

MAESTRIA EN CIENCIAS VETERINARIAS

– MENCION: MEDICINA PREVENTIVA –

**FACTORES DE RIESGO EN ZONOSIS: PERCEPCIÓN Y ACTITUDES
EN PACIENTES DEMANDANTES DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS
DE VILLA DEL ROSARIO, CÓRDOBA.**

Autor: Ugnia, Laura Inés

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO:
MAGISTER EN CIENCIAS VETERINARIAS**

Esperanza, Santa Fe

2007

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS**

MAESTRIA EN CIENCIAS VETERINARIAS

– MENCION: MEDICINA PREVENTIVA –

**FACTORES DE RIESGO EN ZOONOSIS: PERCEPCIÓN Y ACTITUDES
EN PACIENTES DEMANDANTES DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS
DE VILLA DEL ROSARIO, CÓRDOBA.**

Autor: Ugnia, Laura Inés

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO:
MAGISTER EN CIENCIAS VETERINARIAS**

DIRECTOR: M. SC. Med. Vet. SEQUEIRA, GABRIEL

CO-DIRECTOR: PhD. Med. Vet. TARABLA, HECTOR

JURADO:

M. Sc. Bioq. VANASCO, BIBIANA

M. Sc. Med. Vet. CANAL, ANA

M. Sc. Med. Vet. MARTÍ, LUIS

Esperanza, Santa Fe

2007

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Héctor Tarabla por todo su tiempo, dedicación, apoyo y estímulo que me brindó para la concreción de este trabajo, a quien ofrezco mi amistad incondicional.

Al Dr. Gabriel Sequeira por su aporte y paciente espera para que este trabajo llegara a su término.

A mi entrañable amiga, Alicia Weyers, simplemente por estar ahí, en el lugar y en el momento justo.

A todos mis compañeros de carrera de posgrado, especialmente Florencia, Anita y Cristina, por los momentos inolvidables y por su amistad que perdurará en el tiempo.

A mis amigos Raul Cerutti y su esposa Cristina, por abrirme las puertas de su hogar y brindarme su amistad.

A la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional del Litoral por ofrecer este espacio tan importante en la formación académica científica de quienes nos sentimos comprometidos con la docencia y la investigación.

A la Universidad Nacional de Río Cuarto por darme la oportunidad de realizar esta carrera.

Muy especialmente a mi esposo y mis hijos Francisco, Pablo y María Laura, porque a pesar de algunos momentos difíciles que vivimos, siempre estuvieron ahí, con su alegría y su comprensión ante mis ausencias. Gracias por estar en mi vida.

INDICE

		Página
I	INTRODUCCION	1
1.1	Proceso Salud-enfermedad	1
1.2	Atención primaria de la salud	3
1.3	Salud Pública Veterinaria	5
1.4	Zoonosis y factores de riesgo	6
1.5	Impacto social de las zoonosis	8
1.6	Riesgo y percepción de riesgo	9
1.6.1	Características que definen la percepción	17
1.6.2	Género y percepción de riesgos	20
1.6.3	Tipos de sesgos	21
1.6.4	Dimensiones de la confianza	22
1.6.5	Aspectos emocionales relacionados con la percepción	23
1.7	Situación de salud en Argentina	27
1.8	Caracterización de Villa del Rosario	31
	HIPOTESIS	34
	OBJETIVOS	34
II	MATERIALES Y METODOS	35
2.1	Área de estudio	36
2.2	Población en estudio	36
2.3	Diseño del estudio	36
2.4	Encuestas epidemiológicas	37
2.5	Análisis estadístico	41
III	RESULTADOS	42
3.1	Datos de los encuestados	42
a	Variables demográficas	42
b	Factores de riesgo	44
b.1	Ambientales	44
b.1.1	Factores de riesgo asociados al agua	44
c	Percepción de riesgo	44
c.1	Consumo de agua no segura	44
d	Actitud	44
d.1	Actitud en relación al tratamiento del agua	44
3.2	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo	45

	agua	
3.2.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo consumo de agua no segura	45
3.2.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo consumo de agua no segura	46
3.2.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo consumo de agua no segura	46
3.2.4	Relación entre factor de riesgo y percepción de riesgo	47
3.2.4.1	Asociación entre abastecimiento de agua y percepción de riesgo consumo de agua no segura	47
3.2.5	Relación entre actitud y percepción de riesgo	47
3.2.5.1	Asociación entre tratamiento del agua y percepción de riesgo consumo de agua no segura	47
b.1.2	Desechos domiciliarios	48
c.2	Percepción de riesgo presencia de basurales sin tratamiento	48
d.2	Actitud de los individuos en relación al destino de los desechos domiciliarios	49
3.3	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo de basurales sin tratamiento	49
3.3.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	49
3.3.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	50
3.3.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	50
3.3.4	Relación entre factor de riesgo y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	51
3.3.4.1	Asociación entre acúmulo de basuras en cercanía de las viviendas y percepción de riesgo	51
3.3.5	Relación entre actitud y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	51
3.3.5.1	Asociación entre depósito de desechos domiciliarios y percepción de riesgo basurales sin tratamiento	51
3.3.5.2	Asociación entre lugar donde se dejan los desechos hasta su recolección y percepción de riesgo	52
b.1.3	Excretas	52
c.3	Percepción de riesgo relacionado a la ausencia de un sistema de tratamiento de excretas	53
d.3	Actitud de los individuos en relación al riesgo del contacto con excretas	54
3.4	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo excretas sin tratamiento	54

3.4.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo en relación a excretas sin tratamiento	54
3.4.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo en relación a excretas sin tratamiento	54
3.4.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo en relación a excretas sin tratamiento	55
3.4.4	Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo	55
3.4.4.1	Asociación entre percepción de riesgo y tipo de sanitario	55
3.4.4.2	Asociación entre percepción de riesgo y lugar de ubicación del sanitario	56
3.4.5	Relación entre percepción de riesgo y actitud	56
3.4.5.1	Asociación entre frecuencia de higiene del baño y percepción de riesgo	56
3.5	Relación entre percepción de riesgo de agua no segura, basuras y excretas sin tratamiento	57
b.1.4	Presencia de plagas urbanas en la vivienda	58
c.4	Percepción de riesgo presencia de plagas urbanas	59
d.4	Actitud frente a la presencia de plagas en los domicilios	60
3.6	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo presencia de plagas urbanas	60
3.6.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo plagas urbanas	60
3.6.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo plagas urbanas	60
3.6.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo plagas urbanas	61
3.6.4	Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo	61
3.6.4.1	Asociación entre percepción de riesgo y observación de plagas en la vivienda	61
3.6.5	Relación entre percepción de riesgo y actitud	62
3.6.5.1	Asociación entre tipo de solución a la presencia de plagas y percepción de riesgo	62
3.7	Relación entre percepción de riesgo agua no segura, basuras, excretas sin tratamiento y presencia de plagas urbanas	63
b.2	Tenencia de mascotas	63
b.2.1	Distribución de frecuencias de la población canina	63
b.2.2	Distribución de frecuencias de la población felina	64
c.5	Percepción de riesgo tenencia de mascotas	65
d.4	Actitud en relación a la tenencia de mascotas	65
d.4.1	Hábitos de las mascotas caninas o felinas en relación al lugar donde duermen y su salida a la calle con control de su dueño	65
d.4.2	Control veterinario de las mascotas, vacunación y desparasitación	66

d.4.3	Tipo de alimentación que reciben las mascotas	67
3.8	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo tenencia de mascotas	68
3.8.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo tenencia de mascotas	68
3.8.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo tenencia de mascotas	68
3.8.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo tenencia de mascotas	69
3.8.4	Relación entre actitud y percepción de riesgo tenencia de mascotas	69
3.8.4.1	Asociación entre percepción de riesgo y control veterinario de las mascotas	69
3.8.4.2	Asociación entre percepción de riesgo y vacunación de las mascotas	70
b.3	Conocimiento de enfermedades transmitidas por animales	70
c.6	Percepción de riesgo enfermedades transmitidas por animales	73
d.5	Actitud relacionada a la prevención de zoonosis	73
3.9	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por animales	74
3.9.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo de zoonosis	74
3.9.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo de zoonosis	75
3.9.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo de zoonosis	75
3.10	Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo	76
3.10.1	Asociación entre percepción de riesgo y conocimiento de enfermedades transmitidas por animales	76
3.11	Asociación entre percepción de riesgo zoonosis y actitud de las personas respecto a las mismas	76
3.12	Asociación entre conocimiento de las enfermedades transmitidas por animales y actitud frente a las mismas	77
b.4	Conocimiento sobre enfermedades transmitidas por alimentos	77
c.7	Percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos	78
d.6	Actitud relacionada a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos	78
3.13	Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos	80
3.13.1	Asociación entre edad y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos	80
3.13.2	Asociación entre sexo y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos	81

3.13.3	Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos	81
3.14	Relación entre percepción de riesgo enfermedades transmitidas por alimentos y factor de riesgo	82

IV	DISCUSION	83
1	Agua	86
1.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a consumo de agua no segura	87
1.2	Percepción de riesgo y actitud en relación al consumo de agua no segura	88
2	Desechos sólidos domiciliarios	89
2.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a desechos sólidos	90
2.2	Percepción de riesgo y actitud en relación a desechos sólidos	90
3	Excretas	91
3.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a excretas	91
3.2	Percepción de riesgo y actitud en relación a la presencia de excretas	92
4	Presencia de plagas urbanas	92
4.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a presencia de plagas urbanas	93
4.2	Percepción de riesgo y actitud en relación a la presencia de plagas urbanas	94
5	Tenencia de mascotas	94
5.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a la tenencia de mascotas	95
5.2	Percepción de riesgo y actitud en relación a la tenencia de mascotas	95
6	Conocimiento sobre enfermedades transmitidas por animales	96
6.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación al conocimiento de enfermedades transmitidas por animales	98
6.2	Percepción de riesgo y actitud en relación al conocimiento de enfermedades transmitidas por animales	99
7	Conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos	99
7.1	Percepción de riesgo y variables demográficas en relación al conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos	101
7.2	Percepción de riesgo y actitud en relación al conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos	101

V	CONCLUSIONES	103
VI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	105
VII	ANEXOS	116

RESUMEN

La relación hombre-animal está determinada por el origen y la evolución del hombre. El impacto en Salud Pública de este proceso se incrementa cuando la tenencia de animales es inadecuada. En este contexto las enfermedades zoonóticas surgen de la convergencia entre factores epidemiológicos, económicos, sociales y culturales.

El objetivo de este estudio es investigar en la población demandante de Servicios de Salud Pública de Villa del Rosario, Córdoba, Argentina: a) la exposición a mascotas y condiciones ambientales, b) su conocimientos sobre zoonosis y enfermedades transmitidas por alimentos, c) su percepción de riesgo y actitud, d) sus características socio-demográficas y e) la existencia de asociaciones entre los factores anteriores.

Sólo en algunas ocasiones, los entrevistados asumieron actitudes preventivas correctas, aunque percibieron como de alto riesgo a la mayoría de los factores de exposición. En algunos casos, la percepción estuvo asociada con las características socio-demográficas. El conocimiento sobre zoonosis y enfermedades transmitidas por alimentos fue escaso.

En conclusión, nuestros resultados indican que la percepción de riesgo y actitud de las personas debe ser tomada en cuenta cuando se diseñan estrategias de manejo y comunicación de riesgo.

SUMMARY

Man-animal relationships are determined by man's origin and evolution. This integration process impacts Public Health, and becomes most important when animal tenency is inadecuate. In this context, zoonotic diseases arise from the convergence of epidemiological factors within an economic, social and cultural complex.

The purpose of this study to investigate: a) the exposure of people requiring the Public Health Service to pets and environmental sanitary conditions, b) their knowledge of zoonosis and food borned diseases, c) their risk perception and attitudes, d) their socio-demographic characteristics, and e) the existence of associations among all these factors in Villa del Rosario, Córdoba, Argentina.

Although interviewees' perceptions were high for most exposure factors, only in few occasions the related prevention attitudes were correct. In some cases, perception was associated with socio-demographic characterisrics. Zoonotic and food borned diseases knoeledge was scarce.

In conclusion, our results indicate that people's risk perception and attitudes need to be taken into account when designing risk management and communication tools in the population under study.

**FACTORES DE RIESGO EN ZOONOSIS: PERCEPCIÓN Y ACTITUDES
EN PACIENTES DEMANDANTES DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS
DE VILLA DEL ROSARIO, CÓRDOBA.**

I.- INTRODUCCIÓN

1.1. Proceso salud - enfermedad

La relación entre la salud individual y colectiva con el medio que rodea a los grupos humanos ha sido un fenómeno captado desde muy antiguo por los que deben dar atención a quiénes sufren dolor, limitación o incapacidad por la presencia de una enfermedad. El concepto de “salud” en cada sociedad, particularmente en la cultura occidental, se ha modificado con el transcurrir del tiempo, las ideologías y las distintas corrientes de pensamiento que han dominado o ejercido influencia en el mundo. Si bien los últimos acontecimientos sociales y económicos mundiales han generado cambios en el entendimiento general acerca de muchos principios, uno de los que más férreamente se mantiene es el de considerar como obligación ineludible del Estado garantizar un nivel adecuado de salud en toda la población.

Existen innumerables definiciones de salud. Mientras algunas enfocan el tema desde un ángulo eminentemente médico-biológico, otras tratan de ampliar la mirada a través de un enfoque social, por ejemplo:

“La enfermedad (del latín: *infirmitas*, “invalidez”) es una pérdida de la salud, un estado defectivo de la vida humana” (Balcells Gorina, 1978).

“La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades”, concepto de salud aportado por la Organización Mundial de la Salud en 1947 (Instituto Luis Pasteur, 2003).

Otros extienden el significado de salud a un proceso y no lo restringen a un término o situación puntual. Así se refieren al proceso salud-enfermedad como un todo:

“La salud funciona como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia. La esencia del proceso de salud-enfermedad reside en su carácter histórico y social.

La salud es, de esta manera, una visión de la vida misma, atendiendo a la personalidad del hombre y a las condiciones del ambiente -físicas, biológicas, culturales, psíquicas y económicas- a las cuales debemos adaptarnos o transformarlas para que se adecue a nuestra especie” (Instituto Luis Pasteur, 2003).

La salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre. Hoy tendemos a pensar que una persona se enferma siendo parte de la comunidad donde vive. Los indicadores de salud muestran que los individuos menos favorecidos socialmente están más expuestos a enfermarse y en tanto las sociedades posean su tejido social dañado, más sujetas están a ser cuna de patologías. Debemos reconocer que el concepto de salud y enfermedad, así como las formas de evaluarlas, dependen de la ideología de quienes las formulen; por eso no hay una propuesta universalmente aceptada (Videla, 1991).

Muchos de estos conceptos -tal vez enunciados en forma diferenciada, pero intentando describir procesos similares- giran en derredor de términos tales como salud y enfermedad, pero también sobre prevención, atención y promoción de la salud. Y todos, de una forma u otra, han acompañado la evolución de los seres humanos desde los tiempos más primitivos. Hacia las postrimerías del siglo pasado se planteó la necesidad de -una vez ya consolidados los preceptos modernos de la salud pública-,

repensar y redimensionar su práctica, especialmente en lo referente a establecer las diferencias entre la prevención, y la promoción de la salud.

En 1945 H. Sigerist (OPS, 1992) utilizó por primera vez los términos promoción de la salud, al definir las cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y su rehabilitación, afirmando que “...la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso...”.

Posteriormente, estas ideas se plasmaron en el Informe Lalonde - Ministro de Salud de Canadá- en 1974 y la Declaración de Alma Ata en 1978, organizada por la OMS. Estas acciones, a su vez, sirvieron como antecedentes para la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en la Ciudad de Ottawa –Canadá- en 1986, a partir de la cual se originaron múltiples reuniones internacionales en Australia – 1988-, Suecia –1991-, Colombia – 1992-, Trinidad y Tobago –1993- y Jakarta –1997- (Instituto Luis Pasteur, 2003).

1.2. Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud (*APS*) es la asistencia esencial, basada en una metodología científicamente fundada y socialmente aceptada, puesta al alcance de toda la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la sociedad y el país puedan soportar, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La *APS* como filosofía implica un desarrollo ideológico del equipo de salud, en cuanto a compartir horizontalmente criterios de justicia social, igualdad de oportunidades y equidad para todos los integrantes de la población. Es por ello que es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud –del que constituye la función central y el núcleo

principal- como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Por lo tanto, requiere de la organización de los servicios de salud en forma descentralizada y con una adecuada distribución de los recursos, que garanticen la atención de las personas (Kroeger *and* Luna, 1992).

La Atención Primaria de la Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y de la comunidad con dicho sistema, con el fin de acercar la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye también el primer elemento de un proceso permanente de asistencia, razón por la cual es importante que dicho acercamiento estimule y potencie el auto-cuidado de la salud.

La APS tiene distintas funciones que, en mayor o menor medida, pueden resolver los problemas de salud propios de cada comunidad: promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de enfermos y docencia y capacitación del recurso humano. Cada una de estas funciones se desarrolla a través de un variado conjunto de actividades propias de la misma, como por ejemplo:

- Educación para la salud.
- Provisión y preparación de alimentos.
- Saneamiento ambiental.
- Provisión de agua potable y cloacas.
- Inmunizaciones.
- Prevención y control de enfermedades infectocontagiosas, profesionales y laborales.
- Prevención de accidentes.
- Vigilancia epidemiológica.
- Educación permanente.

1.3. Salud Pública Veterinaria (SPV)

Genéricamente, la salud pública se define como la “actividad encaminada a mejorar la salud de las poblaciones”. La última definición de salud pública veterinaria emitida por la OMS en 2002 hace referencia claramente al papel del veterinario en la salud humana: “la suma de todo lo que contribuye al bienestar físico, mental y social del ser humano mediante los conocimientos de la ciencia veterinaria y su aplicación”. En Latinoamérica se ha introducido un concepto amplio de SPV definido en la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) en el año 2001, en el que se considera a la salud pública veterinaria como “un componente de la salud pública dedicado a la aplicación de conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes de la medicina veterinaria para la promoción y protección de la salud humana” (Ortega *et al*, 2004).

La salud humana y animal siempre estuvieron interligadas y según estudios recientes, de los 1415 patógenos humanos conocidos en el mundo, 61% son zoonóticos y por lo tanto tienen relación directa con las actividades de la SPV (Belotto, 2006).

Siendo la salud un componente del desarrollo, y dado que éste posee niveles y características diferentes en distintas comunidades, grupos sociales, regiones y/o países, la intensidad con que los médicos veterinarios pueden intervenir y contribuir al bienestar de las poblaciones no será homogénea. Tampoco lo son las propuestas de solución y opciones para tal fin. La profesión veterinaria tiene un papel importante a través del compromiso de su práctica, movilizándolo sus propios esfuerzos y haciendo que, otros lo hagan, para alcanzar la citada meta.

Es esencial que el veterinario posea una orientación integral, que cuente con la capacidad para analizar un problema, buscar la información relevante y aplicarla para su

solución. Debe, además, actuar como administrador de la información y analista del problema, teniendo la habilidad para la comunicación, para la toma de decisiones y la capacidad de articulación con todos los sectores involucrados en el ámbito local, regional y nacional. Deberá contar también con la capacidad analítica epidemiológica para poder identificar los factores de riesgo en las situaciones de salud-enfermedad y así poder planificar, programar y administrar las acciones inmediatas de control, prevención o la eventual erradicación de la enfermedad que corresponda (Instituto Luis Pasteur, 2003).

1.4. Zoonosis y factores de riesgo

Según la OPS (1994), para hacer una evaluación global de las zoonosis se debe considerar primero la calidad de la información, que debe ser completa y actualizada, aspecto que mucho depende de las posibilidades técnicas y de los recursos de que dispone la entidad que las genera, así como también de las condiciones sociales y políticas que existen en el ámbito del que proviene. Por otra parte, como resultado de la estrecha relación que existe entre la salud animal y la humana con respecto a las zoonosis, es necesario analizar en términos de su posible interacción el panorama epidemiológico teniendo en cuenta el componente epizootiológico, tanto de los animales domésticos como de la fauna silvestre (Picco, 2003).

En la última década se registró una importante expansión de la agricultura y de la ganadería de gran escala sobre áreas marginales. Se produjeron éxodos masivos del campo al peri urbano de grandes ciudades sin infraestructura sanitaria acorde, incrementándose el compromiso ambiental y la vulnerabilidad de ciertas zoonosis, como leishmaniasis, rabia transmitida por murciélagos, leptospirosis, rickettsiosis, hidatidosis y teniasis/cisticercosis entre otras. Este escenario crea la necesidad de una

estrategia de desarrollo local de las comunidades para fortalecer la estructura local y disminuir el éxodo hacia las ciudades (Belotto, 2006).

Las diferentes causas que provocaron, a nivel mundial, un aumento en las zoonosis son: el surgimiento de nuevas enfermedades zoonóticas en la medida en que se incorporan a la actividad humana nuevos territorios que contienen reservorios naturales de infección, o bien por avances en los métodos de diagnóstico que facilitan el reconocimiento de microorganismos preexistentes en el ecosistema del hombre. Los cambios climáticos y ambientales, el carácter internacional de la producción y distribución de alimentos, factores demográficos, migraciones, adaptación de los agentes etiológicos a nuevas condiciones ecológicas y las deficientes medidas de control también han contribuido (Fuentes Cintra *et al*, 2006).

Otra de las causas que ha provocado el aumento de las zoonosis es la inmunodepresión, producida por el incremento en el uso de quimioterapia, tratamientos con esteroides, la emergencia del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), siendo este último la principal causa dado el grado de prevalencia que ha alcanzado la enfermedad a escala mundial, incrementándose notablemente algunas zoonosis asociadas a la inmunodeficiencia (OPS, 2003).

Si por un lado, los avances tecnológicos y científicos contribuyeron para la reducción de la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas a la pobreza, al hambre, por otro lado han contribuido para la expansión del espectro de la transmisión de estas enfermedades, posibilitando la sobrevivencia de individuos vulnerables y el surgimiento de nuevos riesgos, como el de origen químico presente en los procesos industriales modernos y el de tipo biológico, con la manipulación de microorganismos genéticamente modificados, el crecimiento de la población, las guerras, la evolución de

los microorganismos, drogas que causan inmunosupresión (Oliveira Cardoso *and* Navarro, 2002).

La negligencia del hombre al manipular alimentos y desechos, ha dado lugar al desarrollo de poblaciones de roedores tan próximos a sus viviendas y lugares de trabajo, que como resultado convive con ellos y padece las enfermedades que transmiten (Picco, 2003).

Los desastres constituyen una causa más que ocasionan aumento de estas enfermedades, las cuales tienen gran importancia por ser el hombre el más afectado por estos fenómenos (Cuellar, 1998). En Honduras, según estudios realizados por Ritter (2002), después del huracán Mitch, aumentó la incidencia de leptospirosis en la población humana.

La velocidad de los viajes modernos facilita la diseminación de enfermedades que antes estaban confinadas a áreas específicas, como ocurrió recientemente con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en Estados Unidos (Fuentes Cintra *et al*, 2006).

1.5. Impacto social de las zoonosis

La relación hombre-animal está determinada por el origen propio del hombre y de su evolución, a través del proceso de integración de los diferentes bienes y servicios que le permitieron mejorar gradualmente sus condiciones de vida. En el caso de los animales este proceso es la domesticación y los bienes y servicios están relacionados con los siguientes aspectos: el recurso animal como elemento de ayuda en el trabajo, como fuente de alimentos y otros bienes materiales, como proveedor de servicios muy específicos como protección y compañía (Fuentes Cintra *et al*, 2006). El resultado es que la relación hombre-animal tiene implicancias para la salud pública acentuándose

sobre todo, cuando las condiciones de tenencia son inadecuadas, constituyendo las zoonosis, más que un caso de enfermedad transmisible, un complejo en la que la enfermedad es la resultante de un proceso en el que convergen diversos factores, relacionados con las variables epidemiológicas, espacio y población, desde el punto de vista económico, social y cultural (OPS, 2002).

