

Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro

Cultural representations about anaemia and supplement with iron

Lic. en Antropología Gloria Sammartino^a

RESUMEN

Introducción. En la Argentina, un tercio de las embarazadas y niños padecen anemia, y su prevención constituye un desafío. El presente estudio, de corte cualitativo, intenta mostrar las representaciones sociales en torno de las nociones de anemia y de la aceptación y el rechazo de la suplementación con hierro entre miembros de equipos de salud, madres y embarazadas.

Población y métodos. Se analizaron entrevistas semiestructuradas y abiertas aplicadas a profesionales de la salud y no profesionales que trabajaban en centros de salud, así como madres de niños pequeños y embarazadas, usuarias de esos centros. Los 8 centros de salud visitados se ubicaban en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y las provincias de Jujuy y Misiones. La información se obtuvo entre junio de 2007 y marzo de 2008. Se entrevistó a 49 miembros de los equipos de salud y a 30 madres. El análisis de los datos se basó en el empleo del programa informático NUD*IST.

Resultados. Se destacaron las actitudes contrapuestas de los profesionales: hubo un grupo que no visualizó la problemática de la anemia y consideró innecesaria la suplementación; otro, que si bien la consideró problemática en algún grado, encontró en la ingesta de alimentos la solución, y un tercer grupo que tuvo absolutamente incorporado el concepto de combatir y prevenir la anemia, para quienes el papel de la suplementación ocupó un lugar relevante.

Conclusiones. El seguimiento de las normativas para la suplementación de hierro dependió de las creencias y la voluntad personal de los integrantes de los equipos de salud.

Palabras clave: representaciones culturales, anemia, hierro, madres, equipos de salud.

SUMMARY

Background. In Argentina, one third of pregnant women and infants suffer from anemia. However, the adherence to the treatment is very low. This study, that is qualitative in nature, tries to show the social representations regarding notions of anemia and the acceptance and reject of iron supplementation among health teams, mothers and pregnant women.

Population and methods. Semi-structured and open interviews were applied to professionals and non professionals that worked in health centers, as well as mothers of small children and pregnant users. The 8 health centres that were visited are placed in the City of Buenos Aires and Great Buenos Aires, the provinces of

Jujuy and Misiones. Information gathering took place between June 2007 and March 2008; 49 members of health teams and 40 mothers were interviewed. Data analysis was made with the software NUD*IST.

Results. The opposing attitudes of the professionals were emphasized. There was a group that did not visualize the anemia problem and that did not consider iron supplementation as necessary, there was another group that, even when considering it as problematic, found that the intake of food was the solution. Finally, there was a third group that had absolutely incorporated fighting and preventing the anemia, for whom iron supplementation had an important place.

Conclusions. To follow-up the regulation for iron supplementation depends on the beliefs and the private wishes of health teams members.

Key words: cultural representations, anemia, iron, mothers, health teams.

INTRODUCCIÓN

La prevención de la anemia en embarazadas y niños menores de dos años constituye un desafío para muchos países de Latinoamérica y para la Argentina, ya que un tercio de las embarazadas y niños pequeños la padecen.^{1,2} Sus consecuencias funcionales adversas son altamente conocidas,³⁻⁶ así como las medidas de prevención, experimentadas universalmente, y cuya relación costo-eficacia es muy alta.^{7,8} Sin embargo, en la ENNyS¹ se observa la baja proporción de niños menores de dos años que consumen suplementos de hierro en las diferentes regiones del país, no obstante los distintos programas de distribución gratuita del recurso; entre estos últimos, el de mayor relevancia es el Programa Remediar.⁹ Desde esta perspectiva, realizamos un estudio cualitativo, con el objetivo de conocer las representaciones sociales en torno de las nociones de anemia y de la aceptación y el rechazo de la suplementación

a. UBA CISPAN.
Escuela de
Nutrición. Facultad
de Medicina.

