez de dosis es equivocado: no es simplemente un problema de cantidad, también es un problema de criterio, prioridades y distribución. Cuando la poliomielitis azotaba al mundo en el siglo XX, los desarrolladores de las vacunas no dudaron en ofrecerlas sin licencias. En la coyuntura actual, mientras las vacunas sigan siendo un recurso de lujo sólo disponible para un porcentaje de los habitantes del mundo, el virus tendrá posibilidad de seguir circulando y mutando. Avalar que las lógicas de libre mer-

cado sean las que regulen la producción y distribución de vacunas, ofrecerá el escenario propicio para la perpetuación de la pandemia. De esta manera, la encrucijada en cuestión es la salud como derecho universal o como bien de mercado. Todo parece indicar que ni siquiera la crisis histórica del coronavirus será suficiente para que la vida humana tenga el mismo valor en cualquier punto del planeta.

Referencias bibliográficas

1. Who.int. 2020 [cited 2022 Jan 12]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2
2. Samet JM, Prather K, Benjamin G, Lakdawala S, Lowe J-M, Reingold A, et al. Airborne transmission of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): What we know. *Clin Infect Dis.* 2021;73(10):1924–6.
3. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1199–207.
4. Wei WE, Li Z, Chiew CJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2—Singapore, January 23–March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2020;69(14):411.
5. Lam S, Lombardi A, Ouanounou A. COVID-19: A review of the proposed pharmacological treatments. *Eur J Pharmacol.* 2020; 886(173451):173451.
6. Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature.* 2020; 584(7820):257–61.
7. De Candia L, Bulla V, Cordone R, Quignard M, Montaner A, Kohen J. Viejas herramientas para nuevos problemas: Intervenciones no farmacológicas para afrontar la pandemia del COVID-19. *Rev. argent. salud publica* 2021; 13(Suplemento COVID-19): 1-7.
8. Mortality analyses [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
9. Heaton PM. The covid-19 vaccine-development multiverse. *N Engl J Med.* 2020;383(20):1986–8.
10. Golob JL, Lugogo N, Lauring AS, Lok AS. SARS-CoV-2 vaccines: a triumph of science and collaboration. *JCI Insight.* 2021 May 10;6(9):e149187.
11. Bv S. The arrival of Sputnik V. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(10):1128
12. Mahase E. Covid-19: What do we know about the late stage vaccine candidates? *BMJ.* 2020;371:m4576.
13. Lineamientos técnicos y Manual del vacunador [Internet]. Gob.ar. 2021 [citado el 07 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/equipos-salud/lineamientos-manual-vacunador>
14. Kirby T. New variant of SARS-CoV-2 in UK causes surge of COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2021;9(2):e20–1.
15. Kirby T. When should the UK lift its lockdown? *Lancet Respir Med.* 2021;9(4):e44–5.
16. Kupferschmidt K. Fast-spreading UK virus variant raises alarms. *Science.* 2021; 9-10.
17. Wibmer CK, Ayres F, Hermanus T, Madzivhandila M, Kgagudi P, Oosthuysen B, et al. SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. *Nat Med.* 2021;27(4):622–5.
18. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 vaccine against the B.1.351 variant. *N Engl J*

- Med. 2021;384(20):1885–98
19. Sabino EC, Buss LF, Carvalho MPS, Prete CA Jr, Crispim MAE, Fraiji NA, et al. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *Lancet*. 2021;397(10273):452–5.
 20. Singanayagam A, Hakki S, Dunning J, Madon KJ, Crone MA, Koycheva A, et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(2):183–95.
 21. Petersen E, Ntoumi F, Hui DS, Abubakar A, Kramer LD, Obiero C, et al. Emergence of new SARS-CoV-2 Variant of Concern Omicron (B.1.1.529) - highlights Africa's research capabilities, but exposes major knowledge gaps, inequities of vaccine distribution, inadequacies in global COVID-19 response and control efforts. *Int J Infect Dis*. 2022;114:268-272.
 22. Tan SY, Ponstein N. Jonas Salk (1914-1995): A vaccine against polio. *Singapore Med J*. 2019;60(1):9–10.
 23. Fujimura SF. La vacuna contra la polio, “Gracias Dr. Salk”. *Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud*. 2005; 10 (2).
 24. Saldías E. Centenario del natalicio del Dr. Albert B Sabin. *Rev Chil Infect*. 2006;23(4):368–9.
 25. Shampo MA, Kyle RA. Jonas E. Salk discoverer of a vaccine against poliomyelitis. *Mayo Clin Proc* 1998, 73 (12): 1176.
 26. Tan SY, Ponstein N. Jonas Salk (1914-1995): A vaccine against polio. *Singapore Med J*. 2019;60(1):9–10.
 27. Ra N, Keusch GT. *Salud Mundial: Lecciones de la Ley Bayh-Dole* [Internet]. Pipra.org. [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://pipra.org/publications-files/F1_8_Nuget.pdf
 28. Mascola JR, Graham BS, Fauci AS. SARS-CoV-2 viral variants-tackling a moving target. *JAMA*. 2021;325(13):1261–2
 29. Goldstein A. Failure to achieve global vaccine equity will have dire consequences. *BMJ*. 2021;372:n712.
 30. Understanding vaccination progress by country [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/vaccines/international>
 31. TÉLAM. Angustia en el mundo por las demoras en la producción y entrega de las vacunas contra el coronavirus [Internet]. Com.ar. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.telam.com.ar/notas/202101/542454-angustia-mundo-demora-vacunas-coronavirus.html>
 32. March 8 th -prepared for vaccine supply & production summit COVID-19 vaccine production [Internet]. Ifpma.org. [cited 2022 Jan 12]. Available from: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/03/Airfinity_global_summit_master_final.pdf
 33. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Appel C, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav*. 2021;5(7):947–53.
 34. La OMS critica el egoísmo de los países ricos y las farmacéuticas frente a las vacunas del COVID-19 [Internet]. Noticias ONU. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>
 35. Goldstein A. Failure to achieve global vaccine equity will have dire consequences. *BMJ*. 2021;372:n712
 36. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M, Hasell J, Appel C, et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav*. 2021;5(7):947–53.
 37. Barda N, Dagan N, Cohen C, Hernán MA, Lipsitch M, Kohane IS, et al. Effectiveness of a third dose of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine for preventing severe outcomes in Israel: an observational study. *Lancet*. 2021;398(10316):2093–

- 100.
38. Burki TK. Fourth dose of COVID-19 vaccines in Israel. *Lancet Respir Med.* 2022;10(2):e19.
 39. Minsal.cl. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.minsal.cl/covid-19-gobierno-anuncia-que-este-proximo-lunes-comienza-el-proceso-de-vacunacion-de-cuarta-dosis/>
 40. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 del 6 de enero de 2022 [Internet]. Who.int. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---6-january-2022>
 41. COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 [Internet]. Who.int. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>
 42. McAdams D, McDade KK, Ogbuaji O, Johnson M, Dixit S, Yamey G. Incentivising wealthy nations to participate in the COVID-19 Vaccine Global Access Facility (COVAX): a game theory perspective. *BMJ Glob Health.* 2020;5(11):e003627.
 43. Nytimes.com. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.nytimes.com/2021/01/12/opinion/world-covid-vaccines.html>.
 44. COVAX informa a los participantes de los retrasos en la entrega de vacunas del Serum institute de la India (sii) y AstraZeneca [Internet]. Who.int. [cited 2022 Jan 12]. Available from: [https://www.who.int/es/news/item/25-03-2021-covax-updates-participants-on-delivery-delays-for-vaccines-from-serum-institute-of-india-\(sii\)-and-astrazeneca](https://www.who.int/es/news/item/25-03-2021-covax-updates-participants-on-delivery-delays-for-vaccines-from-serum-institute-of-india-(sii)-and-astrazeneca)
 45. Usher AD. “A beautiful idea: how COVAX has fallen short.” *Lancet (London, England)* vol. 397,10292 (2021): 2322-2325.
 46. Amanat F, Krammer F. SARS-CoV-2 Vaccines: Status Report. *Immunity.* 2020 ;52(4):583-589.
 47. Edridge A, Kaczorowska J, Hoste A, Bakker M, Klein M, Loens, K, et al. Seasonal coronavirus protective immunity is short-lasting. *Nature medicine* 2021, 26(11): 1691–93.
 48. BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN - Decisión Administrativa 1198/2021 [Internet]. Gob.ar. [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/254239/20211213>
 49. Logunov DY, Dolzhikova IV, Shcheblyakov DV, Tukhvatulin AI, Zubkova OV, Dzharullaeva AS, et al. Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. *Lancet.* 2021;397(10275):671–81.
 50. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *N Engl J Med.* 2020;383(27):2603–15.
 51. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet.* 2021;397(10269):99–111.
 52. Mallapaty S. Can COVID vaccines stop transmission? Scientists race to find answers. *Nature.* 2021. doi: 10.1038/d41586-021-00450-z. Epub ahead of print.
 53. Tiyo BT, Schmitz GJH, Ortega MM, da Silva LT, de Almeida A, Oshiro TM, et al. What happens to the immune system after vaccination or recovery from COVID-19? *Life (Basel).* 2021;11(11):1152.
 54. Dejnirattisai W, Huo J, Zhou D, Zahradnik J, Supasa P, Liu C, et al. SARS-CoV-2 Omicron-B.1.1.529 leads to widespread escape from neutralizing antibody respon-

- ses. *Cell*. 2022;185(3):467-484.e15.
55. De Candia LF, Santucci N, Alloatti A, Barchiesi J, Bergonzi M, Blázquez F, et al. Efecto de la vacunación sobre la transmisión intradomiciliaria del SARS-COV-2, provincia de Santa Fe, Argentina, 2021. *Rev. argent. salud publica* 2021; 13(Suplemento COVID-19): 1-6.
 56. Fernández L, Shorett P. Lessons in equity from the front lines of COVID-19 vaccination. *JAMA Health Forum*. 2021;2(4):e210612.
 57. Barsky BA, Reinhart E, Farmer P, Keshavjee S. Vaccination plus decarceration - stopping covid-19 in jails and prisons. *N Engl J Med*. 2021;384(17):1583-5.
 58. Quinn SC, Andrasik MP. Addressing Vaccine Hesitancy in BIPOC Communities - Toward Trustworthiness, Partnership, and Reciprocity. *N Engl J Med*. 2021;385(2):97.
 59. Mathieu E, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, et al. A global database of COVID-19 vaccinations [published correction appears in *Nat Hum Behav*. 2021 Jun 17]. *Nat Hum Behav*. 2021;5(7):947-953.
 60. Hotez P. COVID vaccines: time to confront anti-vax aggression. *Nature*. 2021; 592, 661.
 61. Los líderes mundiales piden un nuevo tratado internacional para mejorar la respuesta a una pandemia [Internet]. Noticias ONU. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1490312>
 62. La APDH solicitó con urgencia a Naciones Unidas que se liberen las patentes de las vacunas por el COVID 19 [Internet]. APDH. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://apdh.org.ar/declaraciones/onu-liberen-patentes-vacunas>
 63. Katz IT, Weintraub R, Bekker LG, Brandt AM. From Vaccine Nationalism to Vaccine Equity - Finding a Path Forward. *N Engl J Med*. 2021;384(14):1281-1283.

Leandro Lima e Silva¹, Ângelo Marcelo Belas Coutinho², Eduardo Borba Neves³, Henry Ajdelsztajn⁴, Luiz Antônio Azevedo Junior⁵, Magna Leilane Silva⁶, Rodrigo Gomes de Souza Vale⁷, Rodolfo de Alkmim Moreira Nunes⁸.

¹Laboratório do Exercício e do Esporte (LABES) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGCEE/UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6644-8452> Contacto: l.limaesilva@gmail.com

²Centro de Aprendizagem e desenvolvimento do Surfe (CADES), Laboratorio do Exercício e Esporte, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (LABES/UERJ), Rio de Janeiro-RJ - Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6237-2991>

³Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba-PR, Brasil ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4507-6562>

⁴Centro de Aprendizagem e desenvolvimento do Surfe (CADES), Laboratorio do Exercício e Esporte, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (LABES/UERJ), Rio de Janeiro-RJ - Brasil.

⁵Centro de Aprendizagem e desenvolvimento do Surfe (CADES), Laboratorio do Exercício e Esporte, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (LABES/UERJ), Rio de Janeiro-RJ - Brasil.

⁶Universidade de Trás-os-Montes y Alto Douro, Vila Real, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8141-4050>

⁷Laboratório do Exercício e do Esporte (LABES) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGCEE / UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. Bolsa de pesquisa Produtividade UNESA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3049-8773>

⁸Laboratório do Exercício e do Esporte (LABES) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGCEE / UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-2649>

DOI:10.31052/1853.1180.v27.n1.33628

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido:24 de junio de 2021.
Aprobado: 22 de marzo de 2022.

EVALUATION OF OVERWEIGHT AND CARDIOVASCULAR RISK INDICATORS IN CHILDREN WITHIN A SOCIAL PROJECT IN THE PUBLIC EDUCATION NETWORK

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SOBREPESO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS DE UN PROYECTO SOCIAL EN LA RED DE EDUCACIÓN PÚBLICA

AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE SOBREPESO E RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS DE UM PROJETO SOCIAL NA REDE DE EDUCAÇÃO PÚBLICA

Abstract

Objective: The objective of this study was to evaluate the anthropometric profile focusing on indicators of cardiovascular risk, body mass index (BMI), waist to height ratio, waist circumference over height(WC/H) and skin fold sickness of students in a surf social project, registered in the city public education network in Rio de Janeiro. **Method:** 109 students from the city public education network in Rio de Janeiro (aged between 7 and 17), participating in a social surf project (73 boys and 36 girls). The following groups were made up: female and male 7-12 years old and female and male 13-17 years old. Variables measured: body mass, height, waist circumference (WC), body fat percentage, BMI, and WC/H. Percentage frequencies were used for statistical analysis. Pearson's Chi-square Test was used to compare groups inside, adjusted to comparisons with peers (Bonferroni's correction). Significance level was 95%.

Results: Only BMI showed significance when comparing groups (Total IMC of the sample/ overweight: group 7-12 years old> group 13-17 years old p=0.027); GIRLS with BMI/normal: group aged 7-12> group aged 13-17 p=0.046); (BOYS with BMI/normal: group aged 7-12> group aged 13-17 p=0.002); (BOYS with BMI / risk of overweight: group 7-12 > group 13-17 p = 0,002); (BOYS with BMI / overweight: group 7-12 > group 13-17 p = 0,002).

Conclusion: There was low prevalence of obesity according to the anthropometric variables used, and according to the analysis on BMI in the study sample, there is a tendency towards weight loss as age increases. This is an important fact since the sample shows regular physical activity. Therefore, initiatives to promote health through social and sport projects in the context of eating habits and physical activity are important to encourage a healthy lifestyle in all age groups in the population.

Key words: obesity; students; physical activity.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil antropométrico con enfoque en indicadores de riesgo de enfermedad cardiovascular, índice de masa corporal (IMC), relación cintura / talla, (CC/T) índice de ahusamiento y pliegues cutáneos de estudiantes de un proyecto de surf social, inscritos en la red pública de docencia del municipio. de Río de Janeiro.

Metodología: 109 estudiantes (entre 7-17 años), de un proyecto de surf social (73 niños y 36 niñas) estudiantes de la red de educación municipal de Río de Janeiro. Se conformaron los siguientes grupos: femenino y masculino de 7-12 años y femenino y masculino de 13-17 años. Variables medidas: masa corporal, talla, perímetro de cintura (CC), porcentaje de grasa corporal, IMC y CC/T. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias porcentuales. Para comparar grupos dentro, se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson, ajustada para comparaciones entre pares (corrección de Bonferroni). El nivel de significancia fue del 95%.

Resultados: Solo el IMC mostró significación en la comparación entre grupos (IMC total de la muestra / grupo con sobrepeso 7-12 años > grupo 13-17 años $p = 0,027$); (NIÑAS con IMC / normal el grupo 7-12 años > 13-17 años $p = 0,046$); (NIÑOS con IMC / normal el grupo 13-17 años > 7-12 años $p = 0,002$); (NIÑOS con IMC / grupo de riesgo de sobrepeso 7-12 años > 13-17 años $p = 0,002$); (NIÑOS con IMC / sobrepeso el grupo 7-12 años > 13-17 años $p = 0,002$).

Conclusión: Hubo una baja prevalencia de obesidad según las variables antropométricas utilizadas, y según el análisis del IMC de la muestra en este estudio, una tendencia hacia la reducción de peso con el aumento de la edad. Este hecho es importante porque la muestra es actividad física regular. Por tanto, los incentivos para promover la salud a través de proyectos sociodeportivos en el contexto de los hábitos alimentarios y las prácticas de actividad física son importantes para promover un estilo de vida saludable para todos los grupos de edad de la población.

Palabras clave: obesidad; estudiantes; actividad física.

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil antropométrico com foco nos indicadores de risco para doenças cardiovasculares, índice de massa corporal (IMC), relação cintura/talha, índice de afilamento (CC/T) e dobras cutâneas de estudantes de um projeto de surf social, inscritos na rede pública de ensino do município do Rio de Janeiro.

Metodologia: 109 alunos (entre 7-17 anos), de um projeto social de surf (73 meninos e 36 meninas), estudantes da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro. Foram organizadas as seguintes turmas: feminino e masculino de 7 a 12 anos e feminino e masculino de 13 a 17 anos. Variáveis medidas: massa corporal, talha, circunferência da cintura (CC), percentual de gordura corporal, IMC e CC/T. Frequências percentuais foram utilizadas durante a análise estatística. Para comparação intragrupos, foi utilizado o teste X-quadrado de Pearson, ajustado para comparações pareadas (correção de Bonferroni). O nível de significância

foi de 95%. **Resultados:** Apenas o IMC apresentou significância na comparação entre as turmas (IMC total da amostra / turma com sobrepeso 7-12 anos > turma 13-17 anos $p = 0,027$); (MENINAS com IMC/turma normal 7-12 anos > 13-17 anos $p = 0,046$); (MENINOS com IMC/turma normal 13-17 anos > 7-12 anos $p = 0,002$); (MENINOS com IMC/turma de risco de sobrepeso 7-12 anos > 13-17 anos $p = 0,002$); (MENINOS com IMC/sobrepeso da turma 7-12 anos > 13-17 anos $p = 0,002$)-

Conclusão: Houve baixa prevalência de obesidade de acordo com as variáveis antropométricas utilizadas, e de acordo com a análise do IMC da amostra neste estudo, uma tendência à perda de peso com o aumento da idade. Este fato é importante porque a amostra é atividade física regular. Portanto, os incentivos à promoção da saúde por meio de projetos sócio-esportivos no contexto dos hábitos alimentares e práticas de atividade física são importantes para promover um estilo de vida saudável para todas as faixas etárias da população.

Palavras-chave: obesidade; estudantes; atividade física.

Introduction

The results of the Vigitel 2006 and 2016 survey report that there was a significant increase in Brazilian individuals aged 18 years and over who were overweight (43.2% to 53.8%) and obese (11.6% to 18.9%) within 10 years. In this period of research, it was suggested a higher prevalence of overweight among men, in the two years of the studies, and a higher prevalence of obesity among women. However, what is noteworthy is that in the 10 years, both the increase in the prevalence of overweight and the increase in the prevalence of obesity were higher among women (1).

Currently, due to the lifestyle of our technological society, which reinforces the low level of physical activity combined with the intake of high-calorie foods, they end up causing a higher incidence of overweight and obesity, thus increasing cardiovascular risks, and this factor is already considered a problem since childhood and adolescence (2-4). Overweight children have a high chance of developing cardiovascular disease in adulthood (5).

Also about childhood obesity, Garcia and Paiva (6) in their review study that analyzed the bibliography from 2005 to 2020 on the situation of obesity in children and adolescents in Brazil concluded that the vast majority of works were about quantitative surveys conducted with schoolchildren, mainly in the Southeast region, with the prevalence of overweight ranging from 13.3% to 35.5% and obesity from 1.9% to 21%. Thus representing a serious public health problem.

Prevention is an effective way to counter this, and many areas of health encourage ways to assess risks early. Therefore, Physical Education has revealed important tools in the assessment and analysis of characteristics of obesity-related disease indicators.

Based on these analysis tools, professionals can intervene, especially in early age groups, developing studies to measure and prevent these risk factors. The development of overweight and obesity can be associated with four critical periods in life stages: intrauterine life, childhood, adipose tissue recovery period (5 to 7 years) and adolescence (7). The study by Godinho, Gonçalves (8), which carried out an integrative literature review, points out several problems that are contributing to the increase in obesity in this period of life, the main factors for the development of overweight and obesity among children are related to: Inadequate nutrition; Physical inactivity; Electronic equipment; Socioeconomic factors; Family influence.

To assess the risk of overweight in childhood, some guidelines can be used, including the calculation of body mass index (BMI) as one of the most used methods of analyzing obesity and overweight (9). Three other measurement guidelines are the calculation of the waist-to-height ratio, the conicity index, and the skin folds, which together can help to determine excess fat distribution in the body regions where risks increase, using tables as

references of classification according to the respective age groups (10).

For the Physical Education professional, it is important to enabling quality of life and health maintenance while the individual is still in childhood and adolescence. Participating in social sports projects can be a good choice to apply this knowledge, promoting the use of scientific foundations that help you to plan for a more appropriate class or training, whether they are related to overweight and obesity, or even characteristics contraries such as low weight. Thus, this study aimed to evaluate the anthropometric profile with a focus on risk indicators for cardiovascular diseases, body mass index, waist/height ratio, taper index, and skinfolds of students from a social surfing project enrolled in the public school system residents of the west zone of the city of Rio de Janeiro.

Methods

Ethical procedures

The study was submitted and approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings of the State University of Rio de Janeiro (UERJ) as it met all the requirements of Resolution 196/96 of the National Health Council, for studies involving Human Beings, and the authorization for the participation of the children was given by their parents or guardians, after reading, explaining and signing the Informed Consent Term (FICF), with parents or children themselves having the right to anonymity of their data, knowledge, and interpretation of their results obtained with the study, as well as abandoning the study, if they so wished, at any time without prejudice of any kind.

Subjects and sample selection

109 students aged between 7 and 17 years enrolled in the following periods: morning and afternoon, of both genders, belonging to a social surfing project (CADES), being 73 males and 36 females, all of them, voluntarily participated in the study. The students belong to the municipal education system in the city of Rio de Janeiro. The criteria adopted for the exclusion of any student were as follows: (a) refusal to participate in data collection; (b) non-authorization of parents or guardians; (c) any physical problem that prevents you, temporarily or permanently, from performing the measurements; and (d) absence from classes on the day set for data collection. The chronological age of the subjects was determined in years, by comparing the dates of birth and data collection. For data analysis, two age groups were formed: 7-12 years old female and male and 13-17 years old female and male.

Routine of activities developed in the social surfing project

The sequence of activities developed consisted of 2 weekly classes each lasting 90 minutes, as follows: 1. a 30-minute warm-up (stretching and functional exercises for surfing); 2. The main part of the activity lasting 60 minutes, being 20 minutes of swimming in the sea, 20 minutes of surfing and 20 minutes of free recreation.

Methodological procedure and data collection

This is a cross-sectional study. The procedures, protocols, and recommendations for completing the anthropometric measurements were presented to standardize data collection. The body mass, regarding the procedure, the evaluator stands in front of the measurement scale; the individual in the standing position climbs onto the platform, carefully, placing one foot at a time and positioning himself in the center of the platform, shoulders relaxed and arms loose laterally (11). The material used was a scale with a precision of 100 grams from the brand Filizola.

To assess the height, the person evaluated in the standing position, barefoot and together, trying to put in contact with a measuring instrument the posterior surfaces of the heel, pelvic girdle, shoulder girdle, and occipital region, with the head oriented in the Frankfurt plane. The cursor or square, at an angle of 90° about the scale, touches the highest point of the head at the end of an inspiration, where the reading is carried out in meters (11).

The material used was a Filizola brand stadiometer attached to a scale with a scale in centimeters.

Waist circumference (WC) has the following procedure: the evaluator positions himself facing the subject (orthostatic position), the measuring tape is passed around the subject, taking care to keep it in the horizontal plane. It is obtained in the smallest curvature located between the ribs and the iliac crest with a flexible and inelastic measuring tape without compressing the tissues. When it was not possible to identify the smallest curvature, the measurement was obtained 2 cm above the umbilical scar (12). The material used was a Sanny brand tape measure.

For skinfold thickness measurements, the Lange® skinfold caliper was used, using the Guedes two-fold protocol (SB; TR) to calculate the body fat percentage for both genders, taking as a reference Lohman’s adapted table. And the BMI was calculated considering the ratio between body weight and the square of height (kg/m²) according to the WHO classification (13,14).

Statistical analysis

For the tabulation and organization of the data, the program Microsoft Office Excel 2010 was used. In the analysis of the variables, basic descriptive statistics will be used: mean, standard deviation, and percentage; the data were presented as absolute and relative values, through tables. To verify the behavior of the samples studied about the prevalence of overweight and obesity, the percentage frequencies observed about the reference indicators were used. To compare the study interest groups within the variables, Pearson’s Chi-square test was used, where the test was adjusted for comparisons between pairs in one line of each innermost sub table using Bonferroni correction. The accepted significance level was 95%.

Results

Table 1 shows the sample characterization data according to the measurements and results obtained in the variables height (m), body weight (kg), body mass index (kg/m²), waist-to-height ratio (m), index of conicity, and percentage of fat (%) through the mean and standard deviation distributed by males and females where the total sample of the group is also characterized.

Table N°1: Sample characterization through mean and standard deviation

Anthropometric Variables	Total N= 109 MEAN (SD)	Male N=73 MEAN (SD)	Female N=36 MEAN (SD)
Height (m)	1.54 (±0.40)	1.55 (±0.24)	1.52 (±0.30)
Body Weight (Kg)	46.92(±34.22)	47.42 (±22.02)	45.91 (±26.45)
BMI	19.43 (±4.19)	19.37 (±3.03)	19.54 (±4.20)
WHtR	0.43 (±0.01)	0.44 (±0.01)	0.43 (±0.00)
CI	1.13 (±0.06)	1.15 (±0.00)	1.08 (±0.00)
% Fat	16.0 (±3.40)	15.74 (±1.80)	16.54 (±3.68)

Caption: BMI = body mass index; WHtR = waist/height ratio; CI = taper index; % Fat = body fat percentage

Regarding the comparison of body fat percentage distribution between genders, there was a prevalence of 11.11% of girls and 8.21% of boys classified as moderately high. As for fitting into the High percentage of fat classification, boys had a higher prevalence of 15.06% than girls with 5.55%. Despite these results of excess body fat, 55.55% of the female

sample were classified in the low-fat percentage range. Then, a comparison was made between the age groups of the sample regardless of sex within the study variables. These results are shown in Table 2 below:

Table 2. Comparison of proportions of all volunteers, by sex and age group

Variable	Category	GRUPO_GENER		GRUPO_AGE	
		FEMALE	MALE	(7-12)	(13-17)
BMI	Extreme Low Weight	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Low weight	2.8%	12.3%	4.1%	13.3%
	Normal	72.2%	60.3%	59.2%	68.3%
	Overweight Risk	22.2%	17.8%	22.4%	16.7%
	overweight	2.8%	9.6%	14.3%*	1.7%
WHtR	Low risk	94.4%	91.8%	89,8%	95.0%
	High Risk	5.6%	8.2%	10,2%	5.0%
CI	Low risk	91.7%	95.9%	93,9%	95.0%
	High risk	8.3%	4.1%	6.1%	5.0%

Caption: BMI = body mass index; WHtR = waist/height ratio; CI = taper index;
 * Significant difference between proportions (P<0.05). Tests are adjusted for all pairwise comparisons in a row of each innermost sub table using Bonferroni correction

Table 3 shows the data for the comparison between the proportions of the age groups stratified by sex within the study variables.

Table N°3: Comparison of proportions by age group within each sex

Sex	Variable	Category	GROUP AGE	
			(7-12)	(13-17)
FEMALE	BMI	Extreme Low Weight	0.0%	0.0%
		Low weight	0.0%	4.3%
		Normal	92.3%*	60.9%
		Overweight Risk	0.0%	34.8%
		overweight	7.7%	0.0%
MALE	BMI	Extreme Low Weight	0.0%	0.0%
		Low weight	5.6%	18.9%
		Normal	47.2%	73.0%*
		Overweight Risk	30.6%*	5.4%
		overweight	16.7%*	2.7%
FEMALE	WHtR	Low risk	92.3%	95.7%
		High Risk	7.7%	4.3%
MALE	WHtR	Low risk	88.9%	94.6%
		High Risk	11.1%	5.4%
FEMALE	CI	Low risk	92.3%	91.3%
		High risk	7.7%	8.7%
MALE	CI	Low risk	94.4%	97.3%
		High risk	5.6%	2.7%

Caption: BMI = body mass index; WHtR = waist/height ratio; CI = taper index;
 * Significant difference between proportions (P<0.05). Tests are adjusted for all pairwise comparisons in a row of each innermost sub table using Bonferroni correction.

Tables 2 and 3 above show that only the BMI variable showed significant differences between the groups compared.

Discussion

A total of 109 children aged between 7 and 17 years of both sexes, from municipal schools in the western zone of the city of Rio de Janeiro participating in the Rio Surf Social Project developed by the Surf Learning and Development Center (CADES) were evaluated. It serves children and adolescents from the neighborhood of Recreio dos Bandeirantes and its surroundings, with the aim of the study being to evaluate the distribution of body fat as an indicator of risk for cardiovascular disease and to compare the results with similar studies in Brazilian schoolchildren.

The findings of this study, which was carried out in a large center in southeastern Brazil, did not identify signs of malnutrition in the individuals in the sample, corroborating the study of Garcia and Roncalli (15), which affirms a spatial dependence on child malnutrition, with the lowest prevalence in the most developed regions of the country, in the South and Southeast. As the authors cited found a negative association between child malnutrition and per capita income and human development index (HDI).

According to a study on the panorama of the anthropometric status of Brazilian students carried out by Reis, Vasconcelos (16), despite the increase in access to food, public policies against hunger, and governmental and non-governmental actions, there is still the coexistence of the double burden of diseases, malnutrition, and overweight that afflicts the Brazilian school population. This statement was partially corroborated by the present study, as a percentage of 72.2% of girls and 60.3% of boys with normal weight was found, according to the variable BMI. However, the percentages found in this study should not be disregarded, as 22.2% of girls and 17.8% of boys were classified as at risk of overweight, in addition to 2.8% of girls and 9.6% of boys being framed in the overweight state.

Analyzing Table 2, which compared the age groups without considering sex, it is observed that when comparing two study groups there was a significant difference in the overweight classification, where the group of younger children had a higher percentage. It could be observed that, even if not significantly, there is a tendency for the group of older children to have lower percentages as the range of risk of overweight increases. Suggesting that children tend to lose weight with increasing age.