1.6. Riesgo y percepción de riesgo

El interés por los riesgos para la salud ha existido a lo largo de toda la historia, pero durante los últimos decenios ese interés no solo se ha intensificado sino que ha comenzado a incluir muchas perspectivas nuevas. El campo del análisis de riesgos ha crecido rápidamente, pasando a centrarse en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente.

El concepto de riesgo es complejo. La investigación de este concepto por diversas disciplinas ha incrementado su complejidad y la manera cómo la gente lo entiende. El riesgo se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad (Last, 2001). Los riesgos para la salud no actúan de forma aislada. La cadena de acontecimientos que llevan a un resultado sanitario adverso comprende causas tanto inmediatas como lejanas: los factores inmediatos actúan directa o casi directamente en la causa de enfermedades, mientras que las lejanas se encuentran al comienzo de la cadena causal y actúan a través de varias causas intermedias. Los factores que hacen que una persona se enferme en un momento dado, probablemente tengan su origen en una compleja cadena de incidentes que pueden haber comenzado años atrás y que a su vez estaban sometidos a la influencia de determinantes socioeconómicos más generales. Es indispensable tener en cuenta toda la cadena causal en la evaluación de los riesgos para la salud. De hecho, muchos riesgos no pueden

separarse para ser considerados de forma aislada, pues actúan en distintos niveles que varían a lo largo del tiempo (OMS, 2002).

La evaluación de riesgos, deberá tener en cuenta la influencia respectiva de las causas inmediatas y de las causas lejanas. A medida que nos alejemos de las causas directas, inmediatas, de una enfermedad, tenderá a disminuir la certidumbre y coherencia de las causas, y a menudo crecerá la complejidad. A la inversa, las causas lejanas probablemente tendrán efectos de amplificación: pueden afectar a conjuntos distintos de causas inmediatas, y pueden dar lugar por tanto a grandes diferencias (Rose, 1992).

Hasta fecha reciente, los riesgos para la salud fueron definidos principalmente desde una perspectiva científica, aunque desde hace ya un tiempo se sabe que los riesgos son percibidos e interpretados por lo general de modo muy diferente por los distintos grupos que integran la sociedad: científicos, profesionales, administradores, políticos, o público en general. La evaluación y gestión de riesgos para la salud es un campo de estudio relativamente nuevo que se ha ido ampliando desde principios de los años setenta. Al principio, se centró en el desarrollo de métodos científicos para identificar y describir los peligros y para evaluar la probabilidad de resultados adversos y sus consecuencias. Se ha prestado particular atención al tipo y magnitud de las consecuencias adversas, incluida la mortalidad probable. En los primeros años, el análisis de riesgos se consideraba una actividad científica nueva relacionada básicamente con las amenazas ambientales y otros peligros externos para la salud como son la exposición a sustancias químicas, accidentes de tránsito y desastres provocados por las radiaciones y la energía nuclear. Los primeros estudios sobre esos riesgos se

efectuaron principalmente en los Estados Unidos y Europa (Kates *and* Kasperson, 1983).

A principios de los años ochenta, el análisis se diferenció en dos fases principales, la evaluación y la gestión de los riesgos, pues empezó a prestarse más atención a la manera de controlar los peligros o factores de riesgo a nivel tanto individual como en el conjunto de la sociedad. La prioridad se desplazó de la determinación de la probabilidad de acontecimientos adversos para diferentes factores de riesgo a la evaluación de la magnitud y el alcance de las posibles consecuencias, entre las cuales destacan sin duda las defunciones (Royal Society, 1992).

Una consecuencia importante de esa evolución fue la idea de que es el propio individuo quien debe ocuparse de gestionar los riesgos que corre su salud, pues muchos de éstos tienen su origen en el comportamiento y, por consiguiente, el individuo puede controlarlos en gran medida (OMS, 2002).

A principios del decenio de 1990, sobre todo en América del Norte y en Europa, se hizo evidente que recurrir principalmente a un enfoque científico para la evaluación y gestión de los riesgos no siempre permitía alcanzar los resultados esperados. También se vio claramente que la noción de riesgo debía abordarse dentro de un contexto social, cultural y económico más amplio (Gifford, 1986). Además, la gente compara los riesgos sanitarios con las ventajas que podrían derivarse de su exposición a ellos, y es consciente también de hallarse expuesta a muchos otros riesgos. Se ha sostenido, que los diversos conceptos de riesgo se hallan anclados en la sociedad y en su correspondiente contexto cultural, lo cual determina en gran medida cómo se perciben los mismos y la autonomía de cada individuo para controlarlos (Douglas *and* Wildavsky, 1982).

A mediados del decenio de 1990, se consideró esencial mejorar la comunicación sobre los riesgos para zanjar las diferencias existentes entre las diversas posturas, pues había una mayor aceptación de la validez tanto de los planteamientos científicos como de las percepciones de riesgo del público. Se admitía también por lo general que había que comprender y resolver las diferencias de percepción de riesgos. Esto a su vez llevó a la conclusión de que los poderes públicos y los responsables políticos debían desempeñar un papel importante en el manejo de los conflictos provocados por las políticas de reducción de riesgos promoviendo un diálogo abierto y transparente dentro de la sociedad para lograr un alto grado de confianza entre todas las partes para poder reducir la carga mundial de riesgos para la salud en el futuro (Fischhoff, 1985; Slovic, 1986).

Un punto de partida válido para cuantificar los efectos adversos de toda una serie de factores de riesgo y para los fines de la promoción sanitaria es partir del supuesto de que los factores de riesgo, la probabilidad de los riesgos y los acontecimientos adversos pueden definirse y medirse. Sin embargo, hay que adoptar una perspectiva más amplia al interpretar la carga mundial de riesgos para la salud y elaborar en consecuencia las estrategias de intervención (OMS, 2002).

La idea que se hace la gente de los riesgos se basa en la gran diversidad de informaciones que le llegan sobre los factores de riesgo (a veces denominados peligros) y las tecnologías, así como sobre sus beneficios y contextos. Por ejemplo, las personas reciben la información y sus valores se forjan en función de su experiencia pasada y de lo que aprenden de fuentes científicas y periodísticas, así como de la familia, de sus compañeros y de otros grupos. Esta transferencia y este aprender de la experiencia tienen también lugar dentro del contexto de la sociedad y del medio, incluidas las

referencias a las creencias y los sistemas de interpretación. Mediante la organización de todos esos conocimientos, que empiezan durante la infancia, los individuos perciben y dan sentido al mundo en que viven. De modo análogo, la percepción de los riesgos para la salud está enraizada en los distintos entornos económicos, sociales y culturales (OMS, 2002).

Gran parte del impulso inicial de las investigaciones sobre la percepción de riesgos se debió a la labor pionera llevada a cabo por Starr (1969) al comparar los riesgos de las tecnologías con sus correspondientes percepciones. Los estudios empíricos sobre la percepción individual de los riesgos tuvieron su origen principalmente en los estudios psicológicos realizados en los Estados Unidos (Slovic, 2001). Uno de los métodos empleados inicialmente para estudiar y trazar el mapa subjetivo de los riesgos para una persona consistía en pedirle que estimara el número de muertes causadas por 40 peligros diferentes y que comparara el resultado con las estimaciones estadísticas conocidas (Lichtenstein *et al*, 1978). Así se comprobó que la gente tiende a sobrestimar el número de muertes resultantes de los riesgos más raros e infrecuentes, y a subestimar considerablemente la mortalidad por las causas más comunes y frecuentes, como el cáncer y la diabetes. Este hallazgo tiene claras implicaciones para las estrategias de control centradas en muchos riesgos sanitarios frecuentes y muy extendidos. Además, las causas infrecuentes pero muy visibles se sobrestiman más todavía. La familiaridad con ellas y su divulgación en los medios informativos tienden a reforzar esa percepción (OMS, 2002).

En otro estudio innovador, se utilizaron pruebas psicométricas para medir la percepción de 90 peligros diferentes adoptando 18 características cualitativas distintas (Slovic *et al*, 1980). Después del análisis de los factores, esos peligros se clasificaron

según el grado de “temor” que inspiraban y el grado de tipificación como “riesgo desconocido”. Los resultados mostraron que los riesgos con mayor grado de incertidumbre, como la energía nuclear y los plaguicidas, eran los más temidos, mientras que aquellos relacionados con numerosas intervenciones sanitarias y procedimientos clínicos tenían valores más aceptables. Cuanto mayor es el grado de temor y más alta la percepción de un riesgo como desconocido, más son las personas que desean que se tomen medidas para reducirlo, en particular mediante medidas de regulación y controles legislativos más estrictos. Al parecer, la gente no suele hacer una simple comparación entre los beneficios y los riesgos tal como los percibe, sino que, desea controles más enérgicos contra muchos riesgos (OMS, 2002).

Otros estudios indicaron que la percepción del riesgo por parte de una población no era un fenómeno aleatorio e impredecible, sino por el contrario, las respuestas guardaban alguna lógica (Slovic, 1986). Es decir, las personas legas no tenían necesariamente percepciones erróneas fruto de la ignorancia, sino que tenían su propia racionalidad y eran capaces de ubicar ordenadamente las situaciones de riesgo, de mayor a menor impacto, de forma similar a la realidad. Sin embargo, existe alguna desviación o sesgo en el sentido de sobrevalorar el riesgo en algunas situaciones poco comunes (catástrofes, accidentes) o infravalorarlo en otras más habituales como se mencionó anteriormente. Estos sesgos se han detectado también en diferentes profesionales como científicos, administradores, periodistas y políticos (Tormo *and* Banegas, 2001). Este último aspecto es muy importante porque se puede anticipar qué situaciones van a provocar percepciones de riesgo exageradas, con lo que su manejo, incluida la comunicación del mismo, debe planificarse lo antes posible. Estos riesgos “gatillo”, con capacidad de desencadenar reacciones de alarma generalizada, tienen en

común: a) son involuntarios (por ejemplo la contaminación atmosférica frente al consumo de tabaco, riesgo voluntario y mejor tolerado); b) están distribuidos de forma desigual (algunos se benefician mientras que la mayoría sufre las consecuencias); c) no existe forma de evitarlos aun tomando precauciones personales; d) son nuevos o poco conocidos por la ciencia y e) tienen consecuencias graves o están sujetos a declaraciones contradictorias por parte de las fuentes responsables (Bennett, 1999).

Un rasgo adicional de estos riesgos es que no actúan de forma aditiva sino multiplicativa, potenciándose unos a otros, y que pese a una buena capacidad de predicción de la percepción del riesgo a nivel grupal siempre va a haber individuos o grupos de individuos que reaccionarán alejándose de la media (Tormo *and* Banegas, 2001). El enfoque psicológico cognitivo ha tenido gran influencia, pero también ha sido criticado por concentrarse excesivamente en la percepción e interpretación individual de los riesgos. Algunos psicólogos, antropólogos y sociólogos han sostenido que, como los individuos no actúan con plena libertad, los riesgos pueden comprenderse mejor como un constructo social que opera dentro de los contextos históricos y culturales particulares y dentro de grupos e instituciones, no sólo a nivel individual (Douglas *and* Wildavsky, 1982). Estas disciplinas parten de la consideración de que los riesgos no deben tratarse de manera independiente y separada de las complejas circunstancias sociales, culturales, económicas y políticas en las que vive la población (Ogden, 1995).

Por lo general, se admite que antes de interpretar los riesgos y de planear cualquier tipo de comunicación o intervención sanitaria, deben comprenderse bien las percepciones básicas de la gente y sus marcos de referencia. No se puede dar por supuesto que el público general piensa en los términos y con las categorías mentales adoptadas sistemáticamente por los profesionales de la salud pública y otros expertos en

riesgos. Aunque evidente, éste es un error común al formular estrategias de intervención. La línea divisoria entre los “expertos y el público” no es tan nítida como puede parecer a primera vista. El público general se compone de hecho de diferentes estratos: jóvenes y mayores, hombres y mujeres, pobres y vulnerables, etc. y cada uno de esos grupos pueden tener percepciones y marcos de referencia válidos y diferentes para factores de riesgo similares (OMS, 2002). De hecho, es tan importante conocer los valores objetivos de riesgo, como saber la percepción subjetiva de las personas. De esta manera, si la persona no identifica (percibe) y valora (interpreta) el riesgo tal y como ha estado definido por quienes lo han establecido y han arbitrado las medidas de prevención, es probable que no logre ver el alcance y el sentido de dichas medidas y por consiguiente sus conductas pueden manifestarse contrarias a dichas medidas (Espluga Trenc, 1996).

Las personas tienden a ser particularmente resistentes a la idea de que se encuentra en riesgo frente a un peligro. La percepción es un factor importante que se debe considerar cuando se comunican riesgos. Como se mencionó anteriormente, diversos estudios en antropología y sociología han mostrado que la percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus raíces en factores culturales y sociales. Se ha argumentado que la respuesta al peligro está mediada por influencias sociales transmitidas por amigos, familia, compañeros de trabajo y autoridades. En muchos casos la percepción del riesgo se puede formar después de un hecho racional ejecutado por el propio individuo (Fischhoff, 1995).

La información acerca de la magnitud del riesgo es importante para que la gente tome conciencia de riesgos que jamás ha escuchado, mientras que la información acerca de la susceptibilidad personal es importante en la transición que va de la conciencia a la

decisión de actuar. Sin embargo, la decisión de actuar no es lo mismo que actuar (CEPIS; OPS, OMS, 2003).

1.6.1 Características que definen la percepción

Los investigadores de la percepción del riesgo han estudiado las características del riesgo que influyen en dicha percepción (CEPIS-OPS-OMS, 2003). A continuación se detallan las condiciones que tienen mayor influencia en la manera de percibirlos:

1.6.1.1.-Miedo: Las muertes a las que se tiene mayor temor son las más preocupantes. El temor es un claro ejemplo de lo que pensamos acerca de un riesgo en términos de nuestros sentimientos intuitivos, un proceso que se denomina como el efecto heurístico.

1.6.1.2.-Control: Si el individuo siente que tiene algún control sobre el proceso que determina el riesgo que enfrenta, éste probablemente no será visto tan peligroso como en el caso que no tuviera control sobre él.

1.6.1.3.-Origen: El origen natural de un riesgo hace que se perciba como un riesgo menor que aquel creado por el ser humano. Este factor ayuda a explicar la amplia preocupación acerca de muchas tecnologías y productos.

1.6.1.4.-Elección: el riesgo seleccionado por uno mismo parece ser menos preocupante que aquel que impone otra persona.

1.6.1.5.-Efectos en los niños: La supervivencia de las especies depende de la sobrevivencia de su prole. Por esa razón los riesgos que corren los niños parecen ser más graves que los mismos en los adultos.

1.6.1.6.-Riesgos nuevos: En este caso, cuando los riesgos son nuevos, ej. SARS, virus del Nilo y las nuevas tecnologías y productos, tienden a ser más temibles que aquellos riesgos que han sido vividos durante un tiempo y que la experiencia ha colaborado en ponerlos en perspectiva.

1.6.1.7.-Conciencia: Mientras más concientes se está de un riesgo, se percibe mejor y preocupa más. Por ejemplo el SARS produjo más cobertura, más atención y mayor preocupación que la influenza, aunque esta última provoca un gran número de muertes al año. La conciencia de ciertos riesgos puede ser alta o baja dependiendo de la atención que se le de al mismo.

1.6.1.8.-Posibilidad de impacto personal: Cualquier riesgo puede parecer más grande si la persona o alguien cercano es la víctima. Esto explica porqué la probabilidad estadística es con frecuencia irrelevante y poco efectiva para comunicar riesgos. Mientras mayor sea la cercanía y el conocimiento de las consecuencias del riesgo, mayor puede ser su percepción.

1.6.1.9.-Relación costo/beneficio: Algunos analistas e investigadores de la percepción del riesgo creen que la relación costo/beneficio es el principal factor que determina que se tema más o menos a una amenaza dada. Si en una conducta o elección se percibe un beneficio, el riesgo asociado parecerá más pequeño que cuando no se percibe tal beneficio.

1.6.1.10.-Confianza: Mientras más confianza se tenga en los profesionales que están a cargo de la protección o en los funcionarios del gobierno o instituciones responsables o en la gente que da información sobre un riesgo, menor preocupación se generará.

1.6.1.11.-Memoria de riesgos: Las experiencias que tienen las personas son un elemento importante en su percepción ya que éstas determinarán que se les dé un mayor peso que a otros riesgos estadísticamente significativos.

1.6.1.12.-Difusión en el espacio y tiempo: Los eventos raros como los accidentes nucleares son percibidos como más riesgosos que los riesgos comunes.

1.6.1.13.-Efectos en la seguridad personal y en las propiedades personales: Un evento es percibido como riesgoso cuando afecta intereses y valores fundamentales, por ejemplo, la salud, las viviendas, el valor de la propiedad y el futuro.

1.6.1.14.-Equidad: Los individuos que deben enfrentar mayores riesgos que los demás y que no tienen acceso a beneficios, comúnmente se indigna. La comunidad cree que debe haber una distribución equitativa de los beneficios y de los riesgos.

1.6.1.15.-Proceso: El gobierno debe mostrar confiabilidad, honestidad y preocupación por los impactos en la comunidad. Debe comunicarse con la población antes de tomar decisiones y establecer una relación de respeto. Así mismo, debe escuchar y responder las dudas y cuestionamientos que surjan. Cuando estas condiciones no se cumplen la percepción del riesgo en cuestión se ve afectada de forma negativa.

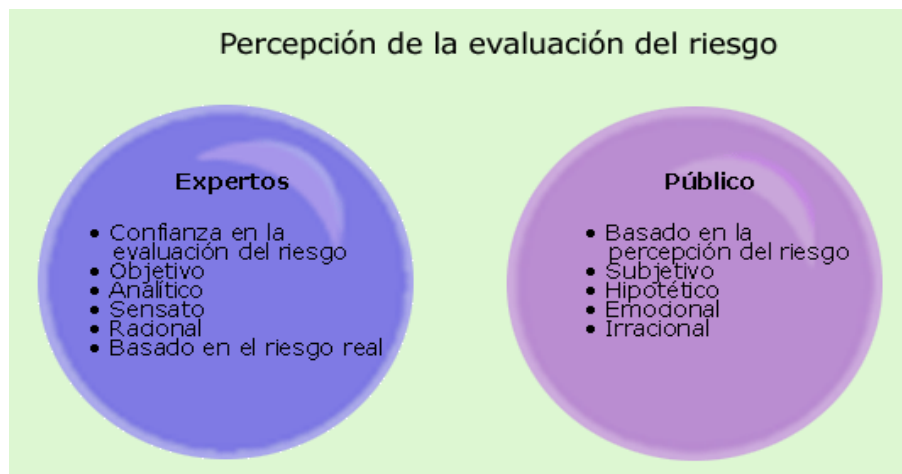
Uno de los objetivos de investigar la percepción del riesgo ha sido desarrollar una taxonomía para entender y predecir cómo las personas y la sociedad responden a los peligros. Un esquema taxonómico puede explicar la aversión extrema de la gente a ciertos peligros, su indiferencia ante otros y las discrepancias entre esas reacciones y las opiniones de los expertos (CEPIS-OPS-OMS, 2003).

El desarrollo principal en esta área ha sido el descubrimiento de estrategias mentales que la gente emplea para enfrentar un mundo incierto. Si bien esas estrategias son válidas en determinadas circunstancias, en otras conducen a grandes y persistentes sesgos que tienen serias implicancias en la evaluación de riesgos. La investigación de laboratorio sobre el conocimiento y las percepciones básicas ha mostrado que las dificultades en el entendimiento de los procesos probabilísticos, la cobertura sesgada de los medios de comunicación, las experiencias personales engañosas y las ansiedades generadas por los problemas de la vida causan la negación de la incertidumbre, el juicio

deficiente de los riesgos (algunas veces sobreestimados y otras subestimados) y juicios sobre hechos que se mantienen sin una confianza garantizada (Sandman, 1987).

La investigación y la experiencia han mostrado que raramente los expertos y el público están de acuerdo con respecto al riesgo. Los expertos están propensos a tener los mismos sesgos que el público en general, en particular cuando se ven forzados a ir más allá de los límites de los datos disponibles y tienen que apoyarse en la intuición (Figura 1).

Figura 1: Comparación de factores involucrados en la percepción del riesgo por parte de los expertos y del público o audiencia.



Fuente: Canadian Food Inspection Agency (2001).

1.6.2. Género y percepción de riesgos

Los subgrupos de una comunidad pueden reaccionar de acuerdo con sus características culturales y sociales y también de género. En general, las mujeres se sienten más inseguras con respecto a una amenaza industrial debido a que: a) perciben más eventos tecnológicos potencialmente peligrosos; b) tienen menos conocimiento de la organización laboral y por consiguiente, no pueden percibir la efectividad de las precauciones de seguridad industrial y como resultado tienen menor credibilidad en esas

medidas; c) tienen menor conocimiento real de los peligros y de su origen; y d) tienen mayor predisposición a la ansiedad.

También se ha observado que las mujeres informan con mayor frecuencia situaciones de alarma con respecto a actividades industriales. Debido a que los valores de las mujeres con respecto a la salud personal, al bienestar y al cuidado familiar son más altos que los de los hombres, ellas están sujetas a un mayor estrés y se sienten más amenazadas por los peligros industriales (Kasperson, 1992).

1.6.3. Tipos de sesgos

Se conoce que las actitudes públicas hacia el riesgo se encuentran influenciadas por sesgos que son producto de percepciones personales hacia el mismo y que pocas veces se sustentan. Los “sesgos optimistas” y los “sesgos de indignación” son dos ejemplos de por qué los individuos pueden mantener puntos de vista irracionales acerca de un riesgo particular. Ambos sesgos se definen de la siguiente manera: a) sesgo optimista: tendencia a creer que una persona está en un riesgo menor que el promedio de una sociedad; y b) sesgo de indignación: como la tendencia a creer que una persona está en un riesgo mayor que el promedio de una sociedad (CEPIS-OPS-OMS, 2003).

Los sesgos optimistas, también conocidos como “optimismo irreal”, son uno de los muchos retos respecto a la percepción que enfrentan los comunicadores de riesgo. Diversos estudios han demostrado que los individuos pueden reconocer la existencia de un riesgo, pero con frecuencia asumirán que no son vulnerables a él; es más fácil que reconozcan los peligros relacionados con otros. Se ha encontrado que los sesgos optimistas son más comunes en eventos positivos, mientras que los sesgos pesimistas

son raros (CEPIS-OPS-OMS, 2003). Las diferentes estimaciones del riesgo se presentan a continuación.

Figura 2: Componentes relacionados con la percepción del riesgo por parte del público que influyen en la subestimación o sobreestimación del riesgo.



Fuente: Canadian Food Inspection Agency (2001).

1.6.4. Dimensiones de la confianza

La percepción de riesgos se relaciona también con el grado de confianza que tiene determinada audiencia respecto a la institución que se encarga de administrar el riesgo. Hay una serie de condiciones que pueden fortalecer las relaciones entre los comunicadores de riesgos y las poblaciones. Entre esas condiciones se encuentran el compromiso, el cuidado, la competencia y la honestidad (Cuadro 1).

Cuadro 1: Dimensiones y condiciones de la confianza

<p><i>Compromiso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se juzga a los administradores del riesgo de acuerdo con el compromiso que demuestren para alcanzar metas comunes. • Incluye proporcionar información precisa y participar en los procesos de toma de decisiones 	<p><i>Cuidado o empatía</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se juzga a los administradores del riesgo según su comportamiento y preocupación que muestren por el público. • Incluye la habilidad para escuchar y la capacidad para ver la perspectiva de los otros.
<p><i>Competencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los administradores del riesgo deberán demostrar competencia técnica en su área de responsabilidad. 	<p><i>Honestidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los administradores del riesgo deberán demostrar credibilidad, objetividad y sinceridad.

Fuente: Kasperson (1992).

El juicio que una audiencia tiene sobre esas condiciones va definiendo la confianza que tiene en la institución responsable de la administración del riesgo (Kasperson, 1992).

