

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 17 | NÚMERO 1 | MAY 2020



ISSN 1668-8341
CÓRDOBA - ARGENTINA

Editorial

Mucha gente pequeña, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo.
La frase es de Eduardo Galeno, el escritor de lo simple.

La medicina familiar y comunitaria se acerca a la realidad desde dos focos simultáneos: el foco de lo simple y de lo complejo.

Lo simple, en el sentido de lo sencillo y lo cotidiano, se vive en el hacer diario de muchos equipos de salud. El encuentro con los otros (compañeros de trabajo, usuarios) hoy se ve amenazado ante la posibilidad de los contagios de coronavirus. Los modelos de atención que defendemos, centrados en las personas, hoy son desafiados ante la priorización de protocolos y equipos de protección personal. La simpleza de los encuentros requiere nuevas maneras de ser con los otros. Se suma a esto el avance de métodos de atención a distancia: la telemedicina. Estas herramientas, secundarias hasta hoy, e imprescindibles en la contingencia, pueden llegar a dominar los ámbitos académicos y asistenciales hacia adelante. Se debe pensar en cómo esto afecta en la práctica diaria de la medicina familiar, porque a partir de ahora las personas, los otros, seguramente, van a estar más lejos.

Como saben, facilitar el encuentro entre equipos de salud e investigadores es una de las misiones de esta revista. Encontrarnos mediante la lectura en épocas de aislamiento social, preventivo y obligatorio. Encontrarnos a pensar en medio de la sobredemanda que significa reorganizar los circuitos de servicios de salud.

En este número encontrarán el relato de un equipo de salud, el cual preparó un abordaje territorial con promotoras de salud, organizando el territorio de cuidado con historias clínicas familiares. Una propuesta de abordaje comunitario defendida por decenas de cumbres y congresos de medicina familiar y salud pública, aplicada por un equipo de salud del primer nivel de atención, mostrando un prolijo análisis de los puntos de tensión que puede encontrar en su aplicación. Habla un equipo de salud orgulloso de su tarea.

También incluye un estudio que pretende alertar sobre el manejo del dolor en escenarios de consultas no programadas. Las investigadoras indican que una alta proporción de las personas que consultan espontáneamente padecen dolor. Estos aportes pueden ayudarnos a mejorar la respuesta que damos ante estas situaciones. Calmar el dolor también tiene que ver con el lugar que se le da al otro en el encuentro cotidiano. Curar, a veces; aliviar, a menudo y acompañar, siempre.

A veces intervenir es preciso, pero para quitar intervenciones médicas. Un equipo de investigadores de Chile analiza la polifarmacia en adultos mayores. Los autores proponen revisar las indicaciones junto con los usuarios, para evitar los daños asociados al consumo de fármacos. Primero no dañar.

Las personas en formación también tienen lugar en este número. En un análisis reciente realizado por nuestro equipo editorial, encontramos que las residencias de medicina familiar y general (concretamente las personas en formación) han tenido poca voz en nuestra revista. Como propósito para los años 2020 y 2021, hemos decidido generar estrategias que permitan a los médicos en formación de nuestra especialidad, ejercitar la escritura y la publicación. Una de las competencias que deben desarrollarse durante la formación se vincula con la producción científica y también su difusión, pero es cierto que las posibilidades de entrenarse en la escritura no son iguales para todos y todas. Uno de los mecanismos que hemos aplicado se vincula a desarrollar nuevas secciones editoriales y oferta de talleres orientados específicamente a fortalecer el desarrollo de la investigación y la publicación en ámbitos de formación.

En este número encontrarán dos publicaciones de personas en formación. Primero, un ensayo que

busca analizar las políticas de medicamentos en Argentina a la luz de los paradigmas biologicista y social. El otro artículo, es una reseña sobre un libro que reúne textos de pensadores contemporáneos sobre la pandemia que vivimos. Nuevamente, se habla de paradigmas en salud. Ambos textos nos invitan a pensar en la complejidad de la trama salud y sociedad.

El presidente de nuestra Federación y un miembro de WONCA, escriben reflexiones que surgen en nuestra Región -tan convulsionada al ritmo de los casos en aumento de COVID-19-. Un hilo común las vincula: la emergencia de este virus pone de manifiesto muchas situaciones críticas que se encontraban bajo superficie.

Y así vamos, como muchas veces en esta especialidad, alternando simpleza y complejidad. Y volvemos a mirar el primer nivel de atención, allí donde las tecnologías blandas, con toda su complejidad, son el sostén para pensar una salud más humana. Hoy esa artesanía del encuentro con el otro, contrasta con la dureza de los respiradores y las camas de terapia (que, además, son el foco de interés de las políticas de salud de la emergencia sanitaria).

¿Qué sentido cobrará el primer nivel de atención en un mundo que ve sus sistemas de salud amenazados por el desborde de una enfermedad infecciosa?

En un momento en donde las preguntas nos desbordan, en donde el no saber gana lugar a las certezas, apostamos a los espacios de reflexión y lectura como las usinas que nos permitan soportar la incertidumbre, hasta que llegue el nuevo mundo que algunos preludian.

Esperamos que disfruten este nuevo número.

Ana Carolina Godoy
Editora Responsable.



Índice



RELATO DE EXPERIENCIA

MEJORANDO LA SALUD DE LA COMUNIDAD ENTRE TODOS:
relato de experiencia del trabajo de un CAPS con la participación de su comunidad.
GAIDO I, LÓPEZ V.....PAG. 4-12

ARTÍCULO ORIGINAL- INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DEL DOLOR Y MANEJO EN LA CENTRA DE EMERGENCIAS.
VILLA M L, PADILLA M, MONGELOS D, BARRIOS M R, GRANDE RATTI M F, TORRES
GOMEZ F.PAG 13-18

ARTÍCULO ORIGINAL- ENSAYO

PARADIGMAS DE SALUD Y POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS. Continuidades
y rupturas en el caso argentino en la etapa posguerra hasta finales del siglo XX.
GAMBA, L.....PAG. 19-25

ARTÍCULO ORIGINAL - INVESTIGACIÓN

USO DE MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADE-
CUADAS EN ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES: ESTUDIO TRANSVERSAL
DESCRIPTIVO.
LUTZ M , FERNÁNDEZ J , ARANCIBIA MPAG. 26-34

NOTA OPINIÓN

ATENCIÓN PRIMARIA Y PANDEMIA POR COVID-19 EN ARGENTINA: de la
invisibilidad a la necesidad de protagonismo.
CACACE, P J.....PAG. 35-37

RESEÑA

RESEÑA DEL LIBRO "SOPA DE WUHAN: pensamiento contemporáneo en tiempos
de pandemia"
SARACHO, P.....PAG.38-39

NOTA OPINIÓN

UN VIRUS QUE DESNUDA
LÓPEZ, E.....PAG.40-41

Mejorando la salud de la comunidad entre todos: relato de experiencia del trabajo de un CAPS con la participación de su comunidad.

Improving the health of the community among all: a CAPS work experience report with the participation of its community.

Autores: Ignacio Gaido^a, Viviana López^b

a: médico generalista, CAPS San Alejo, Pilar, Buenos Aires., Argentina.

b: trabajadora social, CAPS San Alejo, Pilar, Buenos Aires., Argentina.

Contacto: Ignacio Gaido.
(igaido@yahoo.com.ar).

Recibido: 17/10/2019.

Aceptado: 21/02/2020.

RESUMEN

Como equipo de salud (ES) nos proponemos describir nuestra experiencia de trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Buenos Aires, en los años 2018-2019, donde apuntamos a un cambio en las prácticas de salud en búsqueda de una mejor calidad de vida y mayor participación de la comunidad, fortaleciendo la estrategia de atención primaria.

Desde este marco trabajamos en cuatro etapas:

1. División del Área Programática (AP) - Implementación de la Historia Clínica Familiar (HCF) orientada a problemas.
2. Análisis situacional: determinantes sociales y problemas prevalentes por zona.
3. Formación general de Promotores de Salud (PS).
4. Formación de Promotores de Salud (PS) en problemas prevalentes por zona - acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Encontramos una importante variación entre la situación inicial y la final. No solo por los resultados obtenidos (sectorizamos el AP) en diez zonas; implementamos 950 HCF, capacitamos a diez PS, con los cuales, realizamos actividades: mapeo del barrio, encuestas domiciliarias, charlas de prevención en temas prevalentes, implementación de postas sanitarias en cinco zonas del AP gestionadas por los PS), sino también porque logramos afianzar el ES y el de los PS, permitiéndonos un mayor acercamiento con la comunidad.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud, agentes comunitarios de salud, participación de la comunidad.

ABSTRACT

As a health team (HT) we propose to describe our work experience in a Primary Care Health Center (PCHC) in Buenos Aires, during 2018-19, where we aim look for a change in health practices in search of a better quality of life and greater community participation, by strengthening the primary care strategy. Based in this framework we work in four stages:

1. Division of the program area (PA) - Implementation of family-oriented medical record (FOMH).
2. Situational analysis: social determinants and prevalent problems by zone.
3. General training of health promoters (HP).
4. Training of HP in prevalent problems by zone - health promotion and disease prevention actions.

We found an important variation between the initial and the final situation. Not only because of the results obtained (we sectorized the PA in ten zones) we implemented 950 HCF; we trained ten HPs, And we carried out a number of activities with them: neighborhood mapping, household surveys, prevention talks on prevalent issues, implementation of health posts in five areas of the PA (managed by the HP), but also because we managed to strengthen the HT and the HP, allowing us to get closer to the community.

KEYWORDS: health promotion, community health agents, community participation.

CONTEXTO

El centro de atención primaria de salud (CAPS) San Alejo se encuentra ubicado en el barrio San Alejo, localidad de Champagnat, partido del Pilar, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Pilar es una ciudad del norte de la provincia de Buenos Aires, es la cabecera del partido homónimo. Se encuentra a 54 km de la ciudad de Buenos Aires por el acceso norte ramal al Pilar, Ruta 8. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo.

El Partido ronda en los 300.000 habitantes estables, y se duplica los fines de semana y en época estival por el número de familias que poseen viviendas de fin de semana en el distrito.

Cuenta con quince localidades en su distrito y muchos barrios en cada uno de ellas, siendo altísima la cantidad de barrios cerrados. Por ejemplo, en la Localidad de Champagnat, donde se ubica el barrio San Alejo junto a los barrios La Lomita y Agustoni, la cantidad de barrios abiertos es de diez y barrios cerrados es de diecinueve. En cuanto a la distribución de la superficie del terreno en todo el municipio es de: 60 % rural y 40% urbana (1).

En relación a la Salud, se encuentra municipalizada, es decir, que su financiamiento depende enteramente de la recaudación municipal. Cuenta con un primer nivel de atención (PNA), conformado por más de treinta centros de salud y postas sanitarias estables; un segundo nivel de atención constituido por tres hospitales municipales: un materno infantil Comodoro Meissner, de niños Federico Falcón y hospital general Juan C. Sanguinetti. Además, cuenta con un Centro de Diabetología, un Centro Odontológico y un Centro de Rehabilitación Pilares de Esperanza.

Geográficamente, el barrio San Alejo se encuentra ubicado a 5 km aproximadamente del centro urbano de la ciudad de Pilar, delimitado por la Ruta Nacional N° 25, el río Luján, y las calles Houssay y Anchoarena.

Este barrio cuenta con un centro de salud, instituciones religiosas, Establecimiento Educativo Público N° 29 y Privado *Ntra. Sra. De la Paz*; ONG *Trazos Sociales*, comedores comunitarios, clubes barriales, entre otras.

En relación a la población del barrio, sabemos que es heterogénea en cuanto a su origen (del interior del país, de Perú, Bolivia y Paraguay), también en cuanto al ingreso y al tipo de vivienda.

El centro de atención primaria de salud (CAPS) San Alejo funciona en el barrio hace muchos años, pero no fue hasta 2012 que contó con un edificio propio para sus funciones. Previamente funcionaba en un espacio cedido por Cáritas en otra zona del barrio.

Su construcción en el año 2012 (en la actual ubicación) fue parte de un proyecto de urbanización que nunca llegó a concluirse, por lo cual, quedó separado

del resto de las viviendas por aproximadamente 200-300 metros a la redonda.

El área programática del centro de salud brinda cobertura sanitaria a un estimado de cien manzanas (no contamos con registro fehaciente de cantidad total de vecinos en dicha área).

Al momento de escribir el Relato de Experiencia, el equipo de salud se encuentra formado por: un médico generalista, una pediatra, una enfermera, una vacunadora, una psicopedagoga, un odontólogo, una fonoaudióloga, una trabajadora social, un nutricionista, una obstétrica, dos administrativas y una coordinadora de profesión que es trabajadora social. Además, cuenta con personal de limpieza y seguridad 24 horas. Su horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 17 h.

JUSTIFICACIÓN

Creemos que el centro de atención primaria de salud (CAPS) de San Alejo, donde desarrollamos nuestras actividades como equipo de salud (ES), es un espacio inclusivo, que invita a la participación de la comunidad, que articula constantemente con otras instituciones en lo que consideramos problemáticas comunes a todos los vecinos.

Se realizan en él actividades asistenciales intramuros a través de sus médicos, obstetra, vacunadora, enfermera, trabajadora social, psicopedagoga, nutricionista, etc.

Además, el equipo de salud tiene una impronta y una historia trabajando en actividades extramuros, realizando trabajos en conjunto con vecinos (en una posta sanitaria, por ejemplo), articulando en espacios de talleres con escuelas y equipos de terreno de otras áreas del municipio.

Además, contamos con un área de influencia que abarca otras zonas del barrio, incluso manzanas que corresponden a otros. Sabemos que las personas que viven en estas zonas asisten a nuestro CAPS y podrían considerarse zonas vulnerables (son terrenos que se inundan fácilmente por su cercanía al río Luján).

Por todo esto, y en el marco de la evaluación de nuestras intervenciones, que como ES realizamos al finalizar cada año (en este caso 2017) nos propusimos, para el año 2018, plantearnos la necesidad de mejorar ciertas prácticas para lograr aumentar la accesibilidad de las personas que asisten diariamente al CAPS.

Así fue que surge, como proyecto de trabajo del ES: *Mejorando la salud de la comunidad entre todos*.

En los primeros días de ese año, nos enteramos de la posibilidad de presentar el proyecto en un concurso abierto de la Fundación Aequis, para el desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina (2). Se entregarían fondos al mejor proyecto vinculado a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

Presentamos como síntesis del proyecto nuestra propuesta de trabajo, que apuntaba a un cambio de nuestras prácticas como ES.

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida de la comunidad de los barrios que forman parte del área programática y de influencia de CAPS San Alejo, a través del abordaje integral en la atención de salud.

Objetivos Específicos:

- 1- Mejorar el sistema de registro con base geográfica definida por zonas.
- 2- Identificar los problemas y necesidades de la población en cada zona definida.
- 3- Fomentar la participación de la comunidad.
- 4- Fomentar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

El proyecto que presentamos ganó y fuimos premiados, lo que nos benefició no solo económicamente, lo cual, nos permitió afrontar gastos que de otra manera no podríamos haber hecho sino también nos reforzó en el compromiso y responsabilidad asumida de cumplir con el proyecto planteado.

Y así fue que, en febrero de 2018, el equipo de salud del CAPS San Alejo, dio inicio a esta nueva tarea. Utilizamos para ello una metodología participativa donde privilegiamos el trabajo conjunto del ES con la comunidad.

OBJETIVO

Describir la experiencia del trabajo realizado por el CAPS San Alejo con la participación de la comunidad durante el período de febrero del 2018 a febrero del 2019, en el barrio San Alejo, Buenos Aires, Argentina.

ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

1.1. Reorganización y armado de las historias clínicas familiares orientadas a problemas (HCOP).

Elegimos esta modalidad de registro porque consideramos que mejoraría el vínculo médico-paciente-familia y la HCOP nos permitiría un mejor acceso a los datos de los pacientes, estimando patrones de consultas de la población (3).

Desde inicios de 2018, nos encontramos realizando historias clínicas, pasando del antiguo diseño de historia clínica individual, dividida por edad y por sexo, a la actual con su diseño familiar: el titular es la madre o referente más inmediato y en la misma carpeta se adjuntan historias de hijos y pareja. Las carpetas se organizan alfabéticamente en ficheros por zonas (según colores).

