

**XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Ciudad de Neuquén, 21-23 de
septiembre de 2011**

**Análisis del Cumplimiento de las Recomendaciones Preventivas a la luz de algunos
Factores Sociodemográficos de la Población Diabética de Villa María-Córdoba. 2008-
2009**

Autores:

Pujol, Céline J. A. CEA-CONICET. e-mail: celine.pupu@gmail.com

Bertone, Carola L. CEA-CONICET. e-mail: carolabertone@gmail.com

Rudisi, Alejandra I. CEA-UNC. e-mail: alerudisi@hotmail.com

Resumen

Argentina presenta un envejecimiento poblacional moderadamente avanzado, con una relación viejos/jóvenes de 58,1%. Muy relacionada con la transición demográfica, en el campo de la salud se asistió a lo que se ha denominado transición epidemiológica, que da paso a una predominancia relativa de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (Chackiel J., 2004). Dentro de las patologías crónicas, la prevalencia de Diabetes Mellitus experimentó un aumento en la última década, siendo caracterizada, por la OMS, como una epidemia. En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes, y se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias de esta patología (OMS, 2011). En Argentina, en 2009, la tasa de mortalidad por Diabetes fue de 19,2 por 100.000 habitantes (DEIS, 2009).

El objetivo de este trabajo es analizar el nivel de cumplimiento, en la población de adultos diabéticos, de algunas medidas preventivas recomendadas nacional e internacionalmente como controles médicos mínimos e inmunizaciones, y estimar sus correlaciones con algunas variables sociodemográficas: la participación social, el riesgo social, la calidad de vida, y la dependencia funcional de los diabéticos. Se realizará también una breve caracterización de los adultos diabéticos según su edad, sexo, nivel de instrucción, situación conyugal, y cobertura social. Se utilizó una fuente primaria creada a partir de un cuestionario similar a la encuesta SABE que fue aplicado entre el 2008 y 2009 en las ciudades de Villa María y de Villa Nueva.

Conocer el cumplimiento de estas medidas preventivas en la población diabética es una forma de evaluar la eficiencia de la atención primaria de la salud del sistema de salud en Córdoba, tanto del área privada como pública. De esta manera se podrán plantear medidas pertinentes para lograr el cumplimiento de las mismas sobre esta subpoblación específica.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Inmunizaciones, Envejecimiento, Prevención.

Introducción

La transición demográfica ha sido descripta como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno inicial de bajo crecimiento demográfico con altas tasa de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en ambas tasas. (Chesnais 1986, citado en CELADE, 1996). Mientras que en los países desarrollados el proceso abarcó dos siglos, en América Latina la situación evolucionó muy aceleradamente. Entre 1950 y 1975, la tasa de crecimiento anual de la población mayor de 60 años en Argentina, fue de 36 por mil habitantes, de 20,3 entre 1975 y 2000 y esta esperada a 18,5 por mil entre 2000 y 2025, y a 19,4 entre 2025 y 2050. (CELADE, 2003). Para América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada en CELADE en 1992, que clasifica Argentina, desde el quinquenio 1985-1990, en el grupo de los países que están experimentando una etapa de Transición avanzada (Chackiel, 2004).

Como consecuencia, durante las últimas décadas, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región (CEPAL-CELADE, 2009). Además, cabe destacar que, la evaluación de problemas de salud y discapacidad indica que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes en países desarrollados (Albala, et al. 2005).

En Argentina se habla de un envejecimiento poblacional moderadamente avanzado, con una relación viejos/jóvenes de 58,1%, y se espera que para el año 2025 el porcentaje de personas argentinas mayores de 60 años sea de 17,1%, y para el 2050 de 24,8% (CEPAL-CELADE, 2009:1) Sin embargo, este proceso de envejecimiento no es homogéneo al interior del país. La provincia de Córdoba en 1991, presentó un 9.3% de mayores de 64 años y una relación viejos/jóvenes de 31.9%, siendo en el 2001 de 10.6% y 39.8%, respectivamente (Peláez, 2004). Si bien el departamento General San Martín no es el que presenta el mayor envejecimiento poblacional de la provincia, la relación viejos/jóvenes estuvo comprendida entre 45% y 50% en el 2001 (Álvarez et al. 2010). A partir de datos del censo provincial (2008), se estimó una relación viejos/jóvenes de 48,7 para ese mismo año.