1.6.5. Aspectos emocionales relacionados con la percepción

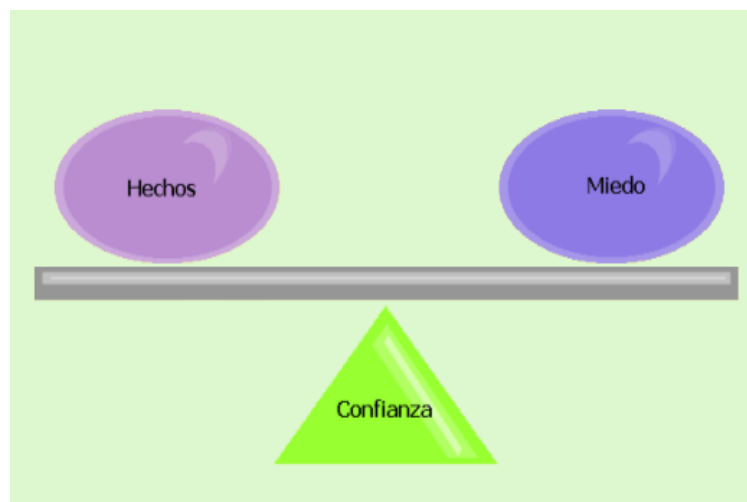
Las emociones desempeñan un papel importante en la percepción de riesgos. La preocupación, angustia y el temor pueden ser producto del conocimiento que se tenga sobre el riesgo, lo que influye en la percepción del mismo.

Los riesgos que te matan no son necesariamente los que te enojan o que te atemorizan. Para cerrar la brecha entre esos dos tipos de riesgo, los administradores del mismo en el gobierno y en la industria han comenzado a recurrir a la comunicación de riesgos.

Peter M. Sandman, 1987.

El miedo es una de las emociones básicas. Es una respuesta frente a la necesidad biológica de protección ante el peligro, por lo que tiene un impacto poderoso en la percepción del riesgo. En la comunicación de riesgos se reconoce que existe un balance sutil entre las emociones (miedo), los hechos y la confianza, como se muestra a continuación (figura 3).

Figura 3: Comunicación de riesgos: balance entre las emociones



Fuente: Canadian Food Inspection Agency (2001).

Usualmente, la gente subestima los riesgos porque cree que se encuentra segura e invulnerable y no se siente obligada a hacer algo al respecto. Las evaluaciones técnicas y las del público difieren en la identificación de los riesgos más importantes. La investigación sobre la percepción de riesgos muestra que los expertos con frecuencia definen el riesgo de una forma técnica y limitada, mientras que el público juzga el riesgo influido por una variedad de factores psicológicos, sociales, institucionales y culturales.

El ser humano enfrenta peligros ambientales de manera cotidiana. Los fenómenos naturales de tipo meteorológico (huracanes, tornados, inundaciones), los terremotos, las plagas y las epidemias lo han acompañado desde siempre. Además, con

sus acciones y tecnologías actuales, hombres y mujeres son responsables en buena medida de la degradación ambiental, la cuál se ha manifestado a través del sobrecalentamiento del planeta, extinción de especies animales y vegetales, contaminación del aire, suelo y agua y el mal uso de recursos naturales, muchos de los cuales no son renovables (Mckenzie-Mohr *and* Oskamp, 1995; Stork, 1997; Oskamp, 2000).

La psicología ambiental, rama de la que estudia la interacción entre la conducta humana y diversas facetas del entorno socio físico (Aragonés *and* Américo, 1998), ha dedicado un área de investigación al estudio de las formas en las que los individuos enfrentan los riesgos antes descritos. Dentro de ese campo se examina, por un lado, la percepción que tienen los individuos de esos riesgos y, por el otro, la manera en la cual dicha percepción afecta las conductas con las que los sujetos afrontan los riesgos.

Los estudios de percepción de riesgo analizan los juicios que las personas realizan cuando se les solicita que valoren el grado de peligrosidad de actividades consideradas como peligrosas o amenazas naturales o el uso de tecnologías (Slovic, 1987; Pidgeon, 1991; Martínez-Torvisco *and* Hernández, 1994). Al vivir en una "sociedad de riesgos" (Giddens, 1993; Puy, 1994), los seres humanos son susceptibles no sólo a los efectos que los peligros ambientales entrañan de manera real, sino también a la anticipación de esos efectos. La percepción de riesgos ambientales es determinante del grado de preparación que los individuos tienen para enfrentar de manera efectiva los peligros y catástrofes y, por lo tanto, también de las respuestas inadecuadas que esos individuos puedan dar ante el problema real (Baldassare *and* Katz, 1992; Rochford *et al*, 1991; Syme *et al*, 1993).

La participación de los individuos en el cuidado del ambiente, depende en gran medida de la naturaleza y la fuerza de las amenazas ambientales. Estas pueden percibirse como riesgos para la integridad humana, de manera tal que propicien sensaciones de miedo o motiven respuestas racionales al enfrentar los problemas que amenazan al sujeto y a los suyos. En otras palabras, la percepción del riesgo ambiental se constituye en un importante factor motivacional para cuidar el entorno y por lo tanto, para cuidarse a sí mismo y a las personas cercanas a uno (Suárez, 1998).

Los testigos de una amenaza ambiental, como la contaminación, pueden responder de una forma racional (cognoscitiva) o de una manera emocional (Rochford *et al*, 1991; Evans *and* Cohen, 1987). Esta última forma de actuar inhibe la acción proambiental, dado que el individuo se ocupa más en afrontar sus temores que en buscarle solución a los problemas que lo causan (Rochford *et al*, 1991; Syme *et al*, 1993).

Según Rochford *et al* (1991), afrontar las amenazas ambientales de manera racional es más efectivo, ya que lleva al individuo a usar estrategias de solución. Por lo tanto, ante una amenaza proveniente de fenómenos naturales o ante una que es producto de la degradación ambiental, es más provechoso dotar a los individuos de estrategias que los lleven a enfrentar las causas de la amenaza, evitando infundir emociones negativas de temor o intranquilidad. El mismo autor sostiene que, si los sujetos valoran que la fuente del peligro ambiental es de carácter natural y controlable, desarrollan estrategias de acción y protesta (ante autoridades o responsables de protección civil), como medidas para prevenir los riesgos de un futuro desastre. De esta manera, es importante conocer cuales son los riesgos ambientales que la población considera como

los más serios, de forma que los organismos pertinentes puedan dotarlos de la información y las destrezas necesarias para enfrentar con éxito esos riesgos.

Es fundamental conocer qué variables personales y sociales son predictores de los juicios de peligrosidad ambiental que los individuos establecen. Al conocer esos predictores sería posible establecer qué condiciones (educativas o de intervención social) y qué tipos de personas son más proclives a percibir diferentes niveles de riesgo ambiental y si esos juicios son importantes en sus estrategias de cuidado del ambiente.

1.7. Situación de salud en Argentina

La Argentina atraviesa actualmente por una crisis global generada por factores económicos, sociales y culturales potenciados entre sí. La creciente polarización, pobreza y desigualdad social se han acrecentado desde finales de la pasada década debido a una importante recesión económica. La mitad de las familias argentinas no disponen de ingresos seguros para acceder a una canasta básica de bienes y servicios como consecuencia del desempleo y la disminución de ingresos. No obstante, desde finales de 2003 y con mayor énfasis en el primer trimestre de 2004, la economía argentina presenta indicios de recuperación. En estos últimos años la falta de financiamiento de la Seguridad Social, eje principal del sistema salud, llevó al colapso a todas las instituciones de salud. Por ello, el país enfrenta dos fuertes desafíos en salud: superar la emergencia sanitaria y cerrar brechas que esconden los promedios estadísticos y que delimitan márgenes de inequidad entre los sectores más ricos y los más desprotegidos (OPS, 2006).

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado a fines del año 2001, la población Argentina se eleva a 37.944.014 habitantes, con una tasa anual media de crecimiento del 10,1 /00. El índice de masculinidad es de 95

hombres por cada 100 mujeres, manteniéndose la tendencia al descenso. La proporción de población de 65 y más años es de 9,9%, en tanto la de menores de 15 es de 28,3% (INDEC, 2001). Para el período 2000-2005, la tasa global de fecundidad es de 2,4; la esperanza de vida al nacer en años, para ambos sexos es de 71,9. Por otra parte, la incidencia de pobreza en la población del país aumentó del 26 al 47,8% desde octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en octubre de 1998 al 27,7% en octubre de 2003.

En 2001, un 40% de la población Argentina o bien no tenía ingresos o bien eran tan escasos que la ubicaban por debajo de la línea de pobreza (LP). La medición de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza busca detectar no sólo a los pobres estructurales, sino también a los crecientes segmentos de la población que, como resultado de la crisis en el mercado laboral, o bien no tienen ingresos o los mismos son insuficientes para satisfacer necesidades esenciales que anteriormente podían cubrir. Este método presupone la determinación de una canasta básica de bienes y servicios. Esta se construyó tomando como base los requerimientos calóricos y proteicos establecidos por OMS y adecuados a las pautas culturales de consumo vigentes en la región. Una vez fijados los valores monetarios de los productos, se consideraron pobres los hogares con ingresos inferiores al nivel equivalente al doble del costo de la canasta. La duplicación se efectuó considerando la necesidad de atender otras exigencias tales como la salud, vivienda, la educación y el transporte, de manera tal que el valor simple de dicha canasta marca la línea de indigencia y el doble, la línea de pobreza (OMS, 2003). En general, la población que se encuentra por debajo de la LP es joven y cuenta con un alto potencial de crecimiento demográfico, mientras que la

población con altos ingresos es más vieja y se reproduce a menor velocidad (Ariño, 2001).

Quizás el aspecto más evidente de las restricciones materiales que padece la población pobre esté relacionado con la vivienda y el acceso a servicios públicos básicos. Existe una estrecha relación entre estado de salud y acceso a servicios de provisión de agua y eliminación de excretas por red pública. En este sentido se constata, que el 90% de las viviendas de las áreas urbanas de Argentina cuenta con provisión de agua por cañería en el interior de las mismas. En los sectores con menores recursos, sólo el 76% de las viviendas se encuentra en las mismas condiciones. La situación respecto a la eliminación de excretas es aún más deficitaria: el 60% del total de viviendas cuenta con desagüe de inodoro a red pública; en los sectores pobres la cifra baja al 41% (Siempro, 2001).

Otra dimensión que también tiene efectos en el campo de la salud se vincula con el nivel educativo de la población. El mayor nivel educativo contribuye a mejorar la atención y cuidado de la salud de la familia. Existe una clara asociación entre el nivel educativo y el nivel de ingresos per cápita: a mayor cantidad de años de escolaridad corresponde mayor nivel de ingreso medio per cápita. Uno de los aspectos donde se profundiza la brecha entre pobres y ricos es a partir del acceso al nivel secundario. Tomando en cuenta el alto porcentaje de alfabetización existente en Argentina, puede inferirse que en los hogares pobres predomina la población que, o bien ha finalizado el ciclo primario, o bien no ha completado el nivel básico de enseñanza (OMS, 2003).

En el campo de la salud, uno de los aspectos en que el menor nivel educativo tiene mayor relevancia es en el de los comportamientos preventivos de la población. Si bien existe un claro predominio de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad,

la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo. Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. No obstante, todas ponen de manifiesto una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. Lo mismo se deduce del aumento de casos de tuberculosis en algunas jurisdicciones; del incremento del 33% en las hepatitis de 2001 a 2002 en el Noreste, y del 68% de aumento de casos de diarrea, durante el mismo lapso, en el Noroeste del país. Como se puede ver, las enfermedades transmisibles hablan un lenguaje común: el de la inequidad (OMS, 2003).

Argentina enfrenta dos fuertes desafíos en salud: en lo inmediato, superar la emergencia sanitaria sin perder el terreno ganado en los últimos veinte años, garantizando el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales. A largo plazo, el objetivo consiste en cerrar la brecha que esconden los promedios estadísticos y que deja de un lado a los sectores más ricos y del otro a los que menos tienen (OMS, 2003). Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La desigual distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social.

La inequidad equivale a brindar acceso cuando es revertida. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en las áreas rurales del interior o en el conurbano no pueden llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado

control perinatal para su bebe, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos menores de 5 años.

La medicina en nuestro país, y en muchos otros, ha tenido históricamente como principal objetivo a la enfermedad y en consecuencia, todos los esfuerzos fueron puestos al servicio de la patología en detrimento de la promoción de la salud. Sin embargo, la crítica y apremiante situación económica obliga a poner la acción sobre la salud y sin duda la comunidad ha aprendido que para recibir lo que le corresponde debe participar, dentro de sus posibilidades, para mejorar su calidad de vida.

1.8- Caracterización de Villa del Rosario

La ciudad de Villa del Rosario, cabecera del departamento Río Segundo, está situada en la provincia de Córdoba, en el centro de la República Argentina, a unos 80 kilómetros al este sudeste de la capital provincial. Se sitúa en la llanura Pampeana a 243 metros sobre el nivel del mar, sobre la margen derecha del Río Xanaes (Figura 4).

Figura 4: Ubicación de la ciudad de Villa del Rosario



En dicha localidad, se produce el cruce de las rutas provinciales N° 10 y 13, la primera, une la ruta Nacional N° 9 desde la localidad de Villa del Totoral hasta la localidad de James Craik (240 km). La segunda nace en la localidad de Pilar, sobre la misma Ruta Nacional N° 9, pasa por la localidad de Las Varillas y empalma en el límite

de la Provincia de Córdoba y la de Santa Fe (179 km). De esta manera, Villa del Rosario tiene accesos directos hacia los cuatro puntos cardinales del país.

Sus coordenadas geográficas son 31° 35' latitud sur y 63° 28' de longitud oeste. El relieve de Villa del Rosario es llano con una pequeña pendiente hacia el norte; y hacia el noroeste hay una gran depresión que convierte el lugar en inundable (Archivos, Museo Histórico Municipal, Villa del Rosario, 2005), con un pH de suelos que oscila entre 6.7 y 7 (Martellotto *et al*, 2004). El clima es templado, semi-seco con tendencia a sub-húmedo. La temperatura media anual es de 17°C, mientras que las precipitaciones son superiores a los 700 milímetros anuales. Es una zona afectada por vientos cálidos del norte.

La ciudad cuenta con una población total de 13463 habitantes, de los cuales 12453 corresponden a población urbana y 1010 a la rural. En cuanto a la composición biológica por sexo, 6876 son mujeres y 6587 hombres. Los datos discriminados por edad muestran que los grupos, de 0 a 18 años representan el 36.4%, de 18 a 65 el 52.9% y de 65 años y más el 10.8% (INDEC, 2001).

Desde el punto de vista educativo, la ciudad de Villa del Rosario cuenta con cinco establecimientos de enseñanza primaria, cinco de enseñanza secundaria, dos establecimientos de educación terciaria, un Instituto de enseñanza especial y una extensión áulica de la carrera Medicina Veterinaria, perteneciente a la Universidad Nacional de Villa María, Provincia de Córdoba.

La población con necesidades básicas insatisfechas representa el 11,3% de la población total, la cual por no contar con la cobertura de una obra social, demanda la asistencia sanitaria de instituciones públicas de Villa del Rosario.

Por sus condiciones climáticas y ecológicas se define como zona de riesgo para enfermedades vinculadas al ambiente y los animales, debido entre otras circunstancias, a la estrecha convivencia con caninos donde la relación humano/perro es 1,5:1 actividades relacionadas con tareas rurales, presencia de roedores domésticos y silvestres en contacto con ambientes acuáticos (Robert *et al*, 2006).

HIPOTESIS

- 2.1.- Los factores de riesgo de zoonosis están asociados con las características socio-educativas de los individuos.
- 2.2.- La percepción de riesgos por parte de las personas está asociada al comportamiento de los individuos para afrontar dichos riesgos.

OBJETIVOS

- 3.1. Investigar la presencia de factores de riesgo relacionados al ambiente, tenencia de mascotas y nivel de conocimientos sobre enfermedades comunes al hombre y los animales.
- 3.2. Estudiar la percepción que tienen los habitantes de Villa del Rosario sobre los factores de riesgo descriptos, y qué características demográficas se relacionan con los distintos niveles de percepción.
- 3.3. Examinar la forma en que dicha percepción afecta las conductas con las que los habitantes afrontan los riesgos.

II- MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo de tesis estuvo inserto en el marco del programa de investigación “Análisis del comportamiento de enfermedades zoonóticas que afectan la salud humana y animal en Villa del Rosario, Provincia de Córdoba”.

Se realizó una encuesta, mediante entrevista personal a 99 individuos, con un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, para lo cual fueron visitados en su domicilio. Se captó información que permitió analizar variables socioculturales, como atributos demográficos de la población, presencia de factores de riesgo relacionados a enfermedades zoonóticas o transmitidas por alimentos. Tomando al individuo como actor en la gestión de los riesgos, se incluyeron preguntas que permitieron seleccionar indicadores para medir percepción, actitudes y/o comportamientos en relación a distintos factores de riesgo.

Definición de las variables:

Factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de un individuo de contraer una enfermedad o daño a la salud.

Percepción de riesgo: determinar el nivel de importancia que los individuos le asignan a los diferentes factores de riesgo a los que están expuestos, definiendo percepción como la toma de conciencia de los sucesos externos al individuo (Roca Balasch, 1991).

Actitud/comportamiento: determinar la capacidad de respuesta de los individuos frente a lo que consideran un peligro para la salud. Puede entenderse también como una tendencia, disposición o inclinación para actuar de determinada manera (Vander Zanden, 1994).

2.1. Área de estudio

El estudio se realizó durante el período junio de 2005 - junio 2006, en la Ciudad de Villa del Rosario, Departamento Río Segundo, Provincia de Córdoba.

2.2. Población en estudio

La población en estudio estuvo conformada por 99 personas (n muestral con un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta deseada del 10%) de 18 años o mayores, pertenecientes a la población con necesidades básicas insatisfechas (1522 personas) que concurrieron al Dispensario Municipal “Alma Ata” y al Hospital Regional de Villa del Rosario “San Vicente de Paul”.

Como unidades muestrales se seleccionaron en forma sistemática las tres primeras personas que acudieron diariamente a estos centros asistenciales en busca de atención, quiénes eran derivados por los médicos para ser muestreados en el marco del programa de investigación antes mencionado. Se tomaban sus datos y posteriormente eran visitados en su domicilio donde se le realizaba una entrevista.

2.3. Diseño del estudio

Se realizó una encuesta con el fin de caracterizar la presencia de factores de riesgo que pudieran estar relacionados epidemiológicamente a diferentes zoonosis. Se estudiaron algunas características demográficas de la población humana urbana, la percepción del riesgo que significaba la presencia de dichos factores y la actitud que tomaban frente a los mismos.

2.4. Encuestas epidemiológicas

La población fue evaluada mediante un cuestionario (Anexo), organizado de la siguiente manera: a) Datos del encuestado; b) Factores de riesgo: ambientales, tenencia de mascotas, conocimiento sobre enfermedades transmitidas a partir de los animales, conocimiento de enfermedades transmitidas por los alimentos; c) Percepción de riesgo con respecto a cada uno de los factores antes señalado y d) Actitud que asumían frente a los mismos.

a) Datos del encuestado:

-Rol dentro del hogar;

-Información sobre estructura biológica como edad y sexo. Debido a la diferente composición de la población encuestada en cuanto a la variable edad, se decidió categorizarla teniendo en cuenta la media de las mismas, por lo tanto se trabajó con dos grupos: < de 39 años y > de 39 años de edad, incluyéndose a los individuos de 39 años en el grupo \geq de 39.

-Estructura social; donde se incluyó nivel de estudios y actividad que realizaba. Para facilitar el procesamiento y dadas las bajas frecuencias en algunas de las opciones, se categorizó la variable en Nivel Primario (donde se consideró primaria completa e incompleta) y Nivel Secundario (secundaria completa e incompleta).

-Tamaño del grupo familiar o convivientes en el domicilio visitado.

b) Factores de riesgo:

b.1. -Ambientales: se indagó sobre:

-tipo de abastecimiento de agua (red domiciliaria, pico público, pozo, río, lluvia); y - observación de estancamientos de agua en cercanía de la vivienda.

En segundo lugar se preguntó sobre:

-destino de los desechos domiciliarios en cuanto al servicio de recolección y frecuencia del mismo; -observación de acúmulos de basura en cercanía del domicilio.

Con respecto a excretas, se hizo hincapié en:

-presencia de baño instalado u otro sistema, dentro o fuera del domicilio.

Por último se indagó sobre - la presencia de plagas urbanas en el entorno de la vivienda. Para el procesamiento y nivel de significación se categorizó la variable observación de plagas en la vivienda o en el barrio como: -Alguna-; -Ninguna-.

b.2. –Tenencia de animales: en este caso se buscó información sobre:

-estructura de la población, como especie, edad y sexo de las mascotas;

-tipo de utilidad del animal: compañía, guardián, deporte, alimento;

-hábitos de los animales con respecto a si duermen dentro o fuera de la vivienda y si salen a la calle acompañados por alguien o solos sin ningún tipo de control.

Las preguntas en este caso fueron cerradas (número fijo de opciones de respuestas previstas por el investigador), de tipo dicotómicas y de opciones múltiples, salvo la edad de las mascotas.

b.3. -Conocimiento sobre enfermedades que se transmiten a partir de los animales. Se utilizaron preguntas cerradas para determinar si el entrevistado conocía enfermedades que se transmitían a partir de los animales y como una forma de validar la respuesta cuando era afirmativa, se acompañaban con preguntas abiertas donde se le pedía que nombrara alguna y posteriormente una explicación breve sobre la forma de

transmisión de cada una de las enfermedades mencionadas. Por último se indagó sobre cuál había sido la fuente de información de la cuál obtuvo los conocimientos.

b.4. -Conocimientos sobre enfermedades que se transmiten a partir de los alimentos. Al igual que en el caso anterior la respuesta afirmativa en el caso de conocimiento de enfermedades que se transmiten por los alimentos fue validada con una pregunta abierta donde el entrevistado debía nombrar aquellas que conocía.

c) Percepción de riesgo: para cada uno de los factores de riesgo antes mencionados, a través de una pregunta cerrada de múltiples opciones, se le pidió al entrevistado que clasificara cuánto consideraba que era un riesgo para su salud:

- c.1. -El consumo de agua no potable,
- c.2. -La presencia de basurales sin tratamiento,
- c.3. -La ausencia de un sistema de tratamiento de excretas,
- c.4. -La presencia de plagas urbanas,
- c.5. -La convivencia con animales,
- c.6. -Las enfermedades que se transmiten a partir de los animales
- c.7. -Las enfermedades que se transmiten a partir de los alimentos.

Para la clasificación de percepción de riesgo, se simplificó la escala sugerida por Starr *et al*, (2000), categorizando la variable en: -NO- Cuando no se percibía como riesgo y -SI- cuando sí lo era.

d) Actitud: con posterioridad a la evaluación sobre la presencia de factores de riesgo, la percepción de las personas con respecto a cada factor y con el presupuesto

teórico de que la percepción del individuo es un factor importante en la toma de decisiones para conducirse de una manera determinada, se indagó la actitud que tomaban los individuos frente a un riesgo determinado. Es así que se evaluó la actitud frente al consumo de agua no segura, en cuanto a si realizaba algún tratamiento previo al consumo y de ser afirmativa la respuesta qué tipo de tratamiento. El hábito de tratar el agua y tipo de tratamiento que se le realizaba a la misma –lavandina o hervido- se tomaron como formas de evaluar la actitud o respuesta para el cuidado de la salud.

De igual manera se procedió con respecto a desechos domiciliarios, teniendo en cuenta la actitud tomada en relación a depósito de residuos hasta su recolección, lugar físico y de no contar con recolección diaria, qué otro destino le daba a los mismos.