The results of the present study show that, in the group of girls, there was a significant difference in the classification of nutritional status through BMI, with 92% of girls aged 7 to 12 years classified as a normal weight against 60.9% of girls from 13 to 17 years old. In the classification of overweight risk, the difference was not statistically significant, with 34.8% of girls in the older group being classified against less than 1% of girls in the younger ones. On the other hand, in males, there seems to be a tendency to decrease in weight with increasing age, since significantly in the “normal” weight range, older boys surpassed younger ones with 73% against 47.2% and in the two risk ranges of overweight and obesity, the younger boys’ group significantly outperformed the older ones. The study of Matsudo, Ferrari (17) suggests a percentage of 45.4% prevalence of overweight/obesity in children in the southeast region of the country. When comparing these data on overweight and obesity with those of the group of students evaluated in this study, it can be assumed that this difference is due, in part, to the fact that students in the surf project participate in three days of physical activities per week.

Other studies with samples compatible in age range with the sample in this study found nutritional status data in line with those observed in this study, Vieira-Ribeiro, Andreoli (18) observed that 15.5% of the students studied were overweight; and Camargos, Azevedo (19) reported 4.8% of the schoolchildren studied with obesity.

Authors (20) investigated the nutritional status of schoolchildren aged 7 to 11 years in the

city of Guarapuava-PR and identified low weight in 0.84% of the children. 68.17% were eutrophic, 19.20% overweight and 11.79% obese. These values are close to those found for boys in this study, aged 7 to 12 years, but they did not mention whether the sample performed extracurricular physical activity, such as the project focused on surfing classes where the sample of this study is inserted.

Although the WHO has stipulated curves for the analysis of child BMI by age using the z-score and percentile (14), new studies are suggested with samples from different social realities and locations so that the confidence in these indexes can be ratified because many works in the literature presented results with different trends from those found in this study.

Regarding the assessment of WHtR, the results showed that groups of both sexes presented an association between waist circumference and height tending towards risk and above the cutoff point considered to be high risk, where to Sant'Anna, Tinoco (21) values between 0.41 and 0.44 are considered ideal, regardless of sex and age among Japanese schoolchildren. In a study carried out with schoolchildren in the city of Ponta Grossa-PR, by de Camargo Smolarek, Smolarek (22) found an average of 0.47 for boys, while in the present study an average of 0.44 was found for male students. Also in this same study, carried out with girls aged 6 to 10 years, showed an average of 0.46, a value like that found in the present study (average of 0.42 for female participants aged 7 to 12 years), which is justified by the similarity of the sample even though they are from different regions of the country.

In another research carried out in the city of Curitiba-PR, by de Camargo Smolarek, Guimarães (23), found WHtR values of 12.2% of male participants with a high-risk situation. This higher percentage, both for male and female children from Ponta Grossa and Curitiba, compared to the present study, suggests that a very different region in terms of climate and geography influences the lifestyle of its inhabitants.

Research carried out by Pinto, Arruda (24) in the city of Recife-PE, with adolescents between 10 and 14 years old, found values for WHtR above the level considered as low risk in 12.85% of the population between 10 and 11 years old, which requires attention in that population when compared the findings of the present study. The numbers mentioned by those authors are like the research carried out in Curitiba, but different from the study with children from Guarapuava, which reported that among those evaluated, males aged between 10 and 11 years old, 29.88% of the students are above the considered level. of low risk, and among girls 16.45% are at high risk. When comparing the data mentioned above with the present study carried out in Rio de Janeiro, which revealed a lower value for the age group from 7 to 12 years old, 11.11% and between 13 to 17 years old 5.40% with high risk for boys. And for girls, we found 7.69% and 4.34% for ages between 7 to 12 years and 13 to 17 years, respectively. These numbers demonstrate that even compared to other regions of Brazil, male individuals are in the high-risk classification range and more likely to have cardiovascular risk problems compared to females. A fact that presents greater complications when it is associated with a sedentary lifestyle and a diet low in nutrients and high in calories.

However, the data from this research show a lower percentage, which can serve as a reference regarding positive strategies linked to cardiovascular risk reduction. Emphasizing that WHtR is one of the best risk indicators associated with body fat, both in men and women, being of great value and easy to measure, especially in the school context (25). As for CI, despite few studies with schoolchildren, Barbosa, Chaves (26) carried out a study with 209 students, aged between 7 and 9 years old, in the city of Diamantina-MG, and reported an average CI of 1.10 for girls and 1.20 for boys. In the present study, the mean was 1.08 for girls and 1.15 for boys in the total sample. However, specifically in the age group from 7 to 12 years, the results were 1.13 for girls and 1.12 for boys. Similar to what happened with WHtR, geocultural difference and climate may be possible causes of

the differences observed between the results of the present study and the study by Barbosa, Chaves (26).

Barbosa, Chaves (26) observed that 32.4% of the students were above the limit recommended by Lohman for the body fat percentage (ideal: girls up to 35% and girls up to 25.3%). This percentage of the sample tend to problems with body fat were similar to those found in the cross-sectional study carried out by Pedroni, Rech (27) which 1230 students from southern Brazil were evaluated and concluded that the prevalence of abdominal obesity and excess body fat was 28.7% and 40.1%, respectively. above the limit recommended by Lohman. This is perhaps justified by being a sample that performs extracurricular physical activity regularly, suggesting that regular surfing is positive for controlling the body fat percentage in infants, and justifying the implementation of health actions with this practice.

Regarding the analysis of body fat percentage distribution between genders, there was a prevalence of 11.11% and 8.21% of moderately high for girls and boys, respectively. When observing the high classification, boys have a higher prevalence of 15.06% and girls 5.55%. Despite these results about excess body fat, one fact drew attention. For the female sample, 55.55% were underweight. Thus, given the data presented, it is shown that for this age group, the nutritional transition that occurs in Brazil is verified, corroborating the statement by Reis, Vasconcelos (16) , that, while showing changes related to nutritional deficiencies, there are also those resulting from excess weight.

As limitations of the present study, the fact that the children in this study are residents of a neighborhood with a vast coastal area with more accessibility to outdoor sports can also be a determining factor for these differences, even considering other influencing factors of weight gain such as hours of sleep, eating style and energy expenditure of daily activities, not controlled in this research.

Conclusion

The results showed a low prevalence of obesity according to the anthropometric variables used, and according to the analysis of the BMI of the sample in this study, a trend towards weight reduction with increasing age. This fact is important because the sample is regular physical activity. Therefore, incentives to promote health through social sports projects in the context of eating habits and physical activity practices are important to promote a healthy lifestyle for all age groups of the population.

Especialy at school age, where knowledge of risk factors and the distribution of malnutrition and childhood obesity is necessary to define priorities and action strategies in Public Health, especially in the prevention and control of these morbidities, reducing the risk of diseases preventing children from becoming obese adults. It is important to carry out new studies seeking to monitor the anthropometric profile, especially of students enrolled in social sports projects in other regions. The fact that it can positively influence weight control.

References

1. Dias Jr CS, Verona AP. Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil: uma análise a partir dos dados da pesquisa “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico”(Vigitel), 2006-2016. Anais. 2019:1-10.
2. Teixeira PJ, Sardinha LB, Going SB, Lohman TG. Total and regional fat and serum cardiovascular disease risk factors in lean and obese children and adolescents. Obesity research. 2001;9(8):432-42.
3. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Boga-

4. lusa Heart Study. *The Journal of pediatrics*. 2007;150(1):12-7. e2.
4. Celermajer DS, Ayer JG. Childhood risk factors for adult cardiovascular disease and primary prevention in childhood. *Heart (British Cardiac Society)*. 2006;92(11):1701-6.
5. Umer A, Kelley GA, Cottrell LE, Giacobbi P, Innes KE, Lilly CL. Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: a systematic review with meta-analysis. *BMC public health*. 2017;17(1):1-24.
6. Garcia AVR, Paiva PMH. *OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL: Revisão Bibliográfica*. -. 2020.
7. Melo VLC, Serra PJ, Cunha CdF. Obesidade infantil—impactos psicossociais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(3):367-70.
8. Godinho AS, Gonçalves NH, Aguiar FS, da Silva Junior RF, Bauman JM, Bauman CD. Principais fatores relacionados ao sobrepeso e obesidade infantil. *Revista Eletrônica Nacional de Educação Física*. 2019;9(13):27-39.
9. Almeida ACd, Mendes LdC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil—Revisão sistemática de literatura. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016;34(1):122-31.
10. Pelegrini A, Silva DAS, de Lima Silva JMF, Grigollo L, Petroski EL. Indicadores antropométricos de obesidade na predição de gordura corporal elevada em adolescentes. *Revista paulista de pediatria*. 2015;33(1):56-62.
11. Alvarez BR, Pavan AL, Petroski E. Alturas e comprimentos. *Antropometria: técnicas e padronizações*. 2003;2:59-71.
12. Norton A, Winner E, Cronin K, Overy K, Lee DJ, Schlaug G. Are there pre-existing neural, cognitive, or motoric markers for musical ability? *Brain and cognition*. 2005;59(2):124-34.
13. Conde WL, Monteiro CA. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):266-72.
14. WHO. Growth reference 5-19 years: BMI-for-age (5-19 years). http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en. 2007.
15. Garcia LRS, Roncalli AG. Determinantes socioeconômicos e de saúde da desnutrição infantil: uma análise da distribuição espacial. *Saude e pesqui(Impr)*. 2020:595-606.
16. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Oliveira OMV. Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. *Revista Paulista de Pediatria*. 2011;29(1):108-1
17. Matsudo VKR, Ferrari GLdM, Araújo TL, Oliveira LC, Mire E, Barreira TV, et al. Socioeconomic status indicators, physical activity, and overweight/obesity in Brazilian children. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016;34(2):162-70.
18. Vieira-Ribeiro S, Andreoli C, Fonseca P, Hermsdorff HM, Pereira P, Ribeiro A, et al. Dietary patterns and body adiposity in children in Brazil: a cross-sectional study. *Public health*. 2019;166:140-7.
19. Camargos ACR, Azevedo BNS, Silva Dd, Mendonça VA, Lacerda ACR. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019;27(1):32-8.
20. Pauli PH, de Almeida P, Stimer G, Bueno JM. Avaliação antropométrica entre alunos na faixa etária de 7 a 11 anos de escolas da rede municipal de ensino de Guaraçuva-PR. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*. 2017;11(65):348-57.
21. Sant'Anna MdSL, Tinôco ALA, Rosado LEFPdL, Sant'Ana LFD, Brito ISdS, Araujo LF, et al. Eficácia do índice de conicidade e da relação cintura/estatura em prever o percentual de gordura corporal em crianças. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2010.

22. de Camargo Smolarek A, Smolarek AC, Mascarenhas LPG, de Campos W. Relação entre pressão arterial sistólica e diastólica com a razão cintura para estatura em escolares da cidade de Ponta Grossa. *Cinergis*. 2009;10(1).
23. de Camargo Smolarek A, Guimarães RF, Silva MP, Mascarenhas LPG, de Campos W. A razão cintura para estatura relacionada ao perfil glicêmico elevado em meninos. *Cinergis*. 2012;13(1).
24. Pinto ICdS, Arruda IKGd, Diniz AdS, Cavalcanti AMTdS. Prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, segundo parâmetros antropométricos, e associação com maturação sexual em adolescentes escolares. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:1727-37.
25. Dumith SdC, Rombaldi AJ, Ramires VV, Correa LQ, Souza MJAd, Reichert FF. Associação entre gordura corporal relativa e índice de massa corporal, circunferência da cintura, razão cintura-quadril e razão cintura-estatura em adultos jovens. 2009. Available at: <http://repositorio.furg.br/handle/1/3043>
26. Barbosa L, Chaves OC, Ribeiro RdCL. Parâmetros antropométricos e de composição corporal na predição do percentual de gordura e perfil lipídico em escolares. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(4):520-8.
27. Pedroni JL, Rech RR, Halpern R, Marin S, Roth LdR, Sirtoli M, et al. Prevalência de obesidade abdominal e excesso de gordura em escolares de uma cidade serrana no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1417-25.

CAMBIOS EN ACTIVIDAD FÍSICA EXTRAESCOLAR Y CONDUCTAS SEDENTARIAS CON PANTALLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ARGENTINOS DURANTE LAS RESTRICCIONES POR COVID-19

CHANGES IN OUT OF SCHOOL PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIORS WITH SCREEN IN ARGENTINIAN CHILDREN AND ADOLESCENTS DURING COVID-19 RESTRICTIONS

MUDANÇAS NA ATIVIDADE FÍSICA EXTRACURRICULAR E COMPORTAMENTOS SEDENTÁRIOS PERANTE DE TELA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ARGENTINOS DURANTE AS RESTRIÇÕES DO COVID-19

Resumen

Introducción: Los aislamientos preventivos impuestos por la pandemia de COVID-19 y sus posibles impactos han llamado la atención de organismos y especialistas dedicados a la promoción de la actividad física en diversos países y se han realizado numerosas investigaciones para identificar el grado de influencia que estas restricciones han tenido.

Objetivo: Identificar si existieron diferencias en la actividad física no escolar y comportamientos sedentarios con pantalla entre el año 2019 (sin restricciones) y el 2020 (con restricciones) en niños/as y adolescentes de la argentina urbana, y sus principales factores sociodemográficos asociados.

Lanina Tuñón¹,
Martín Farinola²,
Fernando Laíño³.

¹Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA) y Universidad Nacional de la Matanza. Buenos Aires, Argentina. Contacto: ianina_tunon@uca.edu.ar ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9862-0878>

²Universidad Nacional de la Matanza. Buenos Aires, Argentina. Contacto: mfarinola@unlam.edu.ar

³Universidad Nacional de la Matanza. Buenos Aires, Argentina. Contacto: fliano@unlam.edu.ar

Contacto: f.caballolavendao@uandresbello.edu

DOI:10.31052/1853.1180.v27.n1.36154

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 17 de diciembre de 2021.

Aprobado: 11 de mayo de 2022.

Población y métodos: Diseño cuantitativo con base en las muestras probabilísticas de hogares con niños/as y adolescentes de 5 a 17 años, correspondientes a las mediciones 2019 y 2020 de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA).

Resultados y conclusiones: Entre 2019 y 2020, se registra un incremento de la exposición de niños/as y adolescentes, por más de dos horas diarias en promedio, a pantallas para el uso de internet y/o televisión y de la proporción que no realizó actividad física o deportiva en espacios no escolares. (10,6 p.p.). Al igual que lo sucedido internacionalmente, la mayoría de los niños/as y adolescentes de la Argentina urbana presentaron un incremento del déficit de actividad física no escolar y aumento de comportamientos sedentarios con pantallas. El fenómeno pareció afectar más al perfil poblacional que ya contaba con carencias en estos aspectos, esto es, mujeres, niños/as de menor edad, familias con mayor cantidad de jóvenes en el hogar y estratos socio-ocupacionales más bajos.

Palabras clave: actividad física; tiempo de pantalla; Argentina; niños; adolescentes.

Abstract

Introduction and aim: Preventive isolation imposed by COVID-19 pandemic and its possible effects have called the attention of organisms and specialists in charge of physical activity promotion in different countries and a lot of research has been carried out to identify the degree of influence these restrictions have had. The objective of this work is to determine if there were differences in out of school physical activity and sedentary behaviors with screen between the year 2019 (without restrictions) and the year 2020 (with restrictions) in urban Argentinian children and adolescents and the main sociodemographic factors related. **Population and methods:** Quantitative design based on probabilistic samples of homes with children and adolescents from 5 to 17, corresponding to 2019 and 2020 measurements of the Survey of Argentinian Social Debt (EDSA, according to acronym in Spanish).

Results and conclusions: Between 2019 and 2020 an increase is seen regarding children and adolescents screen exposition for more than two hours a day on average to use Internet and/or TV and in the proportion who did not do physical activity or did not play a sport out of school. (10,6 p.p.). As it happened internationally, most urban Argentinian children and adolescents showed a reduction of out of school physical activity and an increase in sedentary behavior with screens. This seemed to impact more on the population profile already suffering these deficits; that is women and minors, families with the biggest numbers of children at home and lower socio-occupational levels.

Key words: physical activity; screen time; Argentina; children; adolescents.

Resumo

Introdução: Os isolamentos preventivos impostos pela pandemia de COVID-19 e seus possíveis impactos chamaram a atenção de organizações e especialistas dedicados à promoção da atividade física em vários países e inúmeras investigações foram realizadas para identificar o grau de influência gerado pelas ditas restrições. O objetivo deste trabalho é identificar se houve diferenças na atividade física não escolar e comportamentos sedentários perante de uma tela entre 2019 (sem restrições) e 2020 (com restrições) em crianças e adolescentes na Argentina urbana e seus principais fatores sociodemográficos associados. **População e métodos:** Desenho quantitativo baseado em amostras probabilísticas de domicílios com crianças e adolescentes de 5 a 17 anos, correspondentes às medidas de 2019 e 2020 da Pesquisa da Dívida Social Argentina (EDSA).

Resultados: Entre 2019 e 2020, há um acréscimo na exposição de crianças e adolescentes, por mais de duas horas por dia em média, a telas para uso da internet e/ou televisão

e na proporção que não realizou exercícios físicos, atividade ou esportes em espaços não escolares. (10,6 p.p.). Como aconteceu internacionalmente, a maioria das crianças e adolescentes na Argentina urbana apresentou um aumento no déficit de atividade física não escolar e um aumento no comportamento sedentário perante de telas. O fenômeno pareceu afetar mais o perfil populacional que já apresentava deficiências nesses aspectos, ou seja, mulheres, crianças menores, famílias com maior número de jovens no domicílio e estratos socioocupacionais mais baixos.

Palavras-chave: atividade física; tempo perante de tela; Argentina; crianças; adolescentes.

Introducción

La evidencia disponible sugiere que en niños/as y adolescentes niveles adecuados de actividad física se asocian con un estado de salud más favorable en cuanto a múltiples indicadores, como ser la aptitud cardiorrespiratoria y muscular, salud ósea, peso corporal o adiposidad, salud cardiometabólica, resultados cognitivos y salud mental (1,2). Con respecto a las conductas sedentarias, la evidencia es menos robusta pero consistente con lo anterior, esto es, a menores niveles de conductas sedentarias (especialmente el tiempo de pantalla recreativo) más favorables suelen ser los perfiles de salud (2,3).

De acuerdo con las recomendaciones del U.S. Department of Health and Human Services, con gran influencia a nivel internacional, los niños/as y adolescentes deben realizar diariamente al menos 60 minutos o más de actividad física de intensidad moderada (realizando actividades aeróbicas, de fortalecimiento muscular, fortalecimiento óseo) (4). Partiendo de allí, en la infancia y adolescencia, interesa de modo particular en qué medida son suficientemente activos en términos de las recomendaciones consensuadas y vigentes en la comunidad científica mundial como también en qué dominios de la actividad física lo son, siendo estos el juego activo y autónomo en el espacio público, las actividades físicas estructuradas no escolares y/o clases de educación física escolares (4). Los aislamientos preventivos impuestos por la pandemia de COVID-19 y sus posibles impactos han llamado la atención de organismos y especialistas dedicados a la promoción de la actividad física en diversos países (5,6). Desde el comienzo de la pandemia se han realizado numerosas investigaciones para identificar el grado de influencia que estas restricciones han tenido tanto sobre los niveles de actividad física como sobre los comportamientos sedentarios. La mayoría de estas investigaciones arrojaron que el tiempo dedicado a la actividad física ha descendido y los comportamientos sedentarios han aumentado durante las restricciones, siendo ambas situaciones más pronunciadas en las poblaciones más vulnerables en términos socioeconómicos (7).

A partir de lo anterior se ha sugerido una serie de líneas de investigación para guiar las prácticas profesionales y las políticas públicas sobre actividad física. Entre ellas se encuentra la identificación de factores que se relacionen con los cambios de estos comportamientos durante la mencionada pandemia. De identificarse estos factores, pueden utilizarse para diseñar estrategias de promoción de la actividad física dirigidas específicamente a cada tipo de población (niños/as, adolescentes, adultos, adultos mayores) (8,9).

En Argentina no se ha encontrado trabajos publicados en los que se haya estudiado esta situación en niños/as y adolescentes, por lo que se entiende como valioso y necesario el avance en estudios sobre actividad física y comportamiento sedentario en este grupo etario durante el ASPO-COVID-19. El presente trabajo se propone dos objetivos. Por un lado, identificar si existieron diferencias en actividad física no escolar y comportamientos sedentarios con pantalla entre el año 2019 (sin restricciones) y el 2020 (con restricciones) en niños/as y adolescentes de regiones urbanas argentinas. Y, por el otro, de haber diferencias, explorar factores individuales y de contexto que se asocien con ellas.

Metodología

Se implementó un diseño cuantitativo de estática comparada a partir de los microdatos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina Serie Agenda para la Equidad (EDSA). La EDSA es una encuesta multipropósito que se apoya en un diseño muestral probabilístico estratificado polietápico, y es representativa de los aglomerados urbanos de 80.000 habitantes y más. El relevamiento de la encuesta se realiza todos los años entre junio y octubre y está a cargo del Programa Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina. Para este estudio se utilizaron los microdatos de la EDSA correspondientes a niños/as y adolescentes entre 5 y 17 años en las mediciones 2019 y 2020 (4125 y 3964 observaciones, respectivamente). La encuesta es respondida por el padre, madre o tutor del niño/a.

Las variables dependientes bajo análisis son: (1) Exposición a pantallas por más de dos horas promedio diarias, (2) Exposición a internet por más de dos horas promedio diarias, y (3) No realizar actividad física estructurada. Estas variables se construyen a partir de los siguientes indicadores: cantidad de horas que utiliza internet de lunes a viernes; cantidad de horas que utiliza internet durante el fin de semana (sábado y domingo); cantidad de horas que ve televisión de lunes a viernes. cantidad de horas que ve televisión durante el fin de semana (sábado y domingo), práctica de actividades físicas o deportivas en los últimos 30 días.

Cabe mencionar que el indicador de actividad física estructurada no escolar se mide de modo periódico en la EDSA desde el año 2010 y registra un nivel de incidencia estable en torno al 60% de déficit entre 2010 y 2019, lo cual es indicativo de su fiabilidad. Asimismo, en este período de tiempo se ha registrado de modo sostenido su correlación regresiva para las mujeres en relación con pares varones, y con indicadores de edad y estratificación social que son indicativos de la validez del ítem (10).

Tabla N° 1: Operacionalización de las variables independientes consideradas

Dimensión	Variable	Descripción	Categorías
Indicadores sociodemográficos	<i>Sexo</i>	Sexo del niño al nacer	Varón
			Mujer
	<i>Edad</i>	Grupo de edad	13-17 años
			5-12 años
			Asistencia a la escuela
<i>Asistencia a la escuela</i>	Escolarización del niño/a	No asiste a la escuela	
		1 a 2 niños	
Indicadores familiares	<i>Cantidad de niños/as en el hogar</i>	Cantidad de niños/as en el hogar entre 0 y 17 años	3 y más
	<i>Tipo de configuración familiar</i>	Tipo de núcleo conyugal	Biparentales Monoparentales
	<i>Estrato socio-ocupacional del hogar</i>	Describe la categoría socio-ocupacional del Principal Sostén del Hogar	-Medio profesional (empleador o profesional universitario) -Medio no profesional (asalariado calificado no profesional) -Bajo integrado (cuenta propia calificado o microempresario) -Bajo marginal (trabajador no calificado)

Indicadores comportamentales	<i>Comportamientos del niño/a</i>	Exposición a pantallas promedio diaria	Exposición a televisión por 2 o menos horas Exposición por más de dos horas Exposición a internet por 2 o menos horas Exposición por más de dos horas
	<i>Actividad física estructurada en espacio no escolar</i>	Realización de actividad física o deportiva no escolar	Realiza No realiza
Indicador AS-PO-COVID19	<i>Periodo del relevamiento</i>	Segundo semestre del año	Año 2019 Año 2020

Fuente: elaboración propia a partir de EDSA-Agenda para la Equidad, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla Nº 2: Características sociodemográficas de la población de niños/as y adolescentes de la muestra (frecuencia porcentual de población entre 5 y 17 años)

		2019	2020	Total
Sexo	Varón	51%	54%	53%
	Mujer	49%	46%	47%
Edad	5 a 12	61%	67%	64%
	13 a 17	39%	33%	36%
Asistencia	Asiste	98%	96%	97%
	No asiste	2%	4%	3%
Tipo de hogar	Biparental	70%	65%	68%
	Monoparental	30%	35%	32%
Cantidad de niños/as en el hogar	1 niño/a	21%	19%	20%
	2 niños/as	32%	31%	32%
	3 o más niños/as	47%	50%	48%
Estrato socio-ocupacional	Estrato trabajador marginal	27,9%	27,5%	27,7%
	Estrato obrero integrado	50,3%	51,0%	50,6%
	Estrato medio no profesional	17,3%	17,6%	17,4%
	Estrato medio profesional	4,6%	4,0%	4,3%

Fuente: elaboración propia a partir de EDSA-PISAC-COVID19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Se realizó un primer análisis de tipo descriptivo en el que se evaluaron las variaciones porcentuales entre 2019 y 2020 en las tres variables dependientes seleccionadas, procurando captar el efecto del contexto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) que rigió en la Argentina durante 2020. Para dichas diferencias en puntos porcentuales se presentaron los márgenes de error de las estimaciones para cada una de las categorías de análisis (parámetro P para el cálculo del error muestral), dentro de intervalos de confianza (IC) del 95%.

Con el objetivo de alcanzar mayor parsimonia en la determinación de factores asociados a estos fenómenos se realizó un análisis a través de modelos de regresión logística de

respuesta binaria. La regresión logística puede estimar la fuerza de asociación de cada variable controlando el resto de las variables, es decir, elimina la posibilidad de que un factor confunda el efecto de otro. En este sentido, la fuerza de las distintas relaciones es analizada a través de las razones de probabilidades (odds ratio) que arrojan los modelos de regresión (coeficiente “Exp B”). En estos modelos se introdujeron las variables independientes presentadas en la tabla 1.

Resultados

La exposición a pantallas por un promedio diario superior a dos horas se incrementó entre 2019 y 2020. En el caso de la exposición frente a la televisión el incremento fue de 6,3 punto porcentuales (p.p.) y en el caso de pantallas para el uso de internet en 11,2 p.p. Al mismo tiempo, se registra un incremento de la no realización de actividad física estructurada en espacios no escolares en 10,6 p.p. La exposición a pantallas por más de dos horas diarias en promedio alcanzó en 2020 un 50,3% frente a televisión, 44,3% en el uso de internet, y la no realización de actividad física estructurada 71,4%, en niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en grandes aglomerados urbanos de la Argentina (véase Tabla 3). La exposición a la televisión se incrementó por encima del promedio en los varones, en los adolescentes entre 13 y 17 años, en los hogares con menos miembros niños/as, en las configuraciones familiares biparentales, y en el estrato socio-ocupacional medio profesional. No obstante, por ejemplo, los adolescentes en 2020 siguen registrando menor propensión a ver televisión que sus pares de menor edad.

La exposición a múltiples pantallas con el propósito de utilizar internet se incrementó por encima del promedio, entre 2019 y 2020, en las mujeres, en los adolescentes, en los hogares con menos miembros niños/as, en los hogares biparentales, en los estratos medios no profesionales y profesionales, y entre los niños/as y adolescentes que no realizan actividad física.

Es importante señalar como se amplió la brecha de desigualdad social en la exposición a internet, entre 2019 y 2020, claramente regresiva para los niños/as y adolescentes del estrato social bajo marginal respecto de pares en el medio profesional que pasó de 1,5 veces a 2,2 veces. Muy probablemente como efecto de la escolaridad virtual mucho más difundida entre los últimos que entre los primeros.

El aumento de la inactividad física a través de actividades estructuradas en el espacio no escolar se advierte que fue mayor en los varones, pero siguen siendo las mujeres quienes menos actividad física realizan. Asimismo, aumentó más la inactividad física entre los adolescentes, pero siguen siendo los niños/as menores quienes menos las realizan, y se incrementó entre quienes asisten a la escuela y bajó entre quienes no asisten llegando a una situación de casi paridad. Asimismo, la inactividad física estructurada aumentó en los hogares con menor cantidad de niños/as pero siguen siendo los hogares numerosos lo más inactivos, se incrementó el déficit de actividad en los hogares biparentales llegando a una situación de paridad con los monoparentales, y por último se destaca el incremento del déficit de actividad física en los niños/as y adolescentes de los estratos sociales no profesionales y profesionales, pero sin llegar a los niveles de déficit de pares en estratos vulnerables. Al cabo, el déficit parece correlacionar con la mayor exposición a pantallas.

El análisis descriptivo realizado es claro en términos de un incremento de la propensión al comportamiento sedentario frente a pantallas como la televisión y otras con el propósito de usar internet.

Tabla N° 3: Exposición a pantallas y realización de actividad física no escolar según factores sociodemográficos, características familiares y comportamentales del niño/a y adolescente (frecuencia porcentual de población entre 5 y 17 años)

2019		Exposición a internet por más de dos horas promedio diario			Exposición a TV por más de dos horas promedio diario			No realizar actividad física estructurada en el espacio no escolar		
		2020	Dif. p.p.	2019	2020	Dif. p.p.	2019	2020	Dif. p.p.	
Total		33,1%	44,3%	11,2*	43,9%	50,3%	6,3*	60,7%	71,4%	10,6*
Indicadores sociodemográficos										
Sexo	Varón	34,0%	44,3%	10,3*	44,7%	52,3%	7,6*	51,6%	67,0%	15,4*
	Mujer	32,2%	44,3%	12,1*	43,2%	47,9%	4,6*	70,2%	76,6%	6,4*
Grupo de edad	5 a 12	21,7%	33,3%	11,5*	46,7%	51,8%	5,0*	63,9%	73,8%	9,8*
	13 a 17	50,6%	66,6%	16,0*	39,6%	47,1%	7,5*	55,7%	66,4%	10,7*
Asistencia a la escuela	Asiste	33,1%	44,6%	11,4*	43,9%	50,3%	6,4*	60,0%	71,3%	11,3*
	No asiste	31,7%	38,9%	7,2	45,8%	48,8%	2,9	88,8%	72,8%	-15,9*
Indicadores familiares										
Cantidad de niños/as en el hogar	1-2 niños/as	39,1%	55,4%	16,2*	38,7%	51,9%	13,2*	53,8%	67,3%	13,4*
	3 y más niños/as	26,3%	33,3%	6,9*	49,9%	48,6%	-1,2	68,5%	75,5%	6,9*
Tipo de configuración familiar	Biparental	32,0%	44,8%	12,8*	43,6%	44,4%	0,8	58,4%	71,6%	13,2*
	Monoparental	35,6%	43,1%	7,4*	44,7%	53,5%	8,8*	66,3%	71,0%	4,6*
Estrato Socio-ocupacional del hogar	Bajo marginal	27,7%	30,4%	2,7	49,3%	48,8%	-0,5	72,2%	77,9%	5,6*
	Bajo integrado	31,1%	43,2%	12,1*	44,0%	51,7%	7,7*	64,0%	70,3%	6,2*
	Medio no profesional	45,2%	64,0%	18,7*	40,3%	47,6%	7,2*	41,8%	69,3%	27,4*
	Medio profesional	42,5%	68,0%	25,4*	24,4%	54,7%	30,3*	25,9%	50,2%	24,3*
Indicadores comportamentales										
Actividad física estructurada	No realiza actividad física	29,3%	42,2%	12,9*	47,6%	50,6%	3,0			
Exposición a pantallas por más de dos horas en promedio diario	Televisión							66,0%	70,87%	4,9*
	Uso de internet							52,4%	67,2%	14,8*

* Variación estadísticamente significativa, p-value<0.05

Fuente: elaboración propia a partir de EDSA-PISAC-COVID19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

A continuación, se analizan tres modelos de regresión que permiten reconocer el efecto contexto ASPO COVID-19 que se expresa en la comparación de los períodos de relevamiento 2019 y 2020. Los modelos tienen como variables dependientes *dummy*: (1) Factores asociados a la probabilidad de exposición a la televisión por más de dos horas en

promedio diarias versus el resto; (2) Factores asociados a la probabilidad de exposición a internet por más de dos horas en promedio diarias versus el resto; y (3) Factores asociados a la probabilidad de no haber realizado actividad física estructurada en el espacio no escolar versus el resto. Los modelos de regresión logística poseen una aceptable capacidad de predicción acertada, medida por un “overall” de 70,2%, 54,9% y 68,9%, respectivamente (véase Tabla 4).