Muy relacionada con la transición demográfica, en el campo de la salud se asistió a lo que se ha denominado transición epidemiológica, la cual se expresa fundamentalmente en el cambio del perfil de la morbilidad y la mortalidad que consiste en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y

las del período perinatal, que dan paso a una predominancia relativa de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos) (Chackiel J., 2004). Al mismo tiempo, se está produciendo el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, la inactividad física y alimentación no saludable, que son reconocidos factores de riesgo para el desarrollo de alguna de las patologías crónicas (Valdés et al., 2007). Dentro de las patologías crónicas más prevalentes, la Diabetes Mellitus tipo II (DMT2) -antes denominada no insulino dependiente-, es la forma más frecuente (90 a 95% de los casos de diabetes) de este desorden metabólico. La prevalencia de esta última a nivel mundial va en continuo aumento, con una velocidad de crecimiento mayor en los países pobres, siendo de alrededor del 6 % para la población total y superando el 7% en los adultos (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). Este incremento en la prevalencia se ha acelerado, siendo caracterizada, por la OMS, como la epidemia del siglo XXI (OMS, 2011). En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes (OMS, 2011). Y las estimaciones indican que para el año 2030 su prevalencia alcanzará 366 millones de personas en todo el mundo (Wild et al. 2004).

Según Aschner (2002), la incidencia de diabetes tipo uno en Latinoamérica oscila entre 0,4 y 8,3 casos por 100.000 niños menores de 15 años e edad, y la tasa de prevalencia de diabetes tipo 2 oscila entre 1,2 a 8 por ciento, con tasas más altas en áreas urbanas. Se espera que la frecuencia de diabetes en Latinoamérica crezca un 38 por ciento en los próximos 10 años, comparado con una estimación del 14 por ciento para la población mundial.

En el estudio de prevalencia de diabetes estimada por la Organización Mundial de la Salud en poblaciones adultas de las Américas en 2000, que estima que varía entre 6,1 y 8,1% para Argentina (OMS, 2001). Más tarde, De Sereday M. y colaboradores (2004) encontraron en ciudades del centro de Argentina una tasa de prevalencia estandarizadas por edad de diabetes mellitus en personas de 20 años y más de entre 6,5% y 7,7% que aumenta con la edad.

Según Menéndez et al. (2005) la frecuencia de Diabetes mellitus en la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, realizada en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires a personas de 60 años y más, entre el 2000 y 2001, es de 12,5%, muy similar a la de los hermanos uruguayos y chilenos (13-13,3% respectivamente). Un informe realizado en Argentina por el Centro de estudios de población (CENEP), en el marco del Proyecto SABE dice que esta proporción es algo más alta entre los hombres (Bertone et al. 2010).

La DMT2 constituye en Argentina un problema de salud pública de gran relevancia por las graves consecuencias que provoca, comprometiendo la sobrevivencia y calidad de vida de las personas que la padecen, por el importante impacto económico y social y por la notable

demanda de servicios de salud que genera. En este sentido, el aumento de la sobrevida esperable en los enfermos implican mayores desafíos para los ministerios de salud, los organismos financiadores y la sociedad en su conjunto (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). La diabetes es un importante predictor de muerte prematura. A su vez, las principales causas de muerte de los diabéticos son las cardiovasculares y la insuficiencia renal. (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). Se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias de esta patología. Además prevé que las muertes por diabetes se duplique entre 2005 y 2030 (OMS, 2011).

En Argentina, en 2009, la tasa de mortalidad por Diabetes fue de 19,2 por 100.000 habitantes (DEIS, 2009). De hecho, la diabetes explica el 15% de los eventos coronarios, 48% de las amputaciones no traumáticas, 13% de las diálisis crónicas y además constituye la primera causa de ceguera no traumática en adultos (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). Esta elevada morbilidad asociada implica un impacto importante en la calidad de vida y elevados costos sociales y para el sistema de salud (Martin et al., 2000).

En el Programa Nacional Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores (2007) del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, se resalta que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en diversos informes, señala claramente que el manejo de la creciente carga que implican las enfermedades crónicas en América Latina, requiere de oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de sus complicaciones.

En nuestro país el “Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus” (PRONADIA) cumple un rol de coordinación y rectoría brindando apoyo técnico para la programación e implementación de Programas Provinciales de atención a personas con diabetes. Y asimismo provee el desarrollo de guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento. La extensión de programas de diabetes a todas las provincias, la incorporación del concepto de una mejora continua de la calidad, y la diseminación e implementación de guías de práctica clínica, tanto a nivel del subsistema estatal como de los subsistemas de obras sociales y prepagas, serán fundamentales para disminuir las secuelas de la diabetes (Ministerio de Salud de la Nación, 2006).

En Córdoba, el Ministerio De Salud De La Provincia De Córdoba puso en marcha el Programa Córdoba Diabetes (PRO. COR. DIA) desde el 2005, que se articularía con el programa nacional (PRONADIA). El programa provincial recomienda un control médico cada 3 o 4 meses y si existe buen manejo de la enfermedad se pueden espaciar, siendo al menos de un control anual.