En relación a excretas, sólo se evaluó actitud a través de la pregunta referida a la frecuencia de higienización de los baños. Para el procesamiento del siguiente dato se categorizó la variable en: -frecuencia de 3 veces por semana o menos- y – frecuencia diaria-

Para la observación de plagas urbanas en el entorno de la vivienda y una vez evaluada la percepción de riesgo y cuál era la plaga más peligrosa para la salud según criterio del encuestado, se evaluó actitud en cuanto a la solución de dicha problemática a través de las siguientes opciones: acudir a un ente público, privado, solución por su propia participación o no tomar ninguna acción.

Debido a las respuestas obtenidas en cuanto a la forma de darle solución a la presencia de plagas en las viviendas, para facilitar el procesamiento de datos se categorizó la variable en: -Acude al municipio; - Higieniza y/o desinsecta personalmente.

La actitud frente a tenencia de animales fue evaluada teniendo en cuenta si dichas mascotas tenían control veterinario, frecuencia de desparasitación y/o vacunación y tipo de alimentación que recibían los animales. En relación a las enfermedades transmitidas por los animales directamente se les preguntó en forma abierta las medidas que adoptaba para evitar la presencia de las mismas.

Por último, para las enfermedades transmitidas por alimentos se evaluó actitud a través del consumo de productos lácteos, carnes y fiambres, teniendo en cuenta el origen del mismo, casero o comercial.

2.5- Análisis estadístico: los datos fueron almacenados en una base de datos elaborada en el programa Excel[®] y analizados mediante el programa Statistix[®]. Las variables descriptivas discretas se presentan con distribuciones de frecuencias; y las continuas con promedio, mediana, desvío estándar y coeficiente de variación (CV).

Para la búsqueda de asociación, entre variables categóricas, se utilizó Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5% y se calculó la razón de productos cruzados (RPC) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%), utilizando para ello el Programa Info Stat Profesional, versión 2006[®].

III. RESULTADOS

3.1- Datos de los encuestados

a.- Variables demográficas

Se obtuvo información sobre 99 pacientes que acudían a los centros de salud públicos de Villa del Rosario (Dispensario Municipal “Alma Ata” y Hospital Regional de Villa del Rosario “San Vicente de Paul”), de los cuales el 77,8% fueron del sexo femenino y el 22,2% correspondió al sexo masculino. En promedio tenían $39,4 \pm 16,1$ años; con un CV de 40,8%. Su distribución de frecuencias se presenta en el Gráfico 3.1.

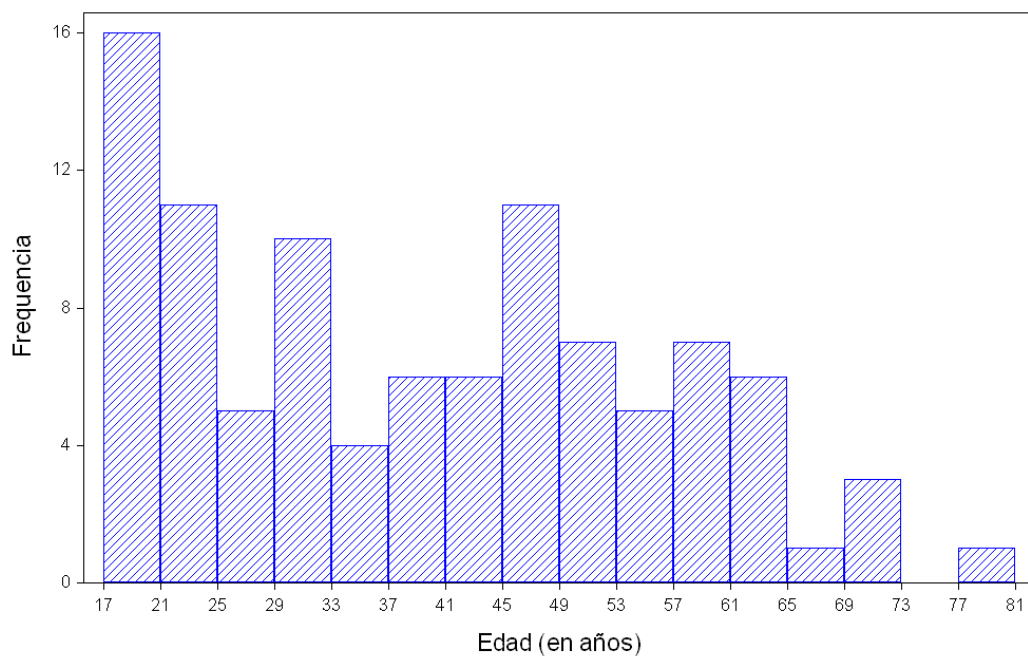


Gráfico 3.1: Frecuencia de distribución de edades de las personas entrevistadas, Villa del Rosario, 2006.

La mayor parte de los encuestados (44,4%) solamente habían completado sus estudios primarios (tabla 3.1). Las frecuencias en el caso de estudios terciarios fue muy baja (1 individuo) por lo que se lo incluyó, a los fines de facilitar el procesamiento de los datos, dentro del grupo con secundaria completa. No se presentaron individuos que no tuvieran algún tipo de estudio formal.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	20	20,2
PRIMARIA COMPLETA	44	44,4
SECUNDARIA INCOMPLETA	24	24,2
SECUNDARIA COMPLETA	11	11,1
Total	99	100

Tabla 3.1: Nivel de escolaridad de las personas encuestadas en Villa del Rosario, 2006.

La distribución de acuerdo al tipo de actividad que desarrollaban las personas mostró un alto porcentaje en la categoría ama de casa, debido a que generalmente eran las mujeres quienes aceptaban responder la encuesta o quienes asistían a los centros asistenciales llevando a sus hijos. Dentro de la Población Económicamente Activa, los porcentajes más bajos correspondieron a aquellas desocupadas (2%) y a las que tenían como modo de subsistencia trabajos transitorios (6%).

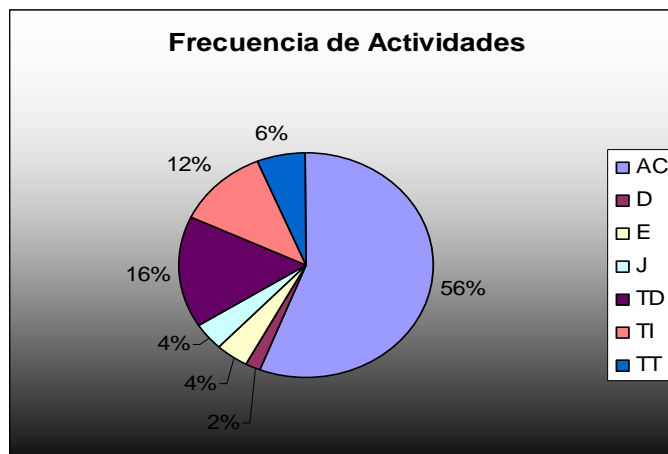


Gráfico 3.2: Distribución de frecuencia por tipo de actividad, Villa del Rosario, 2006.

Referencias: AC: Ama de casa;
D: Desocupado;
E: Estudiante;
J: Jubilado;
TD: Trabajo Dependiente;
TI: Trabajo Independiente;
TT: Trabajo Transitorio

Por último se midió el número de personas que habitaban en cada domicilio visitado, encontrándose un promedio de $4,6 \pm 2,2$ convivientes por vivienda, CV 47,2%. Se encontró un mínimo de habitantes por vivienda de 1 y un máximo de 11.

b.- Factores de riesgo

b.1- Ambientales

b.1.1- Factores de riesgo asociados al agua

El 89,9% de la población tenía abastecimiento de agua para consumo a través de red domiciliaria, y 46,5% refirió haber observado presencia de aguas estancadas en cercanía a su vivienda (tabla 3.2).

ABASTECIMIENTO DE AGUA	AGUA ESTANCADA		
	NO	SI	Total
POZO	5	5	10 10,1%
RED DOMICILIARIA	48	41	89 89,9%
Total	53 53,5%	46 46,5%	99 100%

Tabla 3.2: Fuente de abastecimiento y observación de aguas estancadas en cercanía de las viviendas, Villa del Rosario, 2006.

c.- Percepción de riesgo

c.1- Consumo de agua no segura

El 82,8% de los encuestados consideró que el consumo de agua no seguro era un riesgo para su salud.

d.- Actitud

d.1- Actitud en relación al tratamiento del agua

La mayoría de las personas, al tener como fuente de abastecimiento de agua la red domiciliaria no realizaban tratamiento ya que consideraban que consumían agua segura (tabla 3.3).

ABASTECIMIENTO DE AGUA	TRATAMIENTO		
	NO	SI	Total
POZO	7	3	10 10,1%
RED DOMICILIARIA	87	2	89 89,9%
Total	94 94,9%	5 5,1%	99 100%

Tabla 3.3: Distribución de frecuencias de tratamiento del agua en relación a la fuente de abastecimiento, Villa del Rosario, 2006

Sobre un total de 10 encuestados cuya fuente de abastecimiento de agua era de pozo, 7 (70,0%) no realizaba ningún tipo de tratamiento, mientras que 5 (5,1%), sin considerar tipo de abastecimiento tenían como hábito tratar el agua, previo a su consumo.

Del 5,1% de los individuos que afirmaban realizar tratamiento del agua de consumo, un 1,0% lo hacía con lavandina, mientras que un 3,0% consideraba más seguro realizar hervido de la misma.

3.2- Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo agua

3.2.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo consumo agua no segura

No existió asociación entre la edad y la percepción de riesgo para agua de consumo ($p = 0,3487$) (tabla 3.4).

EDAD	PERCEPCIÓN DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	38	10	48
≥ 39	44	7	51
Total	82	17	99

Tabla 3.4: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo de agua no segura y edad, Villa del Rosario, 2006.

La medición de fuerza de asociación entre edad y percepción de riesgo, no fue significativa, ya que el valor de RPC fue de 0,60 (0,22; 1,70).

3.2.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo consumo agua no segura

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	64	13	77
MASCULINO	18	4	22
Total	82	17	99

Tabla 3.5: Resultados Test asociación entre percepción riesgo consumo de agua no segura y sexo, Villa del Rosario, 2006.

No existió asociación entre el sexo de los encuestados y el considerar el consumo de agua no segura como un riesgo para la salud [$p = 0,8867$; $RPC = 1,09$ (0,33; 3,58)].

3.2.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo consumo de agua no segura.

No se encontró asociación entre el nivel de escolaridad y la percepción de riesgo para el consumo de agua no segura [$p = 0,2625$; $RPC = 0,51$ (0,16; 1,61)] (tabla 3.6).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	51	13	64
SECUNDARIO	31	4	35
Total	82	17	99

Tabla 3.6: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo agua no segura y nivel de escolaridad, Villa del Rosario, 2006.

3.2.4- Relación entre factor de riesgo y percepción de riesgo

3.2.4.1- Asociación entre abastecimiento de agua y percepción de riesgo consumo agua no segura.

El tipo de abastecimiento de agua presentó diferencias significativas con respecto a la percepción de las personas en cuanto al consumo de agua no segura ($p = 0,000$) (tabla 3.7).

ABASTECIMIENTO DE AGUA	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	NO	SI	
POZO	7	3	10
RED DOMICILIARIA	10	79	89
Total	17	82	99

Tabla 3.7: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo agua no segura y tipo de abastecimiento de agua, Villa del Rosario, 2006

El valor de la RPC = 18,4 (4,44; 76,47), significa que tuvo aproximadamente 18,4 veces mayor riesgo de considerar el agua de pozo como riesgo para su salud.

3.2.5- Relación entre actitud y percepción de riesgo

3.2.5.1- Asociación entre tratamiento del agua y percepción de riesgo consumo agua no segura.

PERCEPCION DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL AGUA		Total
	SI	NO	
NO	3	14	17
SI	2	80	82
Total	5	94	99

Tabla 3.8: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo agua no segura y tratamiento del agua, Villa del Rosario, 2006.

Existió asociación ($p = 0,0092$) entre percibir como riesgo para la salud el consumo de agua no segura y la actitud que tomaban los habitantes en cuanto al tratamiento, observándose que aquellos individuos, que si bien percibían como un riesgo para la salud consumir un agua no segura, no le realizaban ningún tratamiento a la misma.

El cálculo del RPC fue de 8,55 (1,54; 47,71), nos indica que hay una mayor probabilidad de No realizarle tratamiento al agua a pesar de percibir como un riesgo para la salud el consumo de agua no segura.

b.1.2- Desechos domiciliarios

El 100% de los individuos encuestados contaban con servicio diario de recolección de desechos domiciliarios. Algo más de 1/3, (36,4%), afirmó haber observado acúmulo de basuras en cercanía a su vivienda, ya sea baldíos, calles y en algunos casos patios de domicilios.

c.2- Percepción de riesgo presencia de basurales sin tratamiento

La gran mayoría de los encuestados, consideró que los desechos domiciliarios sin tratamiento significaban un riesgo para la salud (tabla 3.9).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	7	7,1
SI	92	92,9
Total	99	100

Tabla 3.9: Frecuencias de percepción de riesgo en relación a presencia de basurales sin tratamiento, Villa del Rosario, 2006.

d.2- Actitud de los individuos en relación al destino de los desechos domiciliarios

El 93,9% de los individuos encuestados depositaba sus residuos domiciliarios en bolsas, eligiendo como lugar de destino hasta el momento de la recolección la vereda (69,7%), el patio (26,3%) y dentro de la casa (4%) (gráfico 3.3).

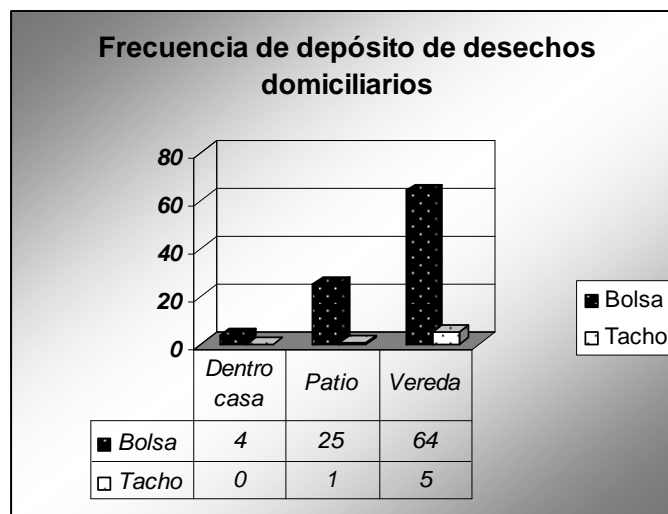


Gráfico 3.3: Distribución de frecuencia de depósito y lugar de destino de los desechos domiciliarios, Villa del Rosario, 2006.

3.3- Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo de basurales sin tratamiento

3.3.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo basurales sin tratamiento

No existió asociación ($p = 0,2741$) entre la edad de los encuestados y la percepción de riesgo para su salud en relación a la presencia de basurales sin tratamiento. La RPC fue 2,50 (0,53; 11,77) (Tabla 3.10).

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	46	2	48
≥ 39	46	5	51
Total	92	7	99

Tabla 3.10: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y edad, Villa del Rosario, 2006.

3.3.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo basurales sin tratamiento.

Una mayor proporción de mujeres que de hombres percibieron como un riesgo la presencia de basurales sin tratamiento [$p = 0,0012$; $RPC = 11,03 (2,27; 53,70)$] (Tabla 3.11).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	75	2	77
MASCULINO	17	5	22
Total	92	7	99

Tabla 3.11: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y sexo, Villa del Rosario, 2006.

3.3.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo basurales sin tratamiento

No existió diferencia entre la percepción de riesgo de quienes habían cursado estudios primarios con aquellos de nivel secundario, con respecto a la presencia de basurales sin tratamiento, valor $p = 0,6970$ y $RPC 0,72 (0,15; 3,38)$ (Tabla 3.12).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	59	5	64
SECUNDARIO	33	2	35
Total	92	7	99

Tabla 3.12: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y nivel de escolaridad, Villa del Rosario, 2006.

3.3.4- Relación entre factor de riesgo y percepción de riesgo basurales sin tratamiento

3.3.4.1- Asociación entre acúmulo de basuras en cercanía de las viviendas y percepción de riesgo.

La observación de basuras acumuladas en cercanía de la vivienda no fué significativo en cuanto a la percepción de riesgo para la salud que generaba en las personas ($p = 0,2078$) y $RPC = 0,27 (0,04; 1,68)$ (Tabla 3.13).

ACUMULO BASURAS	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
SI	35	1	36
NO	57	6	63
Total	92	7	99

Tabla 3.13: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y observación de de basuras en cercanía de las viviendas, Villa del Rosario, 2006.

3.3.5- Relación entre actitud y percepción de riesgo basurales sin tratamiento

3.3.5.1- Asociación entre depósito de desechos domiciliarios y percepción de riesgo basurales sin tratamiento.

No se observaron diferencias significativas entre la actitud que tomaban los individuos en cuanto al depósito de los desechos con la percepción que tenían sobre las basuras como riesgo para su salud ($p = 0.4857$). (Tabla 3.14)

PERCEPCION DE RIESGO	DEPOSITO DE DESECHOS		Total
	BOLSA	TACHO	
NO	7	0	7
SI	86	6	92
Total	93	6	99

Tabla 3.14: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y depósito de desechos, Villa del Rosario 2006.

3.3.5.2- Asociación entre lugar donde se dejan los desechos hasta su recolección y percepción de riesgo basurales sin tratamiento

No existió asociación significativa entre la percepción de los individuos y el lugar que elegían para depositar las basuras hasta el momento de su recolección [$p = 0,1090$; $RPC = 0,30 (0,07; 1,28)$] (Tabla 3.15).

PERCEPCION DE RIESGO	LUGAR		Total
	PATIO	VEREDA	
NO	4	3	7
SI	26	66	92
Total	30	69	99

Tabla 3.15: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo desechos domiciliarios y lugar donde se dejan los desechos hasta su recolección, Villa del Rosario, 2006.

b.1.3- Excretas

Un 83,8% de los entrevistados contaba con baño instalado en su casa, mientras que un 16,2% poseía letrina. En cuanto al lugar de ubicación de los sanitarios

en el domicilio, el 76,8% estaba adentro y el 23,2 % restante ubicado en el patio.

(Gráfico 3.4).

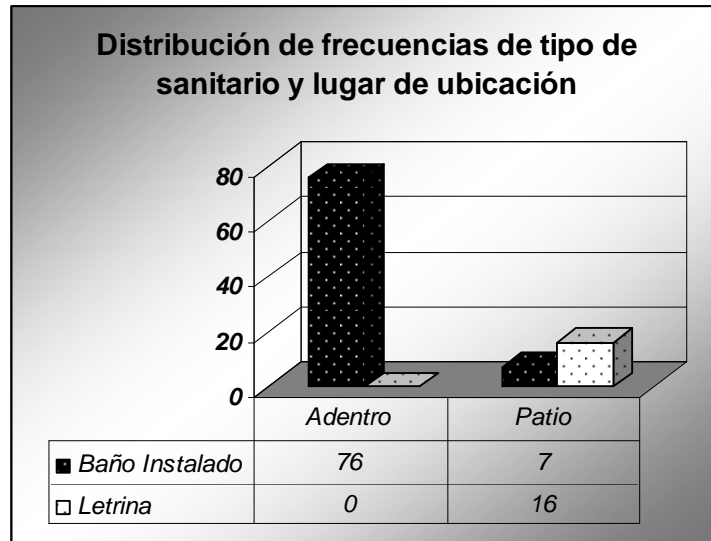


Gráfico 3.4: Distribución de frecuencia de tipo de sanitario y ubicación dentro de las viviendas, Villa del Rosario, 2006.

c.3 – Percepción de riesgo relacionado a la ausencia de un sistema de tratamiento de excretas.

El 83,8% de los individuos consideró como un riesgo para la salud la presencia de excretas sin tratamiento. (Tabla 3.16).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	16	16,2
SI	83	83,8
Total	99	100

Tabla 3.16: Frecuencias de percepción de riesgo en relación a ausencia de tratamiento de excretas, Villa del Rosario, 2006.

d.3 - Actitud de los individuos en relación al riesgo del contacto con excretas.

Si bien, como se muestra en el punto anterior, la gran mayoría de los individuos consideró como un riesgo para su salud la ausencia de tratamiento de excretas, sólo el 69,7 % tenía como hábito higienizar el baño diariamente, el 22% realizaba higiene tres veces por semana, un 2% dos veces y un 6% sólo un día en la semana.

3.4 - Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo excretas sin tratamiento.

3.4.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo excretas sin tratamiento.

La asociación entre la edad y la percepción de riesgo que significa la ausencia de sistemas de tratamiento de las excretas no fue significativa ($p = 0,2205$) y la RPC = 0,51 (0,17; 1,47) (Tabla 3.17).

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	38	10	48
≥ 39	45	6	51
Total	83	16	99

Tabla 3.17: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y edad, Villa del Rosario, 2006.

3.4.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo en relación a excretas sin tratamiento

El valor $p = 0,7704$ indicó falta de asociación entre sexo y percepción de riesgo para la salud en relación a las excretas. La RPC fue 1,20 (0,36; 398) (Tabla 3.18).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	65	12	87
MASCULINO	18	4	22
Total	83	16	99

Tabla 3.18: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y sexo, Villa del Rosario, 2006.

3.4.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo en relación a excretas sin tratamiento

No se observó asociación significativa entre percepción y Nivel de Escolaridad como se observa en la Tabla 3.19. [$p = 0,4429$; $RPC = 1,53 (0,53; 4,40)$].

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	55	9	64
SECUNDARIO	28	7	35
Total	83	16	99

Tabla 3.19: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y nivel de escolaridad, Villa del Rosario, 2006.

3.4.4- Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo

3.4.4.1 - Asociación entre percepción de riesgo y tipo de sanitario

El valor de $p = 0,6639$ y el de $RPC = 0,70 (0,16; 3,02)$ nos mostraron falta de asociación entre la percepción de riesgo a excretas que tenían los individuos en relación al tipo de sanitario con el que contaban en sus hogares. (Tabla 3.20).

TIPO DE SANITARIO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
BAÑO INSTALADO	69	14	83
LETRINA	14	2	16
Total	83	16	99

Tabla 3.20: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y tipo de sanitario, Villa del Rosario, 2006.

3.4.4.2 - Asociación entre percepción de riesgo y lugar de ubicación del sanitario.

Como se observa en la Tabla 3.21, no hubo asociación significativa entre la percepción de riesgo y la ubicación del sanitario dentro de las viviendas ($p = 0,2669$). El valor de RPC estuvo por debajo de 1 y el intervalo de confianza contenía dicho valor.

LUGAR DE UBICACIÓN	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
ADENTRO	62	14	76
PATIO	21	2	23
Total	83	16	99

Tabla 3.21: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y ubicación del sanitario dentro del domicilio, Villa del Rosario, 2006.

3.4.5- Relación entre percepción de riesgo y actitud.

3. 4.5.1- Asociación entre frecuencia de higiene del baño y percepción de riesgo.

No existieron diferencias significativas entre las variables actitud en cuanto a frecuencia de higiene del baño versus percepción de riesgo ($p = 0,0612$) (Tabla 3.22).

PERCEPCION DE RIESGO	FRECUENCIA HIGIENE BAÑO		Total
	HASTA 3 VECES/SEMANA	DIARIA	
NO	8	8	16
SI	22	61	83
Total	30	69	99

Tabla 3.22: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo excretas y frecuencia de higiene del baño, Villa del Rosario, 2006.

Al cuantificar la fuerza de la asociación entre la frecuencia de higienización del baño con la percepción de riesgo que las personas tenían sobre las excretas, la RPC fue 2,77 (0,95; 8,05).

3.5 - Relación entre percepción de riesgo de agua no segura, basuras y excretas sin tratamiento.

Hubo asociación significativa ($p = 0,0000$) entre el temor que generaban los desechos sin tratamiento para la salud con respecto al consumo de agua no segura.

(Tabla 3.23)

PERCEPCION DE RIESGO DESECHOS	PERCEPCION RIESGO AGUA		Total
	NO	SI	
NO	6	1	7
SI	11	81	92
Total	17	82	99

Tabla 3.23: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo agua no segura y percepción desechos sin tratamiento, Villa del Rosario, 2006.