Para febrero de 2019 logramos alcanzar el objetivo de superar el 80% de historias clínicas convertidas de individual a familiar (Total: 950).

Sin dudas creemos que el mayor valor logrado al cumplir este objetivo fue el aporte cualitativo, ya que, pudimos llevar adelante un adecuado registro y seguimiento de la población que consulta a nuestro CAPS, identificar la conformación y dinámica familiar y obtener mejoras sustanciales en la atención de la consulta individual y familiar. También logramos afianzar el trabajo en equipo sumando compromiso de parte de los administrativos.

Con respecto a la historia clínica orientada a problemas, tuvimos claras dificultades en su implementación por una cuestión de tiempos que incurría en su llenado, adaptación al nuevo modelo, etc.

Queremos aclarar en este punto cómo influyó la inclusión del Proyecto Red AMBA Pilar (4): se presentó como proyecto provincial con ratificación municipal a mediados de 2018 donde planteaba, entre otras cosas, una historia clínica orientada a problemas digitalizada, por lo que, en esa oportunidad repensamos utilizar esa estrategia para la implementación de la historia clínica orientada a problemas en el futuro.

1.2. División del área programática en diez zonas.

Definimos un total de diez zonas geográficas, ocho de ellas correspondientes al área programática de nuestro CAPS. Se incluyeron además dos zonas pertenecientes al barrio Agustoni, pero que consideramos forman parte del área de influencia de nuestro centro. (Imagen 1).

Entendemos por área programática al área geográfica delimitada por consenso por los distintos actores presentes en los espacios colectivos de trabajo con el fin de definir un territorio donde estos se comprometen a ejecutar acciones de salud integral y colectiva por área de influencia al área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas en el CAPS, permitiendo identificar el alcance territorial del centro de salud sobre la población. Estas áreas no son estáticas sino que se modifica en razón de cambios en la población, los recursos existentes, las acciones a realizar, la red de servicios de salud, las necesidades de la población, etc. (5).

A través de esta intervención buscamos ratificar nuestra creencia de que un alto número de consultas en nuestro CAPS provienen del área programática del CAPS Agustoni.

El proceso de selección se decidió arbitrariamente, en función de lo que consideramos (por las consultas intramuros) el lugar de procedencia de los vecino y su distribución en nuestra área programática.

Se agregó una zona: *sin zona*, para archivar historias clínicas de los pacientes cuyos domicilios no correspondían a otras zonas.

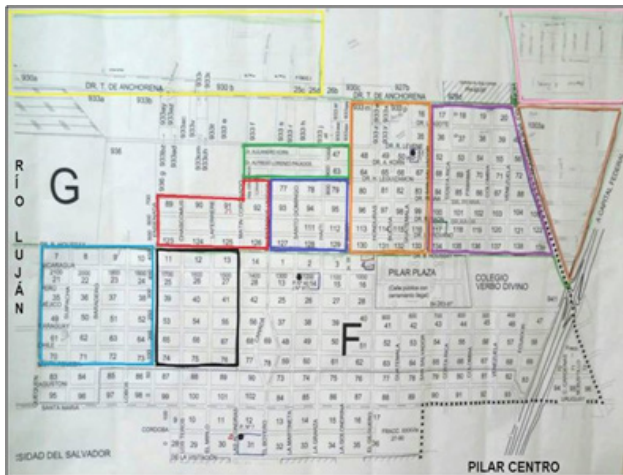


Imagen 1 – Mapa del área programática e influencia del CAPS San Alejo, año 2018.

Zona Roja (1): 13 manzanas. En esta zona se encuentra el Centro de Salud.
 Zona Azul (2): 12 manzanas.
 Zona Verde (3): 8 manzanas.
 Zona Naranja (4): 29 manzanas.
 Zona Violeta (5): 42 manzanas.
 Zona Amarilla (6): 9 manzanas.
 Zona Rosa (7): 8 manzanas.
 Zona Marrón (8): 17 manzanas.
 Zona Celeste (9): 24 manzanas.
 Zona Negra (10): 18 manzanas.
 Total de manzanas: 180

Con esta actividad pudimos obtener datos fehacientes de la procedencia de las familias que consultan en nuestro CAPS, brindándonos información acabada sobre su situación socio - sanitaria y medio ambiental.

Por otro lado, pudimos corroborar que (como presuponíamos) zonas como la Celeste y Negra (que correspondían al área programática del CAPS Agustoni) consultan más frecuentemente que otras zonas (como la Amarilla, Rosa o Marrón) que sí corresponden a nuestra área programática.

De esta manera, y nuevamente en el marco de la implementación del Proyecto Red AMBA Pilar (4), pudimos justificar el rediseño de nuestra área programática en una mesa de discusión junto a coordinadores de otros CAPS (como el de Agustoni) y directores de APS.

La redefinición de Áreas Programáticas se realizaron siguiendo el camino metodológico presentado a continuación: a) Se georeferenciaron los Centros de Atención primaria actuales y el proyectado para la localidad de Pilar; b) Se georeferenciaron los radios censuales del distrito determinados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; c) Se delimitaron las áreas programáticas de cada centro usando la técnica de poligonación de Thiessen que determina polígonos con lados equidistantes a cada Centro (6); d) Finalmente, se modificaron los contornos para que pasen por calles o rutas y se consideraron las caracte-

terísticas socio-culturales propias de los territorios.

Como resultado de todo este proceso se logró que las zonas Celeste y Negra sean incluidas en nuestra nueva área programática desde el año 2019.

2.1. Lectura de Historias Clínicas Familiares por zona.

Dada la cantidad de historias clínicas familiares se decidió tomar una muestra. Nuestra unidad de análisis fueron todas las Historias Clínicas Familiares que habíamos realizado a la fecha (esta actividad se realizó en los meses de julio y agosto de 2018), en estas se incorporan las historias clínicas individuales realizadas con anterioridad.

Para que la muestra sea representativa se tomó el 30% del total de las historias por zona consideramos que con estos porcentajes es posible generalizar los resultados.

Para cada zona se confeccionó una hoja de Excel con el listado de los titulares y otra hoja con toda la familia donde se registraron los problemas que surgían en cada historia.

Se decidió que el armado del árbol de problemas y objetivos por zona se realizaría en conjunto con los promotores, lo que, permitiría un mejor análisis situacional.

Obtuvimos de este análisis importantes datos: la mujer es en el 99% de los casos quien gestiona la demanda de salud de su familia, más del 60% del titular de la HCF no consulta en el CAPS, más del 60% de los titulares de HCF que consultan tienen controles de salud y realización de PAP no adecuados, más del 80% de los niños tienen controles de salud y vacunación acorde con sus edades, entre otros.

También obtuvimos un listado de problemas prevalentes en las consultas, pero no se correlacionan con las estadísticas municipales ni provinciales.

Concluimos al respecto, que este error se debe al mal registro que se estaba realizando en las historias clínicas y que esperamos poder revertir en el futuro con la confección de las HCF orientadas a problemas.

2.2. Armado del árbol de problemas y objetivos.

Oportunamente se decidió que el armado del árbol de problemas y priorización por zona se realizaría en conjunto con las promotoras, lo que permitió un mejor análisis situacional.

Según Carlos Matus "... el concepto de situación es la clave para entender al otro, assimilar su punto de vista. Entender no quiere decir, darle la razón, simplemente quiere decir "ahora se la clave con que él lee su realidad y la mía". Entender no quiere decir ceder"(7).

Sin dudas, esta decisión nos dio un aporte cualitativo, ya que, nos despojó de toda subjetividad y pudimos contar con el aporte de las vecinas y referentes barriales que comenzaron las capacitaciones como promotoras de salud.

Se incluyó en la etapa de capacitación de las promotoras un taller sobre la temática de árbol de problemas y logramos priorizar junto a ellas, culminando con el

armado de una agenda de cuidados sobre los problemas prevalentes por ellas detectados.

En estas dos actividades los resultados fueron mayores a los esperados, no sólo porque se pudo realizar un análisis de todas las zonas, sino también, porque el ejercicio de problematizar y priorizar con las promotoras fue muy enriquecedor para ellas y también para nosotros como equipo de salud.

Es interesante señalar cómo de la primera actividad surgieron mayoritariamente problemas de índole médico asistenciales, y cómo de la segunda actividad aparecieron problemas más relacionados con lo comunitario/barrial.

3.1. Selección de Promotores de Salud (PS) por zona.

A partir de la lectura de las HCF realizadas se seleccionaron las posibles promotoras voluntarias por zona. La respuesta de los vecinos fue favorable. Las candidatas surgieron de la lectura de las historias clínicas, y según el conocimiento que el ES tenía sobre las potencialidades de cada una de ellas. Consideramos el rol del Promotor de Salud como un puente entre la comunidad y los servicios de salud (8).

Se utilizaron como criterios en la selección:

- Ser integrante del área (zona del barrio) en la cual va a trabajar.
- Tener buena relación con sus vecinos.
- Disponibilidad y voluntad para capacitarse como agente sanitarios.
- Disponibilidad y tiempo para realizar su tarea voluntaria como agente de salud.
- Saber leer y escribir.
- Saber escuchar.
- Capacidad para comunicarse.
- Querer contribuir a la construcción de una comunidad saludable.

Se estableció el inicio de la capacitación para el mes de octubre del 2018 en el CAPS. Se anotaron 11 mujeres.

Después del primer encuentro y de acuerdo a la cantidad de vecinas que vinieron a la capacitación evaluamos la necesidad de salir hacer una nueva convocatoria de promotoras.

De las once inicialmente anotadas, finalizaron primer curso de capacitación general seis vecinas.

Por esto, se decidió abrir un segundo curso de capacitación buscando posibles promotoras en las zonas que no había o había solo una. Se anotaron nueve. Culminaron el segundo curso cinco PS.

Una vez terminado el segundo curso, se unificaron las actividades de los dos grupos y pasaron a formar un único grupo.

Respecto a la dinámica de los grupos, podemos decir que estamos muy conformes con la participación de las vecinas. Se sintieron muy a gusto con el trabajo logrado.

3.2. Armado del curso de Promotores de Salud en general.

El armado del Curso de Promotores de Salud

en General (CPSG) fue de las primeras actividades pensadas y ejecutadas en tiempo, para fomentar la capacitación comunitaria, ya que fue pensada con información general que debían necesariamente recibir los promotores de salud, aunque orientada al perfil comunitario de los participantes.

Fue pensado, diseñado y ejecutado por el ES del CAPS. Construimos a tal fin una guía de promotores. Se implementó en seis encuentros semanales de 3 hs como máximo. Los temas abordados fueron: concepto de salud, atención primaria, niveles, prevención y promoción de la salud, rol del promotor de salud, confiabilidad, visita domiciliaria, registro: Importancia y generalidades, problematización sobre problemas prevalentes en su comunidad, armado de registro para relevamiento por zona de acuerdo a los problemas prevalentes detectados en los dos encuentros anteriores, culminando con el árbol de problemas y la agenda de cuidados.

Definimos a la Agenda de Cuidados como un conjunto de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, programados y evaluables que surge a partir de las necesidades de salud de una comunidad (9). También se armaron las carpetas para la entrega del material de lectura para el promotor y los cuadernos de campo. Estos últimos cuentan con el plano del barrio y el marcado de las zonas en la tapa y al final un calendario mensual por hoja de octubre a julio para anotarlas actividades a realizar.

3.3. Dictado de curso para Promotores de Salud en general.

El dictado del CPSG se realizó en dos grupos. Una vez terminado el segundo curso, se unificaron las actividades de los dos grupos y pasaron a formar un único grupo. (Imagen 2).



Imagen 2 – Equipo de promotoras de salud del CAPS San Alejo, año 2018.

La capacitación se abordó desde una mirada integral y participativa, por lo cual se propuso la metodología de taller. Entendemos al taller como un espacio de producción colectiva de experiencias, conocimientos y/o decisiones (capacitación colectiva), en el que se combinan procesos pedagógicos, de comunicación y relacionales. La metodología de taller se considera como propicia para la capacitación porque favorece el desarrollo de destrezas, la producción de conocimientos, el logro de visiones comunes y la toma de decisiones. Mediante el intercambio de experiencias entre los participantes se obtienen efectos de aprendizajes durables y no es sustituible por materiales de autoaprendizaje.

Para evaluar los encuentros realizamos una encuesta al final llamada Escala Valorativa en la que cada participante debía marcar con una equis (X) su nivel de satisfacción con los talleres de Capacitación para la Formación de Promotores de Salud. Sólo debía marcar una opción y cualquiera que sea, debía ser explicada. Los resultados fueron altos niveles de satisfacción e interesantes aportes a la dinámica y contenido de las jornadas.

Al finalizar curso se les entregó la credencial de identificación como Promotoras de Salud, el cuaderno, el calendario mensual en las hojas finales y birromes.

4.1. Armado y dictado de curso para Promotores de Salud de acuerdo a las características y problemas prevalentes de cada zona.

En relación a las capacitaciones de acuerdo a las características de cada zona el primer encuentro que realizamos fue para ambos grupos en diciembre del 2018. El tema trabajado fue cuidado de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue. El tema fue elegido por ellas debido a la época estival. Surgió a partir del encuentro realizado en noviembre donde se trabajó sobre encuadre, experiencia, dudas e inquietudes frente a las actividades realizadas y planificación de futuras acciones a nivel comunitario. En un segundo encuentro se diseñó un folleto (tríptico) sobre cuidados de la salud en temas tratados en la capacitación.

La siguiente capacitación: vacunación, medición de peso talla, perímetro cefálico (evacuando dudas sobre otros temas que surgieron). Todas las actividades que fueron útiles en el marco de sus desempeños en las Postas Sanitarias que se comenzaron a realizar en febrero de 2019, en forma itinerante (un día a la semana en cada una de las cuatro zonas: Celeste/Negra, Roja, Azul/Verde y Naranja), de las cuales las promotoras de salud son las encargadas de gestionar el lugar, los turnos, difundir la jornada de atención y actividades a realizarse en la misma, recibir a los vecinos ese día y hacer el seguimiento si correspondiera en algún caso en particular.

Al finalizar dicha capacitación se les entregó las mochilas a las promotoras para que cuenten con las herramientas necesarias para su trabajo diario. En las mismas hay balanza, pedímetro, cinta métrica,

termómetro y tensiómetro.

4.2. Organización e implementación de actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la vigilancia a la salud, mediante visitas en los hogares y en la comunidad.

Las actividades que realiza el Promotor de Salud cumplen un rol importante en el fortalecimiento de la relación con la comunidad y los servicios de salud. La visita domiciliar es una herramienta fundamental para el tratamiento, prevención de las enfermedades y promoción de buenas prácticas en las familias y la comunidad. Esta debe ser programada y coordinada entre todos los actores (8).

Existió una comunicación fluida, diaria, semanal en caso de requerir intervención de las promotoras y se pudieron elaborar redes de trabajo comunitario. La participación de las promotoras fue activa en este sentido, y se mostraron con gran predisposición a ayudar al CAPS y también a seguir formándose en temas prevalentes sobre la salud de la comunidad.

Respecto a las actividades de promoción, como primera tarea se les solicitó a ambos grupos la realización de un mapeo de su cuadra donde solo tenían que registrar las casas en un plano realizado por ella (se le entregó un modelo).

Consideramos que esta actividad fue de importancia para que vayan aprendiendo para en un futuro poder ir ubicando las familias en el barrio, así como otras actividades durante los meses de enero y febrero de 2019 que las promotoras realizaron de promoción sobre cuidados de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue. Efectuaron esta tarea en el marco de una encuesta y mapeo de la zona (comenzando por su cuadra) con el fin de reconocer a la comunidad e ir identificando los problemas que de ellos resulten.

Los datos que recolectaron fueron: nombre del jefe o jefa de familia, género, edad y parentesco de los integrantes de la familia, y dos preguntas: ¿Qué problemas de salud considera que existen en su barrio? ¿Participaría en alguna actividad que se realice al respecto? SI / NO.

Como dijimos, y a partir de febrero de 2019 se realiza una posta semanal itinerante los días miércoles en cuatro zonas mencionadas.