Al respecto, las recomendaciones para la prevención de complicaciones del paciente diabético de la Sociedad Argentina de Diabetes y la American Diabetes Association (2003) invitan a un control médico por lo menos cada 6 meses, y una revisión completa anual clínica y de laboratorio. Dentro de sus numerosas recomendaciones preventivas están las de las inmunizaciones. Está ampliamente aceptado tanto por los médicos como por el público general que los pacientes con diabetes tienen una mayor predisposición a padecer infecciones (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). Los pacientes diabéticos son susceptibles a infecciones por una gran variedad de razones, aún cuando la inmunidad celular adquirida y humoral pareciera estar normal, dado por niveles normales de inmunoglobulinas y adecuada respuesta a inmunizaciones.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2008) coincide con las recomendaciones internacionales en relación a las inmunizaciones en adultos de riesgo pero comenta que la pregunta sobre profilaxis con vacunas no pudo responderse en base a evidencia de la máxima calidad ya que no se han efectuado ensayos clínicos randomizados que evaluaran estrategias de vacunación en poblaciones de pacientes diabéticos en el mundo. Hay evidencia indirecta que apoya la vacunación antigripal y antineumocócica en las personas con diabetes. Por ejemplo, Jiménez-Trujillo et al. (2008), citan algunos autores que aseguran que la gripe es una patología estacional que registra una mayor mortalidad, morbilidad y hospitalizaciones en el paciente diabético. Al mismo tiempo, Vázquez-Fernández del Pozo et al. (2006) afirman que varios estudios (Hak et al. 2005 & Jefferson et al. 2005) mostraron que la vacunación frente a la gripe es efectiva para disminuir la morbilidad y la mortalidad relacionada con esta enfermedad en la población anciana y con enfermedades citados por).

En nuestro país, se recomienda vacunar anualmente a pacientes con DMT2 a principios del otoño, desarrollar estrategias específicas de intervención a partir de los 65 años de edad, en residentes de asilos de ancianos, en los pacientes hospitalizados, o quienes tengan otras enfermedades crónicas cardio-pulmonares y familiares de pacientes con diabetes. En relación a la vacunación antineumocócica, recomienda: indicar la aplicación de la vacuna antineumocócica 23 valente a todos los pacientes con DMT2. No se recomienda la revacunación sistemática, solo por única vez a personas mayores de 64 años de edad inmunizados hace más de 5 años, y por única vez a los cinco años de la vacuna anterior a pacientes con DMT2 con síndrome nefrótico, con enfermedad renal crónica, u otras causas de inmunodepresión, como post-trasplante de órganos (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2008).

Respecto a la vacuna antitetánica, se recomienda, como en la población general adulta, colocarla cada 10 años. Esta tiene una particular importancia en los diabéticos quienes, por la mayor frecuencia de lesiones de piel y cierto grado de inmunosupresión, son más susceptibles de contraerlo.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar el nivel de cumplimiento, en la población de adultos diabéticos, de algunas medidas preventivas recomendadas nacional e internacionalmente como controles médicos mínimos e inmunizaciones, y estimar sus correlaciones con algunas variables sociodemográficas, la participación social, el riesgo social, la calidad de vida, y la dependencia funcional de los diabéticos. Se realizará también una breve caracterización de la población general estudiada y de los adultos diabéticos según su edad, sexo, nivel de instrucción, situación conyugal, y cobertura social.

Villa María-Villa Nueva

La ciudad e Villa María, que conforma con la ciudad de Villa Nueva una misma mancha urbana, es la cabecera del Departamento General San Martín que está situado al sudeste de la Provincia de Córdoba con una superficie de 5.006 km². En el Censo Provincial de Población 2008, tenía una población de 124.337 habitantes (60.963 hombres y 63.374 mujeres), lo cual determinó una densidad de población de 25 habitantes por km². La ciudad de Villa María tiene alrededor de 77.198 habitantes (48% hombres), y Villa Nueva, 18.500 (49,5% hombres), y representan el 77% del total de la población del departamento (Censo de Población Provincial 2008).

En lo concerniente a los servicios de salud, la ciudad de Villa María y de Villa Nueva, según el Registro Federal de Establecimientos de Salud (2011), posee 32 establecimientos de salud, distribuidos según jurisdicción y tipología de la siguiente manera:

Cuadro N°1

Establecimientos de Salud de Villa María-Villa Nueva. 2011

Dependencia	Tipo de Establecimiento de salud	Cantidad
Municipal	con internación especializada en tercera edad	1
	con internación general	1
	sin internación de diagnóstico y tratamiento	17
Nacional	sin internación de diagnóstico y tratamiento	1
Privado	con internación especializada en otras especialidades	1
	con internación especializada en pediatría	1
	con internación especializada en tercera edad	3
	con internación general	6
Provincial	con internación general	1
Total		32

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISA. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
2011.