Como se observa en la Tabla 3.24, no ocurrió lo mismo entre percepción de riesgo a excretas con respecto a la percepción sobre consumo de agua no segura ($p = 0,1029$).

PERCEPCION DE RIESGO EXCRETAS	PERCEPCION RIESGO AGUA		Total
	NO	SI	
NO	5	11	16
SI	12	71	83
Total	17	82	99

Tabla 3.24: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo consumo agua no segura y percepción excretas sin tratamiento, Villa del Rosario, 2006.

En cuanto a la asociación entre percepción de riesgo a excretas con respecto al de las basuras (Tabla 3.25), hubo asociación significativa ($p = 0,0022$). El valor de la $RPC = 8,89 (1,95; 40,59)$, mostró mayor chance que los individuos consideraran un riesgo para su salud a los desechos sin tratamiento.

PERCEPCION DE RIESGO EXCRETAS	PERCEPCION RIESGO DESECHOS		Total
	NO	SI	
NO	4	12	16
SI	3	80	83
Total	7	92	99

Tabla 3.25: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo basuras y percepción excretas sin tratamiento, Villa del Rosario, 2006.

b.1.4- Presencia de plagas urbanas en la vivienda

Como se observa en el Gráfico 3.5, las personas encuestadas admitieron haber observado en sus viviendas plagas urbanas con la siguiente distribución de frecuencias:

el mayor porcentaje (30,3%) lo representa la opción que contempla a todas las plagas: moscas, mosquitos, cucarachas, roedores y vinchucas.

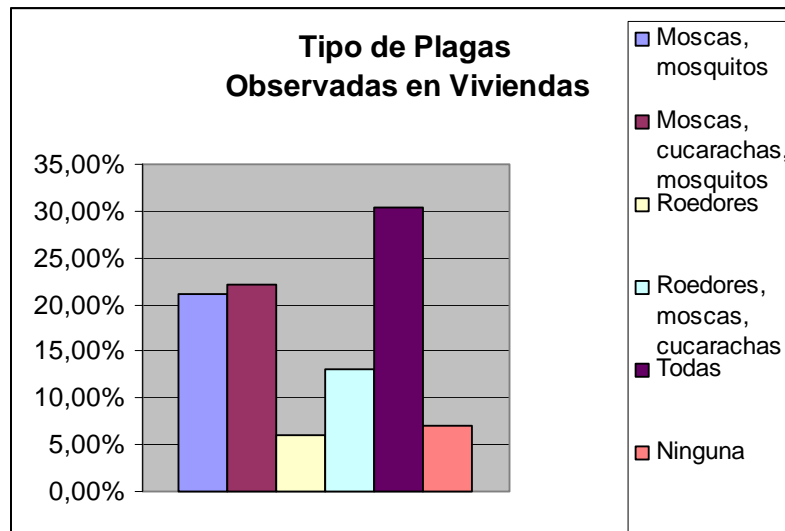


Gráfico 3.5: Distribución de frecuencias de plagas urbanas observadas en las viviendas, Villa del Rosario, 2006.

En relación a qué plaga consideraban más peligrosa para su salud, el 41,6% respondió roedores, el 14,2% roedores más alguna otra como cucarachas, mosquitos o vinchucas. Quiénes consideraban que todas las plagas mencionadas significaban un peligro para la salud representaron el 13,1%, vinchucas, cucarachas y mosquitos el 12,1%, el resto se distribuyó entre cucarachas (9,5%), moscas y mosquitos (9,4%).

c.4- Percepción de riesgo presencia de plagas urbanas

Casi la totalidad de los entrevistados consideró un riesgo para la salud la presencia de plagas urbanas. (Tabla 3.26).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	2	2,0
SI	97	98,0
Total	99	100

Tabla 3.26: Distribución de frecuencias percepción riesgo plagas urbanas, Villa del Rosario, 2006.

d.4- Actitud frente a la presencia de plagas en los domicilios

Ante la presencia de plagas, el 40,4% tomaba como decisión acudir al municipio, mientras que el 59,6% decidía actuar personalmente en la higienización y/o desinsectación de la vivienda.

3.6 - Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo presencia de plagas urbanas.

3.6.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo plagas urbanas

Tal como se observa en la Tabla 3.27, no existieron diferencias significativas ($p = 0,1408$) respecto a la edad y la percepción que tienen las personas con respecto a la presencia de plagas.

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	46	2	48
≥ 39	51	0	51
Total	97	2	99

Tabla 3.27: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y edad, Villa del Rosario 2006.

3. 6.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo plagas urbanas

No hubo asociación entre sexo y la percepción en relación a las plagas, ($p = 0,4451$) (Tabla 3.28).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	75	2	77
MASCULINO	22	0	22
Total	97	2	99

Tabla 3.28: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y sexo, Villa del Rosario, 2006.

3.6.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo plagas urbanas

El valor $p = 0,0534$ nos muestra falta de asociación significativa entre la percepción de riesgo con respecto a plagas urbanas y el nivel de educación formal. (Tabla 3.29).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	64	0	64
SECUNDARIO	33	2	35
Total	97	2	99

Tabla 3.29: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y nivel de escolaridad, Villa del Rosario, 2006.

3.6.4- Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo

5.6.4.1- Asociación entre percepción de riesgo y observación de plagas en las viviendas.

Los resultados demostraron que no existió asociación significativa entre las variables percepción de riesgo y observación de plagas en las viviendas ($p = 0,6935$) (Tabla 3.30).

OBSERVACIÓN PLAGAS EN VIVIENDAS	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
ALGUNA	90	2	92
NINGUNA	7	0	7
Total	97	2	99

Tabla 3.30: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y observación de plagas en la vivienda, Villa del Rosario 2006.

3.6.5 - Relación entre percepción de riesgo y actitud.

3.6.5.1- Asociación entre tipo de solución a la presencia de plagas y percepción de riesgo.

La percepción de las plagas como riesgo para la salud no estuvo asociada al tipo de actitud para la solución del problema [$p = 0,7799$; $RPC = 0,67 (0,07; 6,70)$] (Tabla 3.31).

PERCEPCION DE RIESGO	TIPO DE ACTITUD FRENTE A PLAGAS		Total
	ACUDE MUNICIPIO	HIGIENE PARTICULAR	
NO	1	1	2
SI	39	58	97
Total	64	35	99

Tabla 3.31: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y actitud frente a su observación en viviendas, Villa del Rosario, 2006.

3.7 - Relación entre percepción de riesgo agua no segura, basuras, excretas sin tratamiento y presencia de plagas urbanas.

Con respecto a este punto, sólo se encontró una asociación significativa entre la percepción del riesgo de consumo de agua no segura ($p = 0,0017$) y la presencia de desechos ($p = 0,0167$) con la percepción de riesgos presencia de plagas urbanas. En el último caso el valor de RPC fue de 0,07 (0,01; 0,73) (Tablas 3.32 y 3.33).

PERCEPCION DE RIESGO AGUA	PERCEPCION RIESGO PLAGAS		Total
	NO	SI	
NO	2	15	17
SI	0	82	82
Total	2	97	99

Tabla 3.32: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y percepción riesgo consumo agua no segura, Villa del Rosario, 2006.

PERCEPCION DE RIESGO DESECHOS	PERCEPCION RIESGO PLAGAS		Total
	NO	SI	
NO	1	6	7
SI	1	91	92
Total	2	97	99

Tabla 3.33: Resultados Test Asociación entre percepción de riesgo plagas urbanas y percepción riesgo desechos domiciliarios, Villa del Rosario, 2006.

b.2- Tenencia de mascotas

b.2.1- Distribución de frecuencias de población canina

La estadísticas descriptivas de la población canina mostraron un promedio de 1,5 \pm 0,7 perros; con un CV de 43,3%. Como se observa en el Gráfico 3.6, casi la mitad de los individuos encuestados tenían al menos un canino, y la razón canino/persona era de 0,75.

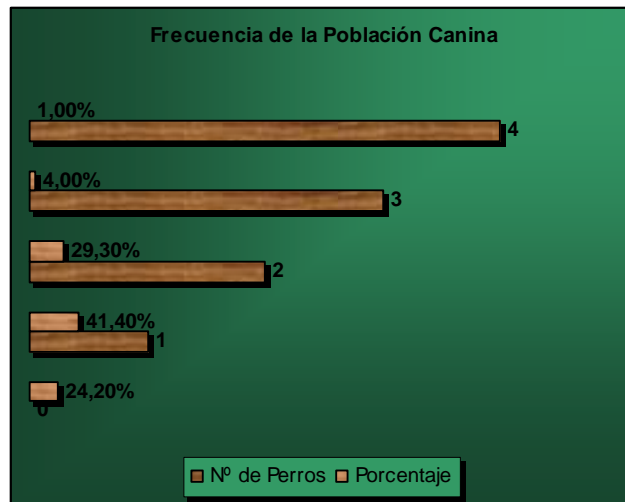


Gráfico 3.6: Distribución de frecuencias de la población canina Villa del Rosario, 2006.

El 88,0% de los perros eran adultos y el 56,0% pertenecían al sexo masculino. En cuanto al uso que se les daba, el 58,7% los tenía como guardianes, y el resto como compañía.

b.2.2- Distribución de frecuencias de población felina

El promedio de gatos fue de $1,2 \pm 0,7$; $CV = 54,2 \%$. El 83,9% de los individuos encuestados tenían un felino, y la razón felino/persona era de 0,3. (Gráfico 3.7).

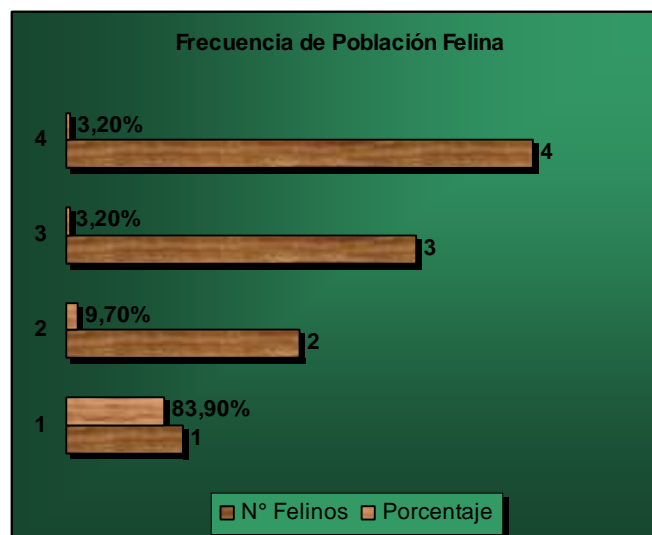


Gráfico 3.7: Distribución de frecuencias de la población felina, Villa del Rosario, 2006.

El 83,8 % de los gatos eran adultos, en cuanto al sexo se repartía en forma igual, representando cada uno el 50%; casi el 100% elegía tener esta especie como compañía.

c.5- Percepción de riesgo tenencia de mascotas.

El percibir o no como un riesgo para la salud humana la tenencia de animales, se repartió prácticamente en partes iguales, sólo un poco más de la mitad percibió riesgoso convivir con mascotas (p = 00000) (Tabla 3.34).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	46	46,5
SI	53	53,5
Total	99	100

Tabla 3.34: Distribución de frecuencias percepción riesgo tenencia de animales, Villa del Rosario, 2006.

d.4- Actitud en relación a la tenencia de animales

d.4.1- Hábitos de las mascotas caninas o felinas en relación al lugar donde duermen y su salida a la calle con control de su dueño.

Se observó que el 84,0% de los caninos dormían en el patio, mientras que un 58,6% salía a la calle sin control por parte de sus dueños. (Gráfico 3.8).

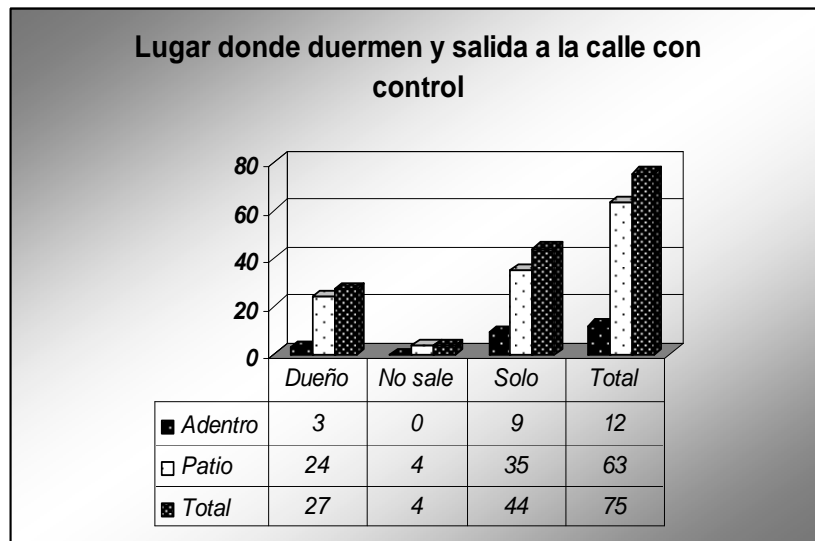


Gráfico 3.8: Frecuencias absolutas de lugares donde duermen los caninos y salida a la calle con control de su dueño, Villa del Rosario, 2006.

El 83,8% de los felinos salían a la calle solos sin control de sus dueños y un 54,8 % dormía en el patio de las viviendas. (Gráfico 3.9).

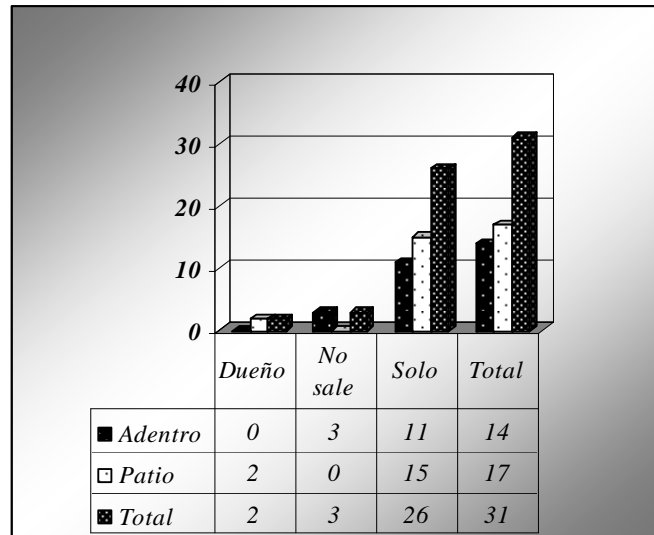


Gráfico 3.9: Lugar donde duerme y salida a la calle de la población felina, Villa del Rosario, 2006.

d.4.2- Control veterinario de las mascotas, vacunación y desparasitación

CONTROL VETERINARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	32,9
NO	55	67,1
TOTAL	82	100

Tabla 3.35: Distribución de frecuencias control veterinario de las mascotas, villa del Rosario, 2006.

Más de la mitad de los encuestados no realizaba control veterinario a sus mascotas (tabla 3.35). Como se observa en la tabla siguiente (tabla 3.36), el 31,7% de los dueños de animales nunca los vacunaron, contra un 68,2% que lo realizó sólo una vez en el corriente año. Asimismo, un 32,9% nunca desparasitó a sus animales, un 26,8% una vez y el 40 % varias veces en el año.

DESPARASITACIÓN ANIMALES	VACUNACIÓN ANIMALES		
	NUNCA	UNA VEZ	TOTAL
NUNCA	22	5	27
UNA VEZ	1	21	22
VARIAS VECES	3	30	33
TOTAL	26	56	82

Tabla 3.36: Distribución de frecuencias de desparasitación y vacunación de animales, Villa del Rosario, 2006.

d.4.3- Tipo de alimentación que reciben las mascotas

En relación a los tipos de alimentos consumidos por las mascotas, los mayores porcentajes correspondieron a la alimentación con sobras, balanceado y todos los tipos de opciones. El consumo de carne cruda sola o junto a otros alimentos fue del 34,1%. (Tabla 3.37).

TIPO DE ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADO	10	12,20%
BALANCEADO Y CARNE COCIDA	5	6,1
BALANCEADO Y CARNE CRUDA	2	2,4
CARNE COCIDA	6	7,3
CARNE CRUDA	6	7,3
SOBRAS	21	25,6
SOBRAS Y BALANCEADO	9	11
SOBRAS Y CARNE COCIDA	2	2,4
SOBRAS Y CARNE CRUDA	5	6,1
TODAS LAS OPCIONES	15	18,2

Tabla 3.37: Distribución de frecuencias de tipo de alimentos que consumen las mascotas, Villa del Rosario, 2006.

3.8- Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo tenencia de mascotas

3.8.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo tenencia de mascotas

Hubo diferencias en la percepción de riesgo relacionadas con la tenencia de mascotas de acuerdo a la edad de los encuestados ($p = 0,0216$). El valor de la RPC fue de 0,39 (0,17; 0,87), indicando que los menores de 39 años tendieron a minimizar dicha tenencia como riesgo para la salud humana. (Tabla 3.38)

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	20	28	48
≥ 39	33	18	51
Total	53	46	99

Tabla 3.38: Resultados Test de Asociación entre edad y percepción de riesgo tenencia de Mascotas, Villa del Rosario, 2006.

3.8.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo tenencia de mascotas

Existió asociación significativas entre las variables sexo y percepción de tenencia de mascotas como riesgo ($p = 0,0206$) (Tabla 3.39). Las mujeres tuvieron 3 veces mas chances de percibir a las mascotas como riesgo para la salud que los hombres, $RPC = 3,18$ (1,19; 8,49).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	46	31	77
MASCULINO	7	15	22
Total	53	46	99

Tabla 3.39: Resultados Test de Asociación entre sexo y percepción de riesgo tenencia de mascotas, Villa del Rosario, 2006.

3.8.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo tenencia de mascotas

No existió asociación entre el nivel de escolaridad y la percepción de riesgo que tienen las personas con respecto a la tenencia de mascotas ($p = 0,4640$). El valor de la RPC fue de 1,36 (0,60; 3,08) (Tabla 3.40).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	36	28	64
SECUNDARIO	17	18	35
Total	53	46	99

Tabla 3.40: Resultados Test de Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo tenencia de mascotas, Villa del Rosario, 2006.

3.8.4- Relación entre actitud y percepción de riesgo tenencia de mascotas.

3.8.4.1- Asociación entre percepción de riesgo y control veterinario de las mascotas.

No hubo asociación estadística significativa ($p = 0,4808$) entre haberle realizado control veterinario a las mascotas y la percepción de riesgo para la salud en relación a la tenencia de animales. La RPC fue de 0,72 (0,29; 1,78).

PERCEPCION DE RIESGO	CONTROL VETERINARIO		Total
	NO	SI	
NO	15	26	41
SI	12	29	41
Total	27	55	82

Tabla 3.41: Resultados Test de Asociación entre control veterinario y percepción de riesgo tenencia de mascotas, Villa del Rosario, 2006.

3.8.4.2- Asociación entre percepción de riesgo y vacunación de las mascotas.

No hubo asociación significativa entre la actitud de vacunar a las mascotas y la percepción de riesgo ($p= 1,0000$). En este caso tampoco existió fuerza de asociación epidemiológica, RPC: 1; (0,40; 2,50).

PERCEPCION DE RIESGO	VACUNACION ANIMALES		Total
	NUNCA	UNA VEZ	
NO	13	28	41
SI	13	28	41
Total	26	56	82

Tabla 3.42: Resultados Test de Asociación entre vacunación de las mascotas y percepción de riesgo, Villa del Rosario, 2006.

b.3- Conocimiento enfermedades transmitidas por animales

El 68,7% de los entrevistados respondieron conocer sobre la existencia de enfermedades transmisibles a partir de los animales. (Tabla 3.43).

CONOCIMIENTO ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	68	68,7
NO	31	31,3
TOTAL	99	100

Tabla 3.43: Distribución de frecuencia de conocimiento sobre enfermedades transmitidas por animales, Villa del Rosario, 2006.

Al momento de validar las respuestas afirmativas en cuanto a si conocían alguna enfermedad que se transmita a partir de los animales, los resultados se distribuyeron de la forma en que se presentan en el gráfico siguiente:

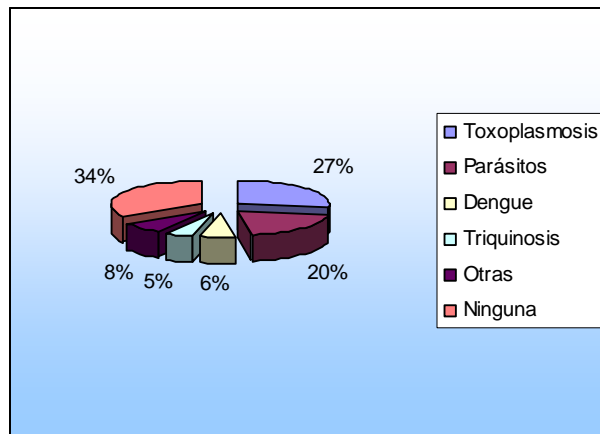


Gráfico 3.10: Porcentajes de enfermedades conocidas por los encuestados, Villa del Rosario, 2006.

La mayor proporción correspondió a la falta de conocimiento. Asimismo las enfermedades más nombradas fueron toxoplasmosis y parásitos de los animales, sin especificar alguno. Dentro de la alternativa otras, se incluyeron brucelosis, chagas, fiebre hemorrágica argentina y rabia.

La mayoría de los encuestados (64,0%) desconocía alguna forma de transmisión de dichas enfermedades. (Gráfico 3.11).

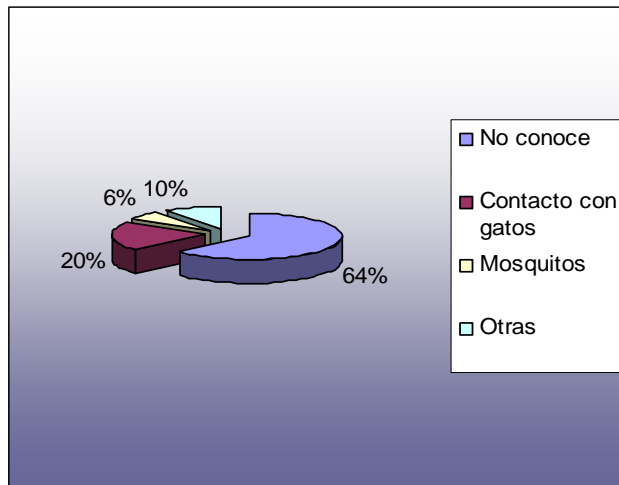


Gráfico 3.11: Frecuencia de conocimiento sobre formas de transmisión de zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

En la opción otras, se incluyeron respuestas como picadura de vinchucas, embutidos y verduras mal higienizadas.

Si bien el 66,0% fue capaz de nombrar alguna zoonosis, más de la mitad desconocía cual era la forma de transmisión de la misma, salvo en el caso de toxoplasmosis.

Las distintas fuentes de información a partir de las cuales los encuestados tomaron conocimiento de las enfermedades tuvo la siguiente distribución de frecuencias. (Gráfico 3.12).

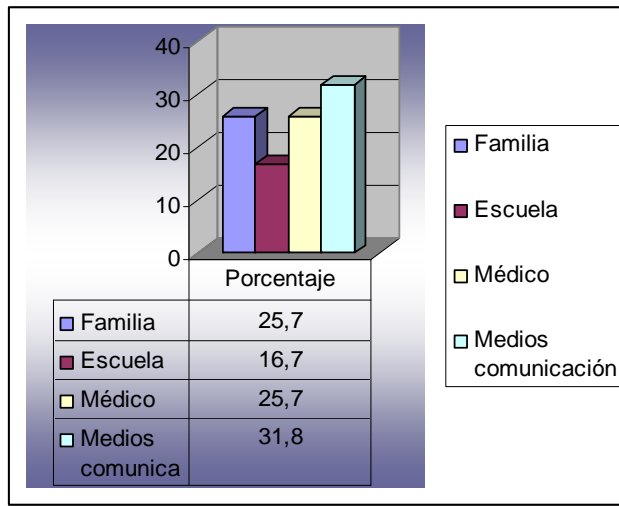


Gráfico 3.12: Fuentes de información sobre zoonosis, Villa del Rosario 2006.