En primer lugar, se observa que en 2020 y en el marco del ASPO COVID-19 en Argentina y en presencia de múltiples factores sociodemográficos de los niños/as y adolescentes, y sus hogares, la probabilidad de exposición por más de dos horas diarias en promedio a pantallas (ya sea televisión o internet) fue mayor que en el año 2019. Asimismo, fue mayor la propensión a no realizar actividad física ni deportiva estructurada en espacios no escolares. Efectivamente, la probabilidad de haberse expuesto a la televisión por más de dos horas en promedio diarias en 2020 respecto de 2019 fue un 28% mayor, y en el caso de la exposición a internet en un 98%. Mientras que la propensión a no realizar actividad física estructurada en 2020 fue 67% más probable que en 2019 (Exp (B) de 1,278, 1,980 y 1,670, respectivamente).

Sin embargo, la propensión a la exposición a pantallas por más de dos horas en promedio diario registra diferencias relevantes según si es frente a una televisión o frente a alguna pantalla para el uso de la internet. La exposición a la televisión fue mayor entre los varones que entre las mujeres (1,125 veces), los niños/as entre 5 y 12 años que los adolescentes entre 13 y 17 años (1,229 veces), y los niños/as en hogares de configuración monoparental más que en hogares biparentales (1,219 veces). El fenómeno parece ser transversal a los diferentes estratos socio-ocupacionales, en tanto los coeficientes Exp (B) no llegan a ser significativos. Por último, es relevante señalar que los niños/as y adolescentes que no realizan actividad física estructurada registran mayor propensión a la exposición a la televisión que quienes lo realizan (1,130 veces).

Mientras que la exposición a pantallas para el uso de internet no presenta diferencias significativas entre varones y mujeres, es menos probable entre los niños/as que, entre los adolescentes (76% menos), y también a medida que desciende el estrato socio-ocupacional de los hogares y aumenta la cantidad de niños/as en los mismos. Asimismo, es menos probable entre los niños/as que no realizan actividad física estructura que entre los que si lo hacen (17% menos).

Es decir, que la mayor exposición a la pantalla de televisión en el marco del ASPO COVID-19 se asocia a un perfil de niños/as y adolescentes diferente al que aumentó su exposición a pantallas para el uso de internet. El primero de los fenómenos parece estar más asociado a niños/as en edad escolar y a los varones, mientras que el segundo a adolescentes y con independencia de su sexo. La exposición a la televisión atraviesa a diferentes infancias en términos socio-ocupacionales mientras que la exposición a internet es un fenómeno más frecuente a medida que asciende el estrato socio-ocupacional. Por último, es relevante señalar que, así como no realizar actividad física de tipo estructurada es un factor que aumenta la probabilidad de pasar más tiempo frente a la pantalla de la televisión, no parece estar igualmente asociado al uso más intenso de la internet.

Estos perfiles y factores asociados diferenciales y heterogéneos en relación con el fenómeno de mayor exposición a pantallas de televisión o en relación con el uso de la internet, permite comprender que el análisis conjunto de la exposición a pantallas no es el más adecuado en la medida que invisibiliza esta diversidad de atributos y contextos.

Por su parte, es clara la mayor propensión a no realizar actividad física estructurada en el marco del ASPO COVID-19 en relación con el escenario previo. Pero otros factores en este escenario fueron relevantes para aumentar esta probabilidad y caracterizar el fenómeno de modo estructural. Los varones tuvieron menos probabilidad de no realizar actividad física estructurada que las mujeres (50% menos probable en presencia de otros factores), mientras que los niños/as entre 5 y 12 años tuvieron un 33% de más probabilidad de no

haberlas realizado que pares de 13 a 17 años. No asistir a la escuela y tener muchos hermanos/as en el hogar también se constituyen en factores que desalentaron la actividad física y deportiva estructurada.

Las chances de no realizar actividad física estructurada se incrementan significativamente a medida que descende el estrato socio-ocupacional. Los niños/as en el estrato trabajador marginal registran 4 veces más chances que no realizar que sus pares en el estrato medio profesional, y los niños/as en el estrato obrero integrado 2,9 veces y el medio no profesional en 2 veces.

Por último, la mayor exposición a la televisión es un factor que desalienta la actividad física estructurada, pero no parece ser igual en el caso de la exposición a pantallas para acceder a internet (15% más probable y 19% menos probable, respectivamente). Es decir, que la no realización de actividad física estructurada se profundizó en el contexto ASPO COVID-19, en un perfil poblacional que en un contexto anterior también tenía mayor probabilidad de no realizarlo como es el de las mujeres, los niños/as más pequeños/as, en los estratos sociales más vulnerables, con mayor presencia de niños/as en el hogar, y no escolarizados

Cabe conjeturar que la exposición a pantallas con el objeto de utilizar internet puede no ser incompatible con la práctica de actividad física, y está asociada a un perfil poblacional de mayor nivel socioeconómico con más capacidad de realizar actividades físicas estructuradas.

Tabla N° 4: Factores asociados a la exposición a pantallas y no realización de actividad física no escolar (en odd ratios; Coef. exp. B)

		Exposición a internet por más de dos horas diarias promedio diarias		Exposición a TV por más de dos horas diarias promedio diarias		No realizar actividad física en espacio no escolar	
		Odds Ratio	Sig.	Odds Ratio	Sig.	Odds Ratio	Sig.
<i>Indicadores sociodemográficos</i>							
Sexo	Mujer (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	Varón	1,018	,728	1,125	,004	0,501	,000
Grupo de edad	13-17 años (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	5-12 años	0,245	,000	1,229	,000	1,335	,000
Asistencia a la escuela	Asistir a la escuela (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	No asistir a la escuela	0,908	,493	1,033	,547	1,875	,000
<i>Indicadores familiares</i>							
Cantidad de niños/as en el hogar	Cantidad de niños/as en el hogar	0,737	,000	0,997	,852	1,087	,000

Tipo de configuración de familia	Hogar Biparental (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	Hogar Monoparental	0,916	,116	1,219	,000	0,944	,297
Estrato socio-ocupacional	Estrato medio profesional (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	Estrato bajo marginal	0,559	,000	1,145	,703	4,036	,000
	Estrato obrero integrado	0,696	,000	1,042	,742	2,908	,000
	Estrato medio no profesional	1,247	,294	1,011	,172	2,028	,000
Indicadores comportamentales							
Actividad física no escolar en el último mes	Realizar actividad física (ref.)	1,000		1,000			
	No realizar actividad física	0,838	,000	1,130	,005		
Exposición a pantallas por más de dos horas en promedio diario	Exposición a internet					0,818	,000
	Exposición a TV					1,153	,000
Año del relevamiento	Año 2019 (ref.)	1,000		1,000		1,000	
	Año 2020	1,980	,000	1,278	,000	1,670	,000
	Constante	4,913		0,355		0,525	
	Porcentaje global	70,2		54,9		68,9	,000

Fuente: elaboración propia a partir de EDSA-PISAC-COVID19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Discusión

Los objetivos de este trabajo han sido identificar si existieron modificaciones en cuanto a la actividad física no escolar y las conductas sedentarias con pantalla durante el confinamiento por COVID-19 en niños/as y adolescentes y, de haber habido modificaciones, con qué factores individuales y de contexto se han asociado. En el desarrollo de este trabajo, la comparación de los períodos de relevamiento 2019 y 2020 permiten reconocer una influencia del contexto ASPO COVID-19 sobre las variables dependientes observadas.

Con respecto al primer objetivo se ha encontrado diferencias significativas tanto en el indicador de actividad física no escolar como en los de conductas sedentarias con pantalla entre la situación prepandemia y durante las restricciones.

En relación con la actividad física no escolar se observó un aumento significativo en la proporción de niños/as y adolescentes que reportaron no realizarla (Tabla 1). Similares resultados se encontraron en estudios internacionales previos. En un estudio realizado en niños/as y adolescentes de Shanghai, China, se observó que el tiempo medio de actividad física disminuyó de 540 minutos/semana antes de la pandemia a 105 minutos/semana durante la misma (11).

En Canadá, un estudio mostró que niños/as y adolescentes experimentaron una disminu-

ción significativa en todas las actividades físicas durante las restricciones. La disminución más dramática se produjo en las horas semanales de actividad física al aire libre y el deporte (5,00 a 2,28 y 5,00 a 1,96 horas/semana, para niños/as y adolescentes, respectivamente) (12). En Francia se reportó que, si bien tanto niños/as como adolescentes informaron realizar menos actividad física durante el confinamiento, el acceso a un área al aire libre moderó esta reducción. En efecto, el 64,2% informó una disminución en la actividad física cuando no tenían acceso a un área al aire libre, en comparación con una disminución de sólo el 37,8% entre los que sí tenían acceso (13), evidenciando la importancia de contar con espacios seguros al aire libre.

Con respecto a los comportamientos sedentarios con pantalla se observó un aumento significativo de la proporción de niños/as y adolescentes argentinos que utilizaron internet durante más de 2 horas diarias e igual resultado se obtuvo con respecto a los jóvenes que miraron televisión por el mismo tiempo. Una vez más, estos resultados corroboran para el caso argentino una tendencia internacional ya observada en estudios anteriores. Por ejemplo, en Francia, el tiempo frente a pantallas en general antes y durante los confinamientos ascendió a un 62% en niños/as (63,3% varones y 60,4% mujeres) y un 69% en adolescentes (66,9% varones y 70,3% mujeres) (14). Por su parte, Spitzer (15) reporta que, durante el primer aislamiento en la primavera de 2020, en Alemania, los niños/as y adolescentes aumentaron su tiempo de pantalla diario dedicado a juegos de computadora y usar las redes sociales de 4 a 7 horas.

En otro estudio realizado durante los confinamientos por COVID-19 en una muestra de España y otra de Brasil, se halló que la proporción de sujetos que cumplió con las recomendaciones de tiempo de pantalla disminuyó durante los confinamientos tanto en España (de 5% a 1,8%) como en Brasil (de 25,1% a 21,2%) (16). En un reporte sobre 2.426 niños/as y adolescentes (6-17 años) en Shanghai, China, se analizaron los cambios antes y durante las restricciones, y se registró un incremento del tiempo total frente a pantallas de 610 a 2340 minutos/semana mientras que el tiempo recreacional también se prolongó, pasando de 170 a 450 minutos/semana durante los confinamientos. Los que cumplían la recomendación del tiempo recreacional frente a pantallas era un 92,7% antes de la pandemia y pasaron a 69,7% durante los confinamientos, mientras que los que no la cumplían pasaron de 7,3% a 30,9% (17).

La metodología de los antecedentes analizados aquí ha sido diversa y por lo tanto sus resultados no son completamente comparables entre sí ni con los presentados en este artículo, sin embargo, todos convergen en cuanto a sus resultados. En síntesis, y con respecto al primer objetivo de este trabajo, en Argentina se encontró la misma tendencia que en el resto de los países analizados, esto es, la actividad física de la mayoría de los niños/as y adolescentes disminuyó mientras que el tiempo de pantalla se incrementó.

Este resultado abre un segundo interrogante acerca de cuáles fueron los factores asociados con este fenómeno. La resolución de este segundo interrogante permite analizar la situación en mayor detalle y ofrece impactos heterogéneos de utilidad para planificar políticas que coadyuven a mitigar el sedentarismo y la insuficiente actividad física durante restricciones venideras.

En relación con el tiempo de pantalla, se destaca que la mayor exposición a la televisión en el marco del ASPO COVID-19 se asoció a un perfil de niños/as y adolescentes diferente del que aumentó su exposición al uso de internet. Estos perfiles diferenciales en relación con el fenómeno de mayor exposición a la televisión o al uso de internet, permite comprender que el análisis conjunto de la exposición a pantallas no es el más adecuado en la medida en que no permite acceder a esta diversidad de atributos y contextos. Efectivamente, en la actualidad se reconoce que no todas las conductas sedentarias son perjudiciales para los niños/as y adolescentes (3) y a su vez no todas las conductas sedentarias dependen de los mismos factores (18). En el presente trabajo no se ha diferenciado entre utilizar internet con fines escolares y hacerlo con fines recreativos, por lo tanto, una parte

del aumento del uso de internet durante ASPO COVID-19 puede deberse a la irrupción de la escolaridad virtual. Los resultados aquí presentados, aunque no son concluyentes, van en esta dirección. Por un lado, la proporción de jóvenes que pasó más de dos horas diarias en internet aumentó significativamente en el grupo que asiste a la escuela mientras que en el grupo que no asiste este aumento no resultó estadísticamente significativo. Por otra parte, ajustando por otros factores, la chance de utilizar internet por más de dos horas durante ASPO COVID-19, aunque no resultó significativa, fue mayor entre los jóvenes que sí asisten a la escuela.

Para el caso de mirar televisión por más de 2 horas resultó más probable en los niños/as que en los adolescentes y en los hogares monoparentales que en los biparentales. En este mismo sentido, los antecedentes han señalado que los niños/as de hogares monoparentales cuentan con más tiempo de pantalla que en los biparentales, no habiendo diferencias para el caso de los adolescentes (18). Estudios cualitativos mostraron que muchos padres utilizan la televisión para entretener a sus hijos/as más pequeños mientras realizan tareas del hogar o se encuentran cansados (19). En situación de ASPO esto pudo haber tenido alguna influencia para el caso de padres que necesitaron trabajar desde sus hogares.

Al igual que lo reportado en antecedentes similares, en la muestra analizada no hubo mayor probabilidad de mayor tiempo de televisión en función de la cantidad de hermanos en el hogar ni del nivel socioeconómico (20,21).

Por su parte, y como se señaló anteriormente, resultó clara la mayor propensión a no realizar actividad física y deportiva no escolar en el marco del ASPO COVID-19 en relación con la situación previa. Algunos resultados de este trabajo fueron consistentes con los de estudios anteriores de similares características metodológicas pero que se realizaron sin ASPO. En un estudio llevado a cabo en Canadá, se encontró que en adolescentes las mujeres tuvieron una probabilidad significativamente menor que los varones de realizar actividad física no organizada (sin instructor) tanto escolar como no escolar (22). También se encontró que a mayor nivel socioeconómico mayor fue la probabilidad de realizar actividad física organizada, nuevamente tanto dentro como fuera de la escuela (23). En un estudio longitudinal en Australia, la probabilidad de realizar actividad física no organizada fue significativamente menor en mujeres de 13 años que en varones de la misma edad y esta actividad física fue menos probable que decaiga entre aquellos jóvenes de mayor nivel socioeconómico (21). Las revisiones sistemáticas sobre el tema que incluyeron todo tipo de actividad física llegaron a las mismas conclusiones, esto es, la actividad física es menos probable en mujeres que en varones y en estratos socio económicos desaventajados con respecto a los aventajados (22).

Otros resultados de este estudio no han sido del todo consistentes con los antecedentes. Por ejemplo, la actividad física suele decrecer conforme los jóvenes avanzan en edad, sin embargo, aquí se encontró que la falta de actividad física no escolar es significativamente más probable en niños/as que en adolescentes. Posiblemente esta discrepancia tenga que ver con el indicador utilizado. Efectivamente, durante los años anteriores a la pandemia de COVID-19, la actividad física no escolar en regiones urbanas argentinas ha mostrado ser menos frecuente en niños/as que en adolescentes (23) lo que señala que la situación de ASPO ha profundizado algo que ya sucedía.

Una pequeña pero significativa mayor probabilidad de no realizar actividad física no escolar durante el ASPO se encontró con respecto a una mayor cantidad de jóvenes en el hogar. Los antecedentes en este tema son contradictorios, encontrándose resultados opuestos a los de este trabajo (20) resultados diferenciados de acuerdo con sexo y edad (17). Las diferencias geográficas, culturales y familiares entre países y dentro de un mismo país pueden explicar parte de estas discrepancias.

En resumen, en la Argentina urbana la no realización de actividad física no escolar se profundizó en el contexto ASPO COVID-19 en un perfil poblacional que en un contexto anterior también tenía mayor probabilidad de no realizarla como es el caso de las mujeres,

los niños/as más pequeños/as, las familias con mayor cantidad de jóvenes en el hogar y los estratos sociales más vulnerables (22).

Por último, resulta de interés indagar en la relación entre comportamientos sedentarios con pantalla y actividad física. La relación inversa entre tiempo de pantalla recreativa y salud puede ser de causa y efecto y/o provocada por una disminución de la actividad física al ser reemplazada por actividades sedentarias (24). En este sentido es relevante señalar que, así como mirar más de 2 horas de televisión por día aumentó la probabilidad de no realizar actividad física no escolar, no ocurrió lo mismo con el consumo de internet. Esto le da sustento a la idea de que no todo consumo de pantalla es perjudicial para los jóvenes, ya que el consumo excesivo de televisión se consolida como un factor de riesgo para la salud, en este caso, limitando las oportunidades de realizar actividad física. A su vez, queda abierta la posibilidad de que el tiempo de televisión esté compitiendo con el tiempo de actividad física, cuestión que amerita estudiarse en mayor profundidad.

Entre las limitaciones más importantes de este trabajo se encuentran los indicadores utilizados tanto de tiempo de pantalla como de actividad física. El no tener acceso a la cantidad de todo tipo de pantalla recreativa consumida o a más detalles acerca del tipo de actividad física realizada limita la interpretación de los resultados. No obstante, esta es una característica de gran parte de las investigaciones realizadas sobre este tema (21). En el corto y mediano plazo será importante avanzar en estandarizaciones metodológicas para volver más comparables las investigaciones sobre actividad física y comportamientos sedentarios en niños/as y adolescentes.

En cuanto a las fortalezas resaltamos que este trabajo ha empleado un diseño de investigación (longitudinal) y una técnica de muestreo (probabilística de nivel nacional) pocas veces utilizado; características que han sido señaladas como necesarias para avanzar en el conocimiento sobre la materia. En efecto, en una revisión sistemática de la literatura realizada recientemente se identificaron carencias metodológicas en los trabajos localizados (5). Entre estas carencias se señaló un déficit de información demográfica de los participantes, falta de muestras probabilísticas que permitan inferir a la población y una utilización casi exclusiva de diseños retrospectivos que dependieron de la memoria de los sujetos para recordar sus actividades previas a las restricciones (5), todos asuntos considerados en esta investigación. Se concluye que, al igual que lo sucedido internacionalmente, la mayoría de los niños/as y adolescentes de regiones urbanas de Argentina presentaron déficits de actividad física no escolar y aumento de comportamientos sedentarios atribuibles al ASPO por COVID-19.

El fenómeno pareció afectar más al perfil poblacional que ya contaba con carencias en estos aspectos, esto es, mujeres, niños/as de menor edad, familias con mayor cantidad de jóvenes en el hogar y estratos socio-ocupacionales más bajos.

Ante eventuales nuevas restricciones, se necesitará desarrollar e implementar estrategias de promoción de actividad física no escolar específicas para situación de ASPO.

Agradecimientos

Se agradece el financiamiento del PISAC-COVID19 correspondiente a la Convocatoria La Sociedad argentina en la Post Pandemia de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación, en el marco del proyecto 009: “Efectos del aislamiento social preventivo en el ejercicio del derecho a la salud en las infancias argentinas”. Asimismo, se agradece a la Universidad Nacional de la Matanza y a la Universidad Católica Argentina.

Referencias bibliográficas

1. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of

- Health and Human Services; 2018. 779 p.
2. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020; 54:1451-1462.
3. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl 3):S240-65.
4. Tuñón, I., Laño, F. (2014). Insuficiente actividad física en la infancia : niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana [en línea] Serie del Bicentenario 2010-2016; boletín nº 2. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Universidad Católica Argentina.
5. Polero P, Rebollo-Seco C, Adsuar JC, Pérez-Gómez J et al. Physical Activity Recommendations during COVID-19: Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 4;18(1):65.
6. Stockwell S, Trott M, Tully M, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine.* 2021;7:e000960.
7. Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl 3):S283-93.
8. Sallis JF, Adlakhia D, Oyeyemi A, Salvo D. An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *J Sport Health Sci.* 2020;9(4):328-334.
9. Parker KE, Salmon J, Costigan SA, Villanueva K et al. Activity-related behavior typologies in youth: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 ;16(1):44.
10. Tuñón I. Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y adolescencia. Tendencias antes y durante la pandemia COVID-19. CABA: Educa; 2021. 164 p. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025) - 1ª ed
11. Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescent's lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases,* 2020; 63, 531–532.
12. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, Brussoni M et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2020; 17:85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
13. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2020; 17:85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
14. Manon Genin P, Lambert,C, Larras B, et al. How did the COVID-19 confinement period affect our physical activity level and sedentary behaviors? Methodology and first results from the French National ONAPS Survey. *J Phys Act Health.* 2021;13, 18, 3:296-303. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0449>
15. Spitzer, M. Open schools! Weighing the effects of viruses and lockdowns on children. *Trends Neurosci Educ.* 2021;22: 100151. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2021.100151>
16. López-Gil JF, Tremblay MS, Brazo-Sayavera J. Changes in Healthy Behaviors and Meeting 24-h Movement Guidelines in Spanish and Brazilian Preschoolers, Children and Adolescents during the COVID-19 Lockdown. *Children,* 2021; 8, 83. <https://doi.org/10.3390/children8020083>
17. Mielke GI, Brown WJ, Ekelund U, et al. Socioeconomic position and sedentary

- behavior in Brazilian adolescents: A life-course approach. *Prev Med.* 2018 Feb; 107:29-35. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.008>
18. Rhodes RE, Guerrero MD, Vanderloo LM, et al. Development of a consensus statement on the role of the family in the physical activity, sedentary, and sleep behaviours of children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020; 16;17(1):74. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00973-0>
 19. He M, Irwin JD, Sangster Bouck LM, Tucker P, Pollett GL. Screen-viewing behaviors among preschoolers: parents' perceptions. *Am J Prev Med.* 2005;29(2):120-5. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.04.004>
 20. García Bengoechea E, Sabiston CM, Ahmed R, Farnoush M. Exploring links to unorganized and organized physical activity during adolescence: the role of gender, socioeconomic status, weight status, and enjoyment of physical education. *Res Q Exerc Sport.* 2010;81(1):7-16. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599623>
 21. Kemp BJ, Cliff DP, Batterham M, Parrish AM. Socio-ecological predictors of non-organized physical activity participation and decline between childhood and adolescence. *J Sports Sci.* 2021 Jan;39(2):120-130. doi: 10.1080/02640414.2020.1808296. Epub 2020 Aug 14.
 22. Sterdt E, Liersch S, Walter U. Correlates of physical activity of children and adolescents: A systematic review of reviews. *Health Education Journal.* 2014;73(1):72-89.
 23. Laiño, F., Tuñón, I., Coll, A. (2015). Oportunidades para el juego en movimiento: niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie del Bicentenario (2010-2016), boletín n° 2. Universidad Católica Argentina.
 24. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: World Health Organization; 2020. 104 p.

Introduction

Available evidence suggests that in children and adolescents adequate levels of physical activity are associated with a more favorable health status in terms of multiple indicators, such as cardiorespiratory and muscular fitness, bone health, body weight or adiposity, cardiometabolic health, cognitive outcomes and mental health (1,2). With respect to sedentary behaviors, the evidence is less robust but consistent with the above, that is, the lower the levels of sedentary behaviors (especially recreational screen time), the more favorable the health profiles tend to be (2,3).

According to US Department of Health and Human Services guidelines, children and adolescents should perform at least 60 minutes or more of moderate-intensity physical activity daily (performing aerobic activities, muscle strengthening, bone strength) (4). Therefore, at childhood and adolescence, it is of particular interest to know if they are active enough in terms of the consensus recommendations of the world scientific community, as well as in what domains of physical activity they are being active: at active play and autonomous in public space, out-of-school structured physical activities and/or school Physical Education classes (4). The preventive lockdowns imposed by the COVID-19 pandemic and their possible impacts have attracted the attention of agencies and specialists dedicated to the promotion of physical activity in several countries (5). Since the beginning of the pandemic, numerous investigations have been carried out to identify the degree of influence that these restrictions have had on both physical activity levels and sedentary behaviors (6). Most of these investigations showed that physical activity has decreased and sedentary behaviors have increased during the restrictions, being both situations more pronounced in the most vulnerable populations in socioeconomic terms (7).

Based on the above, a series of lines of research have been suggested to guide professional practices and public policies on physical activity. Among them is the identification of fac-

tors related to changes in these behaviors during the aforementioned pandemic (8). If these factors are identified, they can be used to design physical activity promotion strategies specifically targeted to each type of population (9).

In Argentina, no published papers have been found in which this situation has been studied in children and adolescents, so progress in studies on physical activity and sedentary behavior in this age group during the Social, Preventive and Compulsory Isolation (ASPO for its acronym in Spanish) is understood as valuable and necessary. COVID-19. The present paper proposes two objectives. On the one hand, to identify whether there were differences in out-of-school physical activity and screen-based sedentary behaviors between 2019 (without restrictions) and 2020 (with restrictions) in children and adolescents in urban regions of Argentina. On the other hand, if there were differences, to explore individual and contextual factors associated with them.

Population And Methods

A quantitative design of comparative statistics was implemented using microdata from the Argentine Social Debt Survey Agenda for Equity Series (EDSA for its acronym in Spanish). EDSA is a multipurpose survey based on a multistage stratified probability sample design and is representative of urban agglomerates of 80,000 inhabitants or more. This survey is conducted every year between June and October and is in charge of the Observatorio de la Deuda Social Argentina Program of the Universidad Católica Argentina. For this study, the EDSA microdata corresponding to children and adolescents between 5 and 17 years of age in the 2019 and 2020 measurements were used (4,125 and 3,964 observations, respectively). The survey is answered by the child’s father, mother or tutor.

The dependent variables under analysis are: (1) Exposure to screens for more than two hours average daily, (2) Exposure to the Internet for more than two hours average daily, and (3) Not engaging in structured physical activity. These variables are constructed on the basis of the following indicators:

- Daily time using Internet from Monday to Friday.
- Daily time using Internet at the weekend.
- Daily time watching television from Monday to Friday.
- Daily time watching television at the weekend.
- Practice of physical activities or sports in the last 30 days.

It is worth mentioning that the non-school structured physical activity indicator has been measured periodically in EDSA since 2010 and records a stable incidence level of around 60% of deficit between 2010 and 2019, which is indicative of its reliability. Likewise, during this time period, its regressive correlation for women in relation to male peers and with age and social stratification indicators has been consistently recorded, which is indicative of the validity of the item (10).

Table N° 1: Operationalization of the independent variables considered

Dimension	Variable	Description	Categories
Sociodemographic indicators	Sex	Child's sex at birth	Boy
			Girl
	Age	Age group	13-17 years
			5-12 years
	School attendance	Child's schooling	He/she attends school
			He/she does not attend school
Family indicators	Number of children in the household	Number of children in the household between 0 and 17 years	1 to 2 children
			3 and more
	Type of family configuration	Type of marital nucleus	Two-parent Single-parent
	Socio-occupational stratum of the household	Description of the socio-occupational category of the Main Household Provider	<ul style="list-style-type: none"> - Medium professional (employer or university professional) - Medium non-professional (qualified non-professional salaried employee) - Low integrated (qualified self-employed or micro-entrepreneur) - Low marginal (non-skilled worker)
Behavioral indicators	Child's behaviors	Average daily screen exposure	Television exposure for 2 hours or less Television exposure for more than 2 hours Internet exposure for 2 hours or less Internet exposure for more than 2 hours
	Structured physical activity in out-of-school settings	Engagement in out-of-school physical activity or sports	He/she is engaged He/she is not engaged
ASPO-COVID19 indicators	Survey period	Second semester of the year	Year 2019 Year 2020

Source: own elaboration based on EDSA-Agenda for Equity, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Table N° 2: Characterization of the adolescent population between 11 and 17 years of age according to socio-demographic variables.

		2019	2020	Total
Sex	Boy	51%	54%	53%
	Girl	49%	46%	47%
Age group	5 to 12	61%	67%	64%
	13 to 17	39%	33%	36%
School attendance	He/she attends school	98%	96%	97%
	He/she does not attend school	2%	4%	3%
Type of family configuration	Two-parent	70%	65%	68%
	Single-parent	30%	35%	32%
Number of children in the household	1 child	21%	19%	20%
	2 children	32%	31%	32%
	3 o more children	47%	50%	48%
Socio-occupational stratum of the household	Low marginal	27.9%	27.5%	27.7%
	Low integrated	50.3%	51.0%	50.6%
	Medium non professional	17.3%	17.6%	17.4%
	Medium professional	4.6%	4.0%	4.3%

Source: own elaboration based on EDSA-Agenda for Equity, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Next, a first descriptive analysis is performed in which the percentage variations between 2019 and 2020 are assessed, trying to capture the effect of ASPO that was in force in Argentina during 2020. For these percentage differences, the margins of error of the estimates for each of the categories of analysis (parameter P for the calculation of the sampling error) will be presented, within 95% confidence intervals (CI).

In order to achieve greater parsimony in the determination of factors associated with these phenomena, an analysis was carried out using binary logistic regression models. Precisely, the logistic function finds the probability that each individual (children) presents the effect of interest according to the values of a series of covariates. In turn, logistic regression can estimate the strength of association of each variable by controlling the rest of the variables, that is, it eliminates the possibility that one factor confounds the effect of another. In this sense, the strength of the different relationships is analyzed through the odds ratios produced by the regression models (“Exp B” coefficient). The independent variables presented in Table 1 were entered into these models.

Results

Daily exposure to screens for an average of more than two hours increased between 2019 and 2020. In the case of exposure to television, the increase was 6.3 percentage points (pp) and in the case of screens for use internet in 11.2 p.p. At the same time, there was an increase in the non- engaging of structured physical activity in out-of-school spaces of 10.6 p.p. Exposure to screens for more than two hours a day on average reached 50.3% in 2020 for television and 44.3% for the internet use. Not performing structured physical activity reached 71.4% of children and adolescents between 5 and 17 years old in large urban areas of Argentina (see Table 3).