Correspondencia:
Lic. Gloria Sammartino:
gloriasammartino@
gmail.com.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 10-8-09
Aceptado: 11-6-10

con hierro entre los miembros de los equipos de salud, las madres y las embarazadas.^{10,11}

POBLACIÓN Y MÉTODOS

La recolección de datos para este estudio se realizó en Centros de Salud (*Cuadro 1*); se entrevistó a profesionales de la salud y no profesionales, a madres y embarazadas concurrentes. El criterio para la selección de los sujetos a entrevistar fue, entre los profesionales –previa obtención de las correspondientes autorizaciones de las autoridades sanitarias– apuntar a aquellos que asistieran a población materno-infantil; entre los no profesionales (agentes sanitarios y personal administrativo de las farmacias de los CAPS) el criterio de selección fue el de su disponibilidad al momento de la entrevista. Entre las madres, se invitó a aquellas embarazadas y madres de niños pequeños que se encontraban en las salas de espera, previo consentimiento informado, a prestarse para realizar una entrevista semiestructurada. Se eligieron las provincias de Jujuy y Misiones, dadas sus elevadas tasas de prevalencia de anemia, así como el área del conurbano bonaerense, en contraste con la Ciudad de Buenos Aires.¹ La hipótesis fue suponer, sobre la base de datos facilitados por el Programa Remediar del Ministerio de Salud, que los CAPS con mejor suministro de sulfato ferroso se asociarían con el hecho de contar con equipos de salud más sensibilizados para esta problemática. Por esta razón, escogimos, de cada área y provincia, 2 CAPS para realizar el trabajo de campo: el que mayor suministro de hierro registrara entre los pacientes y el de menor suministro. El relevamiento de los datos se obtuvo a partir de las entrevistas en profundidad

y semiestructuradas con los informantes y la observación.¹¹ La metodología de análisis consistió en sistematizar los datos obtenidos mediante la transcripción de las entrevistas grabadas y las notas tomadas. Tras haberlas archivado digitalmente, el procedimiento utilizado para su análisis se basó en el programa informático NUD*IST. Su empleo requirió cargar los archivos digitalizados en una base de datos y seleccionar los pasajes de estos archivos que resultaron relevantes según las categorías de interés. Una vez realizadas las búsquedas de conceptos sobre la base de la información obtenida, buscamos armar los ejes conceptuales y producir interpretaciones acerca de los problemas planteados.

La noción de representación social se tomó de los desarrollos de Denise Jodelet,¹² para quien constituyen una construcción sociocognitiva propia del sentido común que puede definirse como un conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado. Sería una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido orientado a la práctica que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social.

RESULTADOS

La obtención de la información se realizó entre junio de 2007 y marzo de 2008. En el transcurso del estudio se visitaron ocho CAPS y se entrevistó a 49 miembros de los equipos de salud y a 30 madres. En primer lugar explicitamos que la hipótesis inicial fue rápidamente descartada, en tanto hallamos que aquellos CAPS cuyo suministro de hierro resultaba “exitoso” dependían del mayor o menor grado de eficiencia administrati-

CUADRO 1. *Diferencias y similitudes entre las poblaciones estudiadas*

Semejanzas

- Pacientes pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad.
- Similares problemáticas de acceso a todo tipo de recursos, entre ellos, los alimentarios y de salud.
- Todos los CAPS son visitados por pacientes de diferente origen étnico (indígenas, sobre todo en Jujuy y Misiones) y procedencia migratoria (paraguayos, bolivianos, peruanos).
- No existe unanimidad de criterios sobre la anemia y la suplementación de hierro dentro de los equipos de salud. Cada profesional tiene sus propias concepciones.
- Alta demanda de la población frente a la escasa y, muchas veces, mal remunerada oferta de recursos humanos.
- Presencia suficiente del recurso (hierro) en todos los CAPS.