Sobre un total de 66 personas, la mayor información la obtuvieron de los medios de comunicación masivos y aproximadamente el 50,0% la recibió en el seno familiar o por parte del médico.

c.6- Percepción de riesgo enfermedades transmitidas por animales.

Casi las tres cuartas partes de la población encuestada consideraban que las zoonosis representaban un riesgo para su salud. (Tabla 3.44).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	27	27,3
SI	72	72,7
Total	99	100

Tabla 3.44: Frecuencias de Percepción de Riesgo de zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

d.5- Actitud relacionada a la prevención de zoonosis

Al requerir que los entrevistados expresaran qué medidas adoptaban para evitar la presencia de estas enfermedades, se obtuvieron los resultados que se muestran en el Gráfico 3.13.

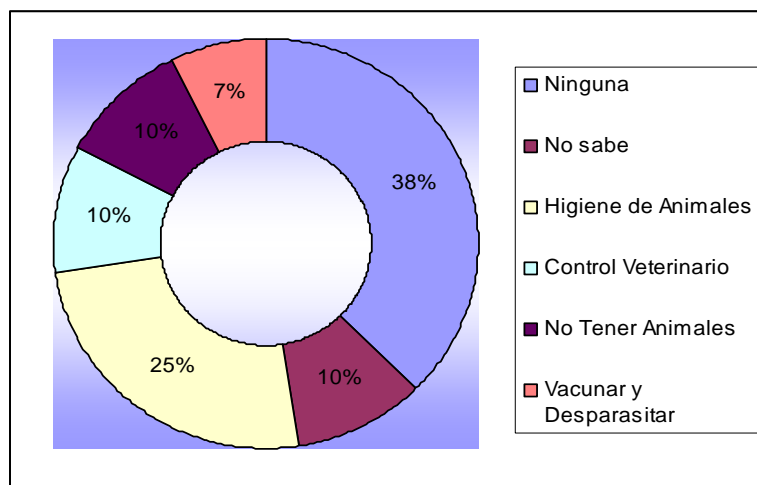


Gráfico 3.13: Medidas adoptadas por los entrevistados para prevenir las zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

La mayor proporción de encuestados no adoptaban ninguna medida para protegerse de las enfermedades transmitidas por los animales, qué sumado al desconocimiento sobre las mismas se acercaban al 50,0% del total.

3.9- Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por animales.

3.9.1- Asociación entre edad y percepción riesgo zoonosis

No existió asociación significativa entre la edad de los encuestados y su percepción de riesgo en relación a las enfermedades transmitidas por los animales ($p = 0,9673$); RPC: 1,02 (0,43; 2,44). (Tabla 3.45).

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	35	13	48
≥ 39	37	14	51
Total	72	27	99

Tabla 3.45: Resultados Test de Asociación entre edad y percepción de riesgo de zoonosis, Villa del Rosario, 2006

3.9.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo zoonosis

Se encontró asociación estadística significativa entre el sexo y la percepción de riesgo en relación a las enfermedades zoonóticas ($p = 0,0299$). Existió una probabilidad tres veces mayor que las mujeres se consideraran en riesgo de adquirir una zoonosis, en comparación con los hombres; $RPC = 2,94 (1,11; 7,82)$ (Tabla 3.46).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	60	17	77
MASCULINO	12	10	22
Total	72	27	99

Tabla 3.46: Resultados Test de Asociación entre sexo y percepción de riesgo de zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

3.9.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo zoonosis

Hubo asociación estadística significativa entre el nivel de escolaridad y la percepción de riesgo para la salud que significan las zoonosis, ($p = 0,0089$). A mayor nivel de escolaridad mayor percepción de las zoonosis como riesgo para la salud humana, $RPC = 4,53 (1,43; 13,19)$ (Tabla 3.47).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	41	23	64
SECUNDARIO	31	4	35
Total	72	27	99

Tabla 3.47: Resultados Test de Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo de zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

3.10- Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo

3.10.1- Asociación entre percepción de riesgo y conocimiento de enfermedades transmitidas por animales.

El conocimiento de las enfermedades transmitidas por animales y la percepción de riesgo para la salud que tenían las personas encuestadas presentaron diferencias estadísticas significativas ($p = 0,0000$). A menor conocimiento menor percepción, $RPC = 0,06 (0,02; 0,18)$ (Tabla 3.48).

CONOCIMIENTO ENFERMEDADES ZOONOTICAS	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
NO	11	20	31
SI	61	7	68
Total	72	27	99

Tabla 3.48: Resultados Test de Asociación entre conocimiento de enfermedades zoonóticas y percepción de riesgo, Villa del Rosario, 2006.

3.11- Asociación entre percepción de riesgo zoonosis y actitud de las personas con respecto a las mismas.

El valor de $p = 0,0000$ nos indica que existieron diferencias significativas entre la percepción que tenían las personas y la actitud que tomaban frente a las zoonosis. $RPC = 78 (13,86; 438,86)$ (Tabla 3.49).

PERCEPCION DE RIESGO	ACTITUD FRENTE ZOONOSIS		Total
	ALGUNA	NINGUNA	
NO	1	26	27
SI	54	18	72
Total	55	44	99

Tabla 3.49: Resultados Test de Asociación entre actitud y percepción de riesgo de zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

3.12- Asociación entre conocimiento de las enfermedades transmitidas por animales y actitud frente a las mismas.

El resultado ($p = 0,0000$) nos muestra que existió asociación estadística entre el conocimiento y la actitud que toman las personas frente a las zoonosis. A mayor conocimiento mayor actitud. $RPC = 115 (20,34; 658,29)$ (Tabla 3.50).

CONOCIMIENTO ENFERMEDADES ZOONOTICAS	ACTITUD FRENTE ZOONOSIS		Total
	ALGUNA	NINGUNA	
NO	1	30	31
SI	54	14	68
Total	55	44	99

Tabla 3.50: Resultados Test de Asociación entre actitud y conocimiento zoonosis, Villa del Rosario, 2006.

b.4- Conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos

El conocimiento sobre enfermedades que pueden adquirirse a través de los alimentos presentó una frecuencia muy semejante entre las respuestas positivas y negativas, ya que sólo un poco más de la mitad respondió conocerlas. (Tabla 3.51).

CONOCIMIENTO ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	52	52,5
NO	47	47,5
TOTAL	99	100

Tabla 3.51: Distribución de la frecuencia de conocimiento sobre enfermedades transmitidas por alimentos, Villa del Rosario, 2006.

Si bien un 52,5% respondió afirmativamente conocer enfermedades transmitidas por los alimentos, el 58,0% no pudo distinguir alguna de ellas. (Gráfico

3.14). Las enfermedades más conocidas fueron el cólera y el síndrome urémico hemolítico.

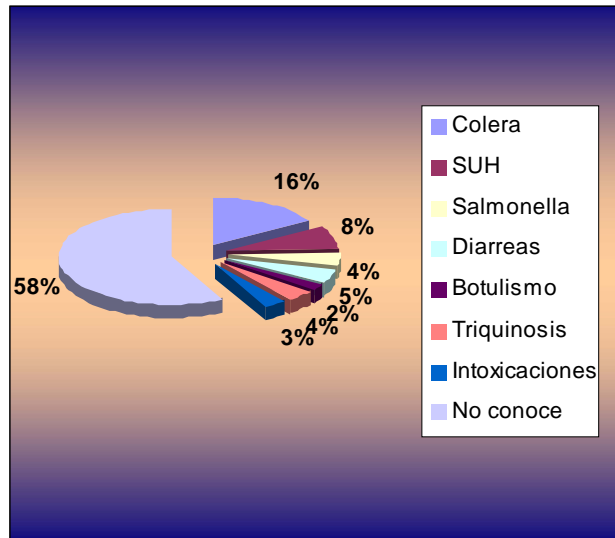


Gráfico 3.14: Enfermedad Transmitida por Alimentos conocidas, Villa del Rosario, 2006.
SUH: Síndrome urémico hemolítico

c.7- Percepción de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos

Casi las tres cuartas partes de los encuestados percibieron a estas enfermedades como un riesgo. (Tabla 3.52).

PERCEPCIÓN RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	28	28,3
SI	71	71,7
Total	99	100

Tabla 3.52: Frecuencias de Percepción de Riesgo de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Villa del Rosario, 2006.

d.6- Actitud relacionada a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos

Del 25% de personas que respondieron consumir leche casera sólo un 8% no le realizaba ningún tratamiento, es decir la consumían cruda, el resto (92%) la hervía. (Gráfico 3.15).

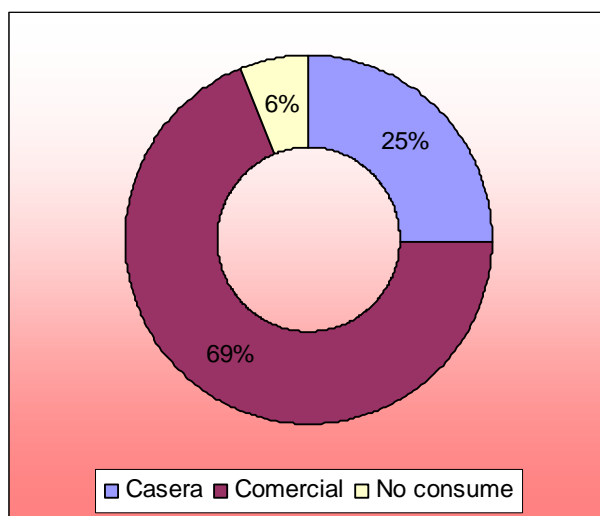


Gráfico 3.15: Frecuencia de consumo y origen de leche, Villa Del Rosario, 2006.

En el Gráfico 3.16, se muestra la frecuencia y tipo queso que consumían los individuos. Se observa que casi el 100% de los individuos preferían consumir quesos de origen comercial.

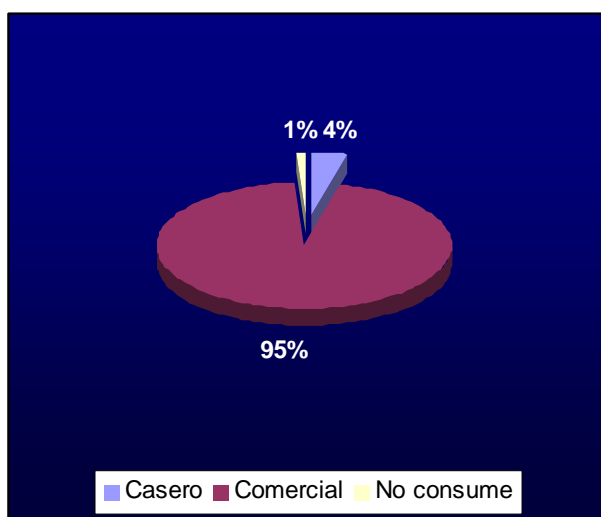


Gráfico 3.16: Frecuencia de consumo y origen de quesos, Villa del Rosario, 2006.

En cuanto al consumo de manteca, los valores son semejantes al de quesos, dado que el 96% de las personas consumía manteca comercial.

En el gráfico 3.17, se muestra la preferencia en cuanto a consumo de alimentos cárneos. Cabe destacar que el 100% consumía carne de origen comercial, y el 100% de los encuestados respondió en forma negativa a la pregunta sobre la realización de faena casera.

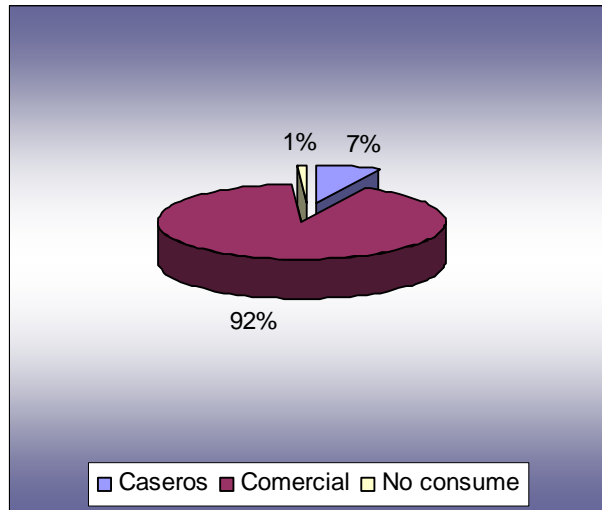


Gráfico 3.17: Frecuencia de consumo y origen de fiambres, Villa del Rosario, 2006.

3.13- Relación entre variables demográficas y percepción de riesgo enfermedades transmitidas por alimentos

3.13.1- Asociación entre edad y percepción de riesgo

La edad no estuvo asociada a la percepción de las enfermedades transmitidas por alimentos como un riesgo, [$p = 0,1103$; $RPC = 2,07 (0,58; 5,04)$] (Tabla 3.53).

EDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
< 39	38	10	48
≥ 39	33	18	51
Total	71	28	99

Tabla 3.53: Resultados Test de Asociación entre edad y percepción de riesgo enfermedades transmitidas por alimentos, Villa del Rosario, 2006.

3.13.2- Asociación entre sexo y percepción de riesgo

El valor de $p > 0,05$ nos indica que no hubo diferencias estadísticas significativas entre sexos con respecto a la percepción de las enfermedades transmitidas por alimentos como un riesgo para la salud, [$p = 0,1360$; $RPC = 2,11 (0,80; 5,61)$] (Tabla 3.54).

SEXO	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
FEMENINO	58	19	77
MASCULINO	13	9	22
Total	71	28	99

Tabla N° 3.54: Resultados Test de Asociación entre sexo y percepción de riesgo enfermedades transmitidas por alimentos

3.13.3- Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo

La percepción como riesgo para la salud de las enfermedades transmitidas por alimentos no estuvo asociada estadísticamente al nivel de escolaridad al que había accedido el individuo [$p = 0,0688$ y $RPC: 0,39 (0,15; 1,06)$] (Tabla 3.55).

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
PRIMARIO	42	22	64
SECUNDARIO	29	6	35
Total	71	28	99

Tabla 3.55: Resultados Test de Asociación entre nivel de escolaridad y percepción de riesgo enfermedades transmitidas por alimentos Villa del Rosario, 2006.

3.14- Relación entre percepción de riesgo y factor de riesgo

Quiénes tenían conocimientos sobre enfermedades transmitidas por alimentos, tuvieron aproximadamente 19 veces más probabilidad de percibir las como riesgo [$p = 0,0000$; RPC: 18,56 (5,46; 63,08)] (Tabla 3.56).

CONOCIMIENTO ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	PERCEPCION DE RIESGO		Total
	SI	NO	
NO	22	25	47
SI	49	3	52
Total	71	28	99

Tabla 3.56: Resultados Test de Asociación entre conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos y percepción de riesgo, Villa del Rosario 2006.

IV. DISCUSION

El surgimiento de nuevas zoonosis en los últimos años, se ha manifestado en un aumento de la frecuencia de las mismas a escala mundial. La incorporación de la actividad humana en nuevos territorios, el avance en los métodos de diagnóstico, los cambios climáticos y ambientales, el carácter internacional de la producción y distribución de alimentos, los factores demográficos, las migraciones, la adaptación de los agentes etiológicos a nuevas condiciones ecológicas y las deficientes medidas de control, han incrementado dichas enfermedades (Suárez *et al*, 2006).

Así mismo, en los últimos años ha habido un creciente interés de la ciudadanía por conocer los efectos en la salud que pueden ocasionar los diversos riesgos relacionados a situaciones ambientales (OPS, 2006). La salud y el desarrollo tienen una relación directa. Tanto el desarrollo insuficiente que conduce a la pobreza como el desarrollo inadecuado que redundando en el consumo excesivo, combinados con el crecimiento de la población, han motivado graves problemas de salud relacionados con el ambiente en los países desarrollados y en aquellos en desarrollo. La salud de una comunidad está directamente relacionada con factores que condicionan la relación entre salud y enfermedad y la necesidad básica humana de un ambiente seguro (Cantú Martínez, 1998).

La estructura biológica de la población estudiada, con respecto a la edad, estuvo dentro de un rango entre 18 y 80 años, con un promedio de 39. Por otra parte el mayor porcentaje de personas entrevistadas correspondieron al sexo femenino (77,8%).

Con respecto al nivel de escolaridad, los individuos que alcanzaron a completar sus estudios primarios representaban prácticamente la mitad versus sólo un 11,1% que habían terminado sus estudios secundarios. En relación al tipo de actividad que

desarrollaban, un alto porcentaje eran amas de casa (56%), ya que, eran las mujeres quiénes asistían a los centros asistenciales llevando a sus hijos. La frecuencia de personas desocupadas o subocupadas representó un 8%. Con respecto al número de convivientes en cada vivienda visitada, se encontró un amplio rango cuyo valor mínimo fue de 1 y un máximo de 11 individuos que habitaban en los diferentes hogares.

RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGO, PERCEPCION DE RIESGO, VARIABLES DEMOGRAFICAS Y ACTITUD

Se investigó la exposición de los individuos a factores de riesgo relacionados al ambiente, tenencia de mascotas y nivel de conocimiento sobre enfermedades comunes al hombre y los animales y aquellas transmitidas a partir de los alimentos. Posteriormente se evaluó si los mismos eran capaces de percibirlos como un riesgo para su salud y si dicha percepción estaba relacionada a características demográficas como género, edad, y nivel de escolaridad y la actitud con que afrontaban dichos riesgos.

En relación a los “factores ambientales”, debemos tener en cuenta que, algunos de ellos afectan la salud, como por ejemplo: el abastecimiento de agua potable y el saneamiento; la vivienda y el hábitat; la alimentación; la contaminación ambiental y el empleo de productos químicos (Ordoñez Iriarte *et al*, 1998). Los peligros ambientales son cada vez más numerosos y entre los factores que afectan el entorno en que les ha tocado vivir a los niños, están la creciente industrialización, el explosivo aumento de la población urbana, la falta de medidas para luchar contra la contaminación, las deficiencias en materia de eliminación de desechos, el consumo en condiciones no sostenibles de los recursos naturales y el uso indebido de sustancias químicas (OMS, 2002b).

En los últimos años, se ha presentado un nuevo esquema de los determinantes de salud, clasificándolos en los siguientes niveles: a) determinantes biológicos, físicos y psíquicos, b) determinantes de los estilos de vida, c) determinantes ambientales y comunitarios, del ambiente físico, climático y de la contaminación ambiental; d) los condicionantes de la estructura macrosocial, política y por último, e) las “percepciones poblacionales”. Es evidente que el medio ambiente es un elemento de primer orden para el bienestar individual y colectivo, lo que exige una nueva consciencia medioambiental, fundamentada en la responsabilidad compartida, por lo que se ha de conseguir un cambio de actitud en la población, a partir del principio de solidaridad ambiental (Girbau *and* Salas, 2000).

La percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus raíces en factores culturales y sociales. Se ha argumentado que la respuesta al peligro está mediada por influencias sociales transmitidas por amigos, familia, compañeros de trabajo, etc. En muchos casos, la percepción del riesgo se puede formar después de un hecho racional ejecutado por el propio individuo.

La información acerca de la magnitud del riesgo es importante para que la gente tome conciencia de riesgos que jamás ha escuchado, mientras que la información acerca de la susceptibilidad personal es importante en la transición que va de la conciencia a la decisión de actuar; sin embargo, la decisión de actuar no es lo mismo que actuar (OPS, 2006).

Casi todas las definiciones del concepto de actitud (tal como ha sido elaborado por la psicología social) tienen en común el caracterizarla como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud designa un

estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones” (Ander- Egg, 1987). Las actitudes se componen de tres elementos: *lo que piensa* (componente cognitivo), *lo que siente* (componente emocional) y *su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones* (componente conductual) (Muchnik and Seidman, 1983). Aragonés y Américo (1998) han investigado las formas en las que los individuos enfrentan los riesgos ambientales, examinando la percepción que tienen de dichos riesgos y por otro lado la manera en la cual dicha percepción afecta las conductas con las que los sujetos los afrontan.

1.- Agua

El agua es una de las necesidades fundamentales para la vida humana. El acceso a suficiente cantidad y calidad de agua contribuye a prevenir la propagación de enfermedades gastrointestinales, propicia la higiene personal y doméstica, y mejora el nivel de vida, contribuyendo al bienestar de la familia y de la comunidad.

El control de enfermedades bacterianas y parasitarias transmitidas por el agua es prioritario, también debe tenerse en cuenta la contaminación con metales pesados y otros contaminantes químicos. Se estima que el 80% de las enfermedades en los países en desarrollo están asociadas con el agua; el 35% de los casos de diarrea que ocurren en el mundo se asocian a la ingesta de agua, aun cuando se haya ingerido agua tratada y controlada biológicamente; 4.000.000 de niños mueren cada año por enfermedades diarreicas principalmente como consecuencia de la contaminación del agua y de los alimentos (Vilanova, 2003).

El agua que consumían los individuos entrevistados de Villa del Rosario, en su mayoría, provenía de la red domiciliaria (89,9%), el resto consumía agua de pozos

superficiales. Prácticamente la mitad de los encuestados manifestó haber tenido dificultades en el peridomicilio de su vivienda o en cercanía a la misma con la presencia de aguas estancadas que pueden ser fuentes de infección, dado que, permiten el desarrollo de numerosos agentes patógenos responsables de enfermedades zoonóticas, sumado al acceso que tienen los animales domésticos a dichos espacios.

Un estudio seroepidemiológico realizado para determinar la prevalencia de leptospirosis en humanos (19%) y caninos (56%) en esta ciudad, precisó que la posible fuente de infección se daba a partir de la contaminación de aguas, suelos e incluso el río que atraviesa la ciudad y que genera un gran atractivo para los habitantes, quienes suelen optar por él como lugar de esparcimiento acompañados de sus mascotas (Robert *et al*, 2006).

1.1.- Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a consumo de agua no segura

El porcentaje de encuestados que respondió afirmativamente en cuanto a considerar el consumo de agua no segura como un riesgo para su salud, fue alto (82,8%), independientemente de que la mayoría se sentía segura del agua que consumía, dado que, como se mostró anteriormente es alta la distribución del servicio por red domiciliaria. Esta situación queda evidenciada al relacionar esa percepción con el tipo de abastecimiento de agua, observándose que, tener como fuente de agua la red domiciliaria, era considerada como un factor de protección, frente a aquellos cuyo abastecimiento era a partir de pozos.

No se encontró asociación entre esta percepción y la edad de los entrevistados. Esto se contrapone con estudios anteriores que afirman que, a mayor edad, las personas perciben los riesgos con mayor frecuencia, independientemente del factor en cuestión (Sjöberg *and* Drotz-Sjöberg, 1992).

Los subgrupos de una comunidad pueden reaccionar de acuerdo con sus características culturales y sociales, y también de género. En general, las mujeres se sienten más inseguras con respecto a una amenaza (CEPIS- OMS- OPS, 2003) y expresan mayor percepción de riesgo que los hombres (Sjöberg *and* Drotz-Sjöberg, 1992). Un estudio realizado en Lima, Perú, sobre las prácticas higiénicas de la población periurbana, afirmó que los niños y las madres son quienes perciben y conocen las consecuencias del consumo de agua contaminada, asociándolas directamente a las enfermedades (WSP, 2004). Sin embargo, en este estudio, la percepción de riesgo de consumo de agua no segura no tuvo diferencias significativas entre sexos ($p>0,05$).

Aunque los individuos con menor educación tienden a emitir estimaciones de riesgo más altas (Sjöberg, 1992), en este estudio no se encontró asociación entre nivel de escolaridad de los individuos entrevistados y percepción de riesgo de consumo de agua no segura ($p>0,05$). Es importante destacar que estas ausencias de asociaciones contrarias a la bibliografía publicada, están relacionadas con que el 90% de la gente tenía agua corriente.