4.3. Armado de folletos informativos.

A partir de la capacitación se armó un tríptico sobre: cuidado de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue para entregar a los vecinos en la recorrida por el barrio. Fueron las mismas promotoras las que decidieron que información era la relevante luego de una intensa discusión al respecto. En términos generales, consideramos que se ha cumplido con las actividades y resultados esperados en cuanto al objetivo 4.

Encontramos gran satisfacción en esta etapa por las actividades de las promotoras, ya que, luego de una instancia inicial de capacitación en donde todo

parecía académico, formal, lejos de la práctica, con el paso del tiempo, hasta llegar a hoy día donde ya se están realizando actividades con mucha presencia de las promotoras nos parece que el entusiasmo se manifiesta y la participación de ellas se hace activa y aumenta la demanda de más y mejor capacitación mirando al futuro.

VIABILIDAD DE LA EXPERIENCIA

En relación a la **viabilidad del trabajo realizado**, pudimos observar que:

En su **dimensión política**: hubo consenso de los diferentes actores: Subsecretaría de Atención Comunitaria del Municipio de Pilar, Fundación Aequus (2), equipo de trabajo, promotoras capacitadas y vecinos del barrio.

Desde un inicio, la Subsecretaría de Atención Comunitaria se mostró interesada en la propuesta, acompañando no sólo desde el discurso, sino también, brindando el acompañamiento y aporte de recurso. Por ejemplo: se invitó al equipo de Salud del CAPS a contar la experiencia a una reunión de coordinadores de CAPS del Municipio, lo que valió de buenas críticas entre los demás equipos de salud. También nos facilitaron material, como las mochilas para armar los equipos para las promotoras.

Además se presentó el Proyecto a la coordinadora general y los facilitadores de AMBA (4), Programa Provincial que comenzó a implementarse en Pilar y que comparte el sentido de trabajo comunitario en el marco de la APS, lo que también dio su aporte favoreciendo todo lo necesario para el desarrollo de las actividades.

En todo momento la Fundación Aequus (2) acompañó el Proyecto no solo con el premio sino donando materiales (carpetines, carpetas colgantes) pero sobre todo buscando hacer visible nuestro compromiso en la tarea diaria con la comunidad. Desde la fundación se acercaron al CAPS para realizar una entrega formal del premio ante las autoridades municipales para dar a conocer y resaltar nuestro trabajo (Imagen 3).



Imagen 3 –Equipo de salud junto a autoridades municipales y Fundación Aequus, año 2018.

Parte del equipo de salud participó del XVIII Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), realizado en el mes de septiembre de 2019 en Carlos Paz, Córdoba. Se presentó trabajo que realizamos como relato de experiencia y fuimos premiados.

Continuando con los actores, podemos decir en referencia a las promotoras capacitadas que mostraron compromiso a lo largo de los diferentes momentos del proyecto, brindando su tiempo y sus casas no solo para la capacitación sino también para realizar algunas de las actividades, como las postas o charlas con la comunidad.

Desde el equipo de trabajo, pasando por centros de salud en barrios vecinos, la Subsecretaría, las promotoras y vecinos todos ellos se comportaron como facilitadores a los cambios propuestos y estas nuevas formas de trabajo.

En su **dimensión técnica**: todo el equipo de salud del centro participó de la propuesta aportando con su trabajo diario.

El centro no cuenta con la infraestructura necesaria para hacer actividades grupales, por lo cual, la capacitación de las promotoras se realizó en la casa de una de las promotoras, o en contra horario a la atención o los días sábados.

En su **dimensión económica- financiera**: El premio (recurso monetario) permitió llevar adelante la propuesta de acción. Se elaboró junto al proyecto un presupuesto y cronograma de costos para rendir todos los gastos realizados según proyecto presentado en el Concurso.

En su **dimensión sociocultural**: el proyecto se pensó teniendo en cuenta el perfil de la población del barrio. Si bien se armó una guía de capacitación general para las promotoras de salud, los tiempos y las actividades se adaptaron a cada grupo.

Durante la capacitación las promotoras manifestaron su deseo de trabajar en conjunto con el centro y su deseo de ayudar a la comunidad. Las actividades de promoción y prevención se pensaron de acuerdo a las necesidades que las promotoras visibilizaban en el barrio. Los vecinos tuvieron y tienen una respuesta positiva frente a la presencia de las promotoras en el barrio.

En cuanto a la **relación institucional**, pensamos que desde del centro de salud las líneas de trabajo establecidas favorecieron la propuesta, incluso el equipo se había propuesto este proyecto aún sin saber si contaría con el recurso.

Previamente se había realizado un Proyecto de promotores de salud escolar (2015-2016) en la Escuela 34 (secundaria del barrio).

En relación al programa AMBA (4), y respecto a la viabilidad del Proyecto queremos mencionar la importante repercusión a nivel institucional.

Creemos que este proyecto resulta viable para el trabajo que desarrollamos, mejorando la calidad de atención que brindamos como equipo de salud en nuestra área programática, sino que también estamos

convencidos de que se puede replicar esta forma de trabajaren todos los equipos de Salud que busque el objetivo de mejorar sus tareas en el PNA.

Comunicamos a las promotoras una oferta de trabajo de la Red AMBA como Promotoras de salud, y tres de ellas se presentaron en el Municipio para concursar el cargo, dos de ellas fueron seleccionadas, luego de pasar las etapas de contratación correspondiente.

Así que nos encontramos satisfechos en esta instancia también por haber contribuido en parte al crecimiento personal de estas vecinas, que con tanto esfuerzo se comprometen día a día con el trabajo de “La Salita” y ayudan a su comunidad a mejorar su calidad de vida.

En relación al **funcionamiento del equipo de trabajo**, creemos que la puesta en marcha del proyecto favoreció la integración del equipo de trabajo.

En un principio toda la responsabilidad estaba en manos de los referentes del proyecto, pero a medida que fue pasando el tiempo y que se hacía notable los beneficios de los cambios en la forma de trabajo todo el equipo acompañó y se fueron complementando en las tareas. A este trabajo se sumó el personal de limpieza y de seguridad. Consideramos que si esto no hubiese ocurrido no se habría podido llegar a cumplir con todos los objetivos propuestos.

No solo las administrativas, también el resto de los profesionales se adaptaron a esta nueva forma de trabajo: pediatría, obstetricia, odontología, nutrición, psicopedagogía, y recientemente fonoaudiología, solicitando los datos al paciente para el armado de las carpetas o abriéndolas ellos en el momento de la atención y cambiando la forma de registrar los turnos programados dados por ellos. Todos ellos reivindican la importancia de contar con información completa del paciente, que incluya su contexto familiar y comunitario.

Este es, creemos, uno de los importantes valores a rescatar del trabajo que desempeñamos en el año 2018 y 2019, más y mejor trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

A la fecha hay diez promotoras de salud capacitadas trabajando en terreno en conjunto con el CAPS, haciéndolo activamente y con un compromiso y responsabilidad digno de destacar. Dos de ellas fueron incorporadas al ES y cumplen tareas de promoción y prevención en la comunidad de lunes a viernes.

Se están realizando junto a las promotoras diferentes actividad de promoción y prevención en las diferentes zonas, así como también el seguimiento de algunas familias vulnerables.

Realmente creemos encontrar una importante variación entre la situación inicial y la final. No solo en términos numéricos, absolutos, más importante aún, por todo el impacto que generó un año de trabajo en el Equipo de Salud del CAPS San Alejo, finalizando el ciclo pautado de trabajo, sentimos que cumplimos con las expectativas.

Se ha afianzado el equipo de salud, como así también el grupo de promotoras.

Este Proyecto nos permitió plasmar y afianzar algunos principios que la APS propone para el primer nivel de atención a los cuales adherimos. Por lo cual definitivamente no marcamos una finalización en el proyecto, ya que llegó como una forma de trabajo que nos permitió mejorar la forma de atención que brindamos como equipo de salud. Consideramos que es viable de replicar en otros equipos.

AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, queremos ofrecer nuestro profundo agradecimiento a todos esos actores, que confluyeron con sus esfuerzos, dedicaciones, acompañamiento, enseñanzas en nuestro pequeño mundo, CAPS San Alejo, su Equipo de Salud y la comunidad del barrio, que en este año de trabajo nos permitió crecer tanto individual como colectiva y comunitariamente.

Dedicamos un especial agradecimiento a toda la Fundación Aequus, sin quienes no se podría haber logrado todo esto, que nos llena de orgullo y felicidad, y que nos da fuerza para seguir en este camino de construir más y mejor APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Municipalidad de Pilar.[Visto en 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://www.pilar.gov.ar/estadistica/territorio/>].
2. Fundación Aequus [visto en 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://fundacionaequus.wordpress.com/>].
3. Kopitowski, K. [et al.]. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ª Edición, Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana; 2016.
4. Municipalidad de Pilar [visto en fecha 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://www.pilar.gov.ar/inicio/gobierno-municipal/salud/red-amba-pilar/>]
5. Coordinación y Tutores del Curso Rosario. Producción de conocimiento en el campo de la salud: La comunidad, la salud y los procesos de atención. Ministerio de Salud de Santa Fe., Septiembre de 2015: p. 1-2.
6. SAVOY F., CURTO S. Delimitación de las áreas programáticas de los centros de atención primaria de la salud en Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Contribuciones Científicas GÆA | Vol. 25 | Año 2013. Págs. 175-184.
7. Huertas, F. La Primera Pregunta En: El método PES. Planificación estratégica situacional. Entrevista A Carlos Matus. Costa Rica: Altadir. 1993.p 18.
8. Organización Panamericana de la Salud. Manual del Agente Sanitario de Salud. Washington, D.C 2010: Cap. 1- 2 89.

9. Jure, H., Acuña M. et al. La agenda de Cuidados. En: Cuadernos de Salud Familiar "Una Estrategia para el fortalecimiento de la atención primaria y el derecho a la salud" 2da. Edición. Córdoba - Rep. Argentina: Editora SIMA, Octubre 2010. 41-45.

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

- Cejas, C., Kremer, P. et al. Manual para la Formulación de Proyectos de Organizaciones Comunitarias. Buenos Aires, Fundación CIPPEC. 2008.p.11-13.

- González Andrada, A. Primera etapa: primacía del momento explicativo-estratégico. En: Planificación, Organización y Proyecto. Programación y Gestión Social Estratégica de Proyectos Sociales y Sindicales. Buenos Aires: Ed. Incasur; 1999. P 65-104.

- González Cuberes, MT. El taller de los Talleres. Aportes al desarrollo de talleres educativos. Editorial Ángel Estrada y Cía S.A.1994. Cap. I, II, III, IV.

- Medaura, O., Monfarrell de Lafalla, A. "Técnicas Grupales y aprendizaje Afectivo- Hacia un cambio de actitudes". Editorial Hvmanitas1992. p.118.

- Ministerio de Salud de la Nación de Perú. Dirección general de Promoción de la Salud. Dirección de participación Comunitaria en Salud – "Documento Técnico para el Trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud", Perú. 2007.

- Vargas Vargas L., Bustillos G. Técnicas de análisis general. En: Técnicas participativas para la educación popular, 2da.Edición.Buenos Aires. Editorial Hvmanitas CEDEPO. Marzo 1989. P.2.1-2.94.



Conocé nuestro sitio web
www.fundacionmf.org.ar


FUNDACION MF

Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E EVIDENCIA |  PROFAM |  MF SALUD |  SAN PANTALEÓN |
| Revista online de actualización en la práctica ambulatoria.  | Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria líder en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica. | Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general. | Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Boulogne. |


HOSPITAL ITALIANO
 de Buenos Aires
 Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria

Prevalencia de dolor y manejo en la central de emergencias.

Prevalence of pain and management in emergency department.

Autores: Villa María Laura¹, Padilla Marlene², Mongelos Damazo³, Barrios María Rosa⁴, Grande Ratti María Florencia⁵, Torres Gómez Felipe⁶.

1: Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

2: Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

3: Licenciado en Enfermería. Especialista en triage. Central de Emergencias Médicas de Adulto. Hospital Italiano de Buenos Aires.

4: Licenciada en Enfermería. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

5: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Investigación Clínica. Área de Investigación en Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

6: Médico clínico. Área de Investigación en Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contacto:

María Florencia Grande Ratti.

E-mail:

maria.grande @hospitalitaliano.org.ar

WEB:

<https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

Dirección: Juan D. Perón 4190 (C1181ACH) Buenos Aires, Argentina

Afiliación: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Área de Investigación en Medicina Interna, 2do piso.

Teléfono: (5411) 4959-0200, interno 4419

Recibido: 28/01/2020

Aceptado: 04/04/2020

RESUMEN

OBJETIVOS: Estimar prevalencia de dolor como motivo de consulta en la Central de Emergencias de Adultos (CEA).

MATERIALES Y MÉTODOS: Corte transversal que incluyó consultas en la CEA del Hospital Italiano de Buenos Aires entre 2016-2017. Se consideraron casos aquellos con dolor según subconjunto terminológico en el motivo principal de la epicrisis. Se recolectaron variables desde bases de datos secundarias de alta calidad y a través de revisión manual.

RESULTADOS: La prevalencia fue 52%(196/373) con IC95% 47-57%. Los pacientes eran 68% de sexo femenino, con edad media de 51 años, y la mayoría se asignaron a áreas de baja complejidad para su atención. Casi el 20% (38/196) recibió algún tratamiento analgésico siendo la vía de administración más frecuente intravenosa (52%). El registro inicial de dolor ocurrió sólo un 12% por enfermería y en 83% por médicos.

CONCLUSIÓN: Se requiere mejorar el registro para garantizar valoración y manejo efectivo de dolor.

PALABRAS CLAVES: Manejo del dolor; Analgesia; Servicios Médicos de Urgencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate pain prevalence as a reason for consultation at Emergency Department (ED).

METHODS: Cross sectional with consultations admitted to ED of Hospital Italiano de Buenos Aires between 2016-2017. Cases were defined as those with a terminological subset according to the main reason. Variables were collected from secondary databases of high quality and manual review.

RESULTS: Prevalence was 52% (196/373) with 95%CI 47-57. Patients were 68% female, with a mean age of 51 years, and most were assigned to areas of low complexity for their attention. Almost 20% (38/196) received some analgesic treatment, being intravenous (52%) the most frequent route of administration. Initial recording of pain occurred only 12% by nurses and 83% by physicians.

CONCLUSION: Registration is required to improve for ensure effective assessment and management of pain.

KEYWORDS: Management pain; Analgesia; Emergency Medical Services.

INTRODUCCIÓN

El dolor no aliviado constituye un gran problema de salud pública [1] y un motivo de consulta frecuente en diferentes ámbitos de atención no programada. En el ámbito relacionado a los servicios de urgencias (que en el nuestro incluye turnos ambulatorios no programados de baja complejidad denominada demanda espontánea) el 42% de los pacientes acuden por dolor siendo el músculo-esquelético el más frecuente y de mayor intensidad [2]. En este contexto, el Manual de la Sociedad Española de Dolor sugiere que los pacientes con intensidad severa deberían recibir analgesia intravenosa en los primeros 20 minutos de su llegada y ser reevaluados a los 30 minutos posteriores de la primera dosis. Si bien, Fosnocht demostró que los pacientes tienen grandes expectativas de alivio y esperan que el sistema no demore más de 23 minutos desde su llegada [3]; Todd *et al.* demostraron que sólo el 60% recibieron analgésicos después de un tiempo de espera promedio de 90 minutos [4].

La documentación de la evaluación del dolor y el uso de las puntuaciones para su correcta clasificación al ingreso mejoraron después de una breve intervención educativa, pero esta acción no impactó en los tiempos de tratamiento [5]. Por ende, la oligoanalgesia es una problemática constante desde hace varias décadas debido a tratamientos escasamente efectivos [6–8] con un 74% de pacientes que son dados de alta con dolor moderado a severo [9].

Dada la importancia de esta temática, su elevada frecuencia según reportes bibliográficos y la escasa información en nuestro medio, este estudio se propuso estimar la prevalencia de dolor en la Central de Emergencias de Adultos (CEA) de un hospital universitario de alta complejidad en Argentina debido a que esta información podría permitir mejorar los procesos relacionados a garantizar la calidad de atención [10].