Diferencias más marcadas

- **Misiones** (Posadas): Sobresale la parasitosis como causal de anemia.
- **Jujuy** (Quebrada de Humahuaca, La Quiaca): Falta de consenso (altura superior a los 1500 m sobre el nivel del mar) sobre los valores límite para determinar anemia.
- **CABA y GBA** (José León Suárez, Bella Vista): Sin particularidades a señalar.

va en la farmacia de cada uno de ellos, y no de la mirada que tuviera el equipo de salud respecto a la problemática de la anemia. Así, hallamos que los equipos están conformados por profesionales con diferentes miradas respecto de la anemia y la suplementación con hierro.

Nociones, causas, consecuencias y lugar que ocupa la anemia

Estos aspectos se desarrollan en el Cuadro 2, pero, en relación a las causas, destacamos dos discursos que emergieron como centrales entre los equipos de salud: uno de ellos vincula la anemia con la mala alimentación y el otro lo hace con la

parasitosis. Respecto del lugar que ocupa la anemia entre otras enfermedades y problemáticas, observamos que existen muchas otras que escalan lugares prioritarios: diarrea, infecciones respiratorias, bronqueolitis, gastroenteritis, desnutrición, adicciones, violencia familiar, tuberculosis, sífilis. Por otra parte, la anemia es muchas veces visualizada como “fisiológica”, y por eso “normal” (Cuadro 3); incluso, emergen representaciones que dudan de que la anemia sea una enfermedad.

Cómo se previene la anemia

Algunos profesionales aluden a la importancia de la profilaxis y hacen mención de los últi-

CUADRO 2. Definiciones de anemia, sus causas y consecuencias entre los equipos de salud y las madres

Equipos de salud		
Definición	Causas	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> Déficit de hemoglobina (valor límite varía). Deficiencia de hierro. Deficiencia nutricional. Anemia fisiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta acceso alimentos: sobre todo de carne. Tardía ingesta de carne. Desnutrición infantil. Población: falta de conocimientos nutricionales. Parasitosis. Cortos períodos intergenésicos. Pobreza. Población: cultura y educación inadecuada. 	<p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebés de bajo peso, muerte fetal. Retraso del crecimiento intelectual. Mayor vulnerabilidad ante las enfermedades. <p>Embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto riesgoso. Fracaso de la lactancia materna. Perjuicio del vínculo con su bebé.
Madres		
Definición	Causas	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> No saben: “porque el médico no se lo explicó”. Confusión con anorexia, bulimia. Definida por los síntomas: cansancio. 	<ul style="list-style-type: none"> Mala alimentación. Ausencia de alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> No sabe. “La doctora no me explicó”. Riesgo de que sus hijos no crezcan. Riesgo de que sus “hijos no pasen de grado”. Genere enfermedades. Se debilite la sangre.

CUADRO 3. Representaciones de los médicos sobre los dominios y competencias en torno a lo “natural” y lo “no natural”, lo “normal” y lo “patológico/enfermo”

Normal	Patológico
<ul style="list-style-type: none"> Tener anemia durante el embarazo es “común”, “es de todos, como el comer”. Muchos dudan si es una enfermedad. Que los niños pequeños, entre los 6 meses y 1 1/2 año estén anémicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Es vista como problema cuando la hemoglobina está por debajo de los valores considerados normales entre dos y tres puntos.
Natural, fisiológico	No natural
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la ingesta de alimentos ricos en hierro (productos cárneos sobre todo). 	<ul style="list-style-type: none"> Ingerir suplementos. Hierro en inyecciones.

mos datos dispuestos, lo cual permite vislumbrar el conocimiento que poseen de las normativas oficiales. Sin embargo, en el discurso de otros se vislumbra, como en el caso de las gestantes, la idea de que si la paciente prefiere un “embarazo lo más natural posible” y quien la asiste no visualiza la importancia de indicar hierro de manera preventiva, el profesional no lo hace. Con respecto a los niños, hallamos que algunos indican hierro entre los cuatro y los seis meses de edad, tal cual lo enuncian las normativas oficiales; otros deciden hacerlo cuando comienza la incorporación de alimentos o se produce el destete. Entre otras concepciones más alejadas emerge el suponer que si el niño “está bien alimentado no necesita hierro”. En otra categoría se ubican los niños con bajo peso, en quienes se tiene un cuidado mayor y se procura que sigan minuciosamente el tratamiento basado en la ingesta de hierro y polivitamínicos.