1.2- Percepción de riesgos y actitud en relación a consumo de agua no segura

La mayor parte de los encuestados (89,9%) consumía agua de red, situación que les proporcionaba seguridad en cuanto a la calidad de la misma, por lo tanto no le realizaban ningún tipo de tratamiento previo a su consumo. Del resto (10,1%), cuya fuente era agua de pozo, el 70% no le realizaba ningún tratamiento al agua, mientras que aquellos que sí lo hacían, consideraban más seguro el hervido de la misma previo al consumo. La investigación realizada por el Programa de Agua y Saneamiento (2004) en Lima, mostró que el 93% de las personas refería hervir el agua antes de beberla, 4,6% le agregaba cloro y 2,2% no le realizaba tratamiento (WSP, 2004).

Al relacionar la percepción de riesgo con la actitud que tomaban los individuos, se encontró que si bien la mayoría percibía riesgoso el consumo de agua no segura, existía mayor probabilidad de no realizarle tratamiento a la misma, situación que demostró que si bien a nivel general consideraban que el consumo de agua no segura podía traer problemas de salud, individualmente las personas se sentían seguras con el agua que consumían. El trabajo realizado en Lima al respecto mostró que casi el 7% de las personas, si bien percibían riesgoso para su salud el consumo de agua no segura, consideraban que el hervido de la misma antes de su consumo le provocaba un cambio de sabor, por ello preferían tomarla sin hervir o agregarle cloro (WSP, 2004).

La percepción de riesgos ambientales, como la contaminación del agua de consumo, es determinante del grado de preparación que los individuos tienen para enfrentar de manera efectiva los peligros y por lo tanto, también las respuestas que esos individuos puedan dar ante el problema ambiental real (Corral Verdugo *et al*, 2003).

2.- Desechos sólidos domiciliarios

El total de los encuestados contaba con recolección diaria de los residuos por lo que, no existía la posibilidad de tener los mismos acumulados en el patio o dentro de los domicilios y de esa manera transformarse en un factor de riesgo cotidiano. Sin embargo, un tercio de los entrevistados reconoció haber observado acumulo de basuras en cercanía de sus viviendas, en baldíos o en algún domicilio particular, situación que pudo observarse en el momento de realizar la encuesta en algunas viviendas, donde existía depósito de las mismas a nivel peridomiciliar. El manejo de los residuos sólidos y otros desechos es un factor prioritario para la salud de las poblaciones. Los registros epidemiológicos indican que con frecuencia han existido incrementos significativos de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, ocasionados por puntos de

acumulación de residuos domésticos y material orgánico (OPS, 2003). La eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos reduce los riesgos para la salud y crea un entorno más agradable para la vista y la vida. La utilización de métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es desfavorable a la reproducción de insectos y roedores que intervienen en la transmisión de enfermedades.

2.1-Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a desechos sólidos

El tratamiento sanitario de los desechos sólidos forma parte del saneamiento ambiental básico y la ausencia del mismo trae aparejado problemas de contaminación del medio que rodea al hombre con posibles consecuencias para la salud del mismo. La mayoría de los encuestados percibieron como un riesgo para la salud la presencia de los basurales sin tratamiento (92,9%).

La observación o no de basurales en cercanía de las viviendas no mostró diferencias significativas con respecto a la percepción como riesgo para la salud que las personas consideraron que significan las basuras en general.

Cuando se analiza si existe relación entre la percepción y las variables demográficas, coincidiendo con los hallazgos de Sjöberg *and* Drotz-Sjöberg, (1992), se encontró asociación estadística significativa con respecto al sexo, evidenciándose mayor oportunidad de percibir los basurales como un riesgo para la salud en el sexo femenino. No se observó lo mismo con respecto al nivel de escolaridad y edad.

2.2- Percepción de riesgo y actitud en relación a desechos sólidos

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de los entrevistados percibía como un riesgo para la salud la presencia de desechos domiciliarios sin tratamiento, se encontró que, más de la mitad tenía como actitud depositar sus desechos diarios hasta el momento de la recolección en la vereda, dentro de bolsas; el resto en el patio o dentro

de la vivienda. A pesar de la alta frecuencia de percepción como riesgo para la salud entre los encuestados, no se encontró asociación entre la actitud que tomaban en cuanto al depósito y lugar donde colocaban los mismos hasta su recolección.

3.- Excretas

El acceso al saneamiento básico contribuye a prevenir la transmisión fecal-oral de enfermedades y la reproducción de algunos tipos de insectos vectores. El principal problema es de carácter social, cultural o de aceptación de determinadas tecnologías (OPS, 2006). Un alto porcentaje de los encuestados (83,8%) contaba con baño instalado y el 76,8% lo tenía dentro del domicilio, es decir que como factor de riesgo no sería significativo si solo se tiene en cuenta desde el punto de vista de infraestructura o el modo en que las excretas son eliminadas. Esta situación es importante debido a que la evacuación de excretas merece consideración preferencial para evitar la proliferación de vectores transmisores de enfermedades, la contaminación del agua y de los alimentos (OPS, 2003).

3.1-Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a excretas

El tratamiento sanitario de las excretas también forma parte del saneamiento básico y su ausencia las transforma en una fuente de contaminación.

Una vivienda debe tener acceso a los servicios básicos y contar con las facilidades necesarias para proteger la salud de sus residentes. En particular, debe contar con acceso a agua segura en cantidad suficiente, eliminación adecuada e higiénica de desechos sólidos y excretas.

El 83,8% de los individuos entrevistados consideró que esta situación puede ser causa de enfermedades. No se encontró diferencias significativas entre el temor que significaban las excretas y el tipo de sanitario que tenían las personas –baño instalado

versus letrina-, tampoco en relación al lugar de ubicación del sanitario. Tampoco se encontró asociación cuando se enfrentó dicha percepción con edad, nivel de escolaridad y sexo, si bien la disponibilidad de servicios básicos en la vivienda es generalmente una condición más valorada por las mujeres jefas del hogar que por los hombres (Mac Donald, 2004).

3.2-Percepción y actitud en relación a excretas

Si bien el 83,8% percibía como un riesgo la presencia de excretas sin tratamiento, el 69,7% tenía como hábito higienizar el baño diariamente, mientras que el resto lo hacía con una frecuencia de tres a una vez por semana. El estudio realizado en la región metropolitana de Lima, Perú, encontró en relación a la frecuencia de limpieza, que el 48% de los encuestados refería limpiar sus baños tres veces por semana, 46% diariamente y 12,5% no lo limpiaba (WSP, 2004). Al buscar asociación entre percepción y actitud se halló que no había diferencias significativas entre considerar o no un riesgo para la salud la presencia de excretas y la actitud que asumían los entrevistados en cuanto a la prevención dada por la higiene de los baños.

4.- Presencia de plagas urbanas en las viviendas

El 30,3% de las personas admitieron haber tenido problemas en su domicilio por la presencia de moscas, mosquitos, cucarachas, roedores y vinchucas, el resto se repartió entre moscas, mosquitos y cucarachas, otras adujeron sólo roedores y otro grupo roedores, moscas y cucarachas; sólo algo más de un 5% admitió no haber observado presencia de alguna de las plagas mencionadas.

La frecuencia de encuestados que admitió algún tipo de plaga puede indicar problemas de higiene, entorno peridomiciliar con características óptimas para el

desarrollo y sobrevivencia de las mismas y/o falta de conocimiento de las personas sobre las posibles enfermedades que pueden adquirir a partir de ellas.

Es importante recalcar que prácticamente la mitad de los entrevistados consideró que la plaga más peligrosa para la salud eran los roedores, a pesar que durante 2005 se produjo un brote de encefalitis, transmitida por mosquitos con 48 casos confirmados, algunos en residentes de Villa del Rosario y el resto en otras localidades de la provincia (Mundo Sano, 2005).

4.1-Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a presencia de plagas urbanas

La mayoría de los individuos (98,0%) percibió que las plagas urbanas como roedores, mosquitos, cucarachas, vinchucas, moscas, etc., significaban un riesgo para la salud, sobre todo la presencia de roedores, a quién le atribuían la mayor peligrosidad. No se encontraron diferencias significativas con las variables edad, sexo y nivel de escolaridad, tampoco hubo diferencias entre percepción de riesgo y haber observado o no plagas dentro de las viviendas, si bien, las personas con un bajo nivel educativo y de mayor edad son más propensas a señalar altos niveles de riesgo. Esto podría reflejar un mayor estado de indefensión experimentado por dichos individuos (Corral Verdugo, 2003).

Se analizó también la relación entre percepción de riesgo por consumo de agua no segura, los basurales sin tratamiento, las excretas y la presencia de plagas urbanas. Sólo se encontró asociación estadística entre los que percibían como un riesgo el consumo de agua no segura, la presencia de desechos domiciliarios sin tratamiento y la de plagas urbanas. Posiblemente los individuos asociaron la contaminación del agua con los desechos domiciliarios como fuente de la misma por un lado y la presencia de plagas urbanas con los basurales por el otro.

4.2-Percepción y actitud en relación a la presencia de plagas urbanas

El 98,0% de los encuestados manifestó percibir como un riesgo la presencia de plagas urbanas, de los cuales el 59,6% tomaba como actitud la higienización y/o desinsectación personal de su vivienda, mientras que el resto acudía a la municipalidad para que le solucionara el problema. Dicha actitud, acudir al municipio o higienizar personalmente su vivienda, no tuvieron diferencias significativas con percibir o no como un riesgo la presencia de diferentes plagas en sus viviendas.

5- Tenencia de mascotas

En relación a la población canina y/o felina, se observó que el 75,7% tenía preferencia por los caninos y el 31,3% por los felinos. Había una tendencia a tener animales adultos y en relación al sexo se repartía en forma igual tanto en una como otra especie. Por otra parte existió una leve predilección en cuanto a la utilidad del animal como guardián (58,6%) en el caso de los caninos y de compañía en el total de los felinos. En la mayoría de las viviendas visitadas, existía al menos una mascota canina o felina y en ningún caso se registró la tenencia de otro tipo de mascota. Una situación semejante se encontró en un estudio realizado en Santiago de Chile durante los años 2001/2002 que mostró los siguientes resultados; con respecto al sexo no hubo diferencias entre uno y el otro en ambas especies; en cuanto a la edad, el 66,8% de los individuos elegía tener animales adultos y el número de viviendas con mascotas correspondió al 62,9%, con un promedio de mascotas por vivienda fue de $1,2 \pm 0,18$ (Escárte *and* Briones, 2005). En forma coincidente, un estudio demográfico de animales domésticos en la ciudad de Buenos Aires en el año 1994 demostró que la proporción de caninos era mayor a la de felinos (58 versus 17,7%) no se encontró

diferencias en cuanto al sexo de una u otra especie y existía una clara predilección sobre animales adultos (Anderson *et al*, 1994).

5.1-Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a la tenencia de mascotas

Algo más de la mitad de los entrevistados percibió como un riesgo la convivencia con mascotas (53,5%), lo que resulta preocupante si tenemos en cuenta la alta relación humano/animal que existe en el lugar. En este caso hubo asociación estadística entre la percepción y el sexo, existiendo 3,18 veces más riesgo de convivir con mascotas entre las mujeres. También se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad, siendo los individuos menores quienes tenían menor nivel de percepción de riesgo con respecto a la tenencia de mascotas. No se encontró asociación con el nivel de escolaridad.

5.2-Percepción y actitud en relación a la tenencia de mascotas

En este caso, un poco más de la mitad de los entrevistados (53,5%) percibió como un riesgo la convivencia con mascotas felinas o caninas. La mayoría de los poseedores de caninos tenían como hábito que sus animales durmieran en el patio y la mitad de ellos permitía la salida de su mascota a la calle sin control. Esta situación expone a los caninos a diferentes riesgos de infecciones al estar en contacto con otros animales o con situaciones ambientales comprometidas desde el punto de vista del saneamiento. Una situación similar ocurrió con los felinos.

El 67,1% respondió no realizarle control veterinario a sus mascotas. El 31,7% nunca habían vacunado a sus mascotas contra alguna enfermedad, nunca los desparasitaron o lo habían realizado una vez en el año. Esta actitud podría transformarse en una verdadera fuente de infección no sólo para los animales sino para el ser humano.

Cuando se midió asociación entre la percepción de riesgo y la actitud frente a la tenencia de mascotas, se observó ausencia de significación estadística en la asociación. El percibir como riesgo para la salud la tenencia de mascotas no se tradujo en una mejor actitud en cuanto a tener a sus mascotas bajo control veterinario, vacunarlos y/o desparasitarlos.

6- Conocimiento sobre enfermedades transmitidas por animales

Más de la mitad de los encuestados (68,7%) respondieron conocer enfermedades que se transmitían a partir de los animales, sin embargo, al requerirle que nombraran al menos una, el mayor porcentaje no pudo hacerlo, es decir que, a pesar de saber que existen dichas enfermedades, desconocían cuales pueden ser ellas, a diferencia de lo obtenido en un estudio realizado en el ámbito urbano de coronada, Santa Fe, donde el 88% de los individuos entrevistados conocían sobre la existencia de las enfermedades que se transmiten de los animales al hombre (Tarabla *and* Fernández, 2004)..

La enfermedad con frecuencia mayor (27,0%) le correspondió a Toxoplasmosis, posiblemente coincidente con actividades de educación para la salud que se habían realizado en días anteriores a la encuesta. Un grupo (20,0%) respondió parásitos de los animales, sin poder especificar alguno. El resto, nombró enfermedades como Dengue, Brucelosis, Fiebre Hemorrágica Argentina y Rabia, en semejanza con el estudio realizado en Coronada donde las más mencionadas fueron toxoplasmosis, triquinosis y rabia. En otro estudio sobre amas de casa del ámbito rural de Rafaela, Santa Fe, se halló que el 57% de las mismas sabían de la existencia de enfermedades transmisibles de los animales al hombre (Castro Hurtado *et al*, 2000).

Al requerirles que comentaran posibles formas de transmisión de la enfermedad nombrada, un poco más de la mitad (64,0%) desconocía totalmente la manera en que el

humano podía contraer dicha enfermedad, la excepción correspondió a toxoplasmosis. En el trabajo de Castro Hurtado *et al* (2000), las formas de transmisión más conocidas fueron “por manejo de animales contagiados” y “por consumo de alimentos contaminados”.

En la ciudad de Corrientes, se realizó un estudio relacionado a conocimientos sobre el Dengue, donde se encontró que la mayoría de los entrevistados no tenía claras las diferencias entre el agente causal del Dengue, el vector y la enfermedad, ya que ninguno de los participantes expresó que la enfermedad se constituía en tanto estuvieran presentes los tres componentes necesarios de la relación, el agente, el vector y el sujeto potencial receptor de la enfermedad (Bar *and* Zapata, 2002).

En otro estudio, sobre equinococosis canina en las localidades de las Albahacas y El Chacay en la provincia de Córdoba, por ejemplo, de las 169 encuestas realizadas a propietarios de caninos y pobladores en general sobre el nivel de conocimiento de la hidatidosis, se puso de manifiesto que aproximadamente entre el 70-80% de las personas encuestadas tenían un escaso conocimiento de la misma (González Peralta, *et al*, 1998).

Los programas de Control Vectorial para Chagas y Dengue plantean la participación comunitaria como imprescindible, sin embargo, actualmente está muy limitada y en varias regiones ausentes, debido entre otros factores a la escasez o falta de fondos para apoyarlas, necesidades básicas de la comunidad insatisfechas, falta de conocimientos relacionados con la enfermedad, preocupaciones por la fuente de trabajo, entre otras. Para la enfermedad de Chagas se suma la dispersión de la población en el área rural, la convivencia natural con las vinchucas y el hecho de que es una enfermedad

cuyos efectos o sintomatología no son observados inmediatamente por la población, hacen más difícil la participación de la comunidad en acciones de control y vigilancia, más aún en época de fuerte crisis social y económica (Salomón, 2003; Crocco *and* Rodríguez, 2003).

La escasa información que tienen los individuos entrevistados de Villa del Rosario sobre las zoonosis es preocupante si tenemos en cuenta la alta relación humano/animal que existe en el lugar. Aquellos que tenían algún conocimiento sobre las mismas, adujeron haberla recibido a partir de los medios de comunicación, el médico, los familiares y/o la escuela. En otros estudios, las respuestas fueron coincidentes en cuanto a considerar que las fuentes de información fueron principalmente por transmisión oral de amigos y familiares, medios masivos y educación formal (Tarabla *and* Fernández, 2004); en el caso del Dengue, los mayores porcentajes se lo llevaron los medios masivos de comunicación y la educación formal (Bar *and* Zapata, 2002).

Sería importante analizar si la información que recibieron los individuos entrevistados en Villa del Rosario, fue motivadora de conductas positivas y duraderas en cuanto a la prevención de dichas enfermedades.

6.1-Percepción de riesgo y variables demográficas en relación al conocimiento de enfermedades zoonóticas

Si bien las $\frac{3}{4}$ partes de la población percibieron que las zoonosis significan un riesgo para su salud, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad ($p>0,05$). En relación al sexo, el femenino fue quién manifestó mayor nivel de percepción y con respecto al nivel de escolaridad, aquellos individuos que sólo tuvieron acceso al nivel primario fueron quiénes percibieron con mayor frecuencia a las zoonosis como un riesgo para su salud ($p<0,05$). Posiblemente, los individuos que sólo tuvieron

acceso a la primaria experimentan una mayor inseguridad o incertidumbre con respecto a estas enfermedades, asociado al desconocimiento que tienen sobre las mismas.

Se observaron diferencias al enfrentar la percepción con el grado de conocimiento, ya que aquellos individuos que tienen conocimientos sobre las mismas, se sienten más protegidos.

6.2-Percepción y actitud en relación al conocimiento de las enfermedades zoonóticas

Una importante proporción (72,7%) de los entrevistados percibió como un riesgo las enfermedades que podían adquirir a partir de los animales, sin embargo la mitad de ellos no tomaba ninguna medida de prevención frente a las mismas o desconocía como hacerlo, situación que se ve reflejada en la información que se obtuvo anteriormente en cuanto al control veterinario de las mascotas, vacunaciones y/o desparasitaciones. Es posible que ese alto valor de percepción esté más relacionado a aquellas enfermedades que se transmiten a partir de roedores, mosquitos, etc., y no a los animales que poseían como mascotas.

Chardon (1997) consideró que el nivel de información de las personas influye en el sentido de una mejor comprensión, ya que actúa sobre el comportamiento adoptado frente a la misma. La asociación entre conocimiento y percepción de riesgo de estas enfermedades no mostró que el tener alguna información sobre las mismas influya positivamente en considerarlas como un riesgo, como así tampoco en la actitud que asumía frente a tomar alguna medida de prevención contra las mismas.

7- Conocimiento sobre enfermedades transmitidas por alimentos

En este caso, prácticamente la mitad de los encuestados desconocía que los alimentos pueden ser causa de enfermedades. Del grupo que respondió afirmativamente,

el 58% no pudo nombrar alguna, el resto se repartió entre el cólera, salmonelosis, diarreas, intoxicaciones y triquinelosis. Llama la atención que un 8% respondió síndrome urémico hemolítico, influenciados posiblemente por la cobertura de los medios de comunicación masiva relacionada a casos existentes en la provincia.

Un estudio realizado en España sobre percepción de la seguridad alimentaria en la población catalana (Bosch Riera *and* Alós Anguera, 2004), remarca que en la actualidad, el consumidor recibe muchos mensajes, la mayoría alarmistas y sin rigor científico que pueden crear falsos conceptos sobre el beneficio o peligro del consumo de diversos alimentos. Un ejemplo de las respuestas obtenidas entre otras, sobre salmonelosis, arrojó como resultado que, un 80% responde afirmativamente conocerla, sin embargo, el 31% de ellas considera que la salmonella es una sustancia presente en los alimentos, mientras que un 15% admite no saber que se trata de un microorganismo.

Castro Hurtado *et al* (2003) en una investigación sobre conocimiento de zoonosis de las amas de casa de ámbito rural del distrito Rafaela, Santa Fe, determinaron con respecto a tuberculosis, que las mujeres con menor escolaridad tuvieron un riesgo estimado 8 veces mayor de tener bajos conocimientos que aquellas con al menos escolaridad secundaria.

Una encuesta realizada a personas de la región periurbana de Lima, al indagar sobre conocimientos relacionados con la contaminación de los alimentos, se encontró que 64,3% refirió que la protección de alimentos de moscas y de otros animales evitaba su contaminación; 52% consideró también el lavado de frutas y verduras; 22,8% el lavado de manos antes de preparar los alimentos (WSP, 2004).

7.1- Percepción de riesgo y variables demográficas en relación a enfermedades transmitidas por alimentos

Prácticamente el 72% de los entrevistados percibió estas enfermedades como riesgosas para su salud, no encontrándose diferencias significativas con respecto a la edad, sexo y/o nivel de escolaridad.

Por el contrario, al enfrentar dicha percepción con el conocimiento sobre las mismas, se hallaron diferencias significativas, y al igual que en el caso de las zoonosis, tener algún tipo de conocimiento les aportaba mayor seguridad con respecto a las mismas.

Dentro del programa de agua y saneamiento (2004), al indagar en Lima, a las personas sobre las percepciones de la contaminación como causa de enfermedad y las experiencias vividas en las familias con niños menores de cinco años de edad, se obtuvo el siguiente resultado: en 37,7% de los casos de diarrea, las madres refirieron que se debía a algún alimento en mal estado o algún material tóxico; el 24,7% la relacionó con el ambiente sucio o contaminado; 15,6% la vinculó a la falta de lavado de manos; 6,5% al consumo de agua contaminada; 5,2% desconocía las causas de la diarrea infantil, y 3,6 refirió que se debía a la falta de higiene.

7.2- Percepción y actitud en relación al conocimiento de enfermedades transmitidas por alimentos

En este caso, también más del 70% de los encuestados percibió como un riesgo para su salud este tipo de enfermedades. En relación al consumo de productos y subproductos lácteos, el 25% de ellos consumía leche casera, y dentro de este grupo el 8% la consumía cruda y el resto la hervía. La totalidad de los entrevistados consumía quesos y manteca de tipo comercial.

Igual situación se daba con respecto a productos y subproductos cárnicos, donde el 100% compraba sus productos de consumo en lugares habilitados para tal fin.

Si bien, un poco más de la mitad de las personas respondió afirmativamente conocer que existían estas enfermedades, el 58% no fue capaz de nombrar alguna, de todas maneras el tener algún conocimiento estaba fuertemente asociado con la percepción de riesgo para la salud que tenían las personas.

Hacia el fin del siglo pasado se produjo un cambio de paradigma en el área de la tecnología alimentaria con la introducción de un enfoque de inocuidad de los alimentos basado en la percepción subjetiva de los riesgos y la existencia de umbrales de riesgo aceptable relativo a la eficacia, costo y molestias de la protección. El objetivo primario de la gestión de riesgos para la inocuidad de los alimentos es otorgar una protección razonable a la salud pública frente a riesgos asociados a través de la selección y la implementación costo eficientes de medidas de control (Romero Salas *et al*, 2004).

En el desarrollo de este trabajo quedó demostrado que lo planteado como hipótesis en cuanto a la relación de la percepción con variables demográficas sólo se verifica en algunos casos y la actitud de los individuos para afrontar los distintos factores de riesgo no siempre estuvo asociada a la percepción positiva de los distintos factores de riesgo.

V. CONCLUSIONES

✚ El sistema de encuestas realizado en Villa del Rosario, permitió conocer la percepción y actitud de los individuos involucrados en relación a los distintos factores de riesgo a los que estaban expuestos, y podría aportar elementos de juicio válidos para la gestión y comunicación de riesgos y lograr un manejo integral de enfermedades zoonóticas junto a los servicios veterinarios y a tomadores de decisiones en los sistemas de Salud Pública.

✚ El estudio de las reacciones individuales al riesgo sobre la población de Villa del Rosario intenta mostrar qué cosas preocupan a la gente. Se encontró que el conocimiento de las personas sobre las enfermedades transmitidas por los animales y alimentos fue escaso y disperso. Si bien, en general, la gente percibía como riesgo para la salud la mayoría de los factores estudiados, las actitudes que tomaban para afrontar dichos riesgos generalmente no eran las correctas. También se encontró que la percepción se relacionó con algunas variables socio-demográficas sólo en algunos casos.