Exposure to television increased above the average among boys, adolescents between 13 and 17 years old, households with fewer child members, two-parent family configurations, and among the middle-professional socio-occupational stratum. However, for example, adolescents in 2020 continue to have a lower propensity to watch television than their younger peers.

Exposure to multiple screens for the purpose of using the internet increased above the average, between 2019 and 2020, among women, adolescents, households with fewer child members, two-parent households, the middle strata non-professionals and professionals, and among children and adolescents who do not perform physical activity.

It is important to note how social inequality gap in exposure to the Internet widened between 2019 and 2020, being clearly regressive for children and adolescents from the lower marginal social stratum compared to the ones in the professional environment, which went from 1.5 to 2.2 times. Most likely as an effect of virtual schooling, much more widespread among the last ones than among the first ones.

The increase of physical inactivity through structured activities in out-of-school space was noted to be greater among men, but it is still women who perform less physical activity. Likewise, physical inactivity increased more among adolescents, but younger children are the ones who do it the least. It also increased among those who attend school and decreased among those who do not attend, reaching a situation of almost parity. Likewise, structured physical inactivity increased in households with fewer children, but large households continue to be the most inactive. The activity deficit increased in two-parent households, reaching a situation of parity with single-parent households. Finally, the increase in the deficit of physical activity in children and adolescents of the non-professional and professional social strata stands out, but without reaching the levels of deficit of their peers of the vulnerable strata. After all, the deficit seems to correlate with the greater exposure to screens.

The descriptive analysis carried out is clear in terms of an increase in the propensity for sedentary behavior in front of screens such as television and others for the purpose of using the Internet.

Table N° 3: Exposure to screens and lack of out-of-school physical activity according to children’s and adolescents’ sociodemographic factors, family and behavioral characteristics (percentage frequency in the population between 5 and 17 years of age)

2019		Internet exposure for more than two hours a day on average			TV exposure for more than two hours a day on average			Not engaging in structured physical activity in out-of-school settings		
		2020	Diff. p.p.	2019	2020	Diff. p.p.	2019	2020	Diff. p.p.	
Total		33.1%	44.3%	11.2*	43.9%	50.3%	6,3*	60.7%	71.4%	10.6*
Sociodemographic Indicators										
Sex	Boy	34.0%	44.3%	10.3*	44.7%	52.3%	7.6*	51.6%	67.0%	15.4*
	Girl	32.2%	44.3%	12.1*	43.2%	47.9%	4.6*	70.2%	76.6%	6.4*
Age group	5 to 12	21.7%	33.3%	11.5*	46.7%	51.8%	5.0*	63.9%	73.8%	9.8*
	13 to 17	50.6%	66.6%	16.0*	39.6%	47.1%	7.5*	55.7%	66.4%	10.7*

School attendance	He/she attends school	33.1%	44.6%	11.4*	43.9%	50.3%	6.4*	60.0%	71.3%	11.3*
	He/she does not attend school	31.7%	38.9%	7.2	45.8%	48.8%	2.9	88.8%	72.8%	-15.9*
<i>Family indicators</i>										
Number of children in the household	1-2 children	39.1%	55.4%	16.2*	38.7%	51.9%	13.2*	53.8%	67.3%	13.4*
	3 and more children	26.3%	33.3%	6.9*	49.9%	48.6%	-1.2	68.5%	75.5%	6.9*
Type of family configuration	Two-parent	32.0%	44.8%	12.8*	43.6%	44.4%	0.8	58.4%	71.6%	13.2*
	Single-parent	35.6%	43.1%	7.4*	44.7%	53.5%	8.8*	66.3%	71.0%	4.6*
Socio-occupational stratum of the household	Low marginal	27.7%	30.4%	2.7	49.3%	48.8%	-0.5	72.2%	77.9%	5.6*
	Low integrated	31.1%	43.2%	12.1*	44.0%	51.7%	7.7*	64.0%	70.3%	6.2*
	Medium non professional	45.2%	64.0%	18.7*	40.3%	47.6%	7.2*	41.8%	69.3%	27.4*
	Medium professional	42.5%	68.0%	25.4*	24.4%	54.7%	30.3*	25.9%	50.2%	24.3*
<i>Behavioral indicators</i>										
Structured physical activity	He/she is not engaged in physical activity	29.3%	42.2%	12.9*	47.6%	50.6%	3.0			
Exposure to screens for more than two hours on average per day	Television							66.0%	70.87%	4.9*
	Internet use							52.4%	67.2%	14.8*

* Statistically significant variance, p-value<0.05

Source: own elaboration based on EDSA-Agenda for Equity, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Next, three regression models are analyzed. They allow recognizing the ASPO COVID-19 context effect that is expressed in the comparison of the 2019 and 2020 survey periods. The models have as dummy dependent variables: 1) Factors associated with the probability exposure to television for more than two hours on average per day versus the rest; 2) Factors associated with the probability of exposure to the Internet for more than two hours

on average per day versus the rest; and 3) Factors associated with the probability of not having carried out structured physical activity in the non-school space versus the rest. The logistic regression models have an acceptable correct prediction capacity, measured by an “overall” of 70.2%, 54.9% and 68.9%, respectively (see Table 4).

In first place, it is observed that in 2020 and within the framework of the ASPO COVID-19 in Argentina and in the presence of multiple sociodemographic factors, the probability of exposure for more than two hours a day to screens (whether television or the Internet) was higher than in 2019. Likewise, the propensity to not carry out physical activity or structured sports in non-school spaces was greater. Indeed, the probability of having been exposed to television for more than two hours on average per day in 2020 compared to 2019 was 28% higher, and in the case of exposure to the Internet by 98%. While the propensity to not engage in structured physical activity in 2020 was 67% more likely than in 2019 (Exp(B) of 1,278, 1,980, and 1,670, respectively).

However, the propensity to be exposed to screens for more than two hours daily registers relevant differences depending on whether it is in front of a television or in front of a screen for Internet use. Exposure to television was higher among men than women (1,125 times), among children between 5 and 12 years of age than adolescents between 13 and 17 years of age (1,229 times), and among children in households with single-parent than in two-parent households (1,219 times). The phenomenon seems to be transversal to the different socio-occupational strata, while the Exp (B) coefficients do not become significant. Finally, it is important to point out that children and adolescents who do not perform structured physical activity register a greater propensity to be exposed to television than those who do (1,130 times).

While exposure to screens for Internet use does not present significant differences between boys and girls, it is less likely among children than among adolescents (76% less). It is also less likely as the socio-occupational stratum decreases and when the number of children at the house increases. Moreover, it is less likely among children who do not perform structured physical activity than among those who do (17% less).

In other words, the greater exposure to the television screen in the framework of the ASPO COVID-19 is associated with a profile of children and adolescents different from that which increased their exposure to screens for internet use. The first phenomenon seems to be more associated with school-age children and boys, while the second with adolescents and regardless of their sex. Exposure to television crosses different childhoods in socio-occupational terms, while exposure to the Internet is a more frequent phenomenon as the socio-occupational stratum rises. Lastly, it is important to point out that, just as not carrying out structured physical activity is a factor that increases the probability of spending more time in front of the television screen, it does not seem to be equally associated with more intense use of the Internet.

These profiles and heterogeneous associated factors related to the phenomenon of greater exposure to television screens or related to the use of the Internet, allow us to understand that the unified analysis of exposure to screens is not the most appropriate because of the fact that makes this diversity of attributes and contexts invisible.

On the other hand, the greater propensity to not perform structured physical activity in the framework of the ASPO COVID-19 in relation to the previous scene is clear. But other factors were relevant to increase this probability and characterize the phenomenon structurally. Men were less likely than women to not engage in structured physical activity (50% less likely in the presence of other factors), while children between 5 and 12 years of age were 33% more likely to have not engaged in it than their peers from 13 to 17 years old. Not attending school and having many siblings at home are also factors that discourage structured physical activity and sports.

The chances of not performing structured physical activity increase significantly as the socio-occupational layer decreases. It is observed that children of the marginal working

stratum have 4 times more chances of not performing this kind of activities than their peers in the middle professional stratum, and children in the integrated working stratum 2.9 more times and the middle non-professional stratum twice.

Finally, greater exposure to television is a factor that discourages structured physical activity, but it does not seem to be the same in the case of exposure to screens to access the Internet (15% more likely and 19% less likely, respectively). In other words, the non-performance of structured physical activity was deeper in the ASPO COVID-19 context, in a population profile that in a previous context was also more likely to not perform it, such as women, younger children /as, in the most vulnerable social strata, with a greater presence of children in the home, and not enrolled in school

It is possible to conjecture that exposure to screens for the purpose of using the Internet may not be incompatible with the practice of physical activity, and that it is associated with a population profile of a higher socioeconomic level with more capacity to carry out structured physical activities.

Table N° 4: Factors associated with screen exposure and not engaging in out-of-school physical activity (in odds ratio; “Exp. B” coefficient).

		Internet exposure for more than two hours a day on average		TV exposure for more than two hours a day on average		Not engaging in structured physical activity in out-of-school settings	
		Exp. B	Odds Ratio	Exp. B	Odds Ratio	Exp. B	Odds Ratio
Sociodemographic Indicators							
Sex	Girl (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	Boy	1.018	.728	1.125	.004	0.501	.000
Age group	13-17 years (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	5-12 years	0.245	.000	1.229	.000	1.335	.000
School attendance	He/she attends school (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	He/she does not attend school	0.908	.493	1.033	.547	1.875	.000
Family indicators							
Number of children in the household	Number of children in the household	0.737	.000	0.997	.852	1.087	.000
Type of family configuration	Two-parent household (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	Single-parent household	0.916	.116	1.219	.000	0.944	.297
Socio-occupational stratum	Medium professional (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	Low marginal	0.559	.000	1.145	.703	4.036	.000
	Low integrated	0.696	.000	1.042	.742	2.908	.000
	Medium non-professional	1.247	.294	1.011	.172	2.028	.000
Behavioral indicators							

Out-of-school physical activity in the last month	He/she is engaged in physical activity (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	He/she is not engaged in physical activity	0.838	.000	1.130*	.005		
Screen exposure for more than two hours a day on average	Internet exposure					0.818	.000
	TV exposure					1.153	.000
Year of the survey	Year 2019 (ref.)	1.000		1.000		1.000	
	Year 2020	1.980	.000	1.278	.000	1.670	.000
	Constant	4.913		0.355		0.525	
	Global percentage	70.2		54.9		68.9	.000

Source: own elaboration based on EDSA-Agenda for Equity, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Discussion

The aims of the present study were to identify if there were changes in out-of-school physical activity and sedentary screen-based behaviors during the COVID-19 lockdown in children and adolescents and, if so, what individual and contextual factors were associated with these changes. The comparison of the 2019 and 2020 measurements allow recognizing a COVID-19 ASPO context effect on the dependent variables analyzed.

In reference to the first objective, significant differences were found in both the out-of-school physical activity indicator and sedentary screen-based behaviors between the pre-pandemic situation and during the restrictions.

In relation to out-of-school physical activity, a significant increase was observed in the proportion of children and adolescents who reported not engaging in it (Table 3). Similar results were found in previous international studies. In a study conducted in children and adolescents in Shanghai, China, it was observed that the average time spent in physical activity decreased from 540 minutes/week before the pandemic to 105 minutes/week during the pandemic (11).

In Canada, a study showed that children and adolescents experienced a significant decrease in all physical activities during restrictions. The most dramatic decrease occurred in the hours per week devoted to outdoor physical activity and sport (5.00 to 2.28 and 5.00 to 1.96 hours/week, for children and adolescents, respectively) (12). In France, it was reported that, although both children and adolescents reduced their physical activity during the confinement, the access to an outdoor area moderated this reduction. Indeed, 64.2% of children and adolescents reported a decrease in physical activity when they did not have access to an outdoor area, compared to a decrease reported by only 37.8% of those who did have access to an outdoor area (13) evidencing the importance of having safe spaces outdoors.

Regarding sedentary screen-based behaviors, there was a significant increase in the proportion of Argentinian children and adolescents who used the Internet for more than two hours a day; the same result was obtained with respect to adolescents who watched television for the same amount of time (Table 3). Once again, these results corroborate for the Argentine case an international trend already observed in previous studies. For example, in France, screen time in general before and during confinements amounted to 62% in children (63.3% boys and 60.4% girls) and 69% in adolescents (66.9% boys and 70.3% girls)

(Table 4) (14). In turn, Spitzer (15) reports that, during the first lockdown in the spring of 2020 in Germany, children and adolescents increased their daily screen time spent playing computer games and using social networks from four to seven hours.

In another study conducted during lockdowns by COVID-19 in a sample from Spain and another from Brazil, it was found that the proportion of individuals who complied with screen time recommendations decreased during confinements in both Spain (from 5% to 1.8%) and Brazil (from 25.1% to 21.2%) (16). A report on 2426 children and adolescents (6-17 years old) in Shanghai, China, analyzed changes before and during the restrictions and found an increase in total screen time from 610 to 2340 minutes/week whereas recreational time also increased from 170 to 450 minutes/week during the confinements. Those who complied with the recommendation for recreational screen time were 92.7% before the pandemic and decreased to 69.7% during the confinements, whereas those who did not comply increased from 7.3% to 30.9% (17).

The methodology of the antecedents analyzed here was diverse, and therefore results are not completely comparable with each other or with those presented in this paper; however, all of them converge in terms of their results. In summary, and with respect to the first aim of the present paper, the same trend was found in Argentina as in the rest of the countries analyzed, that is, the majority of children's and adolescents' physical activity decreased whereas screen time increased.

This result opens a second question about the factors associated with this phenomenon. The resolution of this second question allows analyzing the situation in greater detail and offers heterogeneous impacts that are useful for planning policies to help mitigate sedentary lifestyles and insufficient physical activity during future restrictions.

In relation to screen time, it is noteworthy that a greater exposure to television within the framework of COVID-19 ASPO was associated with a profile of children and adolescents different from that which increased their exposure to the use of the Internet. These differential profiles in relation to the phenomenon of increased exposure to television or the use of the Internet allow understanding that the joint analysis of exposure to screens is not the most appropriate insofar as it does not allow access to this diversity of attributes and contexts. Indeed, it is now recognized that not all sedentary behaviors are harmful to children and adolescents (3) and, in turn, not all sedentary behaviors depend on the same factors (18). In present work, no distinction was made between using the Internet for school and recreational purposes; therefore, part of the increase in the use of the Internet during COVID-19 ASPO may be due to the irruption of virtual schooling. The results presented here, although not conclusive, go in this direction. On the one hand, the proportion of young people who spent more than two hours a day on the Internet increased significantly in the group attending school, whereas in the group not attending school this increase was not statistically significant (Table 3). On the other hand, adjusting for other factors, the chance of using the Internet for more than two hours during COVID-19 ASPO, although not significant, was higher among young people who do attend school (Table 4).

In the case of watching television for more than two hours, it was more likely in children than in adolescents and in single-parent households than in two-parent households. In this same sense, antecedents have shown that children in single-parent households have more screen time than in two-parent households, with no differences in the case of adolescents (18). Qualitative studies showed that many parents use television to entertain their younger children while they are doing household chores or when they are tired (19). In the situation of ASPO, this may have had some influence in the case of parents who needed to work at home.

As reported in similar antecedents, in the sample analyzed there was no greater probability of more television time as a function either of the number of siblings in the household (20) or of the socioeconomic level (21).

On the other hand, and as mentioned above, it was clear that there was a greater propensity

not to engage in out-of-school physical activity and sports within the framework of the COVID-19 ASPO in relation to the previous situation. Some results of the present paper were consistent with those of previous studies with similar methodological characteristics, but which were carried out without ASPO. In a study conducted in Canada, it was found that in adolescents, girls were significantly less likely than boys to engage in non-organized physical activity (without an instructor) both in and out of school (22). It was also found that the higher the socioeconomic level, the greater the likelihood of engaging in organized physical activity, again both in and out of school (23). In a longitudinal study in Australia, the likelihood of engaging in non-organized physical activity was significantly lower in 13-year-old girls than in boys of the same age, and this physical activity was less likely to decline among those of higher socioeconomic status (21). Systematic reviews on the topic that included all types of physical activity came to the same conclusions, that is, physical activity is less likely in girls than in boys and in disadvantaged socioeconomic strata than in advantaged ones (22).

Other results of this study have not been entirely consistent with the background. For example, physical activity tends to decrease as the youth get older (21); however, here it was found that the lack of out-of-school physical activity is significantly more likely in children than in adolescents. Possibly this discrepancy is related to the indicator used. Indeed, during the years prior to the COVID-19 pandemic, out-of-school physical activity in urban regions of Argentina has been shown to be less frequent in children than in adolescents (23), which indicates that the ASPO situation has deepened something that was already happening.

A small but significant increase in the probability of not engaging in out-of-school physical activity during ASPO was found with respect to a greater number of young people at home (Table 1). The antecedents on this topic are contradictory, with results opposite to those of the present paper (20) and results differentiated according to sex and age (17). Geographical, cultural and family differences among countries and within the same country may explain some of these discrepancies.

In summary, in urban Argentina, in the COVID-19 ASPO context, non-engagement in out-of-school physical activity increased in a population profile that in a previous context was also more likely not to engage in it (22), such as women, younger children, families with more young people in the household, and the most vulnerable social strata.

Finally, it is of interest to investigate the relationship between sedentary screen behaviors and physical activity. The inverse relationship between recreational screen time and health may be one of cause and effect and/or caused by a decrease in physical activity being replaced by sedentary activities (24). In this regard, it is relevant to note that whereas watching more than two hours of television a day increased the probability of not engaging in out-of-school physical activity, the same did not occur with the use of the Internet. This supports the idea that not all screen use is harmful for young people and that excessive television consumption is consolidated as a health risk factor (23), in this case, limiting opportunities for physical activity. At the same time, the possibility that television time is competing with physical activity time remains open. This relationship would imply further studies.

As limitations of the present work are the indicators used for both screen time and physical activity. Not having access to the amount of all types of recreational screen time consumed or to more details about the type of physical activity performed limits the interpretation of the results. However, this is a feature of much of the research conducted on this topic (21). In the short and medium term, it will be important to advance in methodological standardization to make research on physical activity and sedentary behavior in children and adolescents more comparable.

In terms of strengths, we highlight the fact that the present study used a research design (longitudinal) and a sampling technique (national-level probabilistic) that has rarely been

used, characteristics that have been pointed out as necessary to advance in the knowledge on this topic. Indeed, a recent systematic review of the literature identified methodological shortcomings in localized studies (5). These shortcomings included a lack of demographic information on the participants, a lack of probability samples that would allow inferences to be drawn about the population, and the almost exclusive use of retrospective designs that depended on the participants' memory to recall their activities prior to the restrictions (5), all of which were considered in the present study. As was the case internationally, most children and adolescents in urban regions of Argentina showed deficits in out-of-school physical activity and an increase in sedentary behaviors attributable to COVID-19 ASPO. The phenomenon seemed to affect more the population profile that was already deficient in these aspects, that is, women, younger children, families with more young people in the household and lower socio-occupational strata.

In the face of possible new restrictions, it will be necessary to develop and implement strategies to promote out-of-school physical activity specific to the situation of ASPO.

Acknowledgment

We appreciate the funding from PISAC-COVID19 corresponding to the Call for Argentinian Society in the Post-pandemic of the National Agency for the Promotion of Research, Technological Development and Innovation, within the framework of project 009: "Effects of preventive social isolation in the exercise of the right to health in Argentine children". Likewise, we thank the Universidad Nacional de La Matanza and Universidad Católica Argentina.

References

25. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. 779 p.
26. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020; 54:1451-1462.
27. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl 3):S240-65.
28. Tuñón, I., Laiño, F. (2014). Insuficiente actividad física en la infancia : niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana [en línea] Serie del Bicentenario 2010-2016; boletín nº 2. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Universidad Católica Argentina.
29. Polero P, Rebollo-Seco C, Adsuar JC, Pérez-Gómez J et al. Physical Activity Recommendations during COVID-19: Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 4;18(1):65.
30. Stockwell S, Trott M, Tully M, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine.* 2021;7:e000960.
31. Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl 3):S283-93.
32. Sallis JF, Adlakha D, Oyeyemi A, Salvo D. An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *J Sport Health Sci.* 2020;9(4):328-334.
33. Parker KE, Salmon J, Costigan SA, Villanueva K et al. Activity-related behavior typologies in youth: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 ;16(1):44.
34. Tuñón I. Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y

- adolescencia. Tendencias antes y durante la pandemia COVID-19. CABA: Educa; 2021. 164 p. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025) - 1ª ed
35. Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescent's lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2020; 63, 531–532.
 36. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, Brussoni M et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020; 17:85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
 37. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020; 17:85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
 38. Manon Genin P, Lambert, C, Larras B, et al. How did the COVID-19 confinement period affect our physical activity level and sedentary behaviors? *Methodology and first results from the French National ONAPS Survey*. *J Phys Act Health*. 2021;13, 18, 3:296-303. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0449>
 39. Spitzer, M. Open schools! Weighing the effects of viruses and lockdowns on children. *Trends Neurosci Educ*. 2021;22: 100151. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2021.100151>
 40. López-Gil JF, Tremblay MS, Brazo-Sayavera J. Changes in Healthy Behaviors and Meeting 24-h Movement Guidelines in Spanish and Brazilian Preschoolers, Children and Adolescents during the COVID-19 Lockdown. *Children*, 2021; 8, 83. <https://doi.org/10.3390/children8020083>
 41. Mielke GI, Brown WJ, Ekelund U, et al. Socioeconomic position and sedentary behavior in Brazilian adolescents: A life-course approach. *Prev Med*. 2018 Feb; 107:29-35. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.008>
 42. Rhodes RE, Guerrero MD, Vanderloo LM, et al. Development of a consensus statement on the role of the family in the physical activity, sedentary, and sleep behaviours of children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020; 16;17(1):74. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00973-0>
 43. He M, Irwin JD, Sangster Bouck LM, Tucker P, Pollett GL. Screen-viewing behaviors among preschoolers: parents' perceptions. *Am J Prev Med*. 2005;29(2):120-5. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.04.004>
 44. García Bengoechea E, Sabiston CM, Ahmed R, Farnoush M. Exploring links to unorganized and organized physical activity during adolescence: the role of gender, socioeconomic status, weight status, and enjoyment of physical education. *Res Q Exerc Sport*. 2010;81(1):7-16. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599623>
 45. Kemp BJ, Cliff DP, Batterham M, Parrish AM. Socio-ecological predictors of non-organized physical activity participation and decline between childhood and adolescence. *J Sports Sci*. 2021 Jan;39(2):120-130. doi: 10.1080/02640414.2020.1808296. Epub 2020 Aug 14.
 46. Sterdt E, Liersch S, Walter U. Correlates of physical activity of children and adolescents: A systematic review of reviews. *Health Education Journal*. 2014;73(1):72-89.
 47. Laiño, F., Tuñón, I., Coll, A. (2015). Oportunidades para el juego en movimiento: niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana. *Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie del Bicentenario (2010-2016), boletín n° 2*. Universidad Católica Argentina.
 48. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. 104 p.

ROLES DE GÉNERO EN LA DISTRIBUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS VINCULADAS A LA ALIMENTACIÓN

GENDER ROLES IN THE DISTRIBUTION OF HOUSEWORK RELATED TO FOOD

PAPÉIS DE GÊNERO NA DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS DOMÉSTICAS LIGADAS À ALIMENTAÇÃO

Malena Lopez Mato¹,
Florencia Yasmin
Acerbo², Rocio Lema³.

Resumen

Introducción: Se hace necesario pensar en la alimentación y sus prácticas, más allá de sus propósitos biológicos y explorar a éstas como espacio de producción y reproducción de desigualdades de género.

Objetivos: Explorar la presencia de desigualdades de género en relación a las tareas domésticas vinculadas a la alimentación y sus características en la población que asiste al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 21 del barrio Padre Mugica, Retiro (CABA), durante el primer semestre de 2021.

Materiales y métodos: Se realizó la recolección y análisis de datos a partir de encuestas semiestructuradas y anónimas administradas por el encuestador.

Resultados: La muestra estuvo conformada por un total de 70 mujeres mayores de 18 años que conviven en unidad familiar con al menos un integrante de género masculino. Las mujeres son las principales responsables de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación en las unidades familiares, realizando la elección del menú familiar, la compra, almacenamiento y cocción de los alimentos y el lavado de vajilla y utensilios.

Conclusiones: Las tareas domésticas vinculadas a la alimentación están distribuidas injustamente entre los miembros de las familias, siendo las mujeres las que asumen éstas tareas en su mayoría, evidenciando la persistencia de modelos socioculturales y estereotipos de género. Es fundamental el rol de los profesionales de la alimentación como educadores y educadoras para detener la reproducción de las desigualdades de género vinculadas a las tareas alimentarias.

Palabras clave: Tareas domésticas, alimentación, género

¹Residencia de Nutrición Comunitaria. Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21. Área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez. Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-4762-7228 Contacto: malena-lopezmato@gmail.com
²Residencia de Nutrición Comunitaria. Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21. Área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez. Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-5479-565X Contacto: flor.acerbo@gmail.com
³Residencia de Nutrición Comunitaria. Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21. Área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez. Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-9368-9518 Contacto: rociolema@hotmail.com

DOI: 10.31052/1853.1180.v27.n1.36202

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 21 de diciembre de 2021.
Aprobado: 20 de mayo de 2022.

Abstract

Introduction: It is necessary to think about food and its practices, beyond its biological purposes and explore them as a space for production and reproduction of gender inequalities.

Objectives: Explore gender inequalities related to housework associated with food and its characteristics in the population attending the Health and Community Action Center (CeSAC, according to acronym in Spanish) N° 21, in Padre Mugica neighborhood, Retiro (CABA), during the first two quarters of 2021.

Material and Methods: Data collection and analysis were done based on semi-structured anonymous surveys carried out by the surveyor.

Results: The sample is made up of a total of 70 women over 18 who live in a family unit with at least one male family member. Women are the main responsible for housework associated with food in family units; they are in charge of choosing the menu, doing the shopping, food storage and cooking as well as doing the washing up.

Conclusions: Housework associated with food is unfairly distributed among family members; women are usually in charge of it, which shows the persistence of sociocultural models and gender stereotypes. The role of food professionals as educators is essential to stop gender inequality associated with food related tasks.

Key words: housework, food; gender.

Resumo

Introdução: É preciso pensar a alimentação e suas práticas, além de suas finalidades biológicas e explorá-las como espaço de produção e reprodução das desigualdades de gênero.

Objetivos: Pesquisar a presença de desigualdades de gênero em relação aos afazeres domésticos relacionados à alimentação e suas características na população que frequenta o Centro de Saúde e Ação Comunitária (CeSAC) n° 21 do bairro Padre Mugica, Retiro, Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA), durante o primeiro semestre de 2021.

Materiais e métodos: A coleta e análise dos dados foi realizada a partir de pesquisas semi-estruturadas e anônimas administradas pelo entrevistador.

Resultados: A amostra é composta por um total de 70 mulheres maiores de 18 anos que vivem em uma unidade familiar com pelo menos um membro do sexo masculino. As mulheres são as principais responsáveis pelas tarefas domésticas relacionadas à alimentação nas unidades familiares, escolhendo o cardápio da família, comprando, guardando e cozinhando os alimentos e lavando pratos e utensílios.

Conclusões: Os afazeres domésticos relacionados à alimentação são distribuídos de forma injusta entre os membros da família, sendo que as mulheres assumem essas tarefas em sua maioria, evidenciando a persistência de modelos socioculturais e estereótipos de gênero. O papel dos profissionais da alimentação como educadores é essencial para impedir a reprodução das desigualdades de gênero ligadas às tarefas alimentares.

Palavras-chave: afazeres domésticos; alimentação; gênero.

Introducción

La alimentación distingue tareas diferentes para hombres y mujeres en el ámbito privado de la unidad familiar. Los hombres suelen ser quienes realizan el trabajo productivo con el fin de proveer recursos económicos para alimentar al núcleo familiar, mientras que el trabajo alimentario propiamente dicho es predominantemente femenino (1,2). Este último incluye la adquisición de alimentos, la transformación para su consumo y la organización del acto alimentario familiar en sí (3). Con respecto al trabajo alimentario, las familias ex-

presan la ideología de género basada en la división sexual del trabajo. La misma establece diferencias entre los responsables de las tareas, el reconocimiento o no de la misma y el acceso y decisión sobre los recursos alimentarios en la familia (4).

El género se define como aquello que alude a las diferentes características socioculturales que se adscriben a los sexos biológicos, es una construcción socio-cultural de los mismos (5). Muchas de las desigualdades de género se relacionan con la división sexual del trabajo, manifestándose tanto en el productivo y reproductivo como remunerado y no remunerado, y las funciones de reproducción y cuidado asignadas a las mujeres (6,7). La adjudicación de las tareas domésticas a éstas permanece incuestionada a pesar de su creciente participación en el mercado de trabajo remunerado fuera del hogar (3).

El trabajo remunerado se refiere al trabajo realizado para la producción de bienes o servicios para el mercado, mientras que el no remunerado es aquel entre los cuales se encuentran las tareas domésticas realizadas sin pago alguno y que se desarrolla mayoritariamente en la esfera privada de las unidades familiares (8). El trabajo doméstico vinculado a la alimentación involucra actividades como compra, almacenamiento, conservación, preparación y cocción, el servicio, lavado, recogida de utensilios y el reciclado de las sobras (9). La mayor inserción laboral femenina, sin redistribución de roles en los hogares, ha significado mayor presión sobre las mujeres, implicando una crisis en los cuidados necesarios de la vida individual y familiar. La incorporación de las mismas al trabajo remunerado fuera del hogar no va en paralelo al aumento del cuidado familiar por parte del hombre (10,11). La alimentación es normalmente pensada como un fenómeno individual en relación a las prácticas y decisiones que toman las personas o unidades familiares. No se debe dejar de lado que a su vez la alimentación es un hecho social, cultural, psicológico, biológico y económico (9). Las mujeres no constituyen una clase homogénea, por lo que las responsabilidades que se les adjudican dependen de las condiciones sociales, económicas, etarias y ocupacionales (12).

La Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo en la Argentina, realizada por el INDEC en 2013, revela que a nivel nacional la participación de las mujeres en el trabajo doméstico no remunerado corresponde al 88,9%, mientras que la de los hombres al 57%. En la Ciudad de Buenos Aires las mujeres dedican en promedio 4,9 horas al trabajo no remunerado, frente a los hombres que destinan 3,3 horas. Por otro lado, las mujeres destinan aproximadamente una hora diaria menos que los hombres al trabajo para el mercado, pero destinan más tiempo que ellos al trabajo doméstico, ocupando 3 horas 27 minutos en las mismas y 1 hora 57 minutos los varones. Las diferencias señaladas implican que las jornadas diarias de trabajo total de las mujeres sean más prolongadas que la de los varones (8). A su vez, la literatura define la existencia de doble jornada laboral de las mujeres, es decir, la realización de dos tipos de trabajo en un solo día, uno remunerado en el espacio público y otro no remunerado en el espacio privado (8,13,14).