El hierro y su ingesta

Como se señala en el *Cuadro 4*, hallamos diversidad de concepciones entre los profesionales a la hora de indicarlo, aun habiendo criterios científicos pautados, como los que figuran en las normativas² acerca de la modalidad y la duración que debe tener el tratamiento. Esta diversidad de nociones vinculadas a la ingesta se magnifica cuando los pacientes la ponen en práctica, pues al consultar con las madres y embarazadas muchas cuentan que sólo tomaron hierro durante un mes (cuando

en las normativas se especifica que deben ser seis meses), a veces quince días, e incluso menos.

En relación a la presencia del hierro, los integrantes de los equipos de salud destacan su constante disponibilidad, provisto generalmente por el Programa Remediar y, en menor medida, por las provincias o el municipio (*Cuadro 4*). En cuanto a su calidad, algunos profesionales consideran de menor calidad al sulfato ferroso que provee el mencionado Programa, respecto de los elaborados por otros laboratorios, supuestamente de mayor calidad. Para el grupo de las embarazadas, otra representación recurrente es que, en última instancia, mucho más saludable que tomar una pastilla medicamentosa sería obtener el hierro a través de los alimentos. Algunos médicos relatan que, cuando la ingesta se les hace “intolerable”, terminan por recomendar que “no tomen nada” y sigan una dieta “rica en hierro”; excepto cuando el grado de anemia se considera muy importante, es decir, cuando la hemoglobina está por debajo de 9 g/dL. En estos casos, la solución radica en la indicación de hierro inyectable.

Algunas madres destacan los efectos beneficiosos que encuentran en la ingesta de hierro, no obstante padecer algunas de las desagradables sensaciones colaterales. Aluden a su eficiencia curativa y se lo vincula con el cuidado de la mujer en general, así como con la del bebé en gestación y el incremento del apetito entre los niños.

CUADRO 4. Características del hierro según sus cualidades gustativas y efectos colaterales, disponibilidad y acceso, laboratorio de elaboración y recomendaciones y prácticas de ingesta

Equipos de salud	Madres
<ul style="list-style-type: none"> • El recurso siempre está. • A veces llega a la fecha vencimiento. • Marcas que tienen más prestigio. • Los que se compran son mejores. • A los pudientes se receta su compra. • Los de sabor vainillado (se compran) son mejor asimilados por los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gusto: “chupar un clavo”, feo, asqueroso. • Rechazo embarazadas (nauseas, vómitos, dolor abdominal). • Rechazo niños (escupen, lloran, rechazan, dolor abdominal).
Recomendaciones equipos de salud sobre la ingesta	Prácticas de las madres al efectuar la ingesta
<ul style="list-style-type: none"> • Con jugo de naranja. • Alejado de las comidas. • Si no se tolera: con las comidas. • Tres por semana, dividir la ingesta durante el día, empezar con medio comprimido y aumentar gradualmente. • No se mencionan alimentos y bebidas inhibidores-facilitadores absorción. 	<ul style="list-style-type: none"> • El médico les hace la receta y lo retiran de la farmacia del CAPS. • Siempre hay en la farmacia del CAPS. • Pocas mencionaron haberlo comprado. • Tomarlo con jugo de naranja. • Bebidas cola, leche de vaca, leche materna. • Con las comidas, después del desayuno, a la tarde, en cualquier momento. • No se mencionan alimentos y bebidas inhibidores-facilitadores absorción.