De los establecimientos sin internación de diagnóstico o tratamiento, 11 son centros de atención primaria de salud, un centro de salud mental de atención ambulatoria, un centro odontológico comunitario, un hospital de día y la asistencia pública que brinda atención ambulatoria con guardia de 24 hs. Villa Nueva cuenta con un hospital municipal con 10 camas para internación que realiza actividades de nivel primario también.

Además estas ciudades cuentan con más de 10 centros de jubilados y pensionados en donde en general se realiza atención primaria de la salud, incluso en algunos de ello se aplica la vacuna antigripal (en el marco del PAMI).

No hay que olvidar que ambas vacunas están disponibles en farmacias para aquellos que, costeándola, quisieran colocársela. Incluso, los afiliados del PAMI, puede ser vacunados sin costo adicional.

Si bien esta información no implica la disponibilidad real de dichas vacunas, la presencia de un establecimiento de salud en el que se realice la recomendación aumentaría el porcentaje de vacunados.

Es de destacar también que, opuesto a la vacuna antitetánica que está disponible todo el año, la antiinfluenza solo lo está por algunos meses y debe ser colocada antes de la llegada del invierno. Sin embargo, el estado está comprometido en garantizar la provisión de ambas vacunas y la colocación gratuita a los grupos de riesgo en el ámbito público como en privado por medio del PMO (Resolución 310/2004).

Metodología

Se utilizó una fuente primaria construida a partir de una encuesta ad hoc (al estilo de la encuesta SABE) realizada a una muestra de mayores de 44 años que residen habitualmente (más de 5 años) en hogares particulares de las ciudades de Villa María y Villa Nueva, ubicadas en el departamento General San Martín de la provincia de Córdoba. El diseño del estudio es transversal, descriptivo y correlacional, cuya unidad de análisis fue la persona. La muestra fue de 863 personas de 120 puntos muestrales distribuidos en el conglomerado según densidad de población.

Se utilizaron para el análisis: autoreporte de diagnóstico de diabetes, de vacunación para la gripe y para el tétanos en los últimos 10 años, y las consultas médicas de los últimos 12 meses, ya sea internación o controles médicos. Estas variables se correlacionaron con variables sociodemográficas.

Aunque el diagnóstico de diabetes requiere la determinación de glucemia en ayunas o prueba de tolerancia oral a la glucosa, el autorreporte de diabetes fue validado en personas que refirieron haberse medido la glucemia presentó una sensibilidad de 73,5% y una especificidad de 88,2%, valores similares a estudios de validación de autorreporte en otros países (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2006).

La inmunización fue autodeclarada también, información que no se contrasta con registros médicos; no obstante, su validez y su fiabilidad ya se han demostrado previamente (MacDonald et al. 1999 y Nichol et al. 1991 citados por Vázquez-Fernández del Pozo et al. 2006).

Para realizar las correlaciones con las variables sociodemográficas se utilizaron algunas escalas o índices validados. Dichas escalas e índices están referidas a calidad de vida, participación social (de elaboración propia), la valoración socio familiar, las actividades

instrumentales de la vida diaria y el índice de Barthel, estas últimas dirigidas a valorar la independencia de los adultos mayores. En el siguiente cuadro se muestran las

Cuadro N°2

Rango y categoriación de las Escalas e índices utilizados en la correlación bivariada

Escala/Índice	Rango	Categorías	Puntuación
Escala de recursos sociofamiliar de Gijón	0-14	Normal	Menor a 10
		Riesgo social	10-14
		Problemática situación social	Mayor a 14
Índice de Barthel (ABVD)	0-95	Independencia total	Mayor a 80
		Dependencia leve o independencia	60-80
		Dependencia moderada	40-55
		Dependencia severa	20-35
		Dependencia total	Menor a 20
Índice de Lawton y Brody (AIVD)	0-8	Dependencia total	0-1
		Algún grado de dependencia	2-7
		Independiente	8
Participación social	0-60	Baja participación social	0-15
		Medio baja participación social	16-30
		Medio alta participación social	31-45
		Alta participación social	>45
Fuente: elaboración propia			

Resultados

La muestra de conformaba de 61,6% de personas de sexo femenino y 38,4% de sexo masculino. A pesar de que 97% fue a la escuela, el 62% fue al primario pero solo el 36,7 lo finalizó. El 63% está en pareja actualmente. El 44% dice tener hipertensión arterial independientemente de sus otras patologías crónicas, y solo el 6% tiene o tuvo cáncer (excepto cáncer de piel).

El 16,7% de la población mayor de 45 años expresa tener Diabetes Mellitus. Pero considerando solo la población mayor de 65 años, el porcentaje de quienes expresan tener Diabetes se eleva al 22,55% (9% Masculinos y 13,5% Femeninos).