✚ La investigación sobre la percepción y aceptación del riesgo suministra una fuente rica en resultados y en consideraciones que pueden complementar y facilitar el trabajo en campos con los que está relacionada, es así que, en este trabajo se observa la necesidad de educar a la población para lograr los cambios de actitud positivas y duraderas para hacer frente a los distintos riesgos a los que se enfrentan.

Sin duda, es difícil concebir futuros escenarios que no contengan elementos negativos notables y es fácil olvidar que vivir también significa arriesgar. Tal vez, llegó

el momento de considerar con mayor atención nuestra posibilidad de promover la salud, reduciendo los riesgos que la amenazan y modificando los comportamientos que la afectan.

✚ Fundamentalmente es importante que, aquellos actores sociales que tienen en su poder la toma de decisiones, abran canales de participación de la comunidad con el objetivo de estimular el desarrollo de modelos de comunicación de riesgos efectivos, fomentando los hábitos y conductas preventivas que realicen un aporte a mejorar la calidad de vida de los individuos de Villa del Rosario.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANDER-EGG, E. (1987). Técnicas de investigación social. 21 ed. Humanitas, Buenos Aires. P. 251-252.
- ANDERSON, P.; BEAUDOIN, J.; CASTRO, J.; GONZALEZ, B.; LANDI, P.; MARCOS, E.; MOLINA, J. (1994). Relevamiento demográfico de animales domésticos en la ciudad de Buenos Aires. Revista de Medicina Veterinaria Vol. 77 N° 3. P. 206-212.
- ARAGONÉS, J.; AMÉRIGO, M. (1998). Psicología ambiental. Aspectos conceptuales y metodológicos. Psicología ambiental. Ediciones Pirámide. Madrid. P. 21-24.
- ARIÑO, M. (2001). Encuesta de desarrollo social y condiciones de vida. N° 4A. Disponible on Line: www.siempro.gov.ar
- BALCELLS GORINA, A. (1978). Patología General. Tomo I. 5ª ed. Editorial Toray, Barcelona. P. 11-12.
- BALDASSARE, M.; KATZ, C. (1992). The Personal Threat of Environmental Problems as Predictor of Environmental Practices. Environment & Behavior. Vol. 24 N° 5. P. 602-616.
- BAR, A.; ZAPATA, L. (2002). Teorías intuitivas sobre el dengue en áreas urbanas de la ciudad de Corrientes, Argentina. Disponible on Line: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/01-sociales/s-024.pdf>
- BELOTTO, A.; SCHNEIDER, M.; FERNANDES, D.; LEANES, F.; GENOVESE, M. (2006). Estado actual de las zoonosis en América Latina y Caribe y su importancia en el mundo globalizado. XX Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias; 14° Congreso Chileno de Medicina Veterinaria. Santiago de Chile. 13 al 16 de Noviembre de 2006. Disponible on Line: http://bvs.panaftosa.org.br/textoc/texto_panvet2006.pdf

- BENNETT, P. (1999). Understanding responses to risk: some basic findings. En Bennett, P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press. P. 3-19.
- BOSCH RIERA, M.; ALOS ANGUERA, N. (2004). Percepción de la seguridad alimentaria en la población catalana. Disponible on Line: <http://magno.uab.es/epsi/alimentaria/percepcion-alimentaria.pdf>
- CANADIAN FOOD INSPECTION AGENCY. (2001). Disponible on Line: www.inspection.gc.ca/english/corpaffr/publications/riscomm/riscomm.html
- CANTU MARTINEZ, P. (1998). Apreciación ecológica de la salud. Ambiente sin Fronteras. Vol. 1 N° 6. P. 6.
- CASTRO HURTADO, A.; TARABLA, H.; QUAINO, O. (2000). Conocimientos sobre zoonosis en el ámbito rural. Estimación de riesgo asociado a características socio-económicas y demográficas. 1º Jornadas Internacionales de Zoonosis. Corrientes, Argentina. Resúmenes. P.4.
- CEPIS-OPS-OMS (2003). Curso de autoinstrucción en comunicación de riesgos. Disponible on Line: www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/pdf/tema_04.pdf
- CHARDON, A. (1997). La percepción del riesgo y los factores socioculturales de vulnerabilidad. Desastres y Sociedad. N° 8. Año 5. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Disponible on Line: <http://www.desenredando.org>
- CORRAL VERDUGO, V.; FRIAS ARMENTA, M.; GONZALEZ LOMELI, D. (2003). Percepción de riesgos, conducta proambiental y variables demográficas en una comunidad de Sonora, México. Región y Sociedad, Vol. XV N° 26. P. 49-72.

- CROCCO, L.; RODRÍGUEZ, C. (2003). Importancia de la escuela rural para el control de la enfermedad de Chagas. Ensayo del portal de las Américas. Publicación de la Organización de los Estados Americanos, Disponible on Line: <http://www.educoas.org/portal/es/tema/ensayos/2abr03.aspx?culture=es&tabindex=1&childindex=0>
- CUELLAR, J. (1998). El aseguramiento de la inocuidad de alimentos en situaciones de desastres naturales y migraciones. INPPAZ/OPS. Simposio Internacional sobre la intervención de la salud pública veterinaria y la protección de alimentos en situaciones de desastres. La Habana.
- Disponible on Line: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n090906/090619.pdf> -
- DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. (1982). Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers. Los Angeles: University of California Press.
- ESCARATE, P.; BRIONES, F. (2005). Caracterización de la población de animales domésticos de la Provincia de Santiago. Chile. Universidad Iberoamericana de Ciencias y Tecnologías. Disponible on Line: <http://www.conciencia-animal.cl/paginas/noticias/noticias.php?d=14>
- ESPLUGA TRENC, J. (1996). Factor humano y siniestralidad: aspectos sociales. Disponible on Line: http://www.mtas.es/insht/ntp_405.htm
- EVANS, G.; COHEN, S. (1987). Environmental Stress. Handbook of Environmental Psychology. P. 571-610.
- FISCHHOFF, B. (1985). Managing risk perception. Issues in Science and Technology. 2:83-96.

- FISCHHOFF, B. (1995). Risk perception and communication unplugged. Risk Analysis. 15:137-145.
- FUENTES CINTRA, M.; PEREZ GARCÍA, L.; SUAREZ HERNANDEZ, Y.; SOCA PEREZ, M.; MARTINEZ, A. (2006). La zoonosis como ciencia y su impacto social. Rev. Electrónica de Veterinaria REDVET. Vol VII N° 9, Septiembre 2006. Disponible on Line: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n090906.htm>
- FUNDACION MUNDO SANO. (2005). Alarma por brote de encefalitis en Córdoba. Informativo digital de Fundación Mundo Sano sobre enfermedades de transmisión vectorial. Año 4 N° 17. Disponible on Line: <http://www.mundosano.org/publicaciones/vectores/vectores%20anteriores/main.html>
- GIFFORD, S. (1986). The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease. Dordrecht: Reidel Publishing. P. 213-246.
- GIDDENS, A. (1993). La vida en una sociedad post-tradicional. Revista de Occidente. Vol. 150. P. 61-90.
- GIRBAU, M.; SALAS, K. (2000). Determinantes ambientales y salud. Disponible on Line: <http://www.estrucplan.com.mx>
- GONZALEZ PERALTA, J.; GONZALEZ, G.; SBAFFO, A.; BESSONE, A.; CHASSAGNADE, M.; UGNIA, L.; WEYERS, A.; ESPOSITO, N.; BERNARDES, G.; ALCOBA, A.; GUENDULAIN, C.; FLORES, P. (1998). Equinococosis canina en un sector del Departamento de Río Cuarto, Provincia de Córdoba, Argentina. Arch. Med. Vet. Vol. 30 N° 2. Valdivia, Chile.
- INDEC (2001). Resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Disponible on line: http://www.indec.mecon.gov.ar/censo2001s2_2/ampliada_index.asp

- INSTITUTO DE ZOONOSIS LUIS PASTEUR. (2003). Sistema Veterinario de Vigilancia Epidemiológica. Boletín epidemiológico Año 1 N° 1. Disponible on Line: <http://www.medvet.com.ar/Boletín.PDF>
- KATES, R. W.; KASPERSON, J. (1983). Comparative risk analysis of technological hazards: a review. Proceedings of the National Academy of Sciences. 80:7027-7038.
- KASPERSON, R. (1992). Social disturb as a factor in sitting hazardous facilities and communication risks. Journal of Social Issues. 48 (4): 161-187.
- KROEGER, A.; LUNA, R. (1992). Atención Primaria de la Salud. Principios y métodos. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. Ed. Pax. Ciudad de México. P. 5.
- LAST, J.M. (2001). A dictionary of epidemiology. Last JM editor. Nueva York: Oxford University Press.
- LICHTENSTEIN, S.; SLOVIC, P.; FISCHHOFF, B.; LAYMAN, M.; COMBS, B. (1978). Judged frequency of lethal events. Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory. 4:551-578.
- MAC DONALD, J. (2004). Informe sobre pobreza y precariedad del hábitat en ciudades de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL. Serie Manuales N° 38.
- MARTELLOTTI, E.; SALINAS, A.; SALAS, H.; LOVERA, E., GIUBERGIA, J.; CAPUCCINO, V.; SIGNORILE, O.; LINGUA, S., ALVAREZ, C.; CANTARERO, M.; VIOTTI, G. 2004. Evaluación en riego y secano de cultivares y estrategias de manejo en 8 localidades de la Provincia de Córdoba. Disponible on line: http://www.elsitioagricola.com/Vinculos/resultadoVinculos.asp?v_drl_codi=210
- MARTINEZ-TORVISCO, J.; HERNANDEZ, B. (1994). Dimensiones psicosociales en la percepción de riesgo. Ed. Bernardo Hernandez, Ernesto Suarez y Juan Martinez-

Torvisco. Aproximaciones desde la psicología ambiental. La Laguna, España. P 129-305.

-MCKENZIE-MOHR, D.; OSKAMP, S. (1995). Psychology and Sustainability: An Introduction. Journal of Social Issues. Vol. 51 N° 4. P. 1-4.

-MUCHINIK, G.; SEIDMAN, S. (1983). La Noción de actitud. Ficha de Cátedra de psicología social. Univ. de Belgrano. Buenos Aires. Disponible on Line: http://www.intramed.net/actualidad/art_1.asp?idActualidad=45634

-MUNICIPALIDAD VILLA DEL ROSARIO (2005). Archivos Museo Histórico Municipal. Disponible on Line: http://www.villadelrosario.net/sec_ubicacion.asp

-OGDEN, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of the risk self. Social Science and Medicine. 40:409-415.

-OLIVEIRA CARDOSO, T.; NAVARRO, M. (2002) Emergencia de las enfermedades infecciosas: bajo la relevancia de la bioseguridad. Visión Veterinaria. Disponible on Line: <http://www.visionveterinaria.com/articulos/85.htm>

-OMS (2002). Percepción de los riesgos. Disponible On Line: <http://www.who.int/whr/2002/en/chapter3S.pdf>.

-OMS (2002b). Prensa de la Organización Mundial de la Salud. Disponible on Line: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/who66/es/index.html>

-OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo.
Disponible on line: <http://www.who.int/whr/2003/es/>

-OPS (1992). Análisis de la prestación de Servicios de salud: La crisis de la Salud Pública. Publicación Científica. N° 540. 1992:35.

Disponible on Line: www.paho.org/spanish/sha/prflner.htm -

- OPS (1994). Las condiciones de salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Vol. 1. Washington, DC. Publicación Científica N° 524.
- OPS (2002). Promoción de Estrategias para el estímulo de la participación comunitaria y la educación popular en el control del dengue a través de la comunicación social. Reunión Subregional de los Países del Cono Sur. Disponible on Line: <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&CD=DENGU>.
- OPS (2003). Curso de autoinstrucción en comunicación de riesgos. Disponible on Line: www.cepis.ops-oms.org/tutorial16/e/index.html
- OPS (2006). Resumen de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Disponible on Line: www.paho.org/spanish/DD/AIS/cp_032.htm
- OPS (2006). Biblioteca virtual desarrollo sostenible y salud ambiental. Disponible on line: <http://www.bvsde.org.ni/PVivSalud/VivSalud.shtml>
- ORDOÑEZ IRIARTE, J.; APARICIO MADRE, M.; ARANGUEZ RUIZ, E.; ALDAZ BERRUZO, J. (1998). Nuevos retos en salud ambiental. En informe SESPAS 1998: la salud pública y el futuro del estado de bienestar. Escuela Andaluza de Salud Pública. P. 177-224.
- ORTEGA, C.; DE MENEGHI, D., BALOGH, K.; ROSA, M.; ESTOL, L.; LEGUIA, G., FONSECA, A.; TORRES, M.; CABALLERO-CASTILLO, M. (2004). Importancia de la Salud Pública Veterinaria en la actualidad: el proyecto SAPUVET. Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz. 23(3):841-849.
- OSKAMP, S. (2000). A sustainable future for humanity? American Psychologist. Vol. 55 N° 5. P. 496-508.
- PICCO, N. (2003). Roedores como transmisores de enfermedades zoonóticas. Disponible on Line: <http://newweb.www.paho.org/Spanish/PED/terdes.htm>

- PIDGEON, N. (1991). Safety Culture and Risk Management in Organizations. Journal of Cross-Cultural Psychology. Vol. 22 N°1. P. 129-140.
- PUY, A. (1994). Percepción de riesgo y catástrofes. Interpretación social y gestión del entorno: aproximaciones desde la psicología ambiental. Universidad de la Laguna. España. P. 269-272.
- RITTER, M. (2002). Notas de Prensa Sanidad Animal. 17-18 Abril. Disponible on Line: <http://www.Pronid mail.Org>
- ROBERT, A.; DI SANTO, L.; UGNIA, L.; ALUSTIZA, F., SUAREZ, A.; BESSONE, A.; RIVATA, A.; RODRIGUEZ, S.; MARTIN, V. (2006). Situación epidemiológica de la leptospirosis canina en Villa del Rosario. XVI Reunión Científico Técnica de la AAVLD. Mar del Plata, 7 de diciembre de 2006.
- ROCHFORD, E.; BURKE, J.; BLOCKER, T. (1991). Coping with Natural Hazard as Stressors: The Predictors of Activism in a Flood Disaster. Environment & Behavior. Vol. 15 N°2. P. 143-164.
- ROCA BALASCH, J. (1991). "Percepción: usos y teorías". En Revista Apuntes de Educación Física y Deportes. N° 25. P. 9-14.
- ROMERO SALAS, D.; MENDOZA BRICEÑO, M.; LÓPEZ ORTIZ, S.; LOEZA LIMÓN, R.; FAJERSSON, P. (2004). Evaluación de la seguridad alimentaria en los sistemas de producción bovina en Veracruz, México. Disponible on line: http://www.colpos.mx/cveracruz/SubMenu_Publi/Avances2004/Seguridad_alimentaria.html
- ROSE, G. (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press.

- ROYAL SOCIETY. (1992). Risk analysis, perception and management. Londres: Royal Society.
- SALOMÓN, D. (2003): "Aspectos de prevención de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad". II Simposio Internacional de Enfermedad de Chagas. Disponible on line: <http://www.fac.org.ar/fec/chagas2/marcos/marcos2>>
- SANDMAN, P. (1987). Risk communication: Facing public outrage. EPA Journal. P. 21-22.
- SIEMPRO. (2001). Área encuesta de condiciones de vida. Resultados preliminares. Disponible on Line: <http://www.siempro.gov.ar>
- SJOBERG, L.; DROTZ-SJOBERG, B. (1992). Perceived risk, risk object and perceived control. In SRA 1992 Annual Meeting. San Diego. CA.
- SLOVIC, P.; FISCHHOFF, B.; LICHTENSTEIN, S. (1980). Facts and fears: understanding perceived risk. En: Schwing RC, Albers WA, editores. Societal risk assessment: how safe is safe enough? Nueva York: Plenum. P. 181-214.
- SLOVIC, P. (1986). Informing and educating the public about risk. Risk Analysis; 6:403-415.
- SLOVIC, P. (1987). Perception of Risk. Science. Vol. 236. P. 260-285.
- SLOVIC, P. (2001). Understanding perceived risk. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Documento de información inédito para el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002.
- STARR, G. (1969). Social benefit versus technological risk. Science. 165:1232-1238.
- STARR, G.; LANGLEY, A.; TAYLOR, A. (2000). Environmental Health Risk Perception in Australia. A Reserch Report to the Commonwealth Department of health

and Aged Care. Centre for population studies in epidemiology south Australian Department of human services.

-STORK, N. (1997). Measuring Global Biodiversity and its Decline. Marjorie Reaka-Kudla y Wilson Editores. Biodiversity II: Understanding and protecting our biological resources. Washington, D. C. Joseph Henry Press.

-SUÁREZ, Y.; FABRÉ, Y.; SOCA, M.; FUENTES, M.; CABRERA, C.; ALVAREZ, J. (2006). Metodología para el análisis de algunos indicadores de riesgo asociados al manejo territorial de las zoonosis. Revista Electrónica de Veterinaria REDVET. Vol. VII N° 6. Disponible on Line: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n090906.htm>

-SUAREZ, E. (1998). Problemas ambientales y soluciones conductuales. Psicología ambiental. En Juan I. Aragonés y María Amérigo editores. Ediciones Pirámide. Madrid, P. 303-327.

-SYME, G.; BEVEN, C.; SUMNER, N. (1993). Motivation for Reported Involvement in Local Wetland Preservation: The Roles of Knowledge, disposition, Problem Assessment, and Arousal. Environment & Behavior. Vol. 25 N° 5. P. 586-606.

-TARABLA, H.; FERNANDEZ, G. (2004). Conocimientos sobre zoonosis en un ámbito urbano. XIX Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias. Buenos Aires, Argentina.

-TORMO, M. J.; BANEGAS, J. (2001). Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras. Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 75 N° 1. P. 7-10.

-VANDER ZANDEN, J. (1994). Manual de Psicología Social. Ed. Paidós. Buenos Aires.

-VIDELA, M. (1991). Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ed. Cinco.

Disponible on Line: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/185/18502402.pdf>.

-VILANOVA, S. (2003). Evaluación de las aguas comercializadas y consumidas en la Ciudad de Buenos Aires. Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Año 1 N° 2.

-WSP. (2004). Water and sanitation program. Prácticas de higiene de la población periurbana de Lima metropolitana. Percepciones desde las familias. Disponible on line: [http://www.agualatina.net/pdf_LAC/water_sanitation_and_hygiene/Higiene/estudio_SE R.pdf](http://www.agualatina.net/pdf_LAC/water_sanitation_and_hygiene/Higiene/estudio_SE_R.pdf)

VII. ANEXOS

DATOS DEL ENCUESTADO

N° ENCUESTA.....

- 1- Apellido y Nombre.....
 2- Dirección..... 3- Barrio.....
 4- Localidad..... 5- Residencia: Urbana Rural
 6- El encuestado en la familia: PADRE MADRE HIJO OTRO
 Especificar:
 7- EDAD:
 8-SEXO: M F

9- ESTUDIOS (Marcar con X)	10- ACTIVIDAD QUE REALIZA
9.1- NINGUNO	10.1- ESTUDIA
9.2- PRIMARIA INCOMPLETA	10.2- TRABAJO INDEPENDIENTE
9.3- PRIMARIA COMPLETA	10.3- TRABAJO DEPENDIENTE
9.4- SECUNDARIA INCOMPLETA	10.4- JUBILADO/PENSIONADO
9.5- SECUNDARIA COMPLETA	10.5- DESOCUPADO
9.6- TERCIARIA INCOMPLETA	10.6- AMA DE CASA
9.7- TERCIARIA COMPLETA	10.7- TRABAJO TRANSITORIO
9.8- UNIVERSITARIA INCOMPLETA	
9.9- UNIVERSITARIA COMPLETA	

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Apellido/Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad

FACTORES DE RIESGO (FR)**1- Abastecimiento de agua (Tachar lo que no corresponde)**

- | | | |
|---------------------|----|----|
| a) Red Domiciliaria | SI | NO |
| b) Pico Público | SI | NO |
| c) Pozo | SI | NO |
| d) Río | SI | NO |
| e) Lluvia | SI | NO |

2- Ha observado presencia de aguas estancadas en cercanía a su vivienda? SI NO

PERCEPCION DE RIESGO (PR)

-Cuánto considera que es un riesgo para la salud consumir agua no potable?

- a) No significa riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado
- d) Alto
- e) No sabe

ACTITUD (A)

(Para respuesta c, d y e Abastecimiento de agua)

- Realiza tratamiento previo al consumo		SI	NO
-Para respuesta afirmativa:	Hervido	SI	NO
	Lavandina	SI	NO

3- Desechos Domiciliarios (FR)

Usted cuenta con servicio de Recolección		SI	NO
Frecuencia:	Diaria	SI	NO
	Tres veces por semana	SI	NO
	Otra:		

4- Ha observado acúmulo de basuras en cercanía a su vivienda? SI NO

PERCEPCION DE RIESGO

Cuánto considera que es un riesgo para la salud la presencia de basurales sin tratamiento?

- a) No significa riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado
- d) Alto
- e) No sabe

ACTITUD

-Dónde deposita los residuos generados por su familia hasta su recolección?

- a) En bolsas SI NO
- b) En tachos SI NO
- c) Otros:

Lugar:

- a) En el patio
- b) En la vereda
- c) En un baldío
- d) Dentro de la casa

-Si no cuenta con recolección, que hace con los residuos?

- a) Quema
- b) Entierra
- c) Los lleva a un basural
- d) Los tira a un baldío

5- Excretas (FR)

En su domicilio, Ud. cuenta con:

a) Baño instalado	SI	NO	
Para respuesta afirmativa	Dentro del domicilio		Fuera del domicilio
b) Letrina			
c) Otro			

PERCEPCION DE RIESGO

Cuánto considera que es un riesgo para la salud la ausencia de un sistema de tratamiento de excretas?

- a) No significa riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado

- d) Alto
- e) No sabe

ACTITUD

-Con qué frecuencia higieniza el baño?

- a) Diariamente
- b) Tres veces por semana
- c) Una vez por semana
- d) Otra

6- Presencia de plagas urbanas (FR)

Conoce si en su barrio hay problemas con:

- a) Roedores
- b) Moscas
- c) Mosquitos
- d) Vinchucas
- e) Cucarachas
- f) Otros:

PERCEPCION DE RIESGO

Cuánto considera que es un riesgo para la salud la presencia de las plagas antes mencionadas?

- a) No es un riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado
- d) Alto
- e) No sabe

(Para respuesta b,c o d) Cuales considera que son más peligrosas para la salud:

ACTITUD

Si observó u observara plagas, Ud:

- a) Acude a la municipalidad
- b) Acude a la vecinal
- c) Acude a un servicio de desinsectación privado
- d) Desinsecta y/o higieniza Ud.
- e) No realiza ninguna acción

PERIDOMICILIO

7- Tenencia de Animales

Si hay varios consignar datos uno por uno

Especie	Nombre	Edad	Sexo	Uso (1)					Duerme		Sale calle (3)	
				C	G	D	T	A	si	no	dueño	solo

1: compañía, guardián, deporte, trabajo rural, alimento., 2: E: entierran, Q: queman, B: tiran a la basura, C: dejan en el campo. 3: D: dueño S: solo

PERCEPCION DE RIESGO

Cuánto considera que es un riesgo para la salud convivir con animales?

- a) No es un riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado
- d) Alto
- e) No sabe

PERCEPCION DE RIESGO

Cuánto considera que es un riesgo para la salud las enfermedades que pueden transmitirse por el consumo de alimentos inseguros?

- a) No es un riesgo
- b) Bajo
- c) Moderado
- d) Alto
- e) No sabe

ACTITUD

Ud. consume leche y derivados de origen:	Casero	Comercial
Leche casera:	Hierve	Cruda
Ud. consume carne:	Faena casera	Comercial
Ud. consume fiambres:	Caseros	Comerciales