Cuestiones de comunicación

En el *Cuadro 5* se resumen las apreciaciones registradas, pero nos detenemos en una de ellas. Aparecen reiteradamente, a lo largo de las charlas con los profesionales, las concepciones que estos tienen de las madres. En muchos casos, pudimos observar que, cuando la mirada de los integrantes de los equipos de salud es “descalificante”, es decir, cuando sus representaciones de las madres giran en torno a apreciaciones negativas y no se logra generar un lazo que fomente la comunicación médico-paciente, el seguimiento del tratamiento se ve debilitado: olvidan tomar el hierro, dejan de dárselo a sus hijos, dejan que se venza, etc. De manera opuesta, cuando se busca “potenciar” a las madres, es decir, cuando las representaciones son positivas y los equipos buscan generar un vínculo que propicie el entendimiento,

el seguimiento de las prescripciones médicas cobra mayor sustento, de modo que la ingesta del hierro se ve favorecida, pues tras comprender el efecto beneficioso que la ingesta de los suplementos de hierro produce, más allá de los malestares que estos puedan ocasionarles, optan convencidas, siguiendo su relato, por consumirlo.

Conocimiento y seguimiento de las normativas

Por parte de los equipos, visualizamos dos miradas (*Cuadro 6*): dentro de un primer grupo ubicamos a aquellos cuyas concepciones denotan un conocimiento pormenorizado de las normativas. Dentro del segundo, ubicamos a quienes refieren no guiarse por normativa alguna y sostienen que la suplementación no es eficaz puesto que no es “natural”, en tanto la mejor manera de consumir hierro es a través de la alimentación.

CUADRO 5. Aspectos comunicativos médico-paciente y su incidencia en la ingesta de hierro y seguimiento del tratamiento

Equipos de salud	Madres
<p>Mirada descalificante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicarles es muy difícil, “mamá que no han terminado la primaria”. • Falta de cultura. • Son vagas. • No preguntan, no les interesa. • Poca experiencia (son jóvenes). • Trabajan y tienen muchos hijos. 	<p>Efectos mirada descalificante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olvidan tomarlo. • Dejan de dárselo a sus hijos. • Mienten si el médico les pregunta (porque las retan). • Se les vence.
<p>Mirada “potenciadora”</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es fluida si el médico da el lugar: depende de las “tácticas” del médico. Si se la mira, se la escucha, se le “habla”. • Vínculo que se construye durante las consultas. • Refuerzan explicaciones “en sus palabras”: “les explicamos con las palabras más simples que se pueda” 	<p>Efectos “mirada potenciadora”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierro visto como algo que cura. • Los hijos suben de peso, comen más, tienen más resistencia. • Tienen avances motrices (“se levanta, se sienta”). • “Ayuda en el parto, por la pérdida de sangre”. • Vinculado con el cuidado de la mujer. • Ayuda al bebé en gestación.

CUADRO 6. Conocimiento de las normativas y su seguimiento

Grupo 1

- Conocen y se guían por las normativas y actualizaciones.
- Mencionan estar al tanto de los “alarmantes” índices de anemia provistos por registros oficiales.
- Es importante, sobre todo si la dieta es deficiente.
- En el discurso se visualiza apego a normativas: “todos los niños tienen anemia fisiológica, por eso hay que suplementar”, “a la menor duda de embarazo se las suplementa”.

Grupo 2

- No se guían por normativa alguna.
- Dicen no haberse enterado de la existencia de las guías ni de capacitación alguna.
- Porque la suplementación sola no sirve sin una buena alimentación que la refuerce.
- La anemia no es un problema en su población.
- Si la paciente no quiere tomar hierro, no le insiste.
- Porque la suplementación es horrible.
- Porque el hierro quita el apetito y las mucosas no lo absorben.