Chisaro y col. analizaron la distribución del tiempo dedicado al trabajo doméstico no remunerado y cómo se condicionan las elecciones alimentarias del hogar, concluyendo que la distribución de las tareas domésticas es una cuestión de género, donde el rol de la mujer responde a un estereotipo en el que se las responsabiliza de la totalidad de las mismas, incluyendo las elecciones alimentarias. Fueron clasificados cuatro tipos de mujeres a partir de la percepción de la propia responsabilidad y la de los demás miembros de la familia en torno a las tareas del hogar: aquellas “destinadas” a atender al proveedor económico, quienes realizan las tareas domésticas sin cuestionarlas por ser su responsabilidad y obligación como mujeres; en segundo lugar mujeres “educadas” para realizar éstas, quienes se atribuyen la responsabilidad del trabajo doméstico por ser mujeres y pasar mayor tiempo en el hogar, que pueden cuestionar el modelo, pero difícilmente modificar sus prácticas cotidianas. En tercer lugar, mujeres “cuestionadoras” del modelo patriarcal, quienes cuestionan de quién es la responsabilidad de las tareas y por último mujeres “tercerizadoras” de actividades domésticas, que las delegan a otra mujer. La mayoría refirió cocinar por

obligación aunque no disfrute de ésta tarea doméstica (15).

Desde una perspectiva centrada en la vigencia y aplicación de los derechos humanos, Argentina cuenta con la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, con el objeto de eliminar aquello que promueve y sostiene la desigualdad de género, y la Ley 23.179 que expresa que el tipo de violencia simbólica es “la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos, transmite y reproduzca desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad” (16,17).

Por otra parte, durante la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia por COVID-19, diversos relevamientos han demostrado aumento e intensificación del tiempo dedicado a las tareas domésticas y de cuidado por parte de las mujeres. Los informes relevados destacan disminución de los ingresos familiares con profundización de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres así como también la persistencia de la división sexual del trabajo, específicamente en el hogar. Se destaca que las mujeres, respecto de los hombres, dedicaron el triple de tiempo a estas tareas profundizándose aún más en hogares de menores ingresos. Otros relevamientos destacan que los hombres tuvieron un rol primordial en tareas de refacción y mantenimiento de la casa o bien colaborando con aprovisionamiento alimentario(18,19).

Como profesionales de la nutrición, realizamos anamnesis alimentaria en todos los pacientes y observamos que, a pesar de que hoy en día existe mayor conciencia sobre la igualdad de género, en lo que respecta a las tareas domésticas alimentarias, las mujeres continúan haciéndose cargo mayoritariamente de las mismas. Muchas de nuestras pacientes manifiestan dificultades en la adherencia a pautas alimentarias saludables y, al indagar los motivos, suelen referir la falta de tiempo, falta de cooperación por parte de los miembros de la familia y poco poder de decisión sobre el menú familiar. Este fenómeno motivó el deseo por conocer con mayor profundidad la distribución de tareas domésticas vinculadas a la alimentación e identificar prácticas o discursos asociados a la división de dichas tareas que construyen, refuerzan y mantienen estereotipos de género existentes en esta población. Se busca, a su vez, interpelar a los profesionales de la salud, siendo un desafío para la mejora del bienestar biopsicosocial de las mujeres que acuden al sistema de salud público.

El objetivo general de este trabajo es explorar la presencia de desigualdades de género en relación a las tareas domésticas vinculadas a la alimentación y sus características en la población que asiste al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 21 del barrio Padre Mugica, Retiro (CABA), durante el primer semestre de 2021.

Materiales y Métodos

Se incluyeron en el presente estudio mujeres mayores de 18 años que vivieran en unidad familiar con por lo menos un adulto de género masculino. Las mujeres fueron pacientes que asistieron al consultorio de nutrición del CeSAC N°21, ubicado en el Barrio Padre Mugica, localizado en Retiro- CABA, durante el primer semestre del año 2021. Se excluyeron aquellas que no desearon participar de la encuesta y se eliminaron las que no contestaron las preguntas en su totalidad. Se invitó a participar a las mujeres al finalizar la consulta nutricional ya sea propia o de otro miembro de la unidad familiar.

Con respecto a las características de la población que asiste al CeSAC N°21, existe alta vulnerabilidad económica, empleo informal y pobreza(20). En relación a las nacionalidades, hay predominantemente población argentina y también migrantes de Bolivia, Paraguay y Perú (21).

El presente estudio de investigación es de tipo observacional descriptivo, transversal, unicéntrico con cruce de variables cuali y cuantitativas(22). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Las variables se detallan en la tabla 1

Tabla N° 1: Variables utilizadas en el presente estudio de investigación.

Variables sociodemográficas		
Variables	Definición	Operacionalización
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento.	Años cumplidos hasta el momento de realización de la encuesta.
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un Estado o Nación/país en el que la persona nació.	Argentina, Bolivia, Paraguay, Perú, Venezuela, otro.
Nivel de instrucción	Grado más elevado y completo de estudios realizados.	Primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, superior incompleto, superior completo, universitario incompleto y completo.
Composición de la unidad familiar	Integrantes/componentes de la unidad familiar.	Pareja, pareja con hijos, Madre soltera con hijos, varias generaciones.
Variables cuantitativas		
Dimensión: Distribución del trabajo remunerado y no remunerado		
Distribución del tiempo destinado al trabajo remunerado.	Tiempo promedio del día en el que se realizan actividades con contraprestación económica.	Cantidad de horas/día destinadas a la realización de trabajo remunerado.
Distribución del tiempo destinado al trabajo no remunerado.	Tiempo promedio del día en el que se realizan actividades sin ningún tipo de contraprestación económica.	Cantidad de horas/día destinadas a la realización de trabajo no remunerado.
Dimensión: Distribución de tareas domésticas vinculadas a la alimentación		
Persona de la unidad familiar encargada de la elección del menú familiar.	Se entiende por elección del menú a la acción de decidir qué preparación/es estarán incluidas las comidas principales como almuerzo y cena de todos los miembros de la unidad familiar.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.
Persona de la unidad familiar encargada de realizar compra de alimentos y bebidas.	Se entiende por compra la acción de adquisición de alimentos y bebidas para abastecimiento de toda la unidad familiar.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.
Persona de la unidad familiar encargada del almacenamiento de alimentos y bebidas compradas.	Se entiende por almacenamiento de alimentos y bebidas a la organización, higiene, sanitización y guardado de los mismos.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.
Persona de la unidad familiar encargada de las preparaciones previas.	Se entiende por preparaciones previas a limpieza de los alimentos, la eliminación de las partes no comestibles, cortado, picado y métodos de cocción de base para preparaciones, congelado y descongelado de alimentos.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.

Persona de la unidad familiar encargada de puesta y retiro de la mesa.	Se entiende por puesta y retiro de la mesa a la colocación y posterior retiro de toda la vajilla y utensilios utilizados por todos los miembros de la unidad familiar durante las comidas.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.
Persona de la unidad familiar encargada de lavado de vajilla y utensilios.	Se entiende por lavado a la acción de higiene posterior a la alimentación de toda la vajilla y los utensilios utilizados.	Mujer de la unidad familiar, mujer de la unidad familiar y otro integrante de la unidad familiar, pareja, hijos.
Variable cualitativa		
Opinión de las mujeres acerca de la distribución de las tareas domésticas dentro de las unidades familiares.	Se entiende por opinión al juicio de las mujeres de unidades familiares sobre cómo están repartidas las tareas domésticas vinculadas a la alimentación compra y almacenamiento de alimentos y bebidas, preparaciones previas, cocción, puesta y retiro de mesa, lavado de vajilla y utensilios.	<p>Agrupación de discursos en las siguientes categorías:</p> <p>Discursos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el trabajo del hombre de la unidad familiar - el reconocimiento de las tareas domésticas como un deber asignado al género - el cuestionamiento de roles de género - la necesidad de ayuda - la calidad de la alimentación - el desempeño y practicidad de las mujeres en las tareas domésticas <p>La sistematización de esta variable se realizó posterior a la recolección de los discursos.</p>

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta anónima que consistió en un cuestionario semiestructurado con 12 preguntas cerradas correspondientes a las variables socio-demográficas y cuantitativas y una pregunta abierta para la variable cualitativa. Constó de 4 preguntas sociodemográficas, 2 correspondientes a la dimensión “Distribución del trabajo remunerado y no remunerado” y 6 a la dimensión de “Distribución de tareas domésticas vinculadas a la alimentación”. Dicho cuestionario fue administrado por la nutricionista al finalizar la consulta a todas las pacientes o acompañantes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y desearon responder las preguntas, de esta manera, se pudieron incluir participantes que tenían dificultades de lectoescritura.

Los datos fueron registrados en forma manual por la nutricionista utilizando un formulario de Google a modo de facilitar la recolección. Se dispuso en todo momento de conectividad a internet mediante las computadoras del CeSAC N°21 para implementar dicho formulario. Posteriormente, los resultados obtenidos se analizaron empleando el software estadístico VCCstat V 3.0 Beta para Windows. Para la variable edad se calculó la media y, para el resto de las variables cuantitativas, se obtuvo el porcentaje con sus respectivos intervalos de confianza (IC95%).

Cabe destacar que, en lo que respecta a la pregunta abierta, se solicitó autorización a las participantes para registrar la respuesta utilizando una grabadora disponible en el teléfono

móvil de la nutricionista. Posteriormente, se realizó la desgravación pertinente utilizando el procesador de texto Word 2010 para obtener los discursos.

Las investigadoras se comprometieron a mantener la confidencialidad de los datos personales de los pacientes estudiados, de acuerdo a la Ley 26529/2009 y su modificatoria 26742/2012 “Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud”. El presente estudio se adecuó a las normas internacionales de investigación de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Ley 3301 (Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación y a todas las legislaciones y reglamentaciones a las cuales adhiere el Comité de Ética e Investigación.

Resultados

La muestra quedó conformada por 70 mujeres, con edad promedio de 38,7 años. Las nacionalidades más prevalentes fueron las provenientes de Argentina (37,14%) y Paraguay (35,7%), seguidas de Bolivia (14,2%) y Perú (11,43%).

El 58,57% de las mujeres encuestadas convivían con una pareja de género masculino e hijos. El 25,71% de las mismas refirieron convivir solamente con su pareja de género masculino y en un porcentaje menor sólo con hijos (11,43%) o en un mismo hogar con varias generaciones pertenecientes a la misma familia (4,29%).

En cuanto al nivel de instrucción de las participantes, 34,29% poseían secundario incompleto, 27,14% secundario completo, el 20% poseía nivel primario completo y solo una participante tenía título universitario (1,43%).

Los valores absolutos e intervalos de confianza para las variables socio-demográficas pueden apreciarse en la tabla N°2.

Tabla N° 2: Variables socio-demográficas e intervalos de confianza.

Variables sociodemográficas (n= 70)			
Variable	n	%	Intervalo de Confianza
Edad			
Promedio = 38,7 años			37,76-38,23
Convivencia			
Mujer con pareja	18	25.71%	16,33-37,78
Mujer con pareja e hijos	41	58.57%	46,17-70,01
Mujer e hijos	8	11.43%	3,88-31,31
Varias generaciones	3	4.29%	0.89-15,28
Nacionalidad			
Argentina	26	37.14%	26,13-49,57
Paraguaya	25	35.71%	24,87-48,13
Peruana	8	11.43%	3,88-31,31
Boliviana	10	14.29%	7,42-25,16
Venezolana	1	1.43%	0,036-7,84
Nivel de instrucción			
Primario incompleto	4	5.71%	1,57-16,91
Primario completo	14	20.00%	11,74-31,60
Secundario incompleto	24	34.29%	23,62-46,68
Secundario completo	19	27.14%	17,52-39,29
Terciario incompleto	3	4.29%	0,89-15,28
Terciario completo	0	0.00%	0- 5,13

Universitario incompleto	5	7.14%	2,22-17,35
Universitario completo	1	1.43%	0,036-7,84

Fuente: elaboración propia en base a resultados obtenidos.

Estimación del tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado.

De las 70 mujeres encuestadas, el 57,14% (IC95% 44,78-68,71) refirió poseer un trabajo fuera del hogar por el cual recibieran un sueldo, mientras que el 42,86% (IC95% 31,28-55,22) refirió no poseerlo. El tiempo destinado al trabajo remunerado fue menor a 4 hs/día en el 8,57% (IC95% 2,81-26,6), de 4 a 6 hs/día en el 25,71% (IC95% 16,33-37,78) de la muestra, de 6 a 8 hs/día en el 12,86% (IC95% 4,73-33,3) y mayor a 8 hs diarias en el 10% de la misma (IC95% 3,77-29,08).

Con respecto al tiempo estimado destinado al trabajo doméstico no remunerado vinculado a las tareas alimentarias fue menor a 2 hs/día en el 42,86% (IC95% 31,25-55,22), de 2 a 4 hs/día en el 42,86% (IC95% 31,25-55,22), mayor a 4 hs/día en el 8,57% (IC95% 2,81-26,6) y mayor a 6 hs/día en el 5,71% (IC95% 1,57-16,91) de la población encuestada.

Descripción de la distribución de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación dentro de las unidades.

Tabla N°3: Distribución de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación en las unidades familiares e intervalos de confianza.

Variables en estudio (n= 70)

Variable	n	%	Intervalo de Confianza
Elección del menú de la unidad familiar			
Mujer de la unidad familiar	45	64.29%	51,86-75,12
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	20	28.57%	18,71-40,79
Solo pareja	3	4.29%	0,89-15,28
Solo hijos	2	2.86%	0,34-10,66
Compra de alimentos			
Mujer de la unidad familiar	41	58.57%	46,17-70,01
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	15	21.43%	12,87-33,17
Solo pareja	13	18.57%	10,63-30,02
Solo hijos	1	1.43%	0,03-7,84
Almacenamiento de alimentos			
Mujer de la unidad familiar	48	68.57%	56.23-78,85
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	16	22.86%	14,01-34,72
Solo pareja	2	2.86%	0,34-10,66
Solo hijos	4	5.71%	1,57-16,91
Cocción de preparaciones			
Mujer de la unidad familiar	44	62.86%	50,54-73,86
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	24	34.29%	23,62-46,68
Solo pareja	0	0.00%	0- 5,13
Solo hijos	2	2.86%	0,34-10,66
Puesta y retiro de mesa			
Mujer de la unidad familiar	21	30.00%	19,92-42,28
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	36	51.43%	39,27-63,42
Solo pareja	6	8.57%	2,81-26,6
Solo hijos	7	10.00%	3,77-29,08

Lavado/secado/guardado vajilla y utensilios			
Mujer de la unidad familiar	37	52.86%	40,63-64,76
Mujer y otro integrante de la unidad familiar	25	35.71%	24,87-48,13
Solo pareja	3	4.29%	0,89-15,28
Solo hijos	5	7.14%	2,28-17,35

Fuente: elaboración propia en base a resultados obtenidos.

En la tabla N°3 se puede apreciar un predominio en la realización de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación por parte de las mujeres de las unidades familiares en la mayoría de las tareas alimentarias. Las mujeres fueron las principales responsables de la elección del menú familiar (64,29%), como así también de la compra de alimentos (58,57%), del almacenamiento de los mismos (68,57%), de la cocción de preparaciones (62,86%), y del lavado de la vajilla y utensilios utilizados (52,86%). La única tarea que no fue realizada con predominio únicamente por parte de las mismas fue la puesta y retiro de la mesa, en la que además de las mujeres, uno o más integrantes de la unidad familiar participaron (51,43%).

Opinión de las mujeres sobre el trabajo doméstico que realizan las mismas y el resto de la familia.

Por último, se realizó una pregunta abierta sobre la opinión de las mujeres encuestadas acerca de la distribución de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación. Los discursos obtenidos de la desgravación de las respuestas abiertas proporcionadas fueron segmentados en categorías de acuerdo a su naturaleza para una mejor organización de la información.

- Discursos relacionados al trabajo del hombre de la unidad familiar:

Si bien existe un reconocimiento de la responsabilidad poco compartida de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación, la falta del trabajo remunerado fuera del hogar por parte de las mujeres fue la justificación mencionada para ser ellas las principales responsables de las tareas alimentarias.

Por otro lado, aún en los casos en que las mujeres también poseían un trabajo remunerado fuera del hogar, el argumento fue presentar menor carga horaria en comparación con los miembros masculinos de la familia. Se pueden observar ejemplos de dicha situación en las siguientes frases mencionadas por las mujeres encuestadas:

“A mí me parece bien, mi marido viene cansado de trabajar y no tiene tiempo, me ayuda los fines de semana, ya estoy acostumbrada.” 32 años, paraguaya, secundario incompleto (23/04/2021).

“Y la verdad ya ni opino. Se fue dando así porque lo permití y se hizo costumbre. Antes pensaba... pobre, viene de trabajar (su marido) y después se me hizo una obligación. ¿Qué voy a hacer? ¿Voy a ir en contra de la corriente? Ya está.” 49 años, argentina, secundario incompleto (20/04/2021).

Algunas mujeres reconocen que la distribución no es la que desearían sin embargo se sostiene el trabajo por parte del hombre como razón justificativa.

“Podría y me gustaría mejorar la organización de mi casa con la ayuda de mi marido, pero él trabaja todo el día.” 33 años, boliviana, secundario completo (06/05/2021).

Se puede apreciar que los discursos coinciden en la existencia de un hombre encargado

de abastecer económicamente a la familia, lo que de adjudica ciertos permisos en la no realización de actividades domésticas vinculadas a la alimentación. Cabe destacar que, en todos los casos, estos discursos se manifestaron en mujeres de edad media y de diversas nacionalidades.

- Discursos relacionados con el reconocimiento de las tareas domésticas como un deber asignado al género:

Para algunas mujeres las tareas domésticas alimentarias son naturalizadas como una obligación adquirida asociada al género femenino. Fundamentalmente, estos discursos se ven reflejados en mujeres mayores de 40 años que han recibido estas enseñanzas como herencia por parte de sus madres y abuelas.

“A mí me enseñaron que la mujer tiene que hacer todo, (...) que los hijos no pueden hacerlo.” 44 años, paraguaya, primario completo (16/04/2021).

“Hacerlo me hace sentir útil”. 54 años, argentina, secundario incompleto (20/04/2021).

“En mi casa siempre cocinó mi mamá, mi papá solo hacía un asado de vez en cuando” 42 años, argentina, secundario completo (22/04/2021)

- Discursos relacionados con el cuestionamiento de roles de género:

Como contrapartida, algunas de las mujeres encuestadas manifestaron un proceso de cuestionamiento de los roles asignados a cada uno de los miembros pertenecientes al hogar, expresado en frases como:

“No me gusta que la mujer haga todo, es un pensamiento muy machista, tanto el hombre como la mujer lo pueden hacer.” 22 años, boliviana, terciario incompleto (12/03/2021).

“Estoy harta de hacer todo yo (...) me gustaría tener un día de no hacer nada” 33 años, argentina, terciario completo (23/03/2021)

“A la gente le cuesta. Piensan que solamente la mujer debe hacer las cosas (tareas alimentarias).” 68 años, boliviana, primario completo (22/01/2021).

Estos discursos fueron manifestados por mujeres de distintas nacionalidades y de rangos de edad variados, aunque sí se puede apreciar que el concepto de “machismo” asociado a la distribución desigual de tareas fue expuesto por una mujer mucho más joven (22 años).

- Discursos relacionados con la necesidad de ayuda:

Otras participantes mencionaron la necesidad de colaboración, entendiendo estas tareas como exclusivas de la mujer del hogar, pero con necesidad de cooperación por parte de los demás integrantes de las unidades familiares. Se puede observar esto en frases como:

“Me parece bien, colaboramos entre todos, lo hablamos, ya no es como antes que hacía todo la mujer, como mi mamá, ahora yo solo siempre cocino pero ellos me ayudan, van a comprar, lavan.” 23 años, peruana, universitario completo (07/05/2021).

“Me gustaría que me colaboren porque uno tiene que colaborar en todo. Me hacen rezongar y renegar por esto”. 68 años, boliviana, primario completo (12/03/2021).

Por otro lado, en los casos en que las mujeres refirieron colaboración en las tareas domésticas vinculadas a la alimentación, fue por parte de los integrantes de género femenino de

las familias.

“A mí me gusta que seamos un conjunto, me ayudan las nenas a poner la mesa.” 44 años, paraguaya, primario completo (05/05/2021).

Se puede apreciar en estos discursos que las mujeres toman la responsabilidad de las tareas alimentarias de toda la familia pero que manifiestan necesidad de ayuda por parte de otros miembros. Este discurso es uno de los más prevalentes y se replica en mujeres de diversas nacionalidades y edades.

- Discursos relacionados con la calidad de la alimentación:

Además, en algunos casos se justificó la mayor realización de tareas alimentarias por parte de las mujeres por ser ellas quienes cocinan de manera más saludable, evidenciado en la siguiente cita de una de las encuestadas:

“Me parece muy bien como compartimos las actividades, ya que ambos trabajamos las mismas horas fuera de casa. Y como tengo algunos problemas de salud prefiero cocinar yo que lo hago de manera más saludable.” 57 años, argentina, universitario completo (23/04/2021).

- Discursos relacionados con el desempeño y practicidad de las mujeres en las tareas domésticas:

En otros casos, las mujeres encuestadas refirieron anhelar una mejor distribución de las tareas alimentarias, pero al mismo tiempo calificaron el desempeño del labor en el hogar por parte de la pareja o demás integrantes de la familia, como malo, por lo que les era más práctico realizar las tareas por su cuenta para asegurarse que se lleven a cabo de manera correcta:

“Lo hago todo yo porque viste que los hombres son un desastre.” 68 años, boliviana, primario completo (12/03/2021).

“(…) yo me encargo de todo, a veces no doy abasto (…), le dedico todo el día, a mí me gusta que cuando digo ya, ya esté todo hecho, les pido que hagan y tengo que estar retándolos para que cumplan, tardan mucho, a veces digo voy a descansar y no puedo porque tengo que terminar todo. Yo sé hacer todo rápido en 5 segundos, pero ellos tardan o no lo hacen como a mí me gusta que se haga.” 32 años, paraguaya, secundario incompleto.

“Yo hago más tareas en la casa, cocinar siempre yo, me sale más rico, ellos no saben.” 32 años, paraguaya, primario completo (30/04/2021).

“Me organizo, pero yo sola porque mi marido trabaja. Yo pienso que es lo mejor para comer nosotros y él se encarga de comprar, pero yo le indico que tiene que comprar, en donde, no sabe de precios.” 59 años, boliviana, primario completo (09/04/2021).

Particularmente, en esta última categoría de discursos obtenidos, fueron las mujeres de nacionalidad paraguaya y boliviana, las que expresaron dichas opiniones relacionadas con el desempeño y practicidad propia en las tareas domésticas. Para las restantes categorías mencionadas, las respuestas fueron proporcionadas por mujeres de todas las nacionalidades incluidas dentro de la caracterización de la muestra.

Cabe destacar, que si bien no estuvo dentro de los objetivos del presente trabajo realizar comparaciones analíticas, al discriminar las respuestas proporcionadas en función de la nacionalidad, no se pudo apreciar que haya diferencias ó tendencias de respuesta en fun-

ción de esta última. Fueron las mujeres, independientemente de su nacionalidad, las encargadas de manera mayoritaria de la realización de todas las tareas domésticas vinculadas a la alimentación incluidas en la investigación.

Discusión

Pensar la alimentación como práctica individual, familiar o comunitaria, conlleva una relación necesaria con el cuidado y da cuenta de la complejidad del evento alimentario. Las distintas prácticas alimentarias se analizan y explican por la existencia de distintas culturas (23,24). Criado E. et al expresan que las elecciones alimentarias de las mujeres de clases populares no son una simple puesta en práctica de una serie de esquemas simbólicos previos, por el contrario, estas elecciones se toman en situaciones de recursos, fundamentalmente, tiempo y dinero, limitados y en el ámbito de una negociación continua con el resto de los integrantes de la unidad familiar (25).

Además, cómo se mencionó anteriormente, las mujeres no constituyen una clase homogénea a nivel de circunstancias o condiciones, ni intra ni interculturalmente, y existiendo dentro del mismo género diferencias según clase social, edad, ocupación y/o nivel de estudios (26).

Las estrategias de trabajo alimentario no deben ser consideradas decisiones individuales, sino que se hallan influenciadas por restricciones normativas colectivas que sostienen los roles tradicionales de género en el trabajo alimentario, el presupuesto familiar, los gustos personales, el cuidado y la salud (26).

En el presente estudio, el 57,12% de las mujeres encuestadas poseía un trabajo remunerado fuera del ámbito privado, y aun así son ellas quienes mayoritariamente se encargan de las tareas alimentarias del hogar, lo que refleja que no existe una redistribución de las mismas, aun cuando las mujeres se encuentran insertas en el mercado laboral.

Se observa que a pesar de su participación desproporcionada en el trabajo alimentario, los roles de género y la inequidad parecen estar operando dentro de los fundamentos relacionados con el tiempo, los horarios, salud, estándares y reducción de conflictos, o tradición en el caso de quienes refirieron haber aprendido roles alimentarios de género de sus padres y madres, para describir su patrón familiar actual (15).

Por otro lado, en la población de estudio no se hallaron mujeres que tercerizaran las actividades domésticas vinculadas a la alimentación a otras mujeres a cambio de una remuneración.

Beagan et. al sostiene que las mujeres tienen un gran interés en ver la división doméstica del trabajo como justa, ya que reconocer la inequidad implicaría admitir que sienten insatisfacción y por otro lado implicaría también, el riesgo de crear discordia en la familia, cuando las mujeres son responsables de exactamente lo contrario, mantener la armonía haciendo la mayor parte del trabajo alimentario para reducir el conflicto (27).

Otra razón fundamentada por las mujeres para justificar la división del trabajo en el interior de los hogares, se relaciona con la noción de que las mismas tienen altos estándares dando como resultado que hagan la mayor parte del trabajo alimentario fundamentalmente observado en aquellas de nacionalidad paraguaya y boliviana. En el contexto de las ideologías tradicionales de género, las mujeres probablemente serán juzgadas por su desempeño en relación con la comida (27).

El uso diferencial del tiempo dentro del hogar ha sido señalado como determinante para argumentar el predominio de las mujeres en las tareas domésticas. Estudios afirman que detrás de ello, el sustento es la creencia de que el trabajo remunerado de los hombres es más oneroso, lo que justifica una exención del trabajo alimentario, y que el mismo es inherentemente responsabilidad de las mujeres. Esto determina que el trabajo remunerado no exima necesariamente a las mujeres del trabajo alimentario (27).

Las mujeres se perciben cómo las principales responsables de las tareas domésticas, perci-

biendo a sus parejas en un rol de “ayudante” (27). Asimismo, Gracia Arnaiz resalta que las mujeres dirigen las tareas cuando las realiza un tercero, delegando aquello que no implica un saber-hacer muy especializado y que son más fáciles de ejecutar, como la compra de determinados productos que acostumbran a ser siempre los mismos, el servicio de la mesa, el lavado de los platos, asumiendo los trabajos de mayor responsabilidad organizativa (28). Este fenómeno es comparable con los resultados del presente trabajo que arrojan que la única tarea que realiza otro integrante de la unidad familiar de manera exclusiva, además de las mujeres, es la puesta y retiro de la mesa.

Coffey et al. alega que las desigualdades de género en el trabajo de cuidados no remunerado empiezan en la primera infancia y se mantienen durante toda la vida de las mujeres perpetuando un círculo de pobreza, tanto económica como de tiempo (29). Esto se correlaciona con algunos discursos de las mujeres encuestadas, en donde refirieron obtener ayuda por parte de otras mujeres de las unidades familiares, como sus hijas.

La desigualdad de género en el hogar y en el empleo se deriva de representaciones basadas en el género de las funciones productiva y reproductiva, que persisten en las diferentes regiones y contextos socioeconómicos (30,31). Aunque existen variaciones, el modelo familiar en el que el hombre es el proveedor sigue rigiendo y la función de cuidadora de las mujeres en la familia continúa siendo central; engendrando en dicha asociación el mecanismo de producción y reproducción de las desigualdades de género (3). En ocasiones, se toman posturas reduccionistas que atribuyen las desigualdades de género a cuestiones generacionales o de cultura específicas sin tener en cuenta que el ser mujer, es una construcción social delimitada temporal y espacialmente que se construye a partir de procesos de identificación y de diferenciación respecto a los varones y al resto de las mujeres. Esto quiere decir, que no puede separarse el rol de ser mujer de las pautas culturales de una determinada sociedad (32).

A la fecha hay pocos estudios recientes realizados en el tema, en el marco de una población vulnerable y heterogénea respecto a la cultura y nivel de instrucción (15,18). Por ello, impera la necesidad de estudiar dicha dinámica, entendiendo que el cuidado de los integrantes de la unidad familiar no debe ser una responsabilidad exclusivamente femenina, sino una obligación legal y una responsabilidad social compartida. Se hace necesaria una distribución más igualitaria de las tareas domésticas vinculadas a la alimentación, dado que de manera contraria se limitan y condicionan las oportunidades sociales y económicas de las mujeres, ya que el trabajo de cuidados no remunerado constituye el principal obstáculo para la participación de las mujeres en los mercados de trabajo (33).

Por otro lado, es importante poner en relieve que este fenómeno de distribución desigual de tareas domésticas en función del género se visibiliza fuertemente en Latinoamérica. Según un documento relevado por ONU Mujeres y CEPAL, el porcentaje de tiempo dedicado a trabajo doméstico y de cuidados no remunerado según sexo, es mayor en mujeres en comparación con los varones en cada uno de los 18 países estudiados. A su vez, fueron Argentina, Bolivia, Chile y Nicaragua aquellos con mayor proporción de tiempo destinado a las mencionadas tareas (34).

Es imprescindible para avanzar hacia igualdad de derechos, visualizar y reconocer la manera en que operan las relaciones de género en el ámbito privado y diseñar instrumentos adecuados para profundizar el análisis de la información disponible. Asimismo, se resalta la importancia de los/las licenciado/as en nutrición de hacer visible este trabajo no remunerado, reproductivo, social invisible, y naturalizado de las mujeres, teniendo en cuenta la concepción sociocultural de la alimentación y su rol como educadores para evitar que se repliquen estas conductas en la práctica y en los discursos, contribuyendo a desnaturalizar la división sexual del trabajo y las identidades construidas a partir de ella (30).

El fomento de una distribución más equitativa del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados entre mujeres y hombres también ayudaría a abordar los estereotipos y a modificar las normas sociales, permitiendo la transformación tanto los mercados laborales

como en los hogares (35).