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de corte transversal que incluyó una muestra aleatoria de 400 consultas correspondientes a pacientes adultos admitidos en la CEA entre 01/10/2016 y 30/09/2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina.

El tamaño muestral se estimó utilizando el software *Power and Precision*, en base a la precisión: para una frecuencia esperada de 40% con una hemiamplitud de 5% y una confianza de 95% se estimó serían necesarias 290 consultas. El criterio de significancia alfa se ha establecido en 0,05 con prueba a dos colas que se amplió a 400 por eventuales errores o falta de datos. Se excluyeron las consultas no efectivas como fugas, canceladas/suspendidas, o no responde al llamado.

Para la estimación de prevalencia, la totalidad de consultas representaron el denominador, mientras que se definieron casos a los motivos de consulta con dolor (representando el numerador) según su correspondencia con subconjunto terminológico restringido (por ejemplo: abdomen agudo, cefalea, entre otros) en el campo “motivo principal” registrado en la epicrisis de

la historia clínica electrónica (HCE).

En cuanto al ámbito del estudio, la CEA del HIBA está constituida por cuatro áreas de atención, diferenciadas según la complejidad requerida para la atención de los pacientes. El área de atención del paciente es definida según la condición de éste al ingreso. Independientemente del modo de ingreso (ejemplos: deambulando por sus propios medios, silla o ambulancia), los pacientes son recibidos inicialmente por el personal de enfermería, entrenado en triaje [11], quienes realizan una valoración clínica rápida y un breve interrogatorio. Con esos datos, le asignan una categoría de urgencia (diferenciada por colores verde, amarillo o rojo) y el área de atención correspondiente para ser atendido: Cuidados Críticos (Área A), Cuidados Intermedios (Área B), Consultorios de moderada complejidad (Área C) o Consultorios de demanda espontánea o baja complejidad (Área D). La mayoría de las variables de este estudio fueron recolectadas desde bases secundarias de alta calidad correspondientes a la HCE. Mediante la revisión manual por investigadores se recolectaron las siguientes variables: tiempo de evolución de dolor, tipo de dolor, intensidad inicial y final, registro de dolor por parte de enfermería y médicos, y tipo de medicación indicada al alta.

Se definió tiempo de espera a aquel que transcurre entre que ingresa el paciente (o es anotado) hasta que es llamado para ser atendido; mientras que se definió tiempo de atención al que transcurre entre que es llamado para ser atendido hasta que se resuelve la consulta (cierre de episodio en emergencias con respectivos registros almacenados con detalle como Fecha Hora).

En el contexto de la acreditación de la institución por la Joint Commission se actualizó una Norma Institucional que propone que todos los pacientes reciban el mejor nivel posible de ayuda para manejar el dolor a lo largo de todo el proceso de atención y contribuir a que el dolor sea identificado, evaluado y manejado correctamente. En este contexto, para favorecer el registro, la evaluación y el seguimiento se creó un módulo en la HCE (**Figura 1**), que utiliza la escala numérica de dolor con valores posibles entre 0 y 10.

Figura 1. Ficha de valoración (escala numérica) de dolor en Historia Clínica Electrónica.

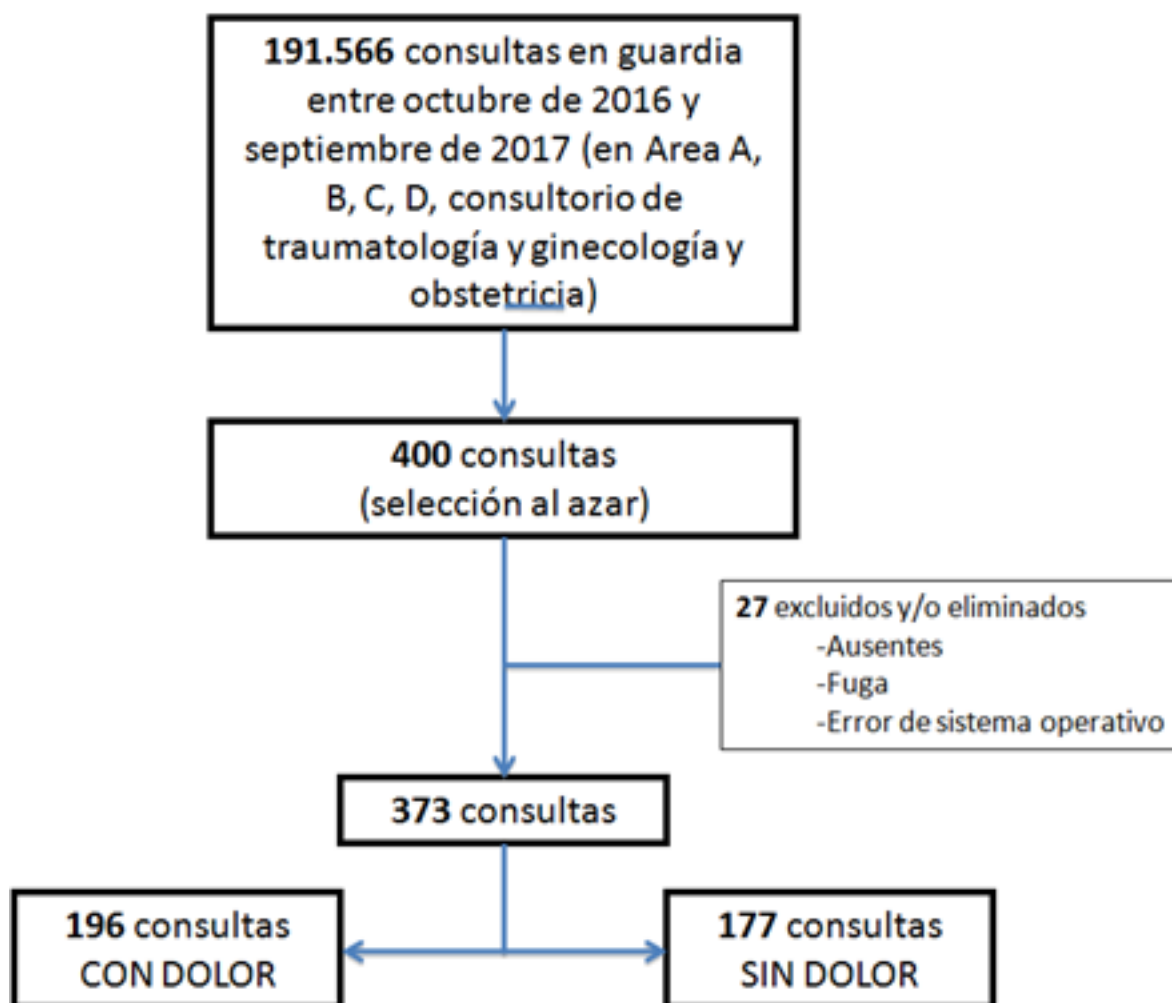


Figura 2. Flujograma de pacientes incluidos.

Este estudio observacional y descriptivo, que utiliza bases de datos secundarias, se llevó a cabo en total acuerdo con la normativa ética nacional e internacional y todos los datos fueron tratados con máxima confidencialidad. El protocolo fue aprobado por el comité de ética CEPI (con número de aprobación 3423).

Se presentan las variables cuantitativas de acuerdo a distribución observada como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartil (RIC) o percentilos 25-75. Se presentan las variables categóricas como frecuencia absoluta y frecuencia relativa (porcentaje). Las prevalencias se presentan con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), estimados utilizando la aproximación normal.

RESULTADOS

Se seleccionaron 400 consultas aleatorias, restando un total de 373 para el análisis (Figura 2). La prevalencia de consultas por dolor resultó en 52,54% (196/373) con IC95% 47,34-57,71.

Del subgrupo que consultó por dolor, los pacientes eran 68,37%(134) de sexo femenino, con una edad media de 51-87 años (DS 20,27), con mediana de tiempo de espera de 35 minutos (RIC 14-67) e internación como condición al alta sólo del 8,04%(30). La

mayoría de ellos fueron atendidos en áreas de baja complejidad (86,33% entre áreas C y D) con manejo y seguimiento ambulatorio posterior al alta. Según la clasificación de dolor, el 86,22%(169) presentaron dolor agudo (<=3 meses de evolución) y el 84% presentaron dolor de tipo nociceptivo.

En cuanto al registro inicial de dolor en la HCE por parte de médicos estuvo reportado en el 83,67%(164) y el 13,27%(26) tenía registrado re-valoración pre alta. Sin embargo, el detalle sobre la intensidad al ingreso resultó sin registro en el 78,06%(153), y sin registro en el 91,33%(179) para la intensidad pre egreso.

En cuanto al tratamiento recibido en guardia, solo 38 pacientes recibieron algún analgésico (19,38%), siendo los más utilizados: ketorolac (39%), dexametasona (31%) y paracetamol (26%). La vía de administración más frecuente fue endovenosa con 52,63% (20).

El tiempo de espera promedio para recibir el tratamiento fue 1 hora (46 minutos hasta la indicación y 16 minutos adicionales hasta la administración efectiva). La prescripción de analgesia post alta fue del 45,41%(89). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con motivos de consultas con dolor en comparación con los pacientes que consultaron por otros motivos no relacionados al dolor (ver Tabla 1).

Tabla 1. Comparación entre población que consulta por dolor u otro motivo.

| | Con Dolor n: 196 | Sin Dolor n: 177 | p valor |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Sexo femenino | 68,37% (134) | 64,41% (114) | 0,418 |
| Edad, en años * | 51,87 (DS 20,27) | 53,54 (DS 21,59) | 0,440 |
| Motivo de consulta clínico quirúrgico traumatológico gineco/obstétrico oftalmológico psiquiátrico | 73,98% (145) 1,02% (2) 18,37% (36) 6,12% (12) 0,51% (1) - | 84,75% (150) 3,95% (7) 3,39% (6) 3,95% (7) 3,39% (6) 0,56% (1) | 0,000 |
| Área de atención A B C D Obstetricia | 3,57% (7) 4,08% (8) 22,45% (44) 63,78% (125) 6,12% (12) | 3,95% (7) 4,52% (8) 29,94% (53) 56,50% (100) 5,08% (9) | 0,544 |
| Tiempo de demora, en minutos + | 31 (15-59) | 38 (13-75) | 0,362 |
| Tiempo de atención, en minutos + | 53,50 (14-159) | 37 (13-125) | 0,387 |
| Condición al alta A domicilio Internación domiciliaria Contra opinión Fuga Internación | 91,84% (180) 0,51% (1) 0,51% (1) -- 7,14% (14) | 84,75% (150) 4,52% (8) 0,56% (1) 1,13% (2) 9,04% (16) | 0,053 |
| *Media(desvío estándar) +Mediana (percentil 25 - percentil 75) | | | |

DISCUSIÓN

La prevalencia global de dolor como motivo de consulta en CEA resultó elevada (52%) y similar a otro estudio español que reportó un 42% [2]. El tiempo medio que tuvieron que esperar para recibir indicación de analgesia según el estudio español fue de 43 minutos [2], también consistente a nuestros hallazgos (media de 46 minutos). A diferencia de este último, a este valor habría que sumarle el tiempo adicional de administración efectiva por parte de enfermería de dicha medicación indicada por otro profesional (es decir los 16 minutos adicionales que transcurren entre la indicación médica y que se administra realmente en la práctica), lo que arroja una demora global de 62 minutos en empezar a recibir el tratamiento analgésico desde la admisión. Esto representa que sigue siendo una problemática mundial de la que no estamos exentos, reportada también, en el ámbito de

internación [12] e interpretada como una deficiencia administrativa en los registros [9].

Cabe resaltar la importancia del trabajo que cumple el personal de enfermería al momento de realizar un triaje y que influye directamente en este proceso, es decir, la correcta evaluación inicial de las necesidades y los requerimientos del paciente impactan, permitiendo o no, acortar los tiempos de administración de analgesia, y puede o no, garantizar un adecuado control sintomático durante el proceso de atención [13].

Otro hallazgo interesante de nuestro trabajo fue el 12% de las consultas con registro de valoración inicial y las escalas correspondientes en contraste con el 83,6% de registro no estructurado (sino como texto libre en la evolución de la HCE) por parte de un médico. Esto se diferencia ampliamente de otros ámbitos que reportaron el 58% [14] y nos permite reflexionar sobre la baja adherencia a esta nueva

herramienta incorporada recientemente a la HCE (es decir, baja tasa de uso) o sub-registro reforzando la necesidad de mejorar este proceso.

Sin embargo, existen discrepancias con la bibliografía en cuanto la medicación habitualmente utilizada, siendo el tramadol el opioide más indicado, pero con una frecuencia baja (7%). Este hallazgo refleja una sub-utilización de opiáceos en nuestro medio, que en contraste con las recomendaciones, sugieren el uso seguro en el servicio de urgencias [15]. La elección del analgésico para el tratamiento depende de la disponibilidad en los ámbitos públicos, pero también probablemente, de las preferencias (o usos y costumbres) del médico tratante en un ámbito privado como el nuestro.

Una las principales limitaciones de este proyecto fue la recolección de datos en forma retrospectiva dado que hay datos faltantes (debido a la falta de registro de valoración del dolor por parte de médicos y enfermería). Sin embargo, dentro de las fortalezas cabe mencionar: (a) se pudo alcanzar fácilmente el cálculo muestral debido al numeroso caudal de pacientes que se atienden en este centro, (b) la selección aleatoria asegura que la información sea representativa sobre la atención y el manejo habitual de estos pacientes; (c) se logró la participación multidisciplinaria de profesionales a los fines del proyecto (con la participación activa de médicos y enfermeros con trabajo activo y colaborativo); (d) los hallazgos representan información de gran importancia, no sólo por la temática abordada, sino que representan un diagnóstico situacional como puntapié inicial que nos permite reflexionar e implementar nuevas estrategias con el fin último de mejorar procesos que apunten a mejorar la calidad de atención del paciente.

Estos hallazgos son extrapolables a cualquier otro ámbito de atención ambulatoria no programada (como los sobre turnos), debido a que el 60% de los pacientes fueron atendidos en el área de demanda espontánea que se define como atención de baja complejidad, con reinserción para seguimiento longitudinal con el médico de cabecera.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes que consultan al servicio de urgencias presentaron algún motivo de consulta relacionado con dolor. Estos hallazgos demuestran que se requiere mejorar el registro de evaluación del mismo para garantizar valoración y manejo efectivo. Se trata de datos valiosos desde el punto de vista clínico práctico y gerencial para la implementación de medidas preventivas o guías de manejo protocolizadas aplicables a cualquier ámbito de atención primaria no programada.

REFERENCIAS

- [1] Jostein Dale LPB. Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015;23. doi:10.1186/s13049-015-0166-3.
- [2] Caba Barrientos F, Benito Alcalá MC, Montes Pérez A, Aguilar Sánchez JL, Torre Liébana R de la, Margarit Ferri C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21:3–15.
- [3] Fosnocht DE E al. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med*. 2004 Jul;22(4):286-8.
- [4] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [5] Kuan SC, Collins NC, Ryan JM, Callanan I. Treating pain in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2010;17:52–5.
- [6] Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1989;7:620–3.
- [7] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–71.
- [8] van Zanden JE, Wagenaar S, Ter Maaten JM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Pain score, desire for pain treatment and effect on pain satisfaction in the emergency department: a prospective, observational study. *BMC Emerg Med* 2018;18:40.
- [9] Sergey M Motov ANK. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2009;2:5.
- [10] Hatherley C, Jennings N, Cross R. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review. *Australas Emerg Nurs J* 2016;19:26–36.
- [11] Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* 2010;33. doi:10.4321/s1137-66272010000200008.
- [12] Muñoz-Alvaredo L, López Vallecillo M, Jiménez Pérez JM, Martín-Gil B, Muñoz Moreno MF, Fernández-Castro M. Prevalence, pain management and registration in Internal Medicine units. *Enferm Clin* 2018. doi:10.1016/j.enfcli.2018.11.004.
- [13] Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2018;27:669–76.
- [14] Plan andaluz de atención a las personas con dolor:

2010-2013 [Coordinación, Juan Antonio Guerra de Hoyos et al.; Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento; Sevilla] Consejería de Salud, [2010] n.d. http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf

[15] Motov S, Strayer R, Hayes BD, Reiter M, Rosenbaum S, Richman M, et al. The Treatment of Acute Pain in the Emergency Department: A White Paper Position Statement Prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med* 2018;54:731–6.