Debido a que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no realiza vigilancia epidemiológica de diabetes en adultos, no hay mucha información sobre la prevalencia de esta enfermedad (OMS, 2001) . En Latinoamérica, se estimó la prevalencia de la diabetes a través del autoreporte en siete ciudades latinoamericanas, en el marco del proyecto SABE (2000) y se demostró que la prevalencia de la diabetes diagnosticada entre personas de 60 años de edad y más fue 17,0% (95%-CI 15,9–18,2), con la tasa de prevalencia más alta notificada en Bridgetown y la más baja en Buenos Aires cuya tasa bruta fue de 12,2% (13,9% hombres; 11,2% mujeres) y la ajustada de 12,1% (OMS, 2004).

La Diabetes, estimada por la Organización Mundial de la Salud en poblaciones adultas, varía entre 6,1 y 8,1% para Argentina (OMS, 2001). Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el 2005 en nuestro país, considerando solamente a aquellos que reportaron haberse medido la glucemia, la prevalencia fue de 11,9% en el país y 13,9% (ambos sexos) (Ministerio de salud de la Nación, 2006).

En los países Europeos las tasa son mayores: en una revisión bibliográfica realizada por Valdes et al. (2007) analizaron la evolución de la prevalencia de la diabetes en España en los últimos años, basándose en los distintos estudios transversales realizados. Según este análisis, estimaron que entre el 10 y el 15% de la población adulta española tiene diabetes.

Respecto a la situación conyugal de los diabéticos de Villa María y Villa Nueva, se observó que el 83% de la población masculina convive en pareja o matrimonio y en cuanto al sexo femenino, solo el 53%. En cuanto a la cobertura de salud, se observa que del sexo masculino el 79% posee alguna cobertura de salud y en el caso de las mujeres el porcentaje es de 89%. Respecto a las patologías asociadas de los diabéticos, casi el 50% son, además hipertensos, 27% tienen una patología cardio vascular asociada, 7% tuvieron un ACV. Sin embargo, el 49% se consideran en buena salud, 35% en regular y solo el 7% considera que su salud es mala. Respecto a otros aspectos sociales de los diabéticos, según la escala de Gijón, el 72% no está en riesgo social (ver categorías en cuadro N°2). En lo que concierne a la autonomía de los diabéticos, 12% tiene alguna dificultad en las actividades instrumentales, y 12% tiene una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria. El 50% esta medianamente satisfecho por la vida y solo el 26% tiene alta participación social.

En base a los datos relevados en la encuesta se pudo concluir que el porcentaje de población, con 65 años o más, que posee diabetes y que tuvo algún tipo de contacto con el sistema de salud en los últimos 12 meses fue del 97,1% (100% mujeres y 92,9% hombres).

Según la Encuesta Nacional De Factores De Riesgo, realizada en el 2005, a nivel nacional el 69,3% de la población se había realizado al menos un control del nivel de glucemia, y las

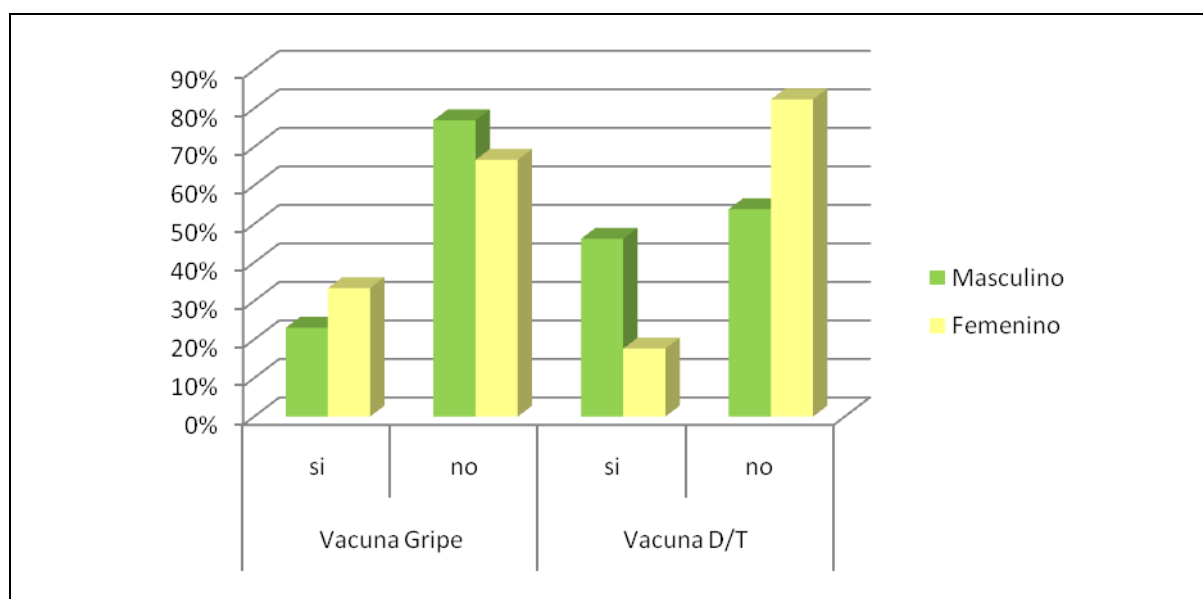
mujeres presentaron mayor frecuencia de control a nivel nacional: 75,4% vs. 62,6%; en todas las provincias se reprodujo esta diferencia (Ministerio de Salud de la Nación, 2006).