Entre las limitaciones del presente estudio se puede mencionar que la herramienta de recolección de datos no ha sido validada. Asimismo, no se indagó si el aislamiento social preventivo y obligatorio llevado a cabo durante la pandemia por COVID-19 afectó la distribución de las tareas domésticas alimentarias. Por otra parte, es importante destacar que no estuvo dentro de los objetivos de la investigación realizar un cruce de variables en función de la nacionalidad de las encuestadas, sin embargo, diversos datos relevados establecen que en toda América Latina, existe la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidado en las mujeres limitando sus oportunidades y obstaculizando el empoderamiento económico (34). Este hecho abre la puerta para la realización de futuros trabajos donde se profundice si existen aspectos dentro del bagaje cultural de cada país que influyan en la distribución desigual de las tareas domésticas.

Para finalizar, se recomienda la realización de investigaciones que contemplen un tamaño muestral que permita extrapolar los resultados a nivel poblacional y, a su vez, se lleven a cabo otros estudios descriptivos que tomen en cuenta la percepción de hombres y niños respecto a la distribución de tareas vinculadas a la alimentación.

Bibliografía

1. Borrel C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(3):245-9.
2. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. :335-54.
3. Red Mundial por el Derecho a la Alimentación y a la Nutrición B f??r die W, FIAN International. Observatorio del Derecho a la Alimentación y a la Nutrición [Internet]. Heidelberg, Neckar: FIAN International; 2019 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.righttofoodandnutrition.org/files/rtfn-watch11-2019_esp_b.pdf
4. Franco Patiño S. La alimentación familiar: una expresión del cuidado no remunerado. *Practicas de oficio*. 2010;6:1-18.
5. Ministerio de Salud. Violencia sobre las mujeres: Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/eps-violencia-sobre-las-mujeres>
6. Girón A, Correa E, editores. Del sur hacia el norte: economía política del orden económico internacional emergente [Internet]. 1. ed. Buenos Aires: CLACSO; 2007. 285 p. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2008000200007&lng=es&nrm=iso
7. d'Argemir D. Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora*. 2014;20(1):167-82.
8. INDEC. Hacia la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado. Documento de trabajo INDEC N° 30 [Internet]. INDEC; 2020. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/documento_trabajo_enut.pdf
9. Mennell S, Murcott A, Otterloo AH van. *The sociology of food: eating, diet, and culture*. London ; Newbury Park, Calif: Sage; 1992. 150 p.
10. Tobío C. Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Rev int sociol*. 2012;70(2):399-422.
11. Brunet Icart I, Santamaria C. La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*. 2016;4(1):61-86.
12. Anigstein MS. Trabajo femenino y doble presencia como condicionante de las estrategias alimentarias familiares y los estilos de vida en hogares de Santiago de Chile. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 28 de marzo de 2022];36(9).

- Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000905006&tlng=es
13. Rodríguez Enriquez C. Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Nueva Sociedad. 256:31-44.
 14. Alcañiz M. Género con clase: la conciliación desigual de la vida laboral y familiar. Revista Española De Sociología [Internet]. 2015;23. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/65362>
 15. Chisaro F, Garcia L, Gattas MF, Mandaglio A, Galarza N, Paiva M. “Si no lo hago yo, no lo hace nadie”. Elecciones alimentarias y trabajo doméstico ¿una cuestión de género? *Diaeta*. 38(172):20-31.
 16. Congreso de la República Argentina. Ley de protección integral a las mujeres. 26485 abr 14, 2009.
 17. Congreso de la República Argentina. Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 23179 jun 3, 1985.
 18. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 p. 154. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46453/1/S2000784_es.pdf
 19. Comisión Interamericana de Mujeres. COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados. *CJP*. 2020;6(15):97-107.
 20. Suárez AL, Mitchell A, Lépoire E, Lépoire E, Pontificia Universidad Católica Santa María de los Buenos Aires, editores. *Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: territorios frágiles de inclusión social*. Buenos Aires: EDUCA, Editorial de la Universidad Católica Argentina; 2014. 315 p.
 21. Cerruti M. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población [Internet]. Ministerio del Interior; 2009. Disponible en: https://www.mininterior.gov.ar/poblacion/pdf/Diagnostico_de_las_poblaciones_de_inmigrantes_en_Argentina.pdf
 22. Castiglia V. Metodología de la Investigación Biomédica: fundamentos. 1°. Buenos Aires: La Imprenta Digital; 2016. 248 p.
 23. Pautassi LC. La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *SC*. 2016;12(4):621.
 24. Solans A, Piaggio L. Cocina y comensalidad entre mujeres migrantes en Buenos Aires. Condiciones de vida y salud. *ConCienciaSocia*. 2018;2(3):74-88.
 25. Criado EM. El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*. 2004;4(4):93-118.
 26. Gracia Arnaiz M. ¿Qué hay hoy para comer?: alimentación cotidiana, trabajo doméstico y relaciones de género. *Caderno Espaço Feminino*. 2009;21(1):209-37.
 27. Beagan B, Chapman GE, D’Sylva A, Bassett BR. ‘It’s Just Easier for Me to Do It’: Rationalizing the Family Division of Foodwork. *Sociology*. 2008;42(4):653-71.
 28. Gracia Arnaiz M. *Comemos lo que somos: reflexiones sobre cuerpo, género y salud*. 1. ed. Barcelona: Icaria; 2015. 267 p. (Observatorio de la alimentación).
 29. Coffey C, Espinoza Revollo P, Harvey R, Lawson M, Parvez Butt A, Piaget K, et al. Time to Care: Unpaid and underpaid care work and the global inequality crisis [Internet]. Oxfam; 2020 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10546/620928>
 30. International Labour Office, Addati L, Cattaneo U, Esquivel V, Valarino I, International Labour Organization. *Care work and care jobs for the future of decent work* [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2018 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=3109795>
 31. Zubia G, Gaona M, Garcia Vargasa A. Género y tareas de cuidado en Gran Jujuy:

- análisis de la estructura laboral y la distribución de las dinámicas de reproducción de la vida doméstica. Estudios del ISHiR. 2020;27:1-40.
32. Pereda Beltrán E. Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras bolivianas. En: Mujeres y trabajo: cambios impostergables [Internet]. Porto Alegre: Veraz Comunicação; 2003. p. 54-65. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101012022000/7pereda.pdf>
 33. Gherardi N, Pautassi L, Zibecchi C. De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado [Internet]. 1°. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA; 2012. Disponible en: <http://www.ela.org.ar/a2/objetos/adjunto.cfm?aplicacion=APP187&cnl=14&opc=49&codcontenido=814&codcampo=20>
 34. ONU Mujeres C. Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. 2020.
 35. ONU Mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016. Transformar las economías para realizar los derechos. Resumen. Rev Estud Fem. 2016;24(2):589-615.

Kevyn Felipe Mendes¹;
Raphael Oliveira Ramos
Franco Netto²;
Mateus Henrique
Guiotti Mazão Lima³;
Luã de Moraes Lima⁴;
Leiliane Cássia Moratas⁵;
Renato Sanchez⁶;
José Luis Gamarra
Insfrán⁷;
Vanessa Alves Paraizo⁸.

¹Universidad Internacional
Tres Fronteras, UNINTER,
Pedro Juan Caballero.
Paraguay ORCID: 0000-
0002-2239-0009 Contacto:
kevynmedicina@gmail.com

²Universidad Internacional
Tres Fronteras, UNINTER,
Pedro Juan Caballero.
Paraguay ORCID: 0000-
0002-2239-0009 Contacto:
cpedecpjc@gmail.com

³Universidade Federal de
Goiás, UFG, Goiânia, Goiás.
Brasil ORCID: /0000-0002-
6586-6177 Contacto:
cpedecpjc@gmail.com

⁴Universidad Autónoma
del Sur, UNASUR, Zanja
Pytá. Paraguay. Contacto:
moraislua@icloud.com

⁵Universidad Autónoma
del Sur, UNASUR, Zanja
Pytá. Paraguay. Contacto:
moratas.leiliane@gmail.com

⁶Universidad Internacional
Tres Fronteras, UNINTER,
Pedro Juan Caballero.
Paraguay. Contacto:
cpedecpjc@gmail.com

⁷Universidad Internacional
Tres Fronteras, UNINTER,
Pedro Juan Caballero.
Paraguay. Contacto:
cpedecpjc@gmail.com

⁸Pontificia Universidade
Católica de Goiás - Goiânia,
Goiás - Brasil. Contacto:
cpedecpjc@gmail.com

DOI:10.31052/1853.1180.
v27.n1.29365

@Universidad Nacional
de Córdoba



Trabajo recibido: 30
de julio de 2020.
Aprobado: 7 de
junio de 2022.

PREVALENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN MATO GROSSO DO SUL BRASIL ENTRE 2010 Y 2018

PREVALENCE OF TUBERCULOSIS IN MATO
GROSSO DO SUL BRAZIL BETWEEN 2010
AND 2018

*PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE EM MATO
GROSSO DO SUL- BRASIL- ENTRE 2010 E
2018*

Resumen

La tuberculosis (TB) es una enfermedad con impacto mundial y también en Brasil. La enfermedad posee relación con condiciones socioeconómicas, así como con fallas en las políticas públicas para combatirla. **Objetivo:** Describir y analizar casos de TB en el estado de Mato Grosso do Sul, de 2010 a 2018. **Metodología:** Se realizó una investigación retrospectiva de casos de TB a través del SINAN. **Resultados:** Fueron seleccionados datos de género y edad, con 7336 casos masculinos y aproximadamente 1443 casos en el género femenino. La tuberculosis afecta principalmente a personas con una edad económicamente activa, entre 20 y 59 años. Los infectados tienen más probabilidades de tener baja educación, la población reclusa que tiene TB es significativa. **Conclusión:** Los números de TB están bajando y Brasil está haciendo inversiones para diagnosticar y prevenir, es importante discutir estrategias efectivas para el control de la TB en áreas urbanas y institutos de reclusión.

Palabras clave: Tuberculosis. Perfil epidemiológico. Población indígena. Población privada de libertad. Población fronteriza. Poblaciones vulnerables.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a disease with impact in the whole world and also in Brazil. The disease is related to socio-economic conditions as well as failures in public policies to fight against it. Objective: Describe and analyze TB cases in the state of Mato Grosso do Sul, from 2010 to 2018. Method: Retrospective research of TB cases through the Information System of Notification of Grievances (SINAM, according to acronym in Portuguese). Results: Information of gender and age was considered; there were 7336 male cases and about 1443 female cases. TB mainly affects people within economically active ages, between 20 and 59. Infected people are more likely to have lower education; the population with TB in prisons is significant. Conclusion: TB cases are going down and Brazil is investing to diagnose and prevent it; it is important to discuss effective strategies to control TB in urban areas and in prisons.

Key words: Tuberculosis; Epidemiological profile; Indigenous population; Freedom-deprived population; Border population; Vulnerable population.

Resumo

A tuberculose (TB) é uma doença de impacto global, incluindo o Brasil. A doença acha-se relacionada às condições socioeconômicas, bem como a falhas nas políticas públicas para combatê-la. Objetivo: Descrever e analisar casos de TB no estado de Mato Grosso do Sul, de 2010 a 2018. Metodologia: Investigação retrospectiva de casos de TB pelo SINAN. Resultados: Foram selecionados os dados de gênero e idade, com 7.336 casos masculinos e aproximadamente 1.443 casos femininos. A tuberculose afeta principalmente pessoas com idade economicamente ativa, entre 20 e 59 anos. Os infectados são mais propensos a ter baixa escolaridade, a população carcerária que tem TB é significativa. Conclusão: os números da TB estão caindo e o Brasil está fazendo investimentos para diagnosticar e prevenir, sendo importante discutir estratégias efetivas para o controle da TB em áreas urbanas e centros carcerários.

Palavras-chave: Tuberculose; Perfil epidemiológico; População indígena; População carcerária; população fronteiriça; Populações vulneráveis.

Introducción

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo Koch (BK). Esta patología tiene algunas características específicas tales como: un largo período de latencia entre la infección inicial y la presentación clínica de la enfermedad; tiene preferencia por los pulmones, pero también puede ocurrir en otros órganos como huesos, riñones, meninges y respuesta granulomatosa asociada con inflamación intensa y lesión tisular (1).

Se transmite principalmente por vía aérea, de una persona a otra. La infección ocurre principalmente por inhalación de gotas que contienen BK expulsadas por tos, habla o estornudos de una persona con enfermedad activa en las vías respiratoria. La TB no se transmite a través de apretones de manos, compartir alimentos, bebidas o cepillos de dientes, contacto con ropa de cama, asientos de baño o besos (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 declaró la TB como un problema de salud pública mundial afectando aproximadamente a un tercio de la población mundial (3). El Brasil es uno de los países con una gran cantidad de casos de TB y es una prioridad de la OMS para el control de enfermedades en todo el mundo (4). Se estima que 10 millones de personas desarrollaron TB en el año de 2017, lo que llevó a 1,3 millones de muertes. Según la OMS 2016-2020, Brasil ocupa el 20° puesto de la lista de 30 países

prioritarios para la TB y se ha convertido en la 4° causa de muertes por enfermedades infecciosas en el país.

En el estado de Mato Grosso do Sul en los años 2009 a 2019, se notificaron 12.283 casos. Estas cifras están relacionadas con las características sociodemográficas y poblacionales de la región que incluyen una gran parte de los pueblos indígenas, una población privada de libertad y residentes de la región fronteriza. Estas características de la población se presenta como un grupo de alto riesgo, siendo importante una atención prioritaria de las políticas de salud para controlar la TB (5).

La TB es una enfermedad de reflejo social y factores tales como bajos ingresos, malas condiciones de vivienda, acceso inadecuado a la salud, urbanización descontrolada, un aumento en el número de casos de VIH, desnutrición y el fracaso de las directrices y el control preventivo, la TB se considera como perpetuadora de la pobreza, porque los peligros causados por ella generan problemas sociales y económicos (3,6,7). El Consejo Nacional de Salud, mediante la Resolución N ° 444/2011, indica que las acciones de control de la TB deben llevarse a cabo junto con otras estrategias de salud pública, a fin de desarrollar políticas de salud pública que serán necesarias para cualquier población, especialmente como parcelas más desfavorecidas (3).

Dado el escenario actual de TB en el estado de Mato Grosso do Sul, Brasil y el mundo, es necesario estudiar datos clínicos y epidemiológicos sobre la TB, con el fin de facilitar el desarrollo de estrategias para la prevención y el control de la TB. Con esto, este estudio tuvo como objetivo analizar los casos notificados de TB en el estado de Mato Grosso do Sul, en los años de 2010 a 2018.

Metodología

Se trata de un estudio analítico y retrospectivo que analizó la prevalencia de TB en el estado de Mato Grosso do Sul (MS), ubicado en la región centro-oeste de Brasil, en el período de 2010 a 2018. Tal elección fue importante debido a la gran incidencia de esta enfermedad en todo el territorio brasileño, por lo que se considera endémica en el país. Se utilizaron datos del *Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (SINAN) (Sistema de información para enfermedades de notificación obligatoria).

Solo se incluyeron los casos de TB confirmados y notificados en el estado de Mato Grosso do Sul, excluyendo los casos restantes en el resto del país.

Además, las variables analizadas fueron: edad, género, etnia, educación, año de notificación, área de residencia, forma clínica y lugar de institucionalización.

Este análisis permitió conocer mejor la epidemiología de la enfermedad en esta población y posibilita la elaboración de soluciones. Los datos fueron tabulados y procesados por el programa Microsoft Office Excel 2013. Como solo usó datos secundarios, este estudio no necesitó ser enviado para aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP).

Tabla N° 1: Casos por año de notificación, edad, escolaridad, etnia y género.

Casos confirmados por año de notificación	Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	
	N de casos	900	1045	1089	1095	992	1005	1128	1137	1443	9.834	
Casos por escolaridad	Analfabeto	51	75	69	49	32	46	41	30	55	448	
	1ª a 4ª grado incompleto	144	145	155	159	139	150	125	157	189	1363	
	4ª grado completo	88	74	70	71	63	52	51	63	94	626	
	5ª a 8ª grado incompleto	142	147	189	188	175	160	187	182	275	1645	
	Fundamental Completo	63	60	54	77	58	58	83	62	102	617	
	Medio Incompleto	45	47	54	71	70	75	67	90	134	653	
	Medio Completo	44	52	56	58	78	77	77	65	109	616	
	Superior Incompleto	6	19	11	14	9	12	17	8	23	119	
	Superior Completo	13	23	25	19	17	25	20	23	28	193	
	Ignorado	280	385	384	369	335	342	443	439	406	383	
Diagnóstico de tuberculosis por edad	Edad	<1año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 o +
	Cantidad de personas	57	82	65	124	431	4647	3068	444	324	426	166
Casos por etnia	Blanca	309	314	355	365	276	274	308	284	395	2571	
	Negra	92	84	98	88	74	61	73	86	118	682	
	Amarilla	35	13	16	17	9	11	6	17	18	107	
	Pardo	262	349	411	398	437	471	502	516	706	3790	
	Indígena	156	195	132	150	104	101	120	129	158	1089	
	Ignorada	76	90	77	77	92	87	119	105	48	695	
Casos por género	Masculino	625	758	820	806	758	765	863	861	1110	7336	
	Feminino	275	287	269	288	234	240	265	276	332	1443	
	Ignorado	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	

Observando los años de notificación, es claro que entre 2010 y 2018 hubo un total de 9,834 casos notificados de TB, con un número creciente de casos de 2010 a 2014, año en el que se notó una caída, y luego volvió a crecer hasta 2018, año con el mayor número de casos reportados, con un total de 1443 (Tabla 1).

Ahora analizando las características personales de las personas diagnosticadas con TB en el estado de Mato Grosso do Sul en los años 2010 a 2018, se observó que la mayoría tenía entre 20-39 años (con 4647 casos) y 40- 59 años (con 3068 casos), como se muestra en la tabla 1.

En cuanto a educación, a su vez, se diagnosticaron más casos en personas cuya educación es de 5 ° a 8 ° grado incompleto (con un total de 1645 casos), población cuya mayor el número se registró en 2018 (275), seguido de los que tenían 1° a 4° grado incompleto con 1363 casos y con el registro más alto también en 2018 (189) (Tabla 1).

Además, se notó que la población más afectada por TB en este período fue de pardos con un total de 3790 diagnósticos, seguida de la etnia blanca con 2571 casos en total. En ambas poblaciones, los registros de casos más altos ocurrieron en 2018, con 706 y 395 casos respectivamente (Tabla 1).

En cuanto al género de la muestra, hubo un total de 7336 masculino y 1443 femenino, cuyas cifras también fueron mayores en 2018 (Tabla 1).

Tabla N° 2: Casos notificados por forma de tuberculosis, zona de residencia y local de institucionalización.

Forma de tuberculosis	Pulmonar	778	903	917	938	843	876	1005	990	1241	8491
	Extra Pulmonar	102	114	141	130	127	115	106	113	161	1109
	Pulmonar + Extra-pulmonar	20	28	31	27	21	14	17	34	41	233
	Ignorado	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Casos por zona de residencia	Ignorado	29	49	26	24	22	20	23	32	24	249
	Urbana	698	732	857	847	800	789	872	897	1132	7624
	Peri urbana	-	3	9	8	8	22	4	10	6	70
	Rural	173	261	197	216	162	174	229	198	281	1891
Casos por local de institucionalización	Presidio	113	158	198	203	158	-	-	-	-	830
	Asilo	1	3	2	2	4	-	-	-	-	12
	Orfanato	5	3	3	3	1	-	-	-	-	15
	Hospital Psiquiátrico	1	3	-	-	-	-	-	-	-	4
	Outro	39	46	39	28	21	-	-	-	-	173
	Ignorado	43	72	51	61	228	1002	1128	1137	1443	5.229

Por otro lado, al evaluar la problemática social de la población, se observó que los casos son más numerosos en la región urbana (7624 casos), seguida de la rural (1891 casos) y la periurbana (70 casos).

En todas estas áreas de residencia, el año con mayor número de registros fue 2018 (Tabla 2). Además, se vio que el lugar de institucionalización fue ignorado en la mayoría de los registros con un total de 5229 notificaciones, los casos registrados, en presidios tuvo el mayor número de casos en el período, un total de 830 (Tabla 2).

Finalmente, entre las formas clínicas de TB, hubo predominio de casos de TB pulmonar (8491 casos), seguido de extra pulmonar (1109) y mixto (pulmonar + extra pulmonar) con

menor número de casos (233), como se ve en la tabla 2.

Discusión

La TB es un problema de salud pública y un desafío para los países, hay 10 millones de personas bacilíferas en todo el mundo y alrededor de 1,5 millones de personas son en gran medida la causa de la enfermedad. En general, la TB afecta al personal masculino, los adultos jóvenes y los países de bajos ingresos, con la asociación de la ocurrencia de TB y factores socioeconómicos (8).

En Brasil, se diagnosticaron alrededor de 73.864 nuevos casos de TB de los cuales los más afectados de 2017 a 2019 fueron los mayores de 10 a 64 años (9).

Los resultados del estudio permitieron conocer el perfil epidemiológico de la TB en el estado de Mato Grosso do Sul, entre 2010 y 2018.

Según datos recolectados del Sistema de Información de Enfermedades Notificables - SINAN, se registraron 7336 casos masculinos (83.5%) y cerca de 1443 casos femeninos (16.4%), valores similares también se registraron en otros estudios (5, 10, 11).

Estos números corroboran en otros estudios, y son prevalentes debido a condiciones relacionadas con el género masculino, consumo de drogas, alcohol, tabaco y exposición ocupacional, además, los hombres tienen menor acceso al servicio de salud, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento precoz (12).

La TB es una enfermedad que afecta principalmente a personas en la edad considerada económicamente activa, es decir, entre 20 y 59 años, según los resultados del trabajo, en el que entra en contacto con otros estudios, existen varios problemas relacionados con este grupo de edad: alcoholismo, drogadicción, desnutrición, fragilidad social, exposición a situaciones de riesgo, desigualdad social, movimientos migratorios, envejecimiento poblacional, enfermedad pulmonar obstructiva, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, factores tales que pueden interferir con las defensas del organismo en el momento de cometer la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (5,9,13)..

Hubo un aumento de TB entre niños y adolescentes, no mostrando diferencia entre otros estudios, en los que indicaron que los niños son infectados por adultos o adolescentes cercanos a la familia, siendo padres, abuelos y hermano mayor. El contacto extrafamiliar, como niñeras y profesores, son fuentes de infección menos frecuentes.

En el caso de un adulto bacilífero, que recibe el tratamiento adecuado, rara vez infecta a los niños, pero el que tiene una TB crónica no reconocida o que recibe un tratamiento inadecuado, es la principal fuente de infección (14), otro factor que contribuye al aumento de casos entre los niños es la falta de diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los casos bacilíferos en adultos, promoviendo así una mayor diseminación de la enfermedad (15).

Se observó que los casos en áreas urbanas tienen números muy expresivos en comparación con periurbanos y rurales, lo que probablemente esté relacionado con el estilo de vida de las personas, como, por ejemplo, una mayor exposición al bacilo de Koch en un ambiente con mayor flujo de personas, lo que aumenta el riesgo de contaminación (16).

En lo que se refiere a la etnia, se observó que la mayor prevalencia fue entre pardos y blancos, los indígenas también tuvieron un número relevante. Teniendo en cuenta que estos grupos enfrentan barreras discriminatorias tanto para utilizar la red de salud como para obtener mejores oportunidades de ingresos (15).

El nivel de educación de los pacientes diagnosticados de TB fue de 1645 individuos con educación primaria incompleta, la prevalencia de baja educación entre los pacientes bacilíferos, predominante en este y corroborando con otros estudios, siendo un factor determinante para el aumento de la vulnerabilidad social a la que el individuo está expuesto, lo que aumenta las posibilidades de desarrollar la enfermedad y la mala adherencia al tratamiento, debido a la escasa comprensión de la enfermedad (17).

Según datos del SINAN, que se muestran en la tabla 2, se contabilizaron 830 casos en cárceles, 12 casos en asilos y 15 en orfanatos entre los institucionalizados, dichos datos fueron recolectados hasta el 2014, por falta de registro en el sistema. demasiados años. El aumento del riesgo de contaminación es considerable, debido al confinamiento, que promueve la rápida propagación del bacilo, el retraso en el diagnóstico, por falta de asistencia al preso, la privación del derecho a la salud y el abandono del tratamiento (18, 19).

La población penitenciaria está en contacto con varios factores de riesgo como hacinamiento, malas condiciones, celdas mal ventiladas, falta de luz solar, mala alimentación, alto índice de VIH, etc. Los datos son aún más expresivos si se mira el año 2019, donde el 11% de los nuevos casos de TB están destinados a PPL (población privada de libertad) (9).

En cuanto a la forma clínica más evidente en esta investigación, como resultado se obtuvo la pulmonar, que no difiere de la literatura, en la que se destaca como la forma más conocida y principal de transmisión de la enfermedad, requiriendo así una atención especial para la disminuyó la incidencia y redujo las infecciones latentes al interrumpir la cadena de transmisión (16,20).

Además, los determinantes sociales son uno de los mayores factores responsables del aumento de nuevos casos, la aceleración de la urbanización, la mala distribución del ingreso, la pobreza y la exclusión social. Valença et al. (2016), relacionan los casos de TB en detención con las precarias condiciones de vida del encarcelamiento y el analfabetismo, destacando que los determinantes sociales con los principales factores responsables del aumento de nuevos casos son: la aceleración de la urbanización, la distribución de casos renta, pobreza y exclusión social (7,21).

Conclusión

El presente estudio permitió conocer las características del perfil epidemiológico del estado de Mato Grosso do Sul, reportado en el período comprendido entre 2010 y 2018. Lo que se presentó no es muy diferente del escenario nacional, en el cual las cifras han ido aumentando exponencialmente. La TB es curable cuando el paciente se adhiere y completa todas las etapas del tratamiento, pero aun así, es necesaria la atención de los profesionales de la salud, buscando mejores formas de concienciar a la población.

La sociedad también debe asumir su papel, frente a este problema crítico, estar abierta a la información que se le transmita y estar comprometida con el tratamiento y la cura, para buscar la erradicación de esta enfermedad en Mato Grosso do Sul, Brasil y el mundo.

Brasil ha venido impulsando innumerables acciones que apuntan a reducir la morbilidad y mortalidad por TB, invirtiendo fuertemente en la promoción de la salud y prevención de nuevos casos, e incluso en nuevas tecnologías para obtener la efectividad del diagnóstico, es decir, a través de la vacuna BCG, la expansión de la vigilancia y recomendaciones para la investigación y tratamiento de la infección latente por *Micobacterium Tuberculosis*, implementación de estrategias de atención, para favorecer y fortalecer el vínculo y la adherencia al tratamiento, con el objetivo de un diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y consistente y sobre todo evitar la TB farmacorresistente.

Por lo tanto, a la vista de la información proporcionada en este artículo, es posible concluir que es importante discutir mejores estrategias, que sean más eficientes para el control de la TB, especialmente en áreas urbanas y en institutos de reclusión, para obtener mejores resultados en el futuro, con reducción efectiva.

Referencias

1. Organization WH. Global Tuberculosis Report 2019. Licence: CC BY-NC citation. 2019. 297 p.
2. Macedo JL, Oliveira AS da SS, Pereira IC, Assunção M de JSM. Perfil epidemiológico da tuberculose em um Município do Maranhão. *Rev Ciência Saberes - Facema* [Internet]. 2015;3(4):699–705. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/251>
3. Ministério da Saúde. Manual de para o Controle da Tuberculose [Internet]. Ministério da Saúde. 2019. 364 p. Available from: https://www.telelab.aids.gov.br/index.php/bibliotecatelelab/item/download/172_d411f15deeb01f23d9a556619ae965c9
4. World Health Organization; Licence: CC BY-NC citation. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NCSA, 3.0 IGO. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. [Internet]. 2017. 262 p. Available from: <http://apps.who.int/iris>.
5. Ferraz AF, Valente JG. Aspectos epidemiológicos da tuberculose pulmonar em Mato Grosso do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):255–66.
6. Standards D. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. *Am Rev Respir Dis*. 1990;142(3):725–35.
7. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*. 2018;24(2):115–9.
8. Sotgiu G, Goletti D, Matteelli A. Global tuberculosis prevention: Should we start from the beginning? *Eur Respir J* [Internet]. 2019;54(3):1–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01394-2019>
9. BRASIL. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Ministério da Saúde Secr Vigilância em Saúde Dep Doenças Condições Crônicas e Infecções Sex Transm. 2020;1:40.
10. Machado SMS. Perfil epidemiológico da tuberculose em Teresina no período de 2003 a 2012. *Cent Univ Uninovafapi Rev Interdiscip*. 2019;9(2):13 20.
11. Oliveira MSR, Sousa LC, Baldoino LS, Alvarenga AA, Silva MNP da, Elias S da CG, et al. Perfil Epidemiológico Dos Casos De Tuberculose No Estado Do Maranhão Nos Anos De 2012 a 2016. *Rev Prevenção Infecção e Saúde*. 2018;4:1–8.
12. Nogueira PA, Abrahão RMC de M, Galesi VMN, López RVM. Tuberculose e infecção latente em funcionários de diferentes tipos de unidades prisionais. *Rev Saude Publica*. 2018;52:13.
13. Pedro AS, De Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: Revisão sistemática da literature. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2013;33(4):294–301.
14. NELSON WE. Tuberculosis in infants and children. *Tex State J Med*. 1948;43(9):553–7.
15. Pinto PFPS, Silveira C, Rujula MJP, Chiaravalloti Neto F, Ribeiro MCS de A. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de São Paulo de 2006 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):549–57.
16. Stefanne R, Souza Cardoso DE, Menaia C, Carvalho Pitangueira F. Perfil Epidemiológico Da Tuberculose No Município De Juazeiro-Ba Epidemiological Profile of Tuberculosis in the City of Juazeiro-Ba. 2020;03(1):58–64.
17. R. C. Menezes, S. G. Silva ERR. Perfil Clínico e Epidemiológico da Tuberculose no Município de Juara, Estado de Mato Grosso. *Rev Inspirar*. 2009;1(1):10–4.
18. Valença MS, Possuelo LG, Cezar-Vaz MR, da Silva PEA. Tuberculose em presídios brasileiros: Uma revisão integrativa da literatura. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(7):2147–60.
19. Larouzé B, Ventura M, Roma Sánchez A, Diuana V. Tuberculosis in Brazilian pri-

- sons: Responsibility of the State and double punishment for the inmates. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1–4.
20. Maria Torres de Matos Freitas W, Cristina dos Santos C, Mesquita Silva M, Amim da Rocha G. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2016;2(7):1–2.
 21. Valença MS, Cezar-Vaz MR, Brum CB, da Silva PEA. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(7):2111–22.

UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL SOBRE LA VIOLENCIA FÍSICA EN LA PAREJA Y LA DISCAPACIDAD

Intersectional Analysis of Physical Violence in Couples and Disability

Uma análise interseccional da violência física pelo parceiro e a deficiência

Resumen

En este artículo presentaremos un análisis interseccional sobre la violencia física que sufren las mujeres europeas discapacitadas –y no discapacitadas por parte de su pareja o expareja a partir de los datos de la encuesta europea realizada por la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) entre los años 2010-2012. En el marco de la perspectiva interseccional multinivel, focalizamos nuestro análisis en la relación intergrupala para analizar las características sociodemográficas de las mujeres discapacitadas que sufren violencia en la pareja y las comparamos con las mujeres que no sufren ningún tipo de discapacidad. Nuestro análisis nos permite detectar qué tipo de relación se establece entre las diferentes divisiones sociales en el caso de las mujeres discapacitadas –y no discapacitadas- en Europa, y qué consecuencias tienen esas divisiones sociales en cuanto a la probabilidad de experimentar violencia de la pareja o expareja. Concluimos que la discapacidad es una división social muy prominente, que trasciende los efectos que habitualmente tienen los bajos ingresos, el vivir en una gran ciudad, o el estado civil de las mujeres, y dispara las posibilidades de sufrir la violencia física de la pareja o expareja.

Palabras clave: Interseccionalidad, violencia física en la pareja/expareja, discapacidad, Europa.

Pilar Rodríguez Martínez¹

¹Universidad de Almería.
España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6347-9117>
Contacto: pilarr@ual.es

DOI: 10.31052/1853.1180.v27.n1.25470

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 21 de mayo de 2021.
Aprobado: 30 de abril de 2022.

Abstract

In this article we will present an intersectional analysis of physical violence suffered from disabled and no-disabled European women from their partners or former partners based on data from the European survey carried out by the European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) between 2010-2012. Within the frame of a multilevel intersectional perspective; we focus our analysis on the intergroup relationship to analyze the sociodemographic characteristics of disabled women who suffer violence within their couples and we will compare them with women who do not present disabilities. Our analysis lets us figure out what kind of relationship is established among different social divisions in the case of disabled women - and no disabled- in Europe, and what the consequences of such social divisions are regarding the possibility of suffering violence from the partner or former partner. We conclude that disability is a prominent social division, going beyond the usual effects of low incomes, living in a big city, or women's marital status, and it triggers the possibility of suffering physical violence from the partner or former partner.

Key words: Intersectionality; physical violence from partner/ former partner; disability, Europe.

Resumo

Neste artigo apresentaremos uma análise interseccional da violência física sofrida por mulheres europeias com e sem deficiência por seu parceiro ou ex-parceiro com base em dados da pesquisa europeia realizada pela European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) entre os anos 2010-2012. No marco da perspectiva interseccional multinível, focamos nossa análise na relação intergrupala para analisar as características socio-demográficas de mulheres com deficiência que sofrem violência por parceiro íntimo e as comparamos com mulheres que não sofrem algum tipo de deficiência. A nossa análise permite-nos detectar que tipo de relação se estabelece entre as diferentes divisões sociais no caso das mulheres com deficiência - e não deficientes - na Europa, e que consequências essas divisões sociais têm em termos de probabilidade de sofrer violência por parceiro íntimo ou ex-parceiro. Concluímos que a deficiência é uma divisão social de grande destaque, que ultrapassa os efeitos que a baixa renda, morar em uma grande cidade ou o estado civil da mulher costumam ter, e desencadeia as possibilidades de sofrer violência física por parte do parceiro ou ex-parceiro.

Palavras-chave: Interseccionalidade, violência física do parceiro/ex-parceiro, deficiência, Europa.

Introducción

Según el Informe Mundial sobre Discapacidad (1), la discapacidad es una parte de la condición humana. Sobre un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, y entre ellos, entre un 2 y un 4% tienen dificultades significativas para funcionar en la vida cotidiana. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Para empezar, es mayor entre los países con ingresos más bajos; afecta más al quintil más pobre de la población, a los que no tienen un trabajo remunerado, a los que tienen poca formación académica, a las personas de mayor edad, y a las mujeres. Además, la discapacidad aumenta significativamente el riesgo de sufrir violencia física por parte de la pareja o expareja (2).

En este artículo nos centraremos en la violencia física por parte de la pareja o expareja. Trataremos de determinar si la prevalencia de la violencia física por parte de la pareja o

expareja que sufren las mujeres europeas que manifiestan sufrir algún tipo de discapacidad se puede atribuir a los mismos factores que en el caso de las mujeres que no sufren ningún tipo de discapacidad, a partir de los datos recogidos en la encuesta europea realizada por la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) entre los años 2010-2012. Abordaremos nuestro análisis teniendo en cuenta la perspectiva interseccional para tratar de determinar hasta qué punto intersecta la discapacidad con otras divisiones sociales.

El concepto de interseccionalidad se refiere específicamente a la relación entre las posiciones sociales complejas que afectan a la relación entre las desigualdades. En concreto, las autoras suelen referirse con ese concepto a la relación entre las desigualdades de género, discapacidad, raza y otras categorías en individuos, prácticas sociales, acuerdos institucionales e ideologías culturales, junto con los resultados de estas interacciones en términos de poder (3). En este artículo exploramos la prevalencia de la violencia que sufren las mujeres discapacitadas en comparación con la no discapacitadas, asumiendo que la violencia contra las mujeres tiene múltiples causas; y que la combinación de diferentes divisiones sociales puede reducir, aumentar, multiplicar o incluso cambiar cualitativamente, la experiencia de un grupo concreto de mujeres.

Desde los inicios del planteamiento interseccional, Crenshaw planteaba que las desigualdades que las mujeres negras sufrían quedaban invisibilizadas ya que no coincidían con las de sus compañeros negros o con las de las mujeres blancas. Sin embargo, desde aquel primer planteamiento se han producido avances en el análisis interseccional, especialmente en relación con los diferentes niveles de análisis (4).

El análisis interseccional multinivel destaca tres niveles: el anti categorial, el intracategorial y el intercategorial. En palabras de McCall, el primer nivel de análisis se refiere a la complejidad anti categoría, que “se basa en una metodología que deconstruye las categorías analíticas” (2005: 1773). El segundo nivel de análisis, el intra-categorico, “se enfoca en el estudio intensivo de grupos individuales o casos” (2005: 1782). En otras ocasiones se ha llevado a cabo un análisis de estos dos niveles de análisis referidos a la violencia en la pareja y la violencia laboral, puesto que son niveles de análisis que se pueden llevar a cabo muy bien con datos cualitativos (5).

Sin embargo, también se pueden hacer análisis interseccionales con datos cuantitativos si nos centramos en el tercer nivel de análisis. En dicho nivel, el inter categorico, el enfoque interseccional trata de “documentar las relaciones de desigualdad a lo largo de grupos sociales” (2005: 1773). De acuerdo con el trabajo de Winker y Delege, en este nivel de análisis “se hace un uso estratégico de las categorías y se analizan las relaciones de las desigualdades múltiples entre grupos socialmente contruidos” (6). Según lo resumido por Anthias, el nivel inter-categorico profundiza en las conexiones entre las categorías (por ejemplo, comparando datos sobre género y composición étnica de los mercados laborales)” (7). En este trabajo centraremos nuestra atención en determinar si la experiencia de violencia en la pareja de las mujeres discapacitadas difiere- o no- de la experiencia de las mujeres no discapacitadas.

La discapacidad es una división social. Lejos de los mitos que asociaban la discapacidad con “asexualidad” (8), los estudios feministas sobre la discapacidad han destacado que, al igual que el sexo-género, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino que tiene que ver con la relación de la persona con su entorno social (9,10). De modo que la discapacidad debe ser considerada como una categoría social, pues los individuos pueden experimentar diferentes “dificultades” –físicas, psíquicas, etc- que les impiden desarrollar determinadas tareas de igual modo que las personas no discapacitadas, pero dichas

“dificultades” llegan a serlo porque en nuestra sociedad se asocian con la exclusión y marginación social. De hecho, hay quienes reivindican el término de diversidad funcional en lugar de “discapacidad”, que incorporaría “los postulados de los movimientos de vida independiente y que, en lo que aquí nos importa, demanda la consideración de la persona con discapacidad (o con diversidad funcional, término que se utiliza por este movimiento y que ya está cobrando cierto éxito) como un ser valioso en sí mismo por su diversidad” (11).

Los estudios destacan que las mujeres que sufren algún tipo de discapacidad sufren más violencia en la pareja que las mujeres que no sufren discapacidad (2), pero se sabe poco sobre las relaciones de la discapacidad con otras desigualdades. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, ésta está relacionada con peores resultados sanitarios y académicos, con una menor participación económica, tasas más altas de pobreza, mayor dependencia y participación limitada (1).

Los estudios cualitativos han destacado que la discapacidad altera cualitativamente las divisiones sociales que sufren las mujeres. Un ejemplo de las diferencias cualitativas serían los estudios que han tratado de contrastar el ciclo de la violencia en la pareja de Walker (12). Como señala Carman, en el caso de las mujeres discapacitadas dicho ciclo no tiene una fase de “luna de miel” tras los episodios de malos tratos, por lo que se puede decir que la experiencia de violencia en la pareja de las mujeres discapacitadas no se corresponde con la experiencia descrita en los estudios tradicionales que tratan sobre mujeres no discapacitadas.

Un modelo para acercarnos al estudio de la violencia física en la pareja o expareja entre las mujeres discapacitadas nos lo ofrece Brownridge DA, 2006 (13). Según este autor, hay tres grupos de variables que se deben investigar para conocer los factores de riesgo que afectan a la violencia en la pareja entre las mujeres discapacitadas. El primer factor se refiere a la relación de dependencia en la pareja: la duración de la relación (cuanto más larga, más posibilidades de violencia física); la incompatibilidad educativa (cuanto más alto el nivel educativo de la mujer respecto a la pareja, menos probabilidad de violencia). Además, habría factores relacionados con la víctima: la edad (a más edad, más probabilidades de sufrir la violencia), el nivel socioeconómico (cuanto más bajo, más probabilidades de violencia) o la mala salud. A esas variables habría que sumar el estado civil y el hábitat de residencia, que también han demostrado guardar relación con la prevalencia de la violencia física entre las mujeres (14-16). Por último, Brownridge señala las variables relacionadas con las características del perpetrador: consumo de alcohol (a más consumo, más violencia), y la relación sexual posesiva también aumentan el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja (13).

A ese conjunto de factores habría que añadir las variables relacionadas directamente con la violencia. Pues, como se ha destacado en otros estudios, la violencia física contra las mujeres se asocia también a una mayor violencia física. Es decir, que las mujeres que sufren violencia física por parte de la pareja, suelen sufrir también violencia sexual y otras violencias por parte de personas que no son la pareja o expareja (5,16,17).

Objetivos de la investigación

El objetivo principal de este trabajo es explorar qué tipo de combinación concreta de desigualdades afecta a las mujeres discapacitadas europeas en comparación con las no discapacitadas. Además, pretendemos determinar si esa combinación es la misma que puede observarse entre las mujeres que no declaran sufrir ningún tipo de discapacidad.

Así pues, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de multidimensionalidad se produce en la experiencia de violencia en la pareja entre mujeres que sufren algún tipo de discapacidad? ¿Podríamos decir que sufren una violencia cualitativamente diferente? Desde los planteamientos interseccionales se considera que en nuestras sociedades no se produce una adición de las opresiones, sino que hay determinadas categorías sociales que en unas determinadas circunstancias se pueden solapar con otras, pero no podemos saber de antemano cuáles son las variables que se solaparán. El único modo de saberlo es observar cómo se combinan los factores que aumentan la probabilidad de sufrir violencia física por parte de la pareja o expareja entre las mujeres que dicen sufrir discapacidad y las que afirman que no sufren discapacidad.

Método

Para responder a esas preguntas, llevamos a cabo un análisis de los datos recogidos en la encuesta europea sobre violencia contra las mujeres, realizada por la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) entre los años 2010-2012. En esa encuesta se entrevistó a 42.000 mujeres, en una muestra representativa de mujeres en cada uno de los 28 países de la Unión Europea¹. En cada país se entrevistaron un mínimo de 1500 mujeres, de entre 18 y 74 años de edad, residentes de la Unión Europea. Todas las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas por azar, de modo que los resultados de la encuesta son representativos a nivel de la Unión Europea y en cada uno de los países. Las mujeres fueron entrevistadas cara a cara por parte de encuestadoras en sus propios domicilios utilizando un cuestionario normalizado elaborado por el FRA a partir de instrumentos de encuesta consolidados. Las entrevistas se realizaron entre abril y septiembre de 2012.

De las 42.000 mujeres entrevistadas en total, 1912 señalaron haber sufrido algún tipo de discapacidad y 37386 declararon que no sufrían ningún tipo de discapacidad. El porcentaje de mujeres que declaran haber sufrido algún tipo de violencia contra las mujeres es significativamente mayor entre el grupo de las que han sufrido discapacidad en comparación con las mujeres que no han sufrido discapacidad. Un 26,4% de las mujeres que han sufrido discapacidad y un 16,1% de mujeres que no han sufrido discapacidad declaran haber sufrido violencia física por parte de su pareja o expareja.

Puesto que la encuesta había sido diseñada para obtener información sobre la violencia que sufren las mujeres, disponemos de suficientes variables que nos permiten analizar las variables asociadas a la prevalencia de la violencia física por parte de la pareja o expareja en mujeres que declaran sufrir discapacidad y las que declaran no haberla sufrido.

La técnica de análisis que escogimos para comparar las variables asociadas a la prevalencia de la violencia física de la pareja o expareja es el análisis discriminante (DFA) que hemos realizado usando el software de análisis de datos cuantitativos SPSS. La DFA es una técnica paramétrica que determina el porcentaje de variación en la variable dependiente explicada por las independientes y evalúa la importancia relativa de las variables independientes en la clasificación de la variable dependiente.

En nuestro caso, hemos trabajado con la variable “He sufrido violencia física por parte de mi pareja o expareja” (variable dependiente), tomando como variables independientes todas aquellas que en otros estudios revisados han sido relacionadas con la violencia física por parte de la pareja o expareja. En cuanto a las características de la relación hemos seleccionado dos variables: F05 (¿piensas que tienes la misma capacidad de decisión que tu pareja en lo que se refiere a los ingresos del hogar?); F06 (¿cuánto tiempo lleváis juntos desde que empezasteis la relación?); F04 (¿tu pareja gana menos que tú, ganáis lo mismo o

¹ El texto completo del cuestionario así como la ficha técnica se pueden encontrar en <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-technical-report>.

ganáis más que él?). En lo que se refiere a las características del perpetrador hemos seleccionado las siguientes: edad de la pareja; F01 (edad de tu pareja); F07 (¿con qué frecuencia bebe tanto tu pareja que se emborracha?); F09 (¿cuál es el nivel educativo más alto que tu pareja ha conseguido?); F08 (¿tu pareja ha sido violenta físicamente contra alguien fuera de la familia?). Para explorar las características de la víctima hemos seleccionado las variables: A04C (¿estás separada?); J08 (lugar de residencia: ciudad grande /no ciudad grande); trabajo doméstico exclusivo (si/ no); J02 (ingresos combinados del hogar). Por último, para investigar sobre la experiencia con la violencia hemos introducido las variables: RecL02 (he recibido violencia sexual por parte de mi pareja o expareja); RecL03 (desde los 15 años he recibido violencia física por otra persona que no era mi pareja o expareja); y RecL04 (desde los 15 años he sufrido violencia sexual por parte de otra persona que no era mi pareja o expareja). Aplicamos la técnica de análisis de modo separado entre las submuestras de mujeres discapacitadas y las no discapacitadas.

Resultados del análisis

Como antes hemos adelantado, el porcentaje de mujeres discapacitadas que han sufrido violencia física por parte de sus parejas o exparejas es significativamente más alto que el porcentaje de mujeres no discapacitadas que han sufrido esa u otra violencia física o sexual. Un 26,4% de las mujeres discapacitadas han sufrido violencia física por parte de su pareja, frente a un 16,1% de las mujeres en la población que no sufre discapacidad; un 11% de las mujeres discapacitadas ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja frente a un 5,5% de mujeres que no sufren discapacidad; un 16,7% de mujeres discapacitadas han sufrido violencia física por parte de una persona que no era su pareja o expareja desde los 15 años, frente a un 10,5% de mujeres no discapacitadas; un 9,3% de mujeres que sufren discapacidad han sufrido violencia sexual por parte de alguien que no es su pareja o expareja desde los 15 años, frente a un 5,1 % de mujeres que no sufren discapacidad. Es más, entre las mujeres que sufren discapacidad, un 21,3 % sufrió violencia física por parte de alguien antes de los 15 años, frente a un 13% de mujeres que no sufren discapacidad; y un 6,9 % de mujeres discapacitadas sufrieron violencia sexual antes de los 15 años por parte de alguien, frente a un 3,8% de las mujeres que no sufren discapacidad. En todos los casos la prueba de chi-cuadrado arroja un resultado de ,000, tanto bilateral como unilateral.

Así que está claro que las mujeres discapacitadas sufren más violencia que las no discapacitadas. La pregunta es si el plus de violencia que sufren las mujeres discapacitadas puede ser explicado con las mismas variables que las que usamos para explicar la violencia que sufren las mujeres no discapacitadas.

En la tabla 2 observamos la media, desviación típica, el valor de F y los resultados de la prueba de igualdad de medias de los grupos, que se ha obtenido comparando a las mujeres que han sufrido violencia física de la pareja o expareja con las que no han sufrido dicha violencia (calculados en cada una de las muestras). Lo primero que destacamos es que todas las variables tienen el mismo signo en los dos grupos de mujeres. Es decir, las variables predictores de la violencia física en la pareja tienen el mismo signo en los dos grupos de mujeres. La media es siempre mayor entre las mujeres que han sufrido violencia física, y mucho más alta entre las mujeres que sufren discapacidad.

Tabla N° 1: Media, desviación típica, F y significación de variable dependiente: He sufrido violencia física por parte de mi pareja o expareja entre las mujeres sin y con discapacidad

	Media no discapacitadas que han sufrido violencia	Media no discap que no han sufrido violencia	Media discapa que han sufrido violencia	Media discapa que no han sufrido violencia	F no disca	F discapac
F04. ¿Tu pareja gana menos que tú, ganáis lo mismo o ganáis más que él?	-27,5	-18,3	-44,1	-36,1	165,3***	8,1**
F05. ¿Piensas que tienes la misma capacidad de decisión que tu pareja en lo que se refiere a los ingresos del hogar?	-41,4	-29,5	-54,5	-42,1	293,0***	21,8***
F06. ¿Cuánto tiempo lleváis juntos desde que empezasteis la relación?	-29,1	-19,8	-44,6	-36,3	189,7***	9,3**
F07. ¿Con qué frecuencia bebe tanto tu pareja que se emborracha?	-30,2	-21,7	-45,4	-37,9	169,6***	7,7**
F08. ¿Tu pareja ha sido violenta físicamente contra alguien fuera de la familia?	-26,5	-20,2	-44,3	-36,6	82,4***	5,1**
F09. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que tu pareja ha conseguido?	-29,2	-20,3	-44,3	-37,0	182,4***	7,3**
F01. Edad de tu pareja	-29,3	-20,0	-43,99	-35,7	202,5***	9,1**
J02. Ingresos combinados del hogar	15,9	20,0	12,07	13,8	64,6***	1,1
A04c. ¿Estás separada?	-96,1	-97,4	-95,9	-97,2	48,0***	2,6
J08. Lugar de residencia: ciudad grande / ciudad no grande	,2	,24	,2	,23	4,2***	,4
RecL02. He recibido violencia sexual por parte de mi pareja o expareja	,2	,008	,36	,01	9933***	679,6***
RecL03. Desde los 15 años he recibido violencia física por otra persona que no era mi pareja o expareja	,3448	,05	,40	,08	5123,0***	335,9***
RecL04. Desde los 15 años he sufrido violencia sexual por parte de otra persona que no era mi pareja o expareja	,1534	,03	,20	,05	1671,0***	122,0***

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de FRA

Así que si cogemos la categoría de mujeres que no declaran sufrir ningún tipo de discapacidad, se puede ver que las que han sufrido violencia ganan más que sus maridos en comparación con las que han sufrido violencia (27,5 frente a 18,3). Esa tendencia es similar entre el grupo de mujeres discapacitadas, pues entre ellas también las que sufren violencia

son las que ganan más que sus maridos (44,1% frente a 36,1%). Las tendencias se repiten en el resto de variables. Las mujeres que no sienten que tienen la misma capacidad de decisión respecto a los ingresos de su hogar son las que más sufren violencia física por parte de su pareja, al igual que las que las que llevan menos tiempo de relación, aquellas cuyo marido se emborracha más frecuentemente, aquellas cuyo marido se comporta de manera violenta con otras personas que no son de la familia, aquellas cuyo marido tiene un nivel de estudios más bajo y se encuentra en un intervalo de edad más joven. Además, sufren más violencia aquellas que trabajan fuera de casa, aquellas que han sufrido violencia sexual por parte de sus parejas o exparejas, y aquellas que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de personas que no eran sus parejas o exparejas desde la edad de 15 años. La desviación típica (que no mostramos aquí) también suele ser mayor en la columna de las discapacitadas, por lo que se puede afirmar que el grupo de las discapacitadas es más diverso que el de las no discapacitadas.

En cuanto a la prueba de igualdad de medias, hay tres variables cuya diferencia de medias no es significativa entre las mujeres discapacitadas que han sufrido violencia física por parte de sus parejas o exparejas: los ingresos de su hogar, el estado civil y el hábitat (rural o urbano). Es decir, mientras que para las mujeres no discapacitadas el descenso de ingresos de su hogar, el estar separada, y el vivir en una gran ciudad incrementa significativamente la probabilidad de sufrir violencia física por parte de la pareja, entre las discapacitadas esas variables no discriminan de manera significativa a las que sufren y no sufren violencia física en la pareja. Dicho de otro modo, una vez que se experimenta una situación de discapacidad, la media de ingresos (mayores o menores), el hábitat (rural o urbano) y el estado civil (separada/no separada) no cambian de manera significativa el porcentaje de mujeres que sufren violencia física.

Pero sigamos presentando el análisis. Lo siguiente es ver si el modelo discriminante para las mujeres discapacitadas y no discapacitadas nos corrobora lo que ya hemos descrito comparando internamente las medias en cada una de las submuestras. En ambos casos, nuestro modelo se valida, puesto que permite predecir un 88,4% de los casos entre las mujeres no discapacitadas y un 84,1% entre las discapacitadas. En el caso de las no discapacitadas, el modelo explica 26,7% de la varianza (con una correlación canónica de ,517) siendo la probabilidad previa de pertenencia al grupo de un 15% y, tras la aplicación del modelo de un 36,5%. En el caso de las discapacitadas el modelo explica un 31% de la varianza (con una correlación canónica de 0,562). La probabilidad previa de pertenencia al grupo es de un 24% y, tras la aplicación del modelo es de un 44,8%.

Las tablas 2 y 3 presentan un resumen de medidas para la interpretación de los resultados de la ecuación discriminante para el grupo de mujeres no discapacitadas y discapacitadas. En ambos casos, las variables que más ayudan a predecir la violencia física en la pareja o expareja son las que tienen que ver con otro tipo de violencias sufridas por las mujeres (que la pareja o expareja ha ejercido también violencia sexual sobre la mujer, que desde los 15 años ha sufrido violencia física por parte de una persona que no era su pareja o expareja) o ejercidas por parte de su pareja o expareja hacia alguien de fuera de la familia), la edad (menor) de la pareja o expareja y la capacidad de decisión (menor) que tienen sobre los ingresos del hogar.

Tabla N° 2: Resumen de medidas para la interpretación del análisis discriminante. No discapacitadas.

Variable independiente	Estandarizado	Discriminante	Relación F univariante
F04. ¿Tu pareja gana menos que tú, ganáis lo mismo o ganáis más que él?	-,007	-,108	165,3***
F05. ¿Piensas que tienes la misma capacidad de decisión que tu pareja en lo que se refiere a los ingresos del hogar?	-,118	-,143	293,0***
F06. ¿Cuánto tiempo lleváis juntos desde que empezasteis la relación?	-,039	-,115	189,7***
F07. ¿Con qué frecuencia bebe tanto tu pareja que se emborracha?	-,004	-,109	169,6***
F08. ¿Tu pareja ha sido violenta físicamente contra alguien fuera de la familia?	,317	-,076	82,4***
F09. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que tu pareja ha conseguido?	,026	-,113	182,4***
F01. Edad de tu pareja	-,284	-,119	202,5***
J02. Ingresos combinados del hogar	-,041	-,067	64,6***
A04c. ¿Estás separada?	,033	,058	48,0***
J08. Lugar de residencia: ciudad grande / ciudad no grande	,001	,017	4,2***
RecL02. He recibido violencia sexual por parte de mi pareja o expareja	,783	,834	9933***
RecL03. Desde los 15 años he recibido violencia física por otra persona que no era mi pareja o expareja	,520	,599	5123,0***
RecL04. Desde los 15 años he sufrido violencia sexual por parte de otra persona que no era mi pareja o expareja	-,016	,342	1671,0***
Group centroid no	-,255		
Group centroid yes	1,429		
Wilks Lamda	,733***		
(Canonical correlation) ²	,517		

*p<0.05; **p<0.01

Tabla N° 3: Resumen de medidas para la interpretación del análisis discriminante. Discapacitadas.

Variable independiente	Estandarizado	Discriminante	Relación F univariante
F04. ¿Tu pareja gana menos que tú, ganáis lo mismo o ganáis más que él?	-,002	-,108	8,1**
F05. ¿Piensas que tienes la misma capacidad de decisión que tu pareja en lo que se refiere a los ingresos del hogar?	-,103	-,151	21,8***
F06. ¿Cuánto tiempo lleváis juntos desde que empezasteis la relación?	-,114	-,098	9,3**
F07. ¿Con qué frecuencia bebe tanto tu pareja que se emborracha?	-,004	-,090	7,7**
F08. ¿Tu pareja ha sido violenta físicamente contra alguien fuera de la familia?	,310	-,073	5,1**
F09. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que tu pareja ha conseguido?	,042	-,088	7,3**
F01. Edad de tu pareja	-,258	-,098	9,1**
J02. Ingresos combinados del hogar	-,013	-,035	1,1
A04c. ¿Estás separada?	,022	,052	2,6
J08. Lugar de residencia: ciudad grande / ciudad no grande	,040	,021	,4
RecL02. He recibido violencia sexual por parte de mi pareja o expareja	,796	,841	679,6***
RecL03. Desde los 15 años he recibido violencia física por otra persona que no era mi pareja o expareja	,540	,591	335,9***
RecL04. Desde los 15 años he sufrido violencia sexual por parte de otra persona que no era mi pareja o expareja	-,054	,357	122,0***
Group centroid no	-,383		
Group centroid yes	1,208		
Wilks Lamda	,684***		
(Canonical correlation) ²	,562		

*p<0.05; **p<0.01

El segundo grupo de variables que predicen la prevalencia de la violencia física de la pareja en las mujeres no discapacitadas son el que la mujer esté trabajando de modo remunerado, los ingresos de su hogar, el tiempo desde que se empezó la relación, el nivel educativo del compañero, el estado civil de la mujer, que sufriera violencia sexual desde los 15 años por parte de otra persona que no era su pareja, la frecuencia con que se emborracha el compañero, que la mujer gane más que su pareja y que viva en una gran ciudad.

Este segundo grupo de variables que predicen la violencia física entre las mujeres discapacitadas

citadas tenemos el tiempo desde que se empezó la relación, el nivel educativo de la pareja, que la mujer sufriera violencia sexual por parte de una persona que no era su pareja desde los 15 años; que la mujer desarrolle una actividad remunerada, que gane más que su pareja y que su pareja se emborrache. Como ya adelantamos cuando analizamos las medias, en la ecuación discriminante de la submuestra de mujeres discapacitadas los ingresos del hogar de la mujer, el estado civil y el hábitat no son significativos a la hora de predecir la prevalencia de la violencia física por parte de la pareja/expareja.

Conclusiones

Los análisis interseccionales han planteado que las violencias se pueden multiplicar, solapar o incluso anular. En nuestro análisis hemos visto que las mujeres discapacitadas sufren más violencia física por parte de sus parejas o exparejas que las mujeres no discapacitadas. Esa violencia está asociada, por lo general, a las mismas variables. Como hemos visto, la violencia física por parte de la pareja y expareja viene asociada a otro tipo de violencias como la violencia sexual, pero también a otros tipos de violencia (violencia física por parte de otras personas) o violencia que la pareja/expareja ha ejercido sobre otras personas. El peso que tienen esas variables en los dos modelos (de las mujeres que sufren discapacidad y las que no la sufren) corrobora otros estudios que han señalado que las violencias suelen venir juntas en nuestra sociedad, pues nos encontramos con “víctimas múltiples” (5,16,17). Además, en unas y otras hay otras variables que aumentan la probabilidad de sufrir violencia física por parte de la pareja o expareja: la edad (menor) de la pareja o expareja y la capacidad de decisión (menor) que tienen las mujeres sobre los ingresos del hogar.

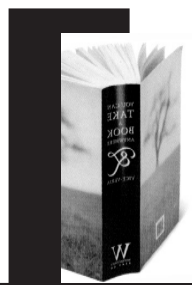
Sin embargo, si sólo miramos a las discapacitadas, el análisis de clase social (los ingresos de las mujeres), el estado civil y el hábitat no discriminan entre las que sufren o no sufren violencia física en la pareja. Esto quiere decir que, para las mujeres discapacitadas, otras divisiones sociales tan importantes como los ingresos, el hábitat o el estado civil no ayudan a predecir la probabilidad de sufrir violencia física por parte de la pareja o expareja. La discapacidad es una división social que borra los efectos de otras divisiones sociales. Los ingresos altos no reducen las probabilidades de sufrir violencia por parte de la pareja o expareja. El vivir en un medio rural o no estar separada o divorciada tampoco reducen esa probabilidad. De modo que, si usamos la metáfora de Crenshaw, la situación de las mujeres discapacitadas no se parece a la situación de las mujeres que tienen bajos ingresos, ni a la situación de las mujeres separadas, ni a la situación de las mujeres que viven en una gran ciudad. Las divisiones sociales no pueden sumarse en este caso. Una de esas divisiones sociales hace irrelevantes los posibles efectos de las otras.

Bibliografía

1. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: World Health Organization: 2011.
2. Naples NA, Mauldin L, Dillaway H: From the Guest Editors: Gender, Disability, and Intersectionality, Gender and Society [Internet]. 2018 [Consultado 20 sep 2019]; 33: 5-18. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891243218813309>.
3. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-discrimination Doctrine, Feminist Theory, and Anti-racist Politics [1989]. En: Calhoun C. Contemporary Sociological Theory. 3era ed. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc; 2012. p 354-362.
4. McCall L. The Complexity of Intersectionality. Signs: Journal of Women in Culture and Society [Internet]. 2005 [Consultado 20 sep 2019]; 30(3): 1771-1800. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/426800>.