Nociones sobre lactancia materna, leche y harina fortificadas, y ligadura tardía del cordón umbilical

Si bien forman parte de las prácticas recomendadas por las normativas, se desprende (*Cuadro 7*) que mientras la lactancia materna se visualiza como muy apreciada y, por lo tanto, difundida, las demás estrategias parecieran ser poco conocidas y valoradas por parte de los equipos de salud, mucho menos por la población usuaria de los CAPS.

DISCUSIÓN

Las bajas proporciones registradas por la ENNyS de pacientes que recibieron suplementación farmacológica con hierro, una posible explicación de la persistencia de la anemia,¹³ y los resultados de este estudio, nos conducen a pensar que, sobre todo, responden a las diferencias de criterio y práctica técnica existentes entre los miembros de los equipos. En este sentido, rescatamos la recurrente emergencia del concepto de anemia fisiológica entendida como "normal". Entre quienes se registra esta conceptualización, el operar técnico es el de no indicar la suplementación. Detectamos también la existencia de profesionales que no consideran importante suplementar, por lo cual tampoco lo indican, tal como prescriben las normativas. En el caso de este

último grupo, los motivos son que el hierro se absorbe mejor a través de los nutrientes que provee la ingesta de alimentos, sobre todo de carne. Sin realizar el ejercicio de discriminar en este punto si se trata o no de personas con recursos suficientes para acceder a una alimentación apropiada.¹⁴⁻¹⁶

Se consideraron los casos de anemia susceptibles de tener prioridad ante otros padecimientos, los menos, cuando los parámetros de hemoglobina descienden entre dos y tres puntos por debajo de los valores límite. Este dato lo relacionamos con las estimaciones marginales de anemias graves que se registraron en la ENNyS y la anemia de grado leve fue la que constituyó un grupo numeroso.¹³

Otro tema que revela el bajo estatus que la anemia adquiere entre algunos equipos de salud es el grado de desconocimiento que manifestaron algunos no profesionales, como los agentes sanitarios; pues si se considera el importante rol que ocupan en APS como intermediarios entre médicos y pacientes, cuando carecen de conocimientos, difícilmente puedan cumplir un papel más activo. Por el contrario, en los centros de salud visitados en la provincia de Jujuy, muchos profesionales relevaron el papel de los agentes sanitarios con respecto al seguimiento de la suplementación.

Por parte de la mayoría de las madres, notamos que la anemia no es percibida como un problema.

CUADRO 7. Representaciones de las otras cuatro estrategias para prevenir la anemia por parte de los equipos de salud y las madres: lactancia materna, leche fortificada, alimentos fortificados y corte tardío del cordón umbilical

Estrategias	Equipos de salud	Madres
Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Vista como recurso de importancia en contra de la anemia. Inculcan lactancia exclusiva hasta los 6 meses. Destete: "comienzan los riesgos". 	<ul style="list-style-type: none"> Emerge la obligación inculcada por los equipos de salud. Diversidad de relatos de experiencias.
Leche fortificada	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento respecto de su existencia y su fórmula. Dada su existencia irregular no es considerada un verdadero recurso. Desconfianza en las prácticas de consumo por parte de los pacientes ("la diluyen, la hierven"). El recurso se desestima: "no sirve sin una buena alimentación". 	<ul style="list-style-type: none"> Compartida con los integrantes del hogar. Desconocimiento de los recaudos para su correcto consumo (se hierva, se diluye, se mezcla con alimentos que inhiben absorción de hierro, etc.).
Alimentos fortificados	<ul style="list-style-type: none"> No cuentan con conocimientos, por eso no recomiendan. Olvidan recomendarlos. Desestimación de la harina fortificada entregada por los programas asistenciales: "las madres no cocinan". Bien ponderada por otros: "la población elabora muchas comidas con harina". 	<ul style="list-style-type: none"> Algunas mencionan los alimentos que se asocian con su alto contenido en hierro (hígado, lentejas, etc.). Se asocia con "Quaker", "Vitina", lácteos en general.
Corte tardío del cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> Emerge como "bien vista", pero no es puesta en práctica por: <ul style="list-style-type: none"> "apuro y ansiedad de los médicos". "práctica que corre de pasillo". "cuesta incorporar el cambio, sala de parto es hegemónica". Dificultad de coordinación entre profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Emerge desconocimiento.