La primera conclusión que podemos hacer es que un altísimo porcentaje de la población diabética tuvo contacto con el sistema de salud en el último año. Sin embargo, de la población que constituye la muestra, y que siendo mayor de 65 años posee diabetes (ambos sexos), sólo el 28,1% se colocó la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses, habiéndose vacunado solo el 23% es de los hombres y el 31,6% de las mujeres.

En cuanto a lo que acontece con la vacuna del tétanos los resultados muestran que el 30% de los adultos diabéticos asegura haberse colocado la vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años, siendo más alto en el sexo masculino el 46,2% y solo el 17,6% del sexo femenino.

Gráfico N°1

Porcentaje de población, mayor de 65 años y diabético, vacunada contra la Gripe y la D/T según sexo. Villa María-Villa Nueva. 2008-2009



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta realizada en la localidad de Villa María y Villa Nueva entre 2008 y 2009.

Entre uno de los objetivos del trabajo, se propuso analizar el grado de correlación que existía entre diferentes variables sociales y las variables que describían el hecho de que el adulto diabético mayor de 65 años haya sido vacunado contra la gripe y el tétanos.

Dado que las variables sujetas a análisis resultan ser cualitativas ordinales, el estadístico que mejor explica la relación entre las variables es el de Tau de Kendall.

Cuando se analizó la relación bivariada que existía entre las distintas variables sociales y el hecho de que los adultos diabéticos mayores de 65 años estuvieran vacunados contra la gripe se observó que existe una relación negativa cuando se comparó con la calidad de vida, la participación social y la actividad instrumental pero dichas correlaciones no fueron significativas.

Cuadro N°3
Correlaciones entre vacunación antigripal y antitetánica y variables sociales. Villa María-Villa Nueva. 2008-2009.

Correlaciones		Calidad de vida	Participación social	Escala Socio familiar	Actividad Instrumentales de la Vida Diaria	ABVD
Tau b de Kendall	Vacuna Gripe	-0,035	-0,104	0,075	-0,009	0,041
	Calidad de vida	1,000	0,126	-0,107	0,262	0,267
	Participación social		1,000	-0,202	0,349	0,325
	Escala Socio familiar			1,000	-0,178	-0,112
	Actividad Instrumentales de la Vida Diaria				1,000	0,592
	ABVD					1,000
Tau b de Kendall	Vacuna D/T	-	-	0,420	-0,218	-0,116
	Calidad de vida	1,000	0,191	-0,091	0,241	0,238
	Participación social		1,000	-0,189	0,355	0,319
	Socio familiar			1,000	-0,004	0,006
	Actividad Instrumentales de la Vida Diaria				1,000	0,669
	ABVD					1,000
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta realizada en la localidad de Villa María y Villa Nueva entre 2008 y 2009.						

La correlación negativa señala que quienes más han sido vacunados contra la gripe, son aquellos adultos mayores diabéticos que tienen una mejor calidad de vida, una mayor participación social y son más independientes en el desarrollo de sus actividades instrumentales. Mientras que la correlación resultó positiva cuando se analizó la situación

socio familiar y el nivel de independencia a las actividades básicas (Índice de Barthel). Esta correlación positiva señala que quienes tienen una difícil situación social son los que menos se han vacunado al igual que los que tienen un alto grado de independencia a las ABVD. Ahora cuando lo que se comparó fue el comportamiento de las variables sociales pero en relación a la vacuna del tétanos se observó que no existe correlación entre el hecho de que los adultos mayores se hayan colocado la vacuna D/T en los últimos 10 años y su calidad de vida y nivel de participación social. Cuando la variable que se analizó fue la situación socio familiar, la relación fue positiva, es decir a mejor situación socio familiar mayor era el número de personas que se habían colocado dicha vacuna.

La correlación resultó negativa cuando se la comparó a la colocación de la vacuna D/T con respecto a dependencia a las actividades básicas e instrumental de la vida diaria, pero ninguna de las correlaciones calculadas resultaron significativas.

No hay muchos estudios que analicen el cumplimiento de las vacunas en la población diabética, siendo la comparación de nuestros resultados difícil. Mientras tanto, contrastan con los resultados de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, España, realizada en 2004-2005, que encontró una proporción de pacientes diabéticos vacunados de 60,1%, en las edades superiores a los 65 años, la cobertura fue del 68,4%.% (Jiménez-Trujillo et al. 2008).