Paradigmas de salud y políticas de medicamentos. Continuidades y rupturas en el caso argentino en la etapa posguerra hasta finales del siglo XX.

Health paradigms and drug policies. Continuities and ruptures in the Argentine case in the postwar period until the end of the 20th century.

Autor: Leandro Gamba^a.

a: Médico. Dirección de Atención Primaria. Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. Especializando en Medicina Familiar y General en de Federación Médica de Córdoba- Secretaría de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. Tesista Maestría de Salud Pública FCM-UNC. Miembro del equipo de investigación del Centro de Farmacoepidemiología y Uso Racional de Medicamentos, Escuela de Salud Pública y Ambiente FCM-UNC. Investigador Adherentes al Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Autor de correspondencia:

Leandro Gamba.

E-mail: leandrogamba87@gmail.com

Recibido: 28/02/2020

Aceptado: 17/04/2020

RESUMEN

En este trabajo se recuperan elementos conceptuales relacionados con los paradigmas en salud, así como sus implicancias históricas en torno a la cuestión de los medicamentos. La salud internacional, el panamericanismo y la nueva agenda de salud global se ubican como paradigmas hegemónicos con un fuerte anclaje desde una perspectiva biologicista donde la atención médica y los medicamentos juegan un papel predominante. La medicina social latinoamericana se presenta como un paradigma contra hegemónico desde una perspectiva que, orientada desde categorías sociales, analiza el proceso de salud de la población, en tanto colectivo y determinado por condiciones pre-existentes. Estos paradigmas signaron las políticas de salud de modo alternante. Se analizan, particularmente, el caso de las políticas de medicamentos en Argentina y cómo las estrategias en ese campo manifiestan características de dichos paradigmas. Se concluye que existieron continuidades y rupturas con éstos. También describe los preceptos de las organizaciones internacionales y su relación con lo que estaba pasando en el territorio nacional. Las políticas de medicamentos fueron un reflejo de la posición de los gobiernos de turno con vaivenes que expresan un debate sin resolver.

PALABRAS CLAVE: Modelos de atención de salud, salud pública, política nacional de medicamentos.

ABSTRACT

In this work, conceptual elements related to the paradigms in health are recovered, as well as their historical implications around the issue about medication. International health, pan-Americanism and the new global health agenda are located as hegemonic paradigms with a strong anchorage from a biological perspective where medical care and medication play a predominant role. Latin American social medicine is presented as a counter-hegemonic paradigm from a perspective that, oriented from social categories, analyzes the health process of the population, both collective and determined by pre-existing conditions. These paradigms alternately signified health policies. In particular, the case of medication policies in Argentina are analyzed, and how the strategies in this field show characteristics of said paradigms. It is concluded that, this paradigms showed continuities and breaks. It also describes the views under the precepts of international organizations and their relation to what was happening in the national territory. Medication policies were a reflection of the position of the governments in office with swings that express an unsolved debate.

KEYWORDS: Models of Health Care, Public Health, National Drug Policy.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la salud ha sido abordado desde diferentes paradigmas. El paradigma hegemónico es el modelo médico, sustrato base de la agenda de la salud internacional, el panamericanismo y la salud global. Un paradigma alternativo y contra hegemónico se expresa en la corriente de la medicina social latinoamericana. Indagar sobre los acontecimientos históricos que fueron marco de estos paradigmas es una herramienta que colabora con el análisis de las políticas aplicadas en diferentes países.

El presente trabajo se encuentra organizado en un primer apartado, en el que se realiza un repaso histórico sobre los paradigmas de salud y la noción de medicamentos derivada de ellos a nivel internacional desde el período de la posguerra hasta el inicio del siglo XXI. En segunda instancia, se analizarán estos aspectos en la República Argentina durante la etapa mencionada. Para ello, se utilizaron fuentes bibliográficas tales como artículos científicos y ensayos de referentes de las ciencias sociales, así como también, documentos históricos que dan cuenta de las posiciones de relevantes y diversos actores.

El objetivo que se persigue será dar cuenta de cómo las concepciones hegemónicas a nivel internacional propiciadas por los organismos internacionales, tales como, la Organización Mundial de Salud (OMS), Naciones Unidas, la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Banco Mundial y otros organismos de crédito internacional tuvieron continuidad y rupturas en Argentina.

PRIMERA PARTE: PARADIGMAS DE SALUD Y CONTEXTO INTERNACIONAL.

El Modelo Médico.

Eduardo Menéndez (1) refiere que el Modelo Médico (MM desde aquí) se instituye en los albores de la Revolución Industrial profundizando desde el siglo XIX etapa donde se instala, principalmente, en Estados Unidos y América. Dicho autor describe que *“las principales características estructurales del MM son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática...”* desconociendo a las condiciones sociales y económicas de las causas de enfermedad. Explica así los rasgos de lo que llamará la “biomedicina”, base conceptual del modelo de salud centrado en la atención médica y terapéutica a través de medicamentos que utilizaron los diferentes regímenes políticos-económicos dominantes como herramienta de legitimación ante sus respectivas sociedades.

En la misma línea, Brin y Richter (2) resaltan el rol que las entidades filantrópicas de EUA, como las fundaciones Rockefeller y Gates, tuvieron en la génesis de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones supranacionales de salud, así como tam-

bién, las diferentes estrategias que permitieron desde la agenda de salud internacional la hegemonía de una mirada sanitaria medicamentada, biologicista y fuertemente enajenada de los condicionantes sociales.

Las industrias química y farmacéutica formaron parte de la segunda oleada tecnológica que junto con el acero, la electricidad y el automóvil abrieron una nueva fase de la historia económica y social del mundo. La producción farmacéutica surgió en Europa hacia fines del siglo XIX como una rama especializada de la química orgánica capaz de proveer a los médicos de nuevas herramientas en su lucha contra las enfermedades infecciosas que proliferaban en las grandes ciudades. (3) Será desde entonces, un actor político y económico clave en la consolidación de la biomedicina como paradigma hegemónico de salud.

Posguerra: Disputas en la mirada de la salud.

Durante el período de posguerra y el advenimiento de la Guerra Fría, la disputa del capitalismo-comunismo precipitó que los Estados incrementen los recursos destinados a la salud asentándose el modelo en la lógica de curación-prevención, pilar de la biomedicina (1).

El Acta de Bogotá, documento elaborado por la Organización de Estados Americanos en 1960, promovería la ampliación de los servicios de salud nacional y local instituyendo una serie de ejes de trabajo que incluirían políticas nutricionales, de saneamiento ambiental y de provisión de agua potable, entre otros (4).

Este paradigma, denominado panamericanismo, será las coordenadas de la agenda de salud de los gobiernos desarrollistas de la época, estará caracterizada por el auge de las tecnocracias de los organismos internacionales, las ideas de descentralización del gasto, la visión de la enfermedad explicada de manera multicausal y la necesidad de prever medidas que mejoraran las condiciones básicas de las comunidades y permitieran el desarrollo económico, entre otros aspectos.

Ramacciotti (4) dirá que *“si en los años cincuenta la aspiración había sido centralizar y manejar los resortes legales, administrativos y financieros de las acciones sanitarias, en los sesenta, los roles del Estado serían los de asesorar, controlar y delegar la gestión en las comunidades y las iniciativas privadas.”* Para tal fin se promovieron programas para estimular la inversión extranjera y el desarrollo del sector privado mediante reformas tributarias, estabilización monetaria y la formación de mercados de capitales, etcétera.

Sin embargo, pese a los esfuerzos presupuestarios y el crecimiento económico de los países de América Latina, producto del modelo desarrollista, los magros indicadores de salud obtenidos darán lugar a una nueva corriente de pensamiento que cuestionará los preceptos biologicistas e instará a pensar la salud

a partir de las condiciones sociales e históricas de los pueblos. La medicina social latinoamericana disputará las ideas de enfermedad como consecuencia mono y multicausal, y delinearán propuestas metodológicas y teóricas para estudiar los procesos salud-enfermedad desde una perspectiva política colectiva donde las condiciones socio históricas que preceden a la enfermedad no fueran ignoradas (5). Esto abrirá el debate a las relaciones de poder y asimetrías entre naciones y hacia dentro de las mismas, pondrá en discusión las condiciones de explotación del modelo capitalista e incorporará categorías de pensamiento, como la de “clase social”, a su matriz de análisis de la salud.

Los 70, etapa de tensiones: Entre dictaduras y los “medicamentos esenciales”

Las décadas del 70 y del 80 serán etapas de inflexión dentro de la agenda sanitaria regional y mundial. En una América Latina minada de dictaduras militares, el desarrollo de la agenda de la medicina social se verá fuertemente cercenado. El disciplinamiento vía represión y endeudamiento fueron, sin dudas, las condiciones necesarias para la implantación del modelo económico y cultural neoliberal en la región y, con él, una agenda de salud acorde a los intereses del capital internacional central, en detrimento del desarrollo de las naciones.

Por su parte, asomarán tensiones hacia dentro de la agenda de la OMS en una etapa que será relevante en el rumbo de dicho organismo. El fortalecimiento de la posición de los países no alineados con el bloque capitalista ni con el soviético, favorecerá un intento de redirigir la agenda de salud desarrollada por la institución.

En la Declaración de Alma Ata en 1978, la estrategia de Atención primaria de Salud (APS) allí consagrada, reflatara la idea de la salud como derecho humano y la necesidad de renovar esfuerzos en pos de atender a los determinantes sociales que condicionan la situación sanitaria en los países periféricos. Sin embargo, la APS se constituyó en una propuesta tan amplia como imprecisa (6). La declaración incluyó dentro de las acciones propias de la estrategia de APS el “suministro de medicamentos esenciales” (7), concepto acuñado en un informe elaborado por un comité de expertos presentado ante la Asamblea de la OMS, en el año 1977, definiendo a éstos como aquellos medicamentos “*básicos, indispensables e imprescindibles para atender a las necesidades de salud de la población*” (8). Dicho informe, en su fundamentación, resalta: la importancia de los medicamentos para una adecuada asistencia en salud; la preocupación por el extraordinario aumento en el número de productos farmacéuticos lanzados al mercado, sin que se haya observado un mejoramiento proporcional en el estado general de salud; la necesidad de generar regulaciones para la confección de los medicamentos, distribución, formación de los efectores de salud y regulaciones en relación a la comunicación y propa-

ganda de los productos medicinales.

De igual manera que con la estrategia de APS, la propuesta de garantizar “medicamentos esenciales” invita a preguntarse sobre qué finalidad engendraba. ¿Pretendía ser una forma de regular el auge de la industria del medicamento y bregar por el derecho a la salud? o, por el contrario, ¿sería la condición para favorecer que los Estados financien el acceso a estos medicamentos de sectores de la población que, de otra forma, no podrían haberlo hecho ensanchando así el mercado para las empresas farmacéuticas?

Ambas iniciativas son difíciles de ubicar en coordenadas ideológicas definidas y su amplitud, probablemente, pueda explicarse, al menos de manera parcial, por la tensión global de una guerra fría que hacía crujir a los organismos internacionales como la OMS.

Tan es así que, mientras en la década del 80, con el auge de un neoliberalismo que se planteaba hegemónico mundialmente, Estados Unidos promovió iniciativas de desfinanciamiento de este organismo “para protestar contra su regulación de los bienes y prácticas comerciales relacionados con la salud, en particular, los farmacéuticos y los alimentos infantiles”(2). En la década del 90 y con la OMS en una virtual parálisis, serán las organizaciones filantrópicas del norte global y las entidades crediticias las que tomarán el timón de la agenda de salud internacional y se apropiarán, definitivamente, de conceptos como “derecho a la salud”, “atención primaria de salud” o “acceso al medicamento”, utilizándolos como parte de sus dictados y recomendaciones, dándoles un sentido funcional a la ampliación de mercados para los capitales internacionales, ávidos de expandirse globalmente.

Los 90: Consolidación de la hegemonía neoliberal.

La década del 90 se caracterizó por la preeminencia del Consenso de Washington y el programa económico que fue aplicado en la mayoría de los países de la región, paraguas de una política de medicamentos que queda manifiesta en el documento “Invertir en salud” del banco mundial en 1993(9). Las recomendaciones allí realizadas abarcaban: la compra de “medicamentos esenciales” de manera centralizada por los países, a través de organizaciones internacionales de crédito, para los sectores que no pueden auto-dispensarse dichos productos; la erradicación de las restricciones a las importaciones de fármacos que al limitar la competencia, argumentaban, era la razón de que los precios aumenten(9); desaconsejaban las industrias nacionales de medicamentos, por el costo de desarrollo de las mismas y sugerían que, tal vez, se justificaban solamente la producción de los fluidos intravenosos, cuyo costo de transporte son relativamente altos, el envasado de productos importados a granel en las plantas de elaboración nacionales, y el envasado de sales de rehidratación oral; que muchas industrias nacionales

públicas o privadas sobreviven por medidas proteccionistas, pudiendo sus productos, adquirirse a menor costo en el extranjero(9).

Los medicamentos como bienes de consumo, defendidos desde la organización mundial de comercio, serán para quienes puedan pagarlos o para quienes accedieran vía programas sociales focalizados, subsidiados por el Estado mediante endeudamiento externo, generando una gran reserva de mercado, objetivo de los capitales farmacéuticos.

El comienzo del nuevo siglo, y ante la debacle económica ocasionada por la implementación de las recetas neoliberales, volverán a escena discusiones en materia de salud que habían quedado anuladas durante el década del 90. Se relanzará la agenda de salud internacional desde los preceptos de una nueva "salud global" (2) promovida por la OMS. Las entidades de crédito internacional y una reemergente participación de los sectores de la filantropía internacional, que reivindicando a la salud como un derecho humano, trazaron como objetivo central "el aprovechamiento de los avances en ciencia y tecnología para reducir la inequidad en salud" poniendo el acento de sus iniciativas en el gasto en vacunas, medicamentos y tecnologías médicas.

Como continuidad del documento "Invertir en salud" del BM, con idéntico título e igual sentido, la comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS emite un documento en el que exhorta a la comunidad internacional a incrementar el financiamiento para el sector salud mediante el aumento presupuestario destinado a este campo por parte de los gobiernos de bajos niveles de ingreso, con aumento de la inversión de parte de los donantes, sugiriendo los enormes dividendos que daría mejorar el paquete de servicios esenciales en dichos países. Al respecto, "La Comisión afirma que la creación de un sistema cercano al cliente (CAC) (sic)... operaría a nivel local, apoyado por programas de ámbito nacional para las principales enfermedades infecciosas, y podría estar integrado por una combinación de proveedores estatales y no estatales de servicios de salud, con financiación garantizada por el Estado".(10)

Producto del mencionado contexto internacional, Naciones Unidas en el año 2000 presentó *Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio*, declaración que expresa el compromiso de los líderes mundiales de afrontar las formas más básicas de injusticia y desigualdad del mundo: la pobreza, el analfabetismo y la mala salud. Relanzando la meta de garantizar medicamentos esenciales en los países periféricos mediante aumentos presupuestarios para dicho fin y la cooperación con la industria farmacéutica. (11)

Anne-Emanuelle Birn (12) dirá que la explosión de asociaciones público-privadas en los últimos decenios del siglo XX, fortalecidas en el período 2000-2002, como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados, harán que la agenda de "salud global" sea un pasaje del "business as usual" propuesto por la agenda de la salud internacional a un

"mucho más negocio de lo habitual".

En contraposición, y como propuesta contra hegemónica, la cumbre del Movimiento de Salud de los Pueblos intentará volver a discutir el sentido de Alma Ata y en el caso de medicamentos sugiere "desmitificar las tecnologías médicas y de salud (incluyendo los medicamentos) y exigir que estén subordinadas a las necesidades de salud de la población."(13)

En América latina, será el período de auge de gobiernos progresistas, durante el cual la discusión de medicamentos cobrará vigor nuevamente. Entrampados entre la voluntad política de ampliar el acceso de la población a los mismos y las fastuosas erogaciones de dinero necesarias ante una industria con funcionamiento oligopólico y rentabilidades por encima de otras áreas productivas, se promoverán diferentes iniciativas nacionales y regionales para encontrar alternativas superadoras que pueden ubicarse dentro de lo que se denominó la agenda del regionalismo pos liberal. Se abría, entonces, una nueva etapa de debates en la ciudadanía sobre los modelos vigentes, las nociones de salud y el rol del medicamento.