A pesar de que existe una asociación a partir de los síntomas y cierto grado de conocimiento acerca de los alimentos que corresponde consumir para obtener hierro, la problemática les es ajena. Muchas mencionaron haber estado anémicas durante su embarazo, aunque tras el parto no volvieron a realizar controles y tampoco les fue indicado por los profesionales. Se destaca, asimismo, la alusión a la falta de transmisión de conceptos por parte del médico, con lo cual las madres justifican su hiato en el saber acerca de la anemia. Esta apreciación indica el lugar de relevancia que ocupa entre ellas la comunicación de conocimientos por parte de los "expertos" en salud.^{17,18} Emerge así la responsabilidad adjudicada a los integrantes de los equipos de salud respecto de las recomendaciones que deben brindar para que las madres puedan salir de la consulta "potenciadas" para llevar adelante la suplementación.¹⁷ En este sentido, hallamos que cuando el profesional está convencido de la magnitud que la problemática reviste y de que la solución radica en el sulfato ferroso, procura afinar sus estrategias comunicativas.

Emerge recurrentemente entre los médicos, y aún más entre la población, el desconocimiento sobre cuestiones nutricionales básicas respecto del hierro (la diferencia entre el hierro heme y no heme), así como de los factores facilitadores e inhibidores de su absorción.¹⁹ Este vacío repercute sobre las conductas muchas veces equivocadas de los pacientes, que al no contar con las prescripciones correspondientes minimizan, sin saberlo, con ingestas inadecuadas de otras sustancias, los efectos del hierro.

Entre las recomendaciones generales de prevención indicadas en las normativas, la lactancia materna ocupa un lugar destacado. Ello obedece a la preocupación por fomentarla por parte de los equipos de salud.¹⁸ Se destaca también, entre los discursos médicos, la prescripción de prácticas de modificación de la dieta (sobre todo inclusión de alimentos de origen animal); sin embargo, las demás estrategias ocupan un estatus decididamente menor. De ello se desprende que no sólo la prescripción de hierro encuentra trabas entre los equipos de salud, sino también el resto de las estrategias recomendadas, lo cual incide en las altas tasas de anemia.

Entre las fortalezas del estudio hallamos que se ha podido profundizar en el hecho de por qué no todos los profesionales consideran importante llevar adelante la suplementación con hierro. Entre las debilidades hallamos la dificultad de comparar con otros estudios cualitativos debido a su inexis-

tencia. Otra debilidad es que se ha profundizado más en el discurso de los equipos de salud, pues al interior de este grupo comenzamos a hallar, a nuestro juicio, las verdaderas claves, y en menor medida entre el discurso generado por las madres. Sin embargo, sería importante ahondar en las representaciones de las madres en un próximo estudio, para aportar mayor profundidad a la temática y generar posteriores recomendaciones para los equipos de salud. Por otra parte, haber realizado el estudio en CAPS con demanda predominante de población pobre, no nos ha permitido conocer cuáles son las representaciones de las madres pertenecientes a sectores socioeconómicos más altos sobre esta problemática, en tanto la ENNyS también señala que en esta población la prevalencia de anemia es alta. En el mismo sentido, quedaría pendiente conocer cuáles son las representaciones de los equipos de salud que asisten a pacientes de estos sectores socioeconómicos más altos, cómo perciben a estas "otras" madres, así como el lugar que adquiere la comunicación en la relación médico-paciente.