Se analizó la correlación entre el hecho de ser vacunado y algunas variables sociodemográficas y se notó que, para las dos vacunas evaluadas, la correlación con la edad no es fuerte ni significativa. Eso contrasta con los resultados de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, España, 2004-2005, los autores notaron que, entre los pacientes diabéticos, la cobertura de vacunación aumentó con la edad. La correlación entre el hecho de ser vacunado y nivel de instrucción tampoco fueron ni significativas ni fuertes. Nuevamente se opone al estudio español, en el que vieron que en los pacientes diabéticos, la cobertura de vacunación aumento con un menor nivel educativo, la peor percepción de su salud y entre los que sufrían otras enfermedades crónicas.

Discusión

Lo más llamativo de nuestros resultados es la baja cobertura de vacunación de la población diabética en comparación al altísimo porcentaje que tuvo contacto con el sistema de salud en el último año (97%) lo cual constituye una oportunidad perdida de cumplir con las recomendaciones de estas medidas preventivas.

En el artículo español “Desigualdades en la recomendación o el consejo médico de la vacuna antigripal en población adulta” de Vázquez-Fernández del Pozo et al. (2006) estudiaron el

estado de vacunación frente a la gripe y los motivos para vacunarse en 76.000 personas mayores de 16 años, en España. La principal razón que justificaba la vacunación frente a la gripe en todos los grupos de población estudiados fue recibir la recomendación de vacunación por parte del médico. Igualmente, Jiménez-Trujillo et al. (2008) encontraron que la mayoría de los madrileños con diabetes vacunados contra la gripe (94,7%), lo hicieron por recomendación del médico o enfermera. Los estudios convergen en la conclusión de que hay mayores niveles de vacunación cuanto mayor recomendación médica de hacerlo.

Podemos cuestionarnos, entonces, sobre los resultados del presente estudio. Por qué si la casi totalidad de los diabéticos estudiados tuvieron contacto con algún agente de salud durante el último año, y, por consiguiente, la oportunidad de recibir la recomendación de vacunarse, el porcentaje de vacunación es tan bajo. Según los estudios que demuestran una fuerte relación entre recomendación de un agente de salud y la vacunación efectiva, tendrían que tener un alto porcentaje de inmunización. Mientras tanto, una minoría solamente tiene las vacunas recomendadas.

Nos podemos preguntar los por qué si los diabéticos, que tuvieron el contacto con el sistema de salud, no recibieron la recomendación de vacunarse, y/o no fueron vacunados? Los agentes de salud omiten realizar la recomendación? Cuáles son los motivos por los cuales las personas en riesgo no son vacunados? La demanda excede la capacidad de los establecimientos de salud, y por consiguiente la rapidez de las consultas dificultan realizar las acciones preventivas? La información sobre las recomendaciones preventivas no están bien difundidas? No hay oferta de vacunas antigripal o antitetánica? Las personas rechazan la vacunación?

Estudios demostraron que la recomendación de las vacunas varía en función de la actitud de los médicos frente a ciertas características de los pacientes. Así, Jiménez-Trujillo et al., en 2008, encontraron que los factores que demostraron estar relacionados con recibir la recomendación de vacunación por parte del médico en el grupo de mayores de 65 años fueron: edad ≥ 75 años, no tener estudios, tener estudios no universitarios y residir en municipios > 10.000 habitantes (Vázquez-Fernández del Pozo et al., 2006). También, se ha demostrado que existe una relación entre los estilos de vida propios de los médicos y su influencia en las actividades preventivas recibidas por sus pacientes (Cornuz et al. 2000, Kloppe et al. 2005, y Brotons et al. 2005, citado por Vázquez-Fernández del Pozo et al. 2006). La conclusión de esta investigación fue que es preciso mejorar el grado de conocimiento de la recomendación de vacunación antigripal y la disponibilidad de tiempo en la consulta para llevar a cabo las actividades preventivas. Se mencionó también que es

importante facilitar la información precisa acerca de las enfermedades y las inmunizaciones mediante campañas (Schade et al. 2005 y Honkanen et al. 1997 citados por Vázquez-Fernández del Pozo et al., 2006).

El un trabajo que se enmarcó en el Programa de Intervención para reducir la morbilidad y mortalidad por diabetes (Suárez Pérez, 2000) evaluaron los resultados de una intervención educativa dirigida a los médicos y enfermeras de los consultorios de familia para que, a su vez, educaran a los pacientes diabéticos. Se encontró un aumento significativo en los conocimientos de los proveedores de salud del área intervenida, lo que influyó positivamente en un aumento significativo de los conocimientos de la población diabética. Se concluyó que el aspecto educacional es esencial para afrontar el problema de salud-diabetes y que debe iniciarse por los proveedores de salud para que puedan realizar con eficacia el cuidado y la educación de la población diabética.