SEGUNDA PARTE: EL CASO ARGENTINO.

Período de posguerra.

Las coyunturas globales y regionales serán condiciones ineludibles en el análisis de la trayectoria que las concepciones de salud tuvieron en Argentina. Sin embargo, dicho recorrido exhibe singularidades que explican, a priori, la situación en que este debate se encuentra en la actualidad en el país.

Hasta la década de 1940, las iniciativas de salud estuvieron orientadas por las sociedades de beneficencias. El cuidado de los enfermos se constituía en una actividad caritativa y las instituciones gubernamentales se limitaba al tratamiento de algunas afecciones con preparados medicinales artesanales elaborados en boticas. La Sección de Bacteriología de la Oficina Sanitaria Argentina, a cargo del Dr. Carlos Malbrán, sería la primera institución estatal orientada la formulación de presentaciones farmacológicas en 1883.

La industria Argentina farmacéutica tuvo un impulso marcado recién a partir de la década del 20 del siglo XX impulsada por inmigrantes, quienes constituyeron las primeras empresas privadas del sector con un rol, inicialmente, orientado a la importación de productos desde Europa. (3)

Con el advenimiento del peronismo en 1945, en un marco global de posguerra, se crea el Ministerio de Salud Pública, que orienta esfuerzos a atender la salud desde una perspectiva más integral. El programa sanitario utilizará los elementos de legitimación que representan el acceso a la atención y tratamiento (1) mediante la inversión en estructura hospitalaria y cierto aliento a la práctica liberal del recurso humano médico(4), pero el espíritu del programa estará dado por un proyecto político de ampliación de derechos

sociales, redistribución de la renta y un proceso de sustitución de importaciones que permitirá mejoras sustanciales en las condiciones de vida y de salud de la población

El Estado se asumirá como garante de la salud de las personas y, en materia de medicamentos, creará el “Laboratorio de Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA) con la finalidad de que la población tuviera acceso a medicamentos de buena calidad y bajo costo”, abocado al control de medicamentos de producción nacional pública y privada y de regulación de precios. Por su parte, se ampliaron las actividades del Instituto Malbrán con el objeto de responder a las demandas de sueros, vacunas y productos antibióticos, que llegaría a exportar a Uruguay. (16)

La implementación del Plan Marshall, que condicionó el ingreso de divisas y el desarrollo del modelo de sustitución de importaciones, tal vez pueda explicar que el impulso dado al Instituto Malbrán se detuviera y se fomentara la radicación de empresas internacionales de medicamentos en los últimos años del gobierno peronista.

El derrocamiento del presidente Perón en 1955 abrió una etapa política compleja, que en materia sanitaria estuvo atravesada por la profundización del injerencismo de los organismos internacionales como la CEPAL, la OMS y la OPS. Da cuenta de ello, que la evaluación de la estructura sanitaria argentina que había realizado en 1957 la Comisión de Consultores Internacionales, dependiente de la OPS, fue la base sobre la cual, se dio origen al proceso de descentralización de salud, mediante la transferencia de unidades hospitalarias desde nación a las provincias. (4)

Se promulgó una ley de inversiones extranjeras que facilitó la llegada al país de grandes empresas multinacionales, impulsando que laboratorios nacionales modernizaran sus plantas o firmaran acuerdos de representación con farmacéuticas internacionales para mejorar su eficiencia frente al incremento de la competencia interna, también, se implementó un régimen de actualización semiautomática de precios de medicamentos que permitió la recomposición de la tasa de ganancia del sector. (3)

Conceptos como “planificación”, “administración” y “evaluación”, serían incorporados como parte de un cientificismo médico que, hegemónico en la etapa, sería parte central de los requerimientos para acceder al financiamiento externo, como el fondo de asistencia para el desarrollo social creado por el Acta de Bogotá, e implementado a través del BID. Paradójicamente, este fue el contexto que permitió el ingreso de las ciencias sociales al campo de la planificación en salud. Además, durante ésta etapa se producirían las primeras experiencias de comunitarismo, esbozadas bajo las lógicas de una salud descentralizada y auto-gestionada por las comunidades, que daría lugar a una incipiente participación social en la cuestión sanitaria. (4)

Mientras se promovía mejorar condiciones para

iniciativas privadas desde la agenda del panamericanismo, contrariamente, el gobierno del Dr. Arturo Illia promulgó la Ley Oñativia que estableció fuertes regulaciones a la producción de medicamentos, su comercialización y precios, al tiempo que alentaba la producción pública, entre otros aspectos, que derivaron en una confrontación con el sector privado farmacéutico y, con cierto consenso en la bibliografía, fue determinante en el derrocamiento de su gobierno. Durante dicho gobierno se crearía, además, el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, institución modelo en materia de producción pública de medicamentos hasta nuestros días. (16)

Los 70: El medicamento bajo las reglas del mercado.

La crisis capitalista de mediados de los años 70 inauguró el período de políticas neoliberales en la región. El modelo requería de sociedades desmovilizadas y en la mayoría de los países de América Latina se logró vía golpes militares, siendo Argentina un caso paradigmático. (14)

El terrorismo de Estado también alcanzó a referentes del sanitarismo, especialmente a aquellos que indicaban la inequidad y las condiciones de pobreza como determinantes de la salud. En esta etapa, se profundizó la descentralización de instituciones de salud desde el gobierno central hacia los provinciales, en un proceso de desfinanciamiento que se agudizaría durante los 90. La dictadura dejaría como legado la destrucción de la industria local, el endeudamiento externo y la concentración de la riqueza.

Durante la década de 1980, se debe rescatar la iniciativa que en el gobierno del Dr. Raúl Alfonsín promovió el acceso a medicamentos de los sectores más desprotegidos, mediante el fondo de asistencia que subvencionaba unos 200 productos, suministrados mediante la red hospitalaria pública. Ésta política tuvo una duración acotada, en parte, por las presiones ejercidas por la industria farmacéutica disolviéndose el programa en 1986. (17)

La década del 90, encontrará a Argentina dentro del “Nuevo Modelo Económico Latinoamericano”, construido sobre estándares establecidos en el Consenso de Washington (18). Los ejes de éste, fueron la desregulación de los mercados y el achicamiento del gasto fiscal, de los que la salud y el acceso al medicamento no quedarían exentos. Las transformaciones estructurales de esta etapa, quebrarían el modelo de sustitución de importaciones que sustentó la dinámica del sector farmacéutico durante las décadas anteriores promoviendo nuevas estrategias productivas y comerciales en el sector. (19)

A la reducción y eliminación de barreras arancelarias, se le sumó la liberación de precios con la expectativa de que la libre competencia regulara el precio de los fármacos a la baja, poniendo fin a las políticas intervencionistas. Se estableció un proceso de armonización de normas y estándares de calidad

que derivaron en la conformación de la Autoridad Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la sanción de la ley de patentes y propiedad intelectual y el INPI (Instituto Nacional de Propiedad Intelectual), requerimientos de un contexto globalizador que, a partir de acuerdos internacionales, establecía nuevos marcos que permitieran la circulación internacional de productos. (20)

Entre el año 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujo del 56,9% al 48,5% y la participación de las multinacionales se incrementó del 43,1% al 51,5% (CAEME, 2001). (21) Este proceso de extranjerización y concentración, fue funcional a un aumento de precios de los medicamentos que determinó que Argentina sea el quinto país más caro del mundo en este rubro. Sin embargo, durante esta etapa y en pos de dar respuesta a las serias dificultades para acceder a productos medicinales de parte de la población, en numerosas jurisdicciones provinciales y municipales, se reactivaron instituciones de producción pública de medicamentos. (21)

Para el año 2002, en Argentina, tras una década de neoliberalismo (22) se observó un 57,5% de pobres y un 27,5% de indigentes, mientras que el desempleo era del 24,1% y el subempleo alcanzaba 18,6%, lo que determinó una retracción de la población con cobertura de obras sociales y prepagas aumentando el gasto de bolsillo que las familias destinaban a salud, representando los medicamentos el 73% del éste. Tobar señala que *“Casi el 23% de los hogares informó que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. De ellos un 44% afirmó que la razón era “falta de dinero” para pagar los medicamentos.”*(20)

Fue partir del año 2002, y como consecuencia de la profunda crisis social, cuando Argentina abrió debates en muchos campos que habían quedado clausurados durante la hegemonía neoliberal. El campo de la salud y el del medicamento en consecuencia, adquirió un lugar preponderante.

CONCLUSIONES

Las políticas de medicamentos implementadas en Argentina durante el período analizado en el presente trabajo, experimentó profundos vaivenes.

Por un lado, vemos que en el momento comprendido desde 1945 hasta mediados de la década del 60, se jugaron tensiones de dos miradas, la primera de ellas que entendió al estado en un rol activo respecto a la política de medicamentos debido a su condición de bien social; y otra que favoreció el desarrollo del sector privado en consonancia con una mirada del medicamento como un bien de mercado.

Una segunda etapa, en la que el contexto hegemó-

nico de la racionalidad neoliberal propició un marco de acceso a los medicamentos ligados a los intereses privados que el Estado incentivó, podemos observar que la comprensión del medicamento fue la de mercado, en tanto bien de consumo. De todas maneras, podemos notar un pequeño paréntesis en la política llevada a cabo durante la gestión presidencial de Alfonsín, con la creación del Fondo de Asistencia a Medicamentos.

Como se puede observar a lo largo de la etapa analizada existieron continuidades y rupturas entre los preceptos de los organismos internacionales y aquello que sucedía en el territorio nacional. Las políticas de medicamentos (y las nociones de salud que las fueron acompañando) no estuvieron signadas por políticas de estado a largo plazo -a pesar de que haya habido intentos de esto-, sino más bien, fueron el reflejo de la posición de los gobiernos de turno. Tal situación, cristaliza una falta de consenso sobre la salud y el rol de los medicamentos a nivel político.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menendez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005;; p. 9-32.
2. Birn AE, Richter J. El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. Medicina Social. 2016;; p. 135-152.
3. Campins M, Pfeiffer A. La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010). Anuario Centro De Estudios Económicos De La Empresa Y El Desarrollo. 2018.
4. Ramacciotti KI. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina. Rev Cienc Salud. 2014;; p. 85-105.
5. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2002;; p. 128-136.
6. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. SAÚDE DEBATE. 2018;; p. 315-327.
7. Organization TPAH. The Pan American Health Organization. 2012..
8. Expertos. OMDISSdMelduCd. Organización Mundial de la Salud. 1977..
9. Mundial B. Banco Mundial. [Online].; 1993 [cited 2019 octubre. Available from: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282>

- 171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf.
10. 100.OMS. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. In ,2002; Ginebra.
11. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2005 [cited 2020 Febrero. Available from: https://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf.
12. Birn AE. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panama Salud Publica*. 2011.
13. Pueblos AplSdl. Declaración para la Salud de los Pueblos. In ; 2000; Bangladesh.
14. Stolkiner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*. 2010;; p. 89-95.
15. Ordoñez MA. Ramón Carrillo, El Gran Sanitarista Argentino. *Electroneurobiología*. 2004;; p. 144-147.
16. Ramacciotti KI, Romero LA. Capacidades de investigación y regulaciones estatales sobre medicamentos en la Argentina (1946-2014). In IX Jornadas de Sociología de la UNLP; 2016; La Plata: Actas publicadas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
17. NOVICK, Susana. "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989". En: 7. DOMÍNGUEZ M O N, A et alt.. 2000.Página 41.
18. Katz J, Stumpo G. Regímenes Competitivos sectoriales, productividad y competitividad internacional. *Serie Desarrollo Productivo, Naciones Unidas*. 2001.
19. Abrutzky R, Godio C, Bramuglia C. Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario CEEED*. 2010;; p. 59-90.
20. Tobar F. Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. ; 2004.
21. Román V, Di Salvo T. LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA: NOTAS PARA SU ANÁLISIS. *SaberEs*. 2010;; p. 73-93.
22. Maceira D. Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. ; 2009.
23. Godio C, Abrutzky R, Bramuglia C. INSTITUTO ARGENTINO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO. [Online].; 2017 [cited 2020 enero. Available from: <http://www.iade.org.ar/noticias/la-salud-como-bien-social>.
24. Sanahuja JA. Del "regionalismo abierto" al "regionalismo post-liberal". Crisis y cambio en la integración regional en América Latina.

USO DE MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES: ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO.

USE OF DRUGS AND POTENTIALLY INAPPROPRIATE PRESCRIPTIONS IN AUTONOMOUS OLDER ADULTS: A DESCRIPTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY.

Autores: Mariane Lutz ^a, Jonathan Fernández ^b, Marcelo Arancibia ^c

a Mariane Lutz: Químico Farmacéutico, Magister en Nutrición Humana. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

b Jonathan Fernández: Químico Farmacéutico. Farmacia privada, Valparaíso, Chile.

c Marcelo Arancibia: Médico Cirujano. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile

Autor de correspondencia:

Mariane Lutz.

E-mail: mariane.lutz@uv.cl

Dirección postal:

Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Angamos 655, Oficina 1124, Reñaca, Viña del Mar, Chile.

Recibido: 01/04/2020

Aceptado: 28/04/2020

RESUMEN

Los adultos mayores (AM) presentan multimorbilidad y son vulnerables a las consecuencias de la polifarmacia, incluyendo las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI). El objetivo del estudio fue caracterizar a un grupo de AM de un centro de atención primaria de Chile, conocer su terapia farmacológica y pesquisar posibles interacciones medicamentosas. Se realizó un estudio transversal que incluyó a AM del programa Más AM Autovalentes. Se aplicaron instrumentos de recolección de datos y se revisaron sus fichas clínicas, describiendo sus condiciones socioeconómicas, clínicas y uso de medicamentos. Para detectar PPI se aplicaron los criterios de Beers. Se incluyeron 18 AM (94% mujeres), la mayoría con un bajo nivel socioeconómico. Las principales enfermedades crónicas fueron cardiovasculares y endocrino-metabólicas. El 66,7% presentó polifarmacia. Las PPI se relacionaron principalmente a fármacos antidepresivos, antipsicóticos y antiinflamatorios. Las PPI se asocian especialmente a comorbilidades de patologías crónicas, lo que hace necesario monitorizar permanentemente la respuesta de los AM a la terapia administrada.

PALABRAS CLAVE: Anciano; Farmacología; Polifarmacia.

ABSTRACT

Older adults (OA) exhibit multimorbidity and are vulnerable to the consequences of polypharmacy, including potentially inappropriate prescriptions (PIP). The aim of the study was to characterize a group of older adults attending a public primary health center in Chile, examine their drug therapy and detect possible PIP. We conducted a descriptive cross-sectional study, including the OA attending the More Autonomous OA Program. Data collecting instruments were applied and the clinical records were revised, describing their socio-economic and clinical conditions and the use of medicines. To detect PIP the Beers' criteria were applied. Eighteen OA (94% women) were included, most of them with low socio-economic level. The main chronic diseases were cardiovascular and endocrine-metabolic; 66.7% presented polypharmacy and PIP were mainly related to the use of antidepressants, antipsychotics and anti-inflammatory drugs. PIP are associated to the comorbidities of chronic diseases, which makes it mandatory to monitor constantly the response of OA to the administered therapy.

KEYWORDS: Aged; Pharmacology; Polypharmacy.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores (AM) constituyen un grupo poblacional creciente a nivel global. La población envejece a un ritmo acelerado, y se espera que en 2030 este segmento supere el 20% del total (1). En Chile, la clasificación de AM aplica a toda persona de 60 años o más, sin diferencia por sexo (Ley N°19.828). El último censo poblacional (2017) arrojó que constituyen un 16,2% de la población, con 18,8% en la Región de Valparaíso (2). Se estima que un 22,1% de los AM en esta Región se encuentra en situación de pobreza multidimensional, cifra que supera el promedio nacional (20,7%) (3).