5. Rodríguez Martínez P. Un análisis interseccional sobre malos tratos y violencia laboral en mujeres que ejercen la prostitución. *Rev Esp Inv Sociol* [Internet]. 2015 [Consultado 20 sep 2019]; 151: 123-140. Disponible en: https://reis.cis.es//REIS/PDF/REIS_151_Article_071436261982507.pdf.
6. Winker G, Degele N. Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality". *European Journal of Women Studies*, [Internet]. 2011 [Consultado 20 sep 2019]; 18 (1): 51-66. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506810386084>.
7. Anthias F. Hierarchies of social location, class and intersectionality: Toward a translocational frame. *International Sociology* [Internet]. 2012 [Consultado 20 sep 2019]; 28(1): 121-138. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268580912463155>
8. Barnett O, Miller Perrin CL, Perrin RD. *Family violence across the lifespan: An introduction* 2da ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2005.
9. Garland Thomson R. Feminist disability studies. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* [Internet] 2005 [Consultado 20 sep 2019]; 30 (2): 1557-87. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/423352>.
10. Garland Thomson R. Disability studies: A field emerged. *American Quarterly* [Internet]. 2013 [Consultado 20 sep 2019]; 65 (4): 915-26. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/43822996>.
11. Palacios A, Romañach, J. El modelo de la diversidad. *La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Santiago de Compostela: Ediciones Diversitas- AIES; 2017.
12. Carman Copel L. Partner abuse in physically disabled women: a proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspectives in Psychiatric Care* [Internet]. 2006 [Consultado 20 sep 2019]; 42(2): 114-129. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2006.00059.x>.
13. Brownridge DA. Partner Violence against women with disabilities: prevalence, risk and explanations. *Violence Against Women* [Internet]. 2006 [Consultado 20 sep 2019]; 12 (9): 805-822. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801206292681>.
14. Zlotnick C, Johnson D, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence* [Internet]. 2006 [Consultado 20 sep 2019]; 21, 262-275. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260505282564>.
15. Lin K, Sun IY, Liu j, Chen X. Chinese Women's Experience of Intimate Partner Violence: Exploring Factors Affecting Various Types of IPV. *Violence Against Women* [Internet]. 2016 [Consultado 20 sep 2019], 24(1): 66-84. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077801216671221?casa_token=_hz5p1TiTTwAAAAA%3AbNyLgPckNx1eAKOJeJ1B0mlUGpGXqHqt-BnUMA-uOPm_rJG4NHpXy96z1I749cMlttBA4HAIDMIXzQ.
16. Rodríguez Martínez P. Intimate Partner Violence against Women in Scandinavia and Southern Europe. *Comparative Sociology* [Internet]. 2019 [Consultado 20 sep 2019]; 18(3): 265-289. Disponible en: https://brill.com/view/journals/coso/18/3/article-p265_2.xml
17. Barberet R. Victimización de prostitutas en Sevilla y Málaga. *Bol Crim* [Internet]. 1996 [Consultado 20 sep 2019]; 2:1-4. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/boletin-criminologico/article/view/9055>.

Reseña Bibliográfica



“EPIDEMIOLOGÍA EN LA ERA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE”

125

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA: “EPIDEMIOLOGÍA EN LA ERA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE” Dr. Abelardo Rahal.



Coordinadores:

Dra. María Cristina Cometto (UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA)

Dr. Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga (UNIVERSIDAD DE LA SIERRA DEL SUR, MÉXICO)

Dra. Socorro Moyado Flores (UNIVERSIDAD DE LA SIERRA DEL SUR, MÉXICO)

Editora:

Dra. María Cristina Cometto (UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA)

Catalogación: A.A.V.V.

Epidemiología en la era del desarrollo sostenible. 1ra.ed Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; Casa Editorial Analéctica; Arkho Ediciones; Red de Pensamiento Decolonial; Red CoPala 2021. (15.24 x 22.86 cm).

Disponible en el repositorio digital de la UNC: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/18793>

Dr. Abelardo Rahal

COMENTARIO INTRODUCTORIO

La obra que hemos seleccionado para reseñar llega a nuestra consideración en su versión digital y cuya presentación pública, como primera edición, se concreta en el mes de mayo 2021, con el título ya anticipado de "Epidemiología en la Era del Desarrollo Sostenible".

Partimos, en primer lugar, a su análisis formal, de su constitución como un trabajo de entidad eminentemente científica, ordenado y ajustado a adecuadas normas del arte editorial, tanto en su diagramación como en su constitución y estructuración orgánica; asimismo, en cuanto a la calidad de la representatividad profesional y académica de los diversos estamentos institucionales y editoriales que conforman su planta organizacional.

A estas consideraciones genéricas iniciales, se adicionan las características propias de esta obra, ya que se trata de una edición multiautoral, integrada por ocho trabajos de investigación, sometidos en todos los casos a revisión y dictamen por pares evaluadores en proceso de doble ciego y que configuran cada uno de ellos, en capítulos diferenciados en su temática de abordaje, pero teniendo en común, en sus desarrollos particulares, el objetivo primordial de seleccionar temas vinculados al orden de las personas, con las proyecciones de género, de desempeño y roles sociales, de uso de tecnologías terapéuticas, etc., conectadas por derivación con los Objetivos y Metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aplicados a realidades singulares en campos concretos de intervención.

Es de señalar, también, que de acuerdo a las características específicas de la obra que reseñamos, la misma se ha ajustado a las normas de estilo y de uso de la práctica editorial, expresada en la organización y determinación del proceso basado en la constitución de los procedimientos de selección temática y autoral, de integración y regulación del conjunto editorial y científico, a través de la coordinación del trabajo sustentado en el ejercicio de roles determinados de la Editora, de los Coordinadores del libro, del Comité Científico, de los Revisores, de los Autores y por cierto, de la Compilación, ya que se trata de una obra multiautoral.

Se trata de una obra de destacada factura, que aborda el amplio y complejo campo de la salud humana, en la multidimensionalidad de sus determinantes y encuadrada dentro de un escenario de época inesperado, amenazante y de imprevisible deriva, cual es el de la pandemia del Covid 19. Dentro de ese vasto y excepcional escenario extiende sus alcances investigativos y analíticos, en un caso, a través del encuadre vincular con dos factores, a saber, en principio, con objetivos insertos en la "Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 29/09/2015), que en alguna medida se transforma en un documento guía, mediante algunos de los 17 objetivos de esta ambiciosa Agenda Universal, sin dejar de advertir a través de algunas referencias a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM-ONU), a la Declaración de Río de Janeiro sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (3 al 14 de junio de 1992) y al informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de la ONU, sobre todo en su Capítulo VII, sobre Derechos y Salud Reproductiva, en explícitas citas contenidas en capítulos de referencia de esta publicación.

Es también procedente destacar las características peculiares de organización y funciones del Equipo Editorial, que, además de las funciones propias de cada uno de los estamentos, se articulan interactivamente con un propósito unificado, para lograr la calidad del producto, cuya expresión más acabada está constituida por la integración de la Editora principal dentro del equipo de los Coordinadores del libro, sobre cuya entidad cabe la responsabilidad, entre otras, de poner en consideración, como instancia preliminar, cual

hoja de ruta sintética, el plan de obra y una ilustrativa referencia de las instancias inductoras de la publicación a través de la presentación de la obra.

Resulta pertinente mencionar algunos de los antecedentes profesionales y académicos de quienes integran la coordinación editorial, a saber:

Profesora Doctora María Cristina Cometto: Licenciada en Enfermería; Doctora en Ciencias de la Salud (FCM/UNC); Profesora Titular de la Escuela de Salud Pública y Ambiente (UNC); Coordinadora Internacional de la Red de Enfermería y Seguridad de los Pacientes y Directora de la Revista de la Escuela de Salud Pública y Ambiente (ESPy A. FCM/UNC).

Profesor Doctor Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga: Profesor Investigador de la Universidad Sierra Sur, México; Mgter. en Salud Pública y Doctor en Demografía (UNC) e Investigador Nacional Nivel 2 en CONACYT. México.

Doctora Socorro Moyado Flores: Profesora Investigadora de la Universidad Sierra Sur. México y Doctora en Administración Pública (IESAP).

Además, es también oportuno mencionar la participación funcional dentro del proceso editorial de los miembros del Comité Científico integrado por personalidades relevantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, como el Prof. Dr. Rogelio Pizzi, Prof. Dr. Gustavo Irico, la Prof. Dra. Ruth Fernández y la Prof. Dra. Soledad Burrone de la Universidad O'Higgins de Chile.

La PRESENTACIÓN surge como instancia de apertura, a cargo del equipo de coordinadores editoriales, fijando los objetivos motivadores de la publicación de la presente obra.

Dichos propósitos giran en torno a los desafíos que el estudio de la epidemiología tiene, enmarcado dentro de las finalidades contenidas en el documento de la Cumbre de la ONU, aprobado en la Asamblea General del 25 de septiembre de 2015 bajo el título: "Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", cuyo Preámbulo comienza adjudicando a dicho Informe un propósito liminar, como apertura, para constituirse como "...un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad".

En la continuidad de esta exposición introductoria, los editores advierten sobre los abordajes diferenciales que los autores desarrollan, sin duda motivados por la matriz de sus campos específicos de intervención científica, incursionando, también, en aspectos relacionados a la evolución de la epidemiología y sus distintos modos de abordaje, a la ampliación del concepto de salud humana integral y su reconocimiento como derecho humano, que comprende el goce de un medio ambiente sano, con mención a la Declaración de Rio de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo.

Sostienen, además, que, en la Era del Desarrollo Sostenible, es necesario recurrir al concepto de una Nueva Epidemiología, con sus acciones integrales de medición, monitoreo, intervención y avances de la Agenda 2030 en los países de América Latina.

El PRÓLOGO de la obra posee características singulares en cuanto a su composición editorial, ya que incursiona en el tratamiento analítico de una publicación conformada por ocho trabajos de investigación, con una línea y diseños específicos, referidos al área de la epidemiología con vinculación temática dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible y estando a cargo de dicho cometido la Dra. Silvina Malvarez, profesional de relevante actuación institucional y académica y entre cuyos antecedentes se pueden citar, su Doctorado en Ciencias de la Salud (FCM/UNC), Profesora Titular de la Escuela de Enfermería (FCM/UNC), Asesora Regional de Desarrollo de Personal de Enfermería y Técnicos en Salud; " 2003-2013 (OPS/OMS) y Coordinadora Técnica del Programa Ampliado de Libros de

Texto y Materiales de Instrucción (OPS/OMS), entre otros relevantes desempeños.

En esta instancia preliminar al desarrollo de la obra, podemos encontrar un análisis descriptivo de los contenidos más significativos y sintéticos, del desarrollo textual de cada caso y en correspondencia con el "hilo conductor" del Desarrollo Sostenible y la salud humana, precedido del concepto de Epidemiología que conforma, por su actualidad fáctica, una mención inclusiva y oportuna, frente a la situación que hoy vive, con dimensión universal la humanidad.

Se analiza, a modo de reflexión final, dentro de un cuadro de situación configurado desde la perspectiva de la interacción, ya que procede de un reconocimiento de interdisciplinariedad, que a su vez, deriva del principio de la multicausalidad del proceso salud-enfermedad y de las dimensiones plurales del Desarrollo Sostenible: económicas, sociales, políticas, culturales y ambientales.

A modo de colofón se advierte que esta obra, que se analiza en el contexto de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), se integra a las dimensiones actuales del pensamiento de la Salud Pública: indaga en el concepto de salud-enfermedad, concatenada con las derivaciones de las desigualdades e inequidades, y articulada como indicador y determinante del desarrollo Humano, Social y Ambiental y sus vínculos con los procesos del ya mencionado desarrollo sostenible.

CONSIDERACIONES PREVIAS AL COMENTARIO DE LOS CAPÍTULOS DE LA OBRA

Efectuadas como fueron las consideraciones introductorias de esta reseña, cabe abocarse al análisis de los ocho capítulos que conforman este libro, aclarando que no se trata de aplicar los formatos propios que se utilizan con el rigor valorativo del análisis estrictamente científico, del propósito de la reseña, que es eminentemente enunciativo, lo que no obsta la emisión de opiniones acorde al objetivo de una revisión descriptiva.

Es por tanto pertinente considerar que, tal como lo expresa la Dra. Silvina Malvarez en el prólogo, esta obra, con sus características peculiares, es "un conjunto de ocho capítulos, sin pretensión de articulación, aunque trazados por el hilo conductor del desarrollo sostenible y la salud humana y por la novedosa precedencia del concepto de epidemiología, que agrega y destaca el peso específico y lugar de conocimiento, en el desarrollo de esta política mundialmente adoptada hacia el 2030".

Ante tal descripción, huelga una mejor síntesis y por lo tanto nos abocamos a compaginar con un criterio descriptivo y enunciativo, acorde a las características más significativas de la trama expositiva y el objetivo de la investigación, teniendo como componente adicional aquella correlación con los propósitos enunciados contenidos en los "Objetivos de Desarrollo del Milenio", "El Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo" de El Cairo y la Resolución 70/1 ONU: "Transformar Nuestro Mundo": La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", entre otras fuentes informativas, además de los aportes que resultan de las propias acciones investigativas contenidas en los exhaustivos abordajes comprendidos dentro de la complejidad del fenómeno humano y dentro de la dinámica de las esencias bio.- antropológicas de las regulaciones y vivencias socio-culturales y los diseños de las políticas públicas, entre algunos de los componentes que regulan la vida activa de las sociedades humanas y que pone en cuestión la intervención en salud pública, que en su mayor parte y por años, analizaba y actuaba con esa visión acotada, en tanto, las disciplinas psico-sociales, económicas, ecológicas y culturales, entre otras, introducen una visión compleja e integral en la determinación del proceso salud-enfermedad, como reconocimiento de la complejidad integrada del fenómeno humano y la realidad vital planetaria.

Capítulo I: "ALIMENTACIÓN SOSTENIBLE Y SALUDABLE EN LA POBLACIÓN INFANTIL". Acciones implementadas para asegurar el Objetivo Desarrollo Sostenible - hambre cero RESOLUCIÓN 70/1 Asamblea General de la ONU

Autores: Alejandra M. Corona Moreno, Elizabeth Hernández Castellano

Se trata de un pormenorizado enfoque con un desarrollo que abarca la problemática, variada y compleja, del sistema alimentario de la niñez y su impacto en la salud, sobre todo en la ocurrencia de la malnutrición y sus consecuencias, que abarcan e impactan en la salud materno-infantil, situaciones que son referidas y analizadas con un criterio de amplitud e integralidad en el marco del Objetivo del Desarrollo Sostenible No. 2: Hambre Cero.

Se advierte también sobre la paradoja de la seguridad alimentaria, referida al hecho que mientras la fabricación de alimentos, en general, mantiene un ritmo de producción creciente, millones de personas carecen de alimentación suficiente y segura, o en otros casos o situaciones, están sometidas a un consumo excesivo que afecta la seguridad alimentaria o nutrimental, situación que en resultados, en calidad o cantidad, evitan ser dirigidas a asegurar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2. Hambre cero y garantizar un sistema alimentario sostenible, sustentable y saludable para cada etapa de la vida.

Capítulo II: "CONSTRUYENDO PAISAJES CREATIVOS". Propuesta didáctica del cuidado ambiental para escuelas de educación especial básica.

Autor: Nubia Cortes Marques.

Construyendo Paisajes Creativos es el título del Capítulo II de la obra bajo análisis, en cuya sub-titulación amplía el propósito del tema, anticipando que se trata de una propuesta didáctica del cuidado ambiental para escuelas de educación especial básica, cuya autoría está a cargo de Nubia Cortes Marques, Licenciada y Maestra en Geografía de la UNAM y Magister y Doctora en Antropología Social, entre otros antecedentes académicos.

Si bien el Título de este capítulo apela a una expresión de fantasía, el propósito de fondo es eminentemente pragmático y didáctico, ya que tiende a través de la creación de huertos-jardines estimular procesos de reflexión, mediante la percepción sensorial sobre el entorno próximo, recurriendo a las experiencias concretas en los siguientes términos: "En los últimos años tanto huertos urbanos como huertos escolares han sido promovidos en todo el mundo, por el potencial pedagógico que tienen para mejorar hábitos alimenticios o el cuidado del medio ambiente", derivando de estas reflexiones, que estas experiencias concretas fortalecen y estimulan, en forma proactiva, el concepto y los hábitos de responsabilidad ciudadana, a través del desarrollo de prácticas tangibles, mediante el desarrollo de emprendimientos colaborativos.

Capítulo III: "LAS MUJERES Y EL TRABAJO INFORMAL". Un análisis desde las brechas de género para el Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO).

Autores: John Marín Restrepo, Sebastián Francisco Valencia Cardona

En este capítulo se aborda la problemática derivada de las consideraciones diferenciales existentes en el campo social en cuanto al acceso, disfrute, participación, servicios, oportunidades o beneficios sociales en razón de las grietas e informalidades de género.

Se remarca, asimismo, la importancia de reducir las brechas de género para el desarrollo personal, económico y social dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, constituyendo parte del Objetivo 5, "Igualdad de Género" (Textualmente: "Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.") y del Objetivo 10, "Reducción de Desigualdades"(Textualmente: "Reducir la desigualdad en los países y entre ellos"), enfatizando la afectación de derechos derivadas del trabajo informal, el no acceso al Sistema de Seguridad Social y condiciones laborales inapropiadas y extendiendo el análisis a las causas teóricas y soluciones de políticas públicas en un territorio específico, cual es el Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO) de Pereira (Colombia), en donde se hace muy evidente la persistencia de desigualdades de género, lo que supone el hecho de que las mujeres están sujetas a mayores riesgos para su salud y menores reconocimientos de sus derechos.

Ampliando el abordaje analítico de los factores causales de la brecha de género, se incluyen los múltiples elementos concurrentes explicativos en la informalidad laboral que comprende, entre otros, los referidos a los roles y responsabilidades en sus propios ámbitos domésticos, que por factores culturales ancestrales se adjudican al género femenino y, aún, en la configuración de la demanda laboral socialmente construida y establecida.

Capítulo IV: "PADRES ADOLESCENTES". Conocimientos y Prácticas sobre Sexualidad y Planificación Familiar.

Autores: María del Pilar Gómez González, Alexis Chávez Díaz, Carolina Gómez González

Se trata de un trabajo de investigación sobre un grupo poblacional de la zona metropolitana de Guadalajara, en el periodo 2015-2016, sobre un marco temático que comprende básicamente el Objetivo 5 del Desarrollo Sostenible, tendentes a "Lograr la Igualdad de Género y a Empoderar a Todas las Mujeres y las Niñas, a lo que se adiciona lo prescripto en el Capítulo IV: Igualdad y Equidad entre los sexos y habilitación de la mujer y la niña, que comprende el mejoramiento de la condición de género y las responsabilidades y participación del hombre contemplados en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo del 5 al 13 de setiembre de 1994, como forma de involucrar a todos los actores.

Se considera, asimismo, que el problema del ejercicio de la sexualidad en la población adolescente y la iniciación de la vida sexual de manera temprana, acompañada por el no uso de métodos anticonceptivos, incrementa la posibilidad de embarazos no deseados, además de otras derivaciones, que llevan a la adopción de comportamientos que incrementan la vulnerabilidad de esos grupos poblacionales.

Todas estas consideraciones se ven resaltadas en los trabajos de campo, efectuados en base a conceptos y prácticas ajustadas a las normas y precisiones teórico metodológicas que se basaron en estudios cualitativos regulados, con todos los recaudos éticos de confidencialidad y privacidad de los participantes, utilizando el recurso de seudónimos para garantizar el anonimato.

Como colofón, con este estudio se resalta la importancia de la inclusión de los hombres en el análisis del embarazo en la adolescencia y, además, se apela a un llamado a reconocer que esta situación, desde los conocimientos, experiencias y motivaciones para la toma de decisiones, que repercuten en el proyecto de vida y el bienestar de hombres, mujeres y la familia en general, llevara a un cumplimiento de la igualdad de género, relacionado con los deberes, derechos y necesidades, basados en los principios y normas que informan al logro de la salud sexual y reproductiva y, por ende, a la consecución del

bienestar general.

Capítulo V: "FARMACOEPIDEMIOLOGIA". Una visión desde el bienestar, el desarrollo sostenible y la educación inclusiva.

Autores: Flor Ángela Tobón Marulanda, Luis Alirio López Giraldo, Rubén Nanclares

Los autores plantean el abordaje de este trabajo como una reflexión teórica desde un campo específico, el del uso responsable de los medicamentos y de los productos incluidos como afines, entendiendo por tales a los referidos como fitoterapéuticos, nutraceúticos, cosméticos, productos de aseo, dispositivos médicos, entre otros.

A partir de ese primer encuadre, se advierte como estrategia la enseñanza de riesgos probables, que son un indicador sanitario de Salud Pública.

Dichos factores de riesgo también influyen en la acción farmacológica clínica, más allá de los efectos terapéuticos esperados y, aún, los no deseados, dentro de las particularidades reactivas de un organismo determinado y, además, inciden factores de riesgo de tipo cultural y modos y condiciones de vida reales.

Los medicamentos pueden lograr su acción terapéutica o provocar consecuencias secundarias no buscadas y de resultados patogénicos por reacciones adversas, dentro de las particularidades reactivas de un organismo determinado.

Se trata de un razonamiento expresado y valorado por la OMS/OPS, de un modelo específico del Sector Salud, que identifica una red de variables con nexo causal que produce efectos negativos en la salud humana y en el entorno medio ambiental, por lo que resulta relevante impulsar la vigilancia farmacológica y la fármaco-seguridad, aplicada al uso del medicamento, que no solo se dirige a la preservación de la salud de las personas, sino que también se conecta, a una inter-relación armoniosa de la persona, con sus microsistemas ecológicos internos y con los macro medioambientales, en esa interacción armónica que la vida planetaria establece.

Luego de un extenso y amplio análisis de esta problemática, se apela a repensar el rol que tiene la fármaco-epidemiología para desarrollar una cultura responsable en el uso de los fármacos, apelando a la fármaco-vigilancia, a la fármaco-seguridad y, entre otras advertencias, la promoción de la comunicación multidireccional entre médico-paciente-farmacéutico, como elemento que sirva para monitorear la atención asistencial, la promoción de la salud integral y el control de los factores de riesgo relacionados con el uso de los medicamentos y afines.

Capítulo VIII: "LA DESIGUALDAD SOCIAL Y SU ATRIBUCION EN LA SALUD". La Interseccionalidad como alternativa analítica.

Autores: Edgar Ulises Osorio Guzmán, Ana María González Villoría

El artículo comienza con un desarrollo argumentativo adjudicando a la mayor parte de los estudios de salud pública un sesgo limitado al plano biomédico y atribuye a las disciplinas sociales una orientación interpretativa, que entiende a la salud como un producto eminentemente social por lo que la accesibilidad a los sistemas de servicios de salud y sus condiciones de vida están estrechamente ligados al plano de pertenencia económico social que los sujetos ocupan en el ordenamiento de la sociedad, lo que condiciona su acceso al sistema de prestaciones.

Además, afirman que las condiciones de desigualdad no parten de una condición natural sino de un diseño político deliberado, lo que deriva en la incorporación de categorías sociales productoras de una discriminación sistémica y , por ello es imperioso adjudicar al estudio de la salud y sus prácticas consecuentes, la impostergable resignificación tendente de otorgar a la salud y a sus prácticas sociales las necesarias garantías que derivan de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, en cuanto advierten que la salud de la población constituye un tema central y insoslayable para garantizar un desarrollo sostenible, equitativo y extendido que supere la desigualdad social, la injusticia selectiva, la descomposición estructural de las instituciones públicas y la mercantilización de toda actividad humana , adjudicando estas a las nominadas distorsiones de los modelos neoliberales vigente a nivel global.

Reflexiones Finales

Hemos arribado a la finalización de un análisis integrado en modo de reseña bibliográfica, de una obra de características singulares, cuyos rasgos más significativos se anticipan, tanto en las instancias introductorias de la Presentación y del Prólogo, cuanto en la estructura misma y compaginación del texto bajo análisis.

Normas para la presentación de trabajos



La Revista de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, destinada a la publicación de la Producción técnico-científica relacionada al área de la salud y en especial de la Salud Pública. Publicación semestral.

Normas Editoriales

- Estas normas están basadas en la traducción del documento “Requisitos uniformes para manuscritos presentados a revistas biomédicas” (estilo Vancouver) del Comité Internacional de Editores de Revistas

- Serán aceptados en cada número, un máximo de dos manuscritos originales por autor, destinados exclusivamente a la revista de la Escuela de Salud Pública. Serán evaluados por pares (2) que son parte de los consultores constantes en la composición del Comité de Redacción.

- Los manuscritos deberán ser enviados acompañados de una carta de solicitud de publicación, indicando dirección, teléfono/fax y e-mail para contacto con el/la (os/as) autor/a (es) (as) responsable (es), especifique la clasificación del tipo de artículo, y complete la declaración de exclusividad de destino del artículo a la revista de la Escuela de Salud Pública.

- Serán aceptados manuscritos en portugués, inglés y español

- El Comité de Redacción asegura el anonimato de el(los) autores (as) en el proceso de evaluación por los dos consejeros designados, del Consejo Científico, como también es asegurada la reserva de identidad de los evaluadores que participan, permitiendo libertad en su evaluación

- El Comité de Redacción se reserva el derecho de no aceptar los manuscritos o de sugerir evaluantes, modificaciones de estructura o contenido, que serán comunicados a el/ los (as) autores (as). No serán admitidos agregados o alteraciones del texto, después del envío para su edición.

- Los autores de los manuscritos no aceptados para publicación serán notificados, para lo cual la justificativa de la no aceptación, será alcanzada a aquellos autores que la soliciten

- Los manuscritos resultantes de la investigación, o relato de experiencia vinculada a seres humanos, deberán indicar si los procedimientos desarrollados respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983)

- Manuscritos presentados en eventos (congresos, simposios, seminarios, entre otros) serán aceptados mientras que no hayan sido publicados íntegramente en anales y que tengan autorización, por escrito, de la entidad organizadora del evento, cuando las normas del evento así lo exigieran. Excepcionalmente serán aceptados manuscritos ya publicados en periódicos extranjeros, mientras que sean autorizados por el Comité Editorial del periódico, en que el manuscrito haya sido originalmente publicado.

- Opiniones y conceptos emitidos en los artículos, así como la exactitud, adecuación y procedencia de las situaciones bibliográficas, son de exclusiva responsabilidad de el los/ autores (as), no influyendo necesariamente la posición del Consejo de Redacción.

- El/los (as) autores (as) deberán presentar una declaración de responsabilidad y transferencia de derechos de autoría, en ocasión de envío del texto final del artículo después de atendidas las reformulaciones solicitadas por el Consejo de Redacción.
- Los artículos publicados serán de propiedad de la Revista, impidiendo cualquier reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de la Revista.

Categorías De Los Artículos

La Revista clasificará los artículos de acuerdo con las siguientes secciones: editorial, artículo original, resúmenes de tesis y disertaciones, comunicación breve, revisión de literatura, entrevista, foro de opinión, reseña.

EDITORIAL: materia de responsabilidad del Comité de Redacción de la revista. El Comité podrá invitar autoridades para escribirlo. Límite de dos páginas.

ARTÍCULOS ORIGINALES: límite de 15 páginas. Son considerados dentro de esta sección:

Investigación: relato de resultados de investigación concluida

Relato de experiencia: descripciones de experiencia académica, asistencial y de extensión

Reflexión: presenta material de carácter opinativo y/o análisis de cuestiones que puedan contribuir para profundizar los temas relacionados al área de salud y de la Salud Pública a la que se destina la revista

El manuscrito debe presentárselo considerando los siguientes requisitos:

- Título del artículo en inglés y español
- Nombre completo de el / los (as) autores (as) digitado en espacio simple en el margen derecho de la página, indicando en nota a pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución a la cual el / los (as) autores (as) están vinculados.
- Resumen: en español e inglés, destacando objetivos, método, resultados y conclusiones, con límite de 150 palabras
- Descriptores, palabras clave identificando el contenido del artículo. Constituido de 3 a 5 “palabras clave” en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en la internet en el site: <http://www.bireme.br>.
- Texto: ordenado en introducción, desarrollo y conclusión
- Ilustraciones: (fotos, tablas, gráficos, figuras, cuadros) deben ser enumeradas consecutivamente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes. Enumerar consecutivamente por el orden de citación en el texto:
 - Las citaciones directas, serán presentadas en el texto entre comillas, indicando el número de la referencia y la página de la citación
 - Notas de pie de página: serán indicados por asteriscos y restringidas al mínimo.
 - Referencias bibliográficas: conforme estilo “Vancouver”.
 - Anexos: después de las referencias bibliográficas.
 - Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del primer autor del texto.

RESUMEN DE TESIS Y DISERTACIONES: espacio destinado a la divulgación de tesis y disertaciones concluidas.

Debe contener:

- Título en inglés, portugués y español
- Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual esta vinculado y el Programa de Postgrado donde concluyó el maestrado o doctorado
- Referencia bibliográfica de la tesis o disertación de acuerdo con el estilo “Vancouver”
- Nombre del (la) orientador (a)
- Resumen informativo con hasta 500 palabras, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original de la tesis o disertación)
- Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) autor (a).

COMUNICACIÓN BREVE: espacio destinado a la divulgación de investigaciones, de experiencias, y de tesis o disertaciones en desarrollo, debiendo contener:

- Tipo de estudio, objetivos, metodología y práctica clínica de desarrollo
- Límite de 2 páginas, observando la secuencia
- Título en portugués, inglés y español
- Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os)(as)
- Nombre del (la) orientador (a) cuando se trate de proyecto de tesis o disertación
- Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo "Vancouver"
- Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a).

REVISIÓN DE LA LITERATURA: refiere evaluación de literatura sobre temas específicos. Debe incluir el procedimiento adoptado, su delimitación y conclusiones. Límite de 10 páginas. Las demás orientaciones, seguir las normas de los artículos originales

ENTREVISTA: espacio destinado a entrevistas de autoridades / especialistas/ investigadores. Límite de 5 páginas.

FORO DE OPINIÓN: Espacio destinado a la divulgación de opiniones, lanzamientos o indicaciones de publicaciones, realizaciones de eventos y prácticas del área académica y asistencial. Límite de 3 páginas.

RESEÑA: espacio destinado a la síntesis o análisis interpretativa de las obras recientemente publicadas. Límite de 4 páginas y observar la secuencia:

- Título en inglés y español
- Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os)(as)
- Referencia bibliográfica de la obra analizada conforme al estilo "Vancouver"
- Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a).

Modelo De Representación

Los manuscritos deben ser redactados en la ortografía oficial y digitado con espacio de 1,5 cm. en el margen izquierdo y superior sera de 3 cm y en el margen derecho e inferior de 2 cm. Letra Times New Roman 12 o superior, utilizando editor Word for Windows 98 o Editores que sean compatibles. El envío del manuscrito debe ser en tres ejemplares impresos (1 original y 2 copias), juntamente con el disquete gravado. El texto debe estar organizado sin numeración progresiva para título y subtítulo, debiendo ser diferenciado a través del tamaño de la fuente utilizada.

Ejemplo De Referencia Bibliográfica:

Las referencias bibliográficas deben estar enumeradas consecutivamente, en el orden que aparecen en el texto por primera vez, y estar de acuerdo con el estilo "Vancouver" (J Pediatr 1997; 73:213-24, actualización de octubre del 2001).

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2>

@Universidad Nacional de Córdoba