Conclusión

La transición demográfica, como ya comentara CELADE (2001), cuyos efectos impulsan el proceso de envejecimiento, hace patente la necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a las personas de 60 y más años, con acción en los planos económico, social, político y cultural, y en procura de promover un clima favorable a la incorporación de los adultos mayores al desarrollo de los países de la región. Los antecedentes empíricos muestran la presencia de condiciones mixtas entre las personas de edad en la región; si bien la pobreza no está más extendida entre ellos, su vulnerabilidad parece aumentar con las insuficiencias institucionales y la reducida capacidad de apoyo de la comunidad y las familias. En el caso preciso del cumplimiento de las actividades preventivas en la población diabética cada vez más numerosa, se plantea el problema de la disponibilidad de los recursos para sus realizaciones pero también la difusión de las recomendaciones que sea en los equipos sanitarios y en la población misma.

Una revisión de la institucionalidad y las políticas públicas señala que falta mucho por hacer; los desafíos futuros implican combinar recursos, promover cambios socioculturales y fomentar la participación activa de la sociedad civil, en particular de las mismas personas de edad; en otras palabras, el diseño de políticas, deben construirse no sólo con una intencionada intervención pública, sino también incentivando acciones de toda la sociedad y rescatando la capacidad de operación de diferentes agentes de desarrollo de la sociedad civil (CEPAL-CELADE, 2001).

Bibliografía

1. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5/6):307–22.
2. Aschner, P. Diabetes trends in Latin America. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. *Diabetes Metab. Res. Rev.* 2002; 18(S3):S27-S31. John Wiley & Sons, Ltd. ISSN: 1520-7560. UR - <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.280>. DO - 10.1002/dmrr.280.
3. Bertone, C., Andrada, M. Morbilidad, cobertura de salud y uso de los servicios de salud de los adultos mayores en un aglomerado urbano argentino. Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010. Disponible en: http://www.alapop.org/2009/index.php?option=com_content&view=article&id=621&Itemid=339.
4. CELADE, 2003. Boletín demográfico América Latina Y El Caribe: El Envejecimiento De La Población 1950-2050, CEPAL-CELADE, julio 2003.
5. CELADE. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Centro Económico Para América Latina y Caribe (CEPAL) y Banco Interamericano de desarrollo (BID), 1996.
6. Chackiel J. L a dinámica demográfica en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población y desarrollo. Santiago de Chile, mayo de 2004 CEPAL - SERIE Población y desarrollo N° 52.
7. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García, V. Hernández-Barrera, A. López-de Andrés, J.L. del Barrio-Fernández, P. Carrasco-Garrido y A. Gil de Miguel. Cobertura y predictores de vacunación contra la gripe en adultos con diabetes en Madrid, I. Unidad de Docencia e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España. 102 Vacunas. 2008; 9(3):102-7.
8. Martin L.M.; Leff M.; Calonge N.; Garrett C.; Nelson D.E. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 18, Number 3, April 2000, pp. 215-218(4).
9. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5/6):353–61.

10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Primera Edición - Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2006. ISBN 950-38-0039-0.
11. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES MELLITUS TIPO 2. Versión breve con herramientas para facilitar la aplicabilidad. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Componente: Servicios de Salud. 2008.
12. OMS, 2004. Peláez, M.; Palloni, A.; Albala, C.; Alfonso, J. C.; Ham-Chande, R.; Hennis, A.; Lebrao, M. L.; Leon-Díaz, E.; Pantelides, E.; Prats, O. SABE - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000 [archivo electrónico]:Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor], 2004.
13. OMS. La Diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio 2001.OMS. Diabetes. Nota descriptiva N°312. Enero de 2011. Extraído el 12/7/2011 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
14. Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loredó L, Braguinsky J, Cobañas C, Libman C, Tesone C. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. Diabetes Metab. 2004 Sep; 30(4):335-9.
15. Smith SA, Poland GA. Influenza and pneumococcal immunization in diabetes. Diabetes Care. 2004; 27 Suppl 1:S111-3.
16. Smith SA, Poland GA. Use of influenza and pneumococcal vaccines in people with diabetes. Diabetes Care. 2000; 23:95-108.
17. Suárez Pérez, R., García González, R., Padilla, D. A., Díaz Díaz, O. y Grupo de Intervención. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol 2000; 11(1):31-40.
18. Valdés, S., Rojo-Martínez, G., Soriguer, F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España. Med Clin (Barc). 2007; 129(9):352-5).
19. Vázquez-Fernández del Pozo, S., Jiménez-Trujillo I., Carrasco-Garrido, P. Gil-De Miguel, A., Jiménez-García, R. Desigualdades en la recomendación o el consejo médico de la vacuna antigripal en población adulta Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. España, Vacunas. 2006; 7:108-15.
20. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27:1047-53.