El Ministerio de Salud chileno reconoce a los AM como un grupo heterogéneo que envejece según las experiencias vividas y la condición socioeconómica y cultural. Este proceso se ve influenciado por las políticas públicas a las que tiene acceso (4). Se han generado diversos programas estatales dirigidos a los AM, acordes a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, incluyendo el Programa "Más AM Autovalentes" (+AMA), intervención promocional y preventiva que incluye actividades grupales de educación, salud y autocuidado, bajo el enfoque de atención de salud integral y comunitaria ejecutado en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de atención primaria de salud y las juntas vecinales (5).

La última Encuesta Nacional de Salud (6) chilena reveló que un 73% de los AM tiene sospecha de hipertensión arterial (HTA), un 30% presenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el 10% reporta haber tenido al menos un infarto agudo al miocardio (IAM) o un accidente cerebrovascular (ACV), mostrando aumentos desde la encuesta previa. La Encuesta de Calidad de Vida del AM (7) estableció que las patologías más prevalentes son HTA (64%), dislipidemias mixtas (36%), enfermedades reumatológicas (31%), DM2 (28%), insomnio (23%), alteraciones visuales (17%), IAM (13%) y enfermedades pulmonares crónicas (13%).

Los AM presentan una alta comorbilidad, reflejada en su terapia farmacológica, llevando a la mayoría a la polifarmacia, cuya definición más común es el uso simultáneo de cinco o más medicamentos y, si este número es exagerado, puede ser un indicador de mortalidad (8). La condición se describe como un "mal necesario" en los AM con fragilidad (9). La definición no considera la adecuación de la prescripción de varios fármacos para tratar múltiples enfermedades (10) que, aunque se justifica en las comorbilidades, representa una serie de riesgos (11), particularmente por potenciales interacciones (12). Adicionalmente, la polifarmacia no solo debería considerar los medicamentos utilizados en la terapia farmacológica, sino también los de venta directa, los suplementos alimentarios y los productos herbarios tradicionales (13).

Los riesgos asociados a la terapia incluyen las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI), con efectos indeseados que superan el beneficio clínico, o que pueden causar reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad, causando daño, mayor hospitalización, más gastos en salud y menor adherencia terapéutica, entre otros (12,14–17).

La Encuesta de Calidad de Vida del AM (7) mostró que 39% de los AM consume de 3 a 5 medicamentos y 17% más de 6, cifras mayores a la encuesta previa. La gerontología identifica a la polifarmacia como un síndrome geriátrico (18), potenciado por la fragilidad (19,20). Las PPI y/o el uso de medicamentos cuyo consumo puede llevar a la utilización de otros fármacos, generan una "cascada de prescripción" que empeora la condición, al indicarse nuevos fármacos para contrarrestar los síntomas causados por los ya administrados (21,22); estas son responsables de una alta proporción de hospitalizaciones en AM (23), otra razón para reconocerlas y lograr prevenirlas oportunamente.

El uso de fármacos en AM debería considerar los cambios del envejecimiento, que afectan la farmacodinamia y la farmacocinética (22,24), incluyendo su absorción, distribución, metabolismo y eliminación, que pueden aumentar su vida media (25). Asimismo, los AM presentan una sensibilidad distinta a los fármacos, principalmente aquellos que actúan a nivel de sistema nervioso central y/o cardiovascular (ampliamente usados en AM), incluso presentando RAM no reportadas para otros grupos etarios y/o reacciones paradójicas (26).

Los AM constituyen un grupo de extrema precaución en el uso de medicamentos y el curso de su farmacoterapia, lo que llevó a establecer criterios de prescripción adecuada, como los de Beers (27), que buscan prevenir las RAM, las interacciones medicamentosas o la generación de cascadas de prescripción inapropiadas (28,29). A nivel de atención primaria de salud, el estudio de PPI es escaso. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue caracterizar sociodemográfica y clínicamente a la población de AM adscritos al Programa +AMA de un centro de salud de Valparaíso, Chile, caracterizando su terapia farmacológica y pesquisar las posibles interacciones medicamentosas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el CESFAM Reina Isabel II (Valparaíso, Chile) entre abril y octubre de 2018. La muestra consideró sujetos de 60 años o más, de ambos sexos, que aceptaron participar mediante consentimiento informado. El trabajo contó con la aprobación del Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Chile (Acta N°029/2017).

Procedimientos

A través de entrevistas individuales se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, ingresos económicos, situación del hogar, dificultades en la vida diaria), clínicos (enfermedades, cirugías, estado nutricional, hábitos y nivel de dependencia según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (30) y sobre el uso de medicamentos, suplementos alimentarios y hierbas, datos corroborados en las fichas clínicas. Para detectar PPI se aplicaron los criterios de Beers (29) validados (31), que establecen tres categorías: 1. Inapropiados, que siempre deben evitarse; 2. Potencialmente inapropiados, que deben evitarse en ciertas enfermedades o síndromes, y 3. Los que deben ser utilizados con precaución, en los cuales el beneficio podrá compensar el riesgo en algunos pacientes.

Para evaluar interacciones de medicamentos, se utilizó la base de datos Lexicomp (32), aplicando las recomendaciones: 1. Evitar combinar dos fármacos;

2. Considerar el cambio de la terapia; y 3. Monitorizar la terapia. Para estimar las posibles interacciones se utilizó la fórmula $[(n-1)2+(n-1)]/2$, donde "n" es el número de medicamentos consumidos por el paciente. Se estimó la proporción de polifarmacia según consumo de 5 o más medicamentos.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando proporciones y medias con desviación estándar (DE). Los datos se analizaron el programa estadístico Stata 16 (StataCorp, Texas, Estados Unidos).

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 18 participantes, con una edad promedio de $71,1 \pm 5$ años. Un 94,4% (n=17) fueron mujeres. Todos presentaron un ingreso económico mensual inferior a 250 USD. En la Tabla 1 se resume su descripción sociodemográfica.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de los participantes.

| Variable | | Proporción (número absoluto o media (desviación estándar)) |
|-----------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nivel educacional | Ninguno | 5,5% (1) |
| | Primario | 50% (9) |
| | Secundario | 38,8% (7) |
| | Superior | 5,5% (1) |
| Estado civil | Soltera | 22,2% (4) |
| | Casada | 38,8% (7) |
| | Divorciada | 5,5% (1) |
| | Viuda | 33,3% (6) |
| Número de personas que habitan el hogar | | 3,4 ($\pm 1,7$) |
| Fuente de ingreso económico | Pensión solidaria | 33,3% (6) |
| | Jubilación laboral | 33,3% (6) |
| | Apoyo familiar | 11,1% (2) |
| | Pensión de gracia | 11,1% (2) |
| | Pensión de orfandad | 5,5% (1) |
| | Pensión por enfermedad | 5,5% (1) |

Las enfermedades más frecuentes fueron de la esfera cardiovascular y endocrinológica (HTA e hipotiroidismo). Casi la totalidad exhibió alteraciones de la vida diaria asociadas a ver y en menor proporción a caminar. En la

Tabla 2. Descripción clínica de los participantes.

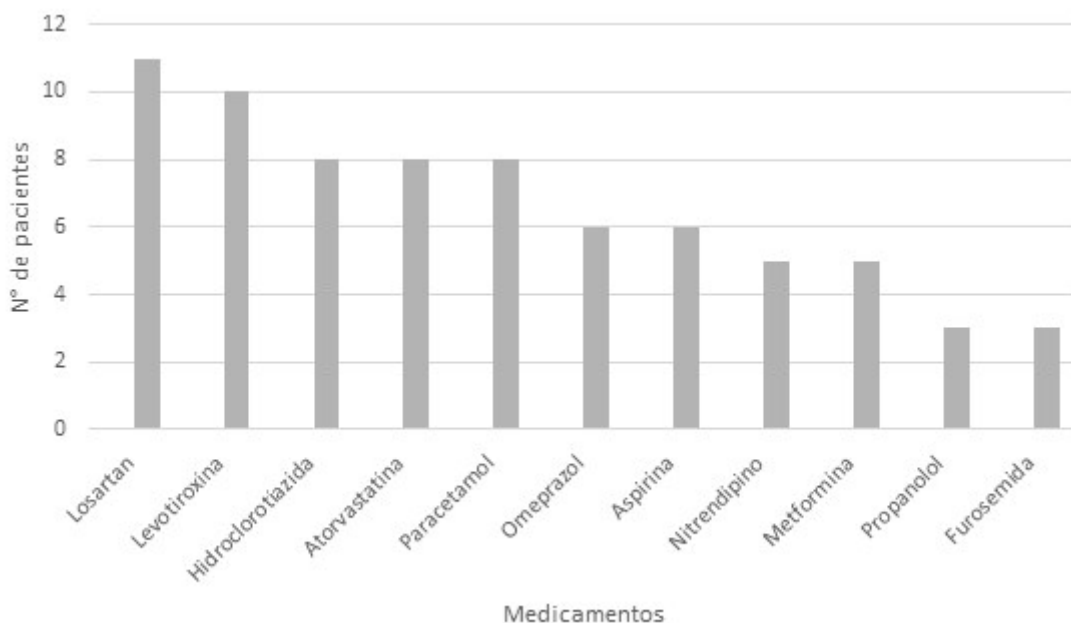
| | Variable | Proporción (número absoluto) |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| Condiciones de riesgo y enfermedades no transmisibles | HTA | 88,8% (16) |
| | Hipotiroidismo | 55,5% (10) |
| | LDL alto | 50% (9) |
| | Triglicéridos altos | 38,8% (7) |
| | IAM/ACV | 27,7% (5) |
| | Insulinorresistencia | 27,7% (5) |
| | DM2 | 27,7% (5) |
| | Osteoartritis | 27,7% (5) |
| | Síndrome de intestino irritable | 22,2% (4) |
| | trastorno depresivo mayor | 16,6% (3) |
| | Anemia | 11,1% (2) |
| | Glaucoma | 11,1% (2) |
| Antecedentes quirúrgicos | Colecistectomía | 50% (9) |
| | Histerectomía | 16,6% (3) |
| | Apendicectomía | 11,1% (2) |
| Dificultades en la vida diaria | Asociadas a ver | 94,4% (17) |
| | Asociadas a caminar | 55,5% (10) |
| | Asociadas a oír | 38,8% (7) |
| Hábitos | Consumo de alcohol | 27,7% (5) |
| | Consumo de tabaco | 5,5% (1) |
| | Práctica de actividad física | 61,1% (11) |
| Dependencia | No | 77,7% (14) |
| | En riesgo de dependencia | 11,1% (2) |
| | Leve | 11,1% (2) |
| Estado nutricional | Bajo peso | 11,1% (2) |
| | Normopeso | 38,8% (7) |
| | Sobrepeso | 44,4% (8) |
| | Obesidad | 5,5% (1) |

Se detectó un total de 119 medicamentos utilizados, con $6,2 \pm 2,9$ fármacos por AM. Un 66,6% (n=12) utilizó una hierba, 11,1% (n=2) utilizó suplemento de colágeno y 5,6% (n=1) suplemento de calcio. Un 66,6% (n=12) presentó polifarmacia. En la Tabla 3 se muestra una descripción del uso de fármacos, suplementos y hierbas.

Tabla 3. Uso de fármacos, suplementos y hierbas en los participantes.

| Tipo de fármacos | Proporción (número absoluto) |
|-----------------------------|------------------------------|
| Hipotensores | 94,4% (17) |
| Hierbas | 66,7% (12) |
| Hormona tiroidea | 55,6% (10) |
| Hipolipemiantes | 55,6% (10) |
| Analgésicos | 55,6% (10) |
| Antirreflujo | 44,4% (8) |
| Hipoglicemiantes | 33,3% (6) |
| Antiagregantes plaquetarios | 33,3% (6) |
| Antidepresivos | 22,2% (4) |
| Antialérgicos | 22,2% (4) |
| Hipnóticos | 16,7% (3) |
| Ansiolíticos | 16,7% (3) |
| Ácido fólico | 11,1% (2) |
| Suplementos de colágeno | 11,1% (2) |
| Antianémicos | 11,1% (2) |
| Suplementos de calcio | 5,6% (1) |
| Inmunosupresores | 5,6% (1) |
| Antigotosos | 5,6% (1) |
| Antieméticos | 5,6% (1) |
| Antineoplásicos | 5,6% (1) |
| Antiparkinsonianos | 5,6% (1) |

Los fármacos más frecuentemente usados se muestran en el Gráfico 1. Se determinó un total de 416 posibles interacciones medicamentosas. Entre las más importantes destacaron: sulfato ferroso y levotiroxina, fluoxetina y amitriptilina, fluoxetina y clorpromazina y sertralina y aspirina.

**Gráfico 1.** Fármacos más usados por los participantes.

El 44,5% (n=8) de los AM presentó alguna PPI en su farmacoterapia, asociada a ansiolíticos (n=2), antidepresivos (n=2), analgésicos (n=2), antialérgicos (n=1) e hipnóticos (n=1). Las PPI observadas fueron principalmente de dos tipos: corticosteroides con antiinflamatorios no esteroideos (prednisona + diclofenaco) y uso simultáneo de antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos, o cada uno de ellos con más de dos medicamentos. A un paciente se le prescribió conjuntamente fluoxetina, amitriptilina, clorpromazina y clonazepam, lo cual está contraindicado por medicación inadecuada. Las RAM reportadas se muestran en la Tabla 4

Tabla 4. RAM reportadas por los participantes en el estudio.

| Medicamento | RAM | Proporción | Medida tomada |
|------------------------|---------------------------|------------|----------------------------------------------------|
| Atorvastatina | Taquicardia | ND | Suspensión del fármaco por el paciente |
| Atorvastatina | Náuseas | 7% | Continuación de tratamiento por RAM autolimitada |
| Enalapril | Tos | 4% | Se cambia el fármaco por losartán |
| Gemfibrozilo | Dolor abdominal | 22% | Suspensión del fármaco por el paciente |
| Gemfibrozilo | Dispepsia | 10% | Prescripción de omeprazol |
| Metformina | Malestar gástrico | 25% | Disminución de la dosis a la mitad por el paciente |
| Nitrendipino | Hipotensión | 32% | Suspensión del fármaco |
| Prednisona | Subida de peso | ND | -- |
| Sulfasalazina | Diarrea profusa | <1% | Suspensión del fármaco |
| Sulfato ferroso | Malestar gastrointestinal | >10% | Se cambia el fármaco por fumarato ferroso |

ND = no definido/no registrado

DISCUSIÓN

Este estudio analizó el consumo de fármacos de los AM del programa +AMA de un CESFAM en Valparaíso, Chile. La muestra estuvo conformada por personas con una edad media superior a 70 años, casi en su totalidad por mujeres y en su mayoría con un nivel educacional primario o secundario y un ingreso económico bajo. Las enfermedades más prevalentes fueron las de la esfera cardiovascular, mientras que los grupos farmacológicos más usados fueron hipotensores, hormona tiroidea e hipolipemiantes. Aunque todos se clasifican como autovalentes, el 11,1% (n=2) se encontraba en dependencia leve y 11,1% (n=2) en riesgo de dependencia.

Todos los participantes eran personas activas en su vida diaria. El 50% presentó sobrepeso u obesidad, cifra bajo el promedio nacional, que alcanza un 77% (6). En los AM cambia la composición corporal, disminuyendo la masa muscular y aumentando la grasa visceral. Esto afecta la farmacodinamia de los fármacos lipofílicos, como la mayoría de los psicotrpicos, que tienen un mayor volumen de distribución,

conduciendo a menores niveles plasmáticos y mayor vida media en los AM con fragilidad, a la inversa de lo que sucede con los fármacos hidrofílicos (20). Además, la reducción de masa ósea, agua corporal total, motilidad intestinal, albúmina sérica (con aumento de fármaco libre circulante), así como de la tasa metabólica basal, determinan la relevancia de una alimentación adecuada (33).

El 66,7% presentó polifarmacia, valor que supera la media nacional (7). Ello predispone a PPI, por el uso de fármacos con frecuencia o duración mayor a la indicada, algunos de la misma clase y efectos adversos que superan el beneficio (15). Un alto número de pacientes presentó HTA, lo que podría asociarse a envejecimiento en el sistema cardiovascular, así como a la disminución de la función renal o pulmonar (34). La cantidad de AM con hipotiroidismo puede asociarse a la alta presencia de mujeres, cuyos factores de riesgo incluyen la edad y la menopausia (35). Le siguen enfermedades metabólicas como DM2 y dislipidemias, en aumento en los últimos años, asociadas a estilos de vida. El grupo presentó en promedio 5 patologías por AM, lo que coincide con lo descrito a

nivel nacional (6,7).

Una prescripción farmacológica adecuada se basa en la evidencia de su eficacia, costo-efectividad y tolerancia (36). Las PPI representan un problema importante en los AM con múltiples condiciones crónicas; en efecto, casi la mitad del grupo estudiado mostró alguna PPI, lo que alerta acerca del estricto monitoreo farmacológico que debe tenerse en este grupo etario. Entre las PPI observadas destaca la de corticoesteroides con antiinflamatorios no esteroidales (prednisona con diclofenaco), en que puede aumentar el riesgo de úlcera péptica y hemorragia digestiva, por lo que es recomendable prescribir protección gastrointestinal en caso de utilizarlos (37). Además de los medicamentos, los AM consumen hierbas medicinales, suplementos alimentarios y otros como terapias complementarias, algunas de las cuales pueden interactuar con los fármacos (38). Aun cuando se han descrito otras modalidades de evaluación de PPI en AM, los criterios de Beers son una herramienta clínica útil para mejorar la terapia; sin embargo, no reemplazan al criterio clínico (39) que, junto con la experiencia del tratante y la mejor evidencia disponible, son los pilares de la práctica clínica basada en la evidencia.

Los fármacos más utilizados en el grupo estudiado concuerdan con las patologías más comunes: múltiples hipotensores, levotiroxina y atorvastatina. El 7% de los tratados con atorvastatina presentó náuseas, y no se reportó taquicardia, una complicación frecuente. La metformina de liberación inmediata produce malestar gástrico y las formas de liberación prolongada disminuyen este efecto. También se producen interacciones sinérgicas deseables, como la combinación de hipotensores con distinto mecanismo de acción (antagonistas de angiotensina II junto con bloqueadores de canales de calcio o diuréticos). Por otra parte, los AM que usaron clorpromazina no presentaban patologías psiquiátricas severas, sino que fue indicada como hipnótico para el insomnio (dosis bajas). En relación con las benzodiazepinas, se recomienda evitar las de acción prolongada, debido a que la función metabólica está reducida, y pueden existir alteraciones a nivel central y farmacodinámico que exponen a los pacientes por más tiempo al efecto sedante o a efectos paradójicos, como con los fármacos Z (zolpidem) (40). En cuanto a los antiinflamatorios no esteroidales, se aconseja evitar el uso de inhibidores de ciclooxigenasa 2 no selectivos, por aumento del riesgo de sangrado gástrico y úlcera péptica, y los de la familia del celecoxib, debido al aumento del riesgo cardiovascular (41). Asimismo, se desaconseja el uso de todos los medicamentos con propiedades colinérgicas potentes, por su efecto sobre el sistema nervioso central, que se asocia a confusión, delirium y caídas (42).

En relación a las interacciones medicamentosas, en el caso de sulfato ferroso con levotiroxina el paciente observado consumía ambos en ayuno simultáneamente, lo cual puede disminuir la absorción de la levotiroxina (43) y se minimiza al administrarlos en horarios diferentes. En la combinación de fluoxetina y amitriptilina existe el riesgo de síndrome serotoninérgico maligno (44), y aun cuando no se trata de un

cuadro frecuente, debe ser contemplado. En el caso de fluoxetina y clorpromazina, la fluoxetina inhibe el CYP2D6, principal sistema metabolizador de clorpromazina, aumentando su potencial toxicidad (45), y en la combinación de sertralina y aspirina, la sertralina puede aumentar el efecto de los antiplaquetarios, interfiriendo su activación (46). En suma, se detectó polifarmacia y diversas PPI, que se suman a interacciones farmacológicas, la “*tríada iatrogénica*” de riesgo en la medicación de AM (47).

El grupo de AM observado es una muestra pequeña, por lo que los hallazgos deben evaluarse en este contexto. No obstante, pueden representar en alguna medida a los usuarios del programa +AMA que se aplica en todas las comunas del país. El estudio muestra la necesidad de analizar las intervenciones farmacológicas y aconsejar a cada paciente acerca de las posibles interacciones medicamentosas y otros elementos que utilicen como terapia, monitorizar las respuestas con frecuencia y prescribir el cambio o cese oportuno de un tratamiento cuando la respuesta observada pone al paciente ante un nuevo riesgo.

Agradecimientos:

Trabajo financiado por el Proyecto “Diseño de un sistema de preparaciones alimentarias saludables para adultos mayores autovalentes: piloto de entrega en CESFAM Reina Isabel II de la Ciudad de Valparaíso”, PMI UVA 1401 - GERÓPOLIS: Modelo de educación, salud y territorio: enfrentando la desigualdad en la tercera edad de la Ciudad Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Ageing and health [Internet]. Geneva; 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Instituto Nacional de Estadísticas (Chile). Censo de la población de Chile 2017. Santiago; 2018.
3. Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. Informe de Desarrollo Social 2018 [Internet]. Santiago; 2018. Available from: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Development_Social_2018.pdf
4. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores. Santiago; 2014.
5. División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales (Chile). Orientación técnica programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Santiago; 2015.
6. Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria (Chile). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago; 2017.

7. Subsecretaría de Previsión Social del Gobierno de Chile. Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. Santiago; 2018.
8. Gómez C, Vega-Quiroga S, Bermejo-Pareja F, Medrano MJ, Louis ED, Benito-León J. Polypharmacy in the elderly: A Marker of increased risk of mortality in a population-based prospective study (NEDICES). *Gerontology*. 2015;61(4):301–9.
9. Wise J. Polypharmacy: A necessary evil. *BMJ*. 2013;347:f7033.
10. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003;20(11):817–32.
11. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: Population database analysis 1995-2010. *BMC Med*. 2015;13(1):74.
12. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate polypharmacy and medicine safety: When many is not too many. *Drug Saf*. 2016;39(2):109–16.
13. Nahin RL, Pecha M, Welmerink DB, Sink K, Dekosky ST, Fitzpatrick AL. Concomitant use of prescription drugs and dietary supplements in ambulatory elderly people: Clinical investigations. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1197–205.
14. Castañeda-Sánchez O, Valenzuela-García B. Análisis de costos de la polifarmacia en ancianos. *Atención Fam*. 2015;22(3):72–6.
15. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: A narrative review. *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(12):1185–96.
16. Wimmer BC, Cross AJ, Jakanovic N, Wiese MD, George J, Johnell K, et al. Clinical outcomes associated with medication regimen complexity in older people: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(4):747–53.
17. Zavala J, Terán M, Nava M, Pineda M, de la Mata M. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam*. 2018;25(4):141–5.
18. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2008;19(4):309–17.
19. Cullinan S, O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S. Use of a frailty index to identify potentially inappropriate prescribing and adverse drug reaction risks in older patients. *Age Ageing*. 2016;45(1):115–20.
20. Hilmer SN, Wu H, Zhang M. Biology of frailty: Implications for clinical pharmacology and drug therapy in frail older people. *Mech Ageing Dev*. 2019;181:22–8.
21. Pastó-Cardona L, Masuet-Aumatell C, Bara-Oliván B, Castro-Cels I, Clopés-Estela A, Pàez-Vives F, et al. Estudio de incidencia de los errores de medicación en los procesos de utilización del medicamento: prescripción, transcripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. *Farm Hosp*. 2009;33(5):257–68.
22. Bruin-Huisman L, Abu-Hanna A, van Weert HCPM, Beers E. Potentially inappropriate prescribing to older patients in primary care in the Netherlands: A retrospective longitudinal study. *Age Ageing*. 2017;46(4):614–9.
23. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(6):759–70.
24. Hubbard RE, O'Mahony MS, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69(3):319–26.
25. Tan JL, Eastment JG, Poudel A, Hubbard RE. Age-related changes in hepatic function: An update on implications for drug therapy. *Drugs Aging*. 2015;32(12):999–1008.
26. Andres TM, McGrane T, McEvoy MD, Allen BFS. Geriatric pharmacology: An update. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(3):475–92.
27. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med*. 1991;151(9):1825–32.
28. Antonio C, Carmelinda R, Beatrice G, Giuseppina D, Grazia CM, Elena Z, et al. The prevention of adverse drug reactions in older subjects. *Curr Drug Metab*. 2011;12(7):652–7.
29. Fick D, Semla T, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, DuBeau CE, et al. American geriatrics society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616–31.
30. División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago; 2012.
31. Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas JJ, Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(3):375–85.
32. Wolters Kluwer. Lexicomp [Internet]. Available from: <https://www.wolterskluwercdi.com/lexicomp-online/>
33. Lutz M, Petzold G, Albala C. Considerations for the development of innovative foods to improve nutrition in older adults. *Nutrients*. 2019;11(6).

34. Paneni F, Diaz Cañestro C, Libby P, Lüscher TF, Camici GG. The aging cardiovascular system: Understanding it at the cellular and clinical levels. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(15):1952–67.
35. Vanderpump. The epidemiology of thyroid disease. *Br Med Bull.* 2011;99:39–51.
36. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age Ageing.* 2008;37(2):138–41.
37. Wongrakpanich S, Wongrakpanich A, Melhado K, Rangaswami J. A comprehensive review of non-steroidal anti-inflammatory drug use in the elderly. *Aging Dis.* 2018;9(1):143–50.
38. Agbabiaka TB, Spencer NH, Khanom S, Goodman C. Prevalence of drug-herb and drug-supplement interactions in older adults: A cross-sectional survey. *Br J Gen Pr.* 2018;68(675):e711–7.
39. Steinman MA, Beizer JL, Dubeau CE, Laird RD, Lundebjerg NE, Mulhausen P. How to use the American Geriatrics Society 2015 Beers criteria - A guide for patients, clinicians, health systems, and payors. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(12):e1–7.
40. Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. *J Psychiatry Neurosci.* 2015;40(3):E27–8.
41. Mallen SR, Essex MN, Zhang R. Gastrointestinal tolerability of NSAIDs in elderly patients: A pooled analysis of 21 randomized clinical trials with celecoxib and nonselective NSAIDs. *Curr Res Med Opin.* 2011;27(7):1359–66.
42. Zhang X, Zhou S, Li X, Zhou W, Zhou Y, Cui Y, et al. Anticholinergic and sedative medications exposure in older patients: A cross-sectional study. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(5):1152–8.
43. Shakir KMM, Chute JP, Aprill BS, Lazarus AA. Ferrous sulfate-induced increase in requirement for thyroxine in a patient with primary hypothyroidism. *South Med J.* 1997;90(6):637–9.
44. Spina E, Scordo MG. Clinically significant drug interactions with antidepressants in the elderly. *Drugs Aging.* 2002;19(4):299–320.
45. Barygin OI, Nagaeva EI, Tikhonov DB, Belinskaya DA, Vanchakova NP, Shestakova NN. Inhibition of the NMDA and AMPA receptor channels by antidepressants and antipsychotics. *Brain Res.* 2017;1660:58–66.
46. Yuet WC, Derasari D, Sivoravong J, Mason D, Jann M. Selective serotonin reuptake inhibitor use and risk of gastrointestinal and intracranial bleeding. *J Am Osteopath Assoc.* 2019;119(2):102–11.
47. Novaes PH, da Cruz DT, Lucchetti ALG, Leite ICG, Lucchetti G. The “iatrogenic triad”: Polypharmacy, drug–drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(4):818–25.



Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:



www.facebook.com/aequusmf



[aequusmf](https://www.instagram.com/aequusmf)



[@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)



fundacionaequus.wordpress.com

Atención Primaria y pandemia por COVID19 en Argentina: de la invisibilidad a la necesidad de protagonismo.

Autor: *Patricio Jorge Cacace^a*.

^a*Médico de Familia. Presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General.*

Contacto: *pcacace@gmail.com*

Al momento en que este artículo se publique, los números y estadísticas que se transcriben más abajo seguramente estarán desactualizados frente al vertiginoso avance global de la pandemia por el coronavirus COVID19 iniciada a comienzos de 2020. El registro global nos indica por el momento alrededor de 3.5 millones de personas afectadas, 2.1 millones cursando la infección, 1.1 millones de pacientes recuperados, y 250 mil fallecidos. Al mismo tiempo para la Argentina, sin contar con datos estadísticos del todo equiparables -dado entre otras cuestiones que distorsionan el universo que se pretende comparar por la baja cantidad de tests realizados por millón de habitantes, y sin haber arribado aun a la época invernal en la que se espera el pico máximo de incidencia de los virus respiratorios-, los números nos indican para esos mismos grupos alrededor de: 4700 afectados, 3100 infectados activos, 1350 recuperados, y 250 fallecidos. De todas formas los números son abrumadores desde donde se los mire. Su análisis despierta muchas conjeturas y cuestionamientos sobre el origen del problema, sobre las diferentes y variadas estrategias sanitarias implementadas a nivel mundial para su abordaje (con resultados dispares), y un futuro incierto en el que se espera encontrar a la máxima brevedad posible una vacuna y/o un tratamiento seguro y eficaz para erradicar al virus.

El proceso de evolución de la pandemia se continúa mostrando dinámico y muy fluctuante a nivel global, lo mismo ocurre con las vertiginosas medidas sanitarias que se deciden implementar en diferentes países en un contexto de plena incertidumbre buscando mitigar el crecimiento y la expansión de la infección ganando tiempo al “aplanar la curva” para permitir la adaptación y adecuación de los servicios de salud para evitar su colapso.

En medio de todo esto observamos con preocupación la invisibilidad que ha tenido hasta el momento la Atención Primaria de la Salud (APS) dado que la gran mayoría de las medidas sanitarias diseñadas e implementadas fueron concebidas desde la perspectiva tradicional salubrista del hospitalocentrismo con una medicina sesgada centrada en la enfermedad y en la sofisticación tecnológica instrumental. No solo restando así protagonismo e ignorando la función y capacidad de acción y resolución de la atención primaria y sus equipos de salud; sino además, centralizando y depositando las expectativas, las

inversiones en el sector, y la esperanza -tanto de políticos, autoridades sanitarias y de la población en general-, principalmente, en la cantidad de camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y respiradores (mecanismos de ventilación externos) disponibles en el país. Nadie niega que esto último es indispensable de considerar estos momentos, sino todo lo contrario: hay que trabajar en esa línea y garantizar el acceso equitativo a dichos servicios para los pacientes que eventualmente lo puedan necesitar, pero debemos también recordar que según la evidencia disponible tan solo alrededor del 5% de los infectados sintomáticos requerirán de ese tipo cuidados.

Por lo tanto, es necesario volver a poner en la agenda sanitaria el rol primordial de la atención primaria, al margen de sus ya características acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se deben reformular la continuidad de los servicios y cuidados de la salud en este particular contexto, teniendo plena certeza de que los problemas sanitarios cotidianos “no COVID19” requieren de nuestra atención y de un abordaje respaldado científicamente en el “deshospitalocentrismo” y en el “desmedicalocentrismo”. Dicho de otra forma, estamos frente a una pandemia sin precedentes cursando la fase de transmisión comunitaria de la infección y, frente a esto, las respuestas desde las políticas y la gestión sanitaria deben, indefectiblemente, construirse desde y con una perspectiva comunitaria; es decir, transformar la medicina centrada en la enfermedad en una medicina centrada en la comunidad, garantizando y dando respuestas desde la base de la pirámide de complejidad creciente en que se organizan los sistemas de salud con los Centros de Atención Primaria (CAPs) y sus equipos multidisciplinarios (integrados por médicos, enfermeros, psicólogos, agentes sanitarios, trabajadores sociales, etc.) como protagonistas. El presente no es solamente “coronavirus”; en lo cotidiano, al abrir la puerta del consultorio nos seguimos encontrando con la demanda ambulatoria que generan nuestros pacientes en diferentes temas: por