CONCLUSIONES

Las concepciones que los integrantes de los equipos de salud tienen de la anemia se vinculan con su grado de capacitación y actualización, lo cual depende de su iniciativa e interés personal. De este modo, si consideran que la anemia es causada por mala alimentación, la solución no está en el hierro, y si es causada por parásitos, tampoco. Si las causas responden a la cultura ("inadecuada") y la pobreza de la población, nuevamente la solución no es la suplementación, que queda muy alejada del sistema médico.

La anemia se considera un problema relevante cuando los valores descienden por debajo de 9-8 g/dL. Hasta entonces, el discurso dominante es el de la existencia de enfermedades que merecen mayor atención.

Se destaca la falta de seguimiento de la anemia por parte del sistema de salud una vez que la madre concluyó su embarazo.

Emerge la importancia de otorgar herramientas a los equipos que propicien la comunicación y el encuentro con el otro, y analicen las maneras en que se transmite la información y los saberes que podrán potenciar a las madres respecto de la enfermedad y su tratamiento.

Agradecimientos

Especialmente a la Dra. Patricia Aguirre, sin ella este trabajo no hubiera sido posible; a la Lic.

María Esther Zadorozne de Petroni y el Dr. Guillermo Cribb, por su aporte especial y generoso. A todos los integrantes de los equipos de salud y las madres que colaboraron en la realización de las entrevistas. A las licenciadas, Andrea Solanz y Laura Piaggio por sus interesantes aportes. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2006.
2. Calvo E, Longo E, Aguirre P, Britos S. Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2001. Pág. 44.
3. Lozoff B. Iron deficiency and child development. *Food Nutr Bull* 28(suppl):S560-S571.
4. Walter T, de Andraca I, Chadud P, Perales CG. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics* 1987;79:981-985.
5. Walter T, Olivares M, Pizarro F, Muñoz C. Hierro, anemia e infección. En: O'Donnell, A. Viteri F, Carmuega E, Eds. Deficiencia de hierro, desnutrición oculta en América Latina. Buenos Aires: Publicación CESNI. 1997.
6. Gillespie S. Major issues in the control of iron deficiency. The Micronutrient Initiative, UNICEF; 1998.
7. WHO/UNICEF/ONU. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control. Ginebra: World Health Organization; 2001.
8. Campbell OMR, Graham WJ. On behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Maternal Survival 2. Lancet* 2006;368:1284-99.
9. Bernztein R. El hierro, la anemia, y el uso racional en el Programa REMEDIAR. Atención Primaria de la Salud. *Boletín PROAPS Remediar* 2003;1(4):4-7.
10. Sammartino G. Las representaciones culturales de la anemia y la aceptación y rechazo de la suplementación de hierro. *DIAETA* 2009;127:7-15.
11. Guber R. El salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2008. Págs. 171-246.
12. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Serge Moscovici (compilador). *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós, 1984. Págs. b469-493.
13. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, et al. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr* 2009;107(5):397-404. [Acceso: 6 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a06.pdf>.
14. Bernztein R, Drake I. Subprescripción de hierro y variabilidad en el primer nivel de atención público de la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(4):320-327.
15. INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Datos del segundo semestre de 2005. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Instituto Nacional de Estadística y Censos. República Argentina.
16. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda; Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Instituto Nacional de Estadística y Censos. República Argentina. 2001.
17. Jaquenod M, Naumann S, Poccioni MT, Raineri F, et al. Epidemiología de la anemia por deficiencia de hierro. *Boletín informativo Mensual del Proyecto "Uniéndonos por la salud de nuestros pibes"*. UNICEF. Argentina. Edición Nro.2. Octubre 2006; 5.
18. Calvo EB, López LB, Aguirre P. Estudios sobre nutrición en menores de 3 años (alimentación y riesgo de desnutrición infantil). Ministerio de Salud y Ambiente. Buenos Aires; 2005. Págs. 73-93.
19. Jackson LS. The effect of dairy products on iron availability. *CRC Crit Rev Food Sci Nutr* 1992;31:259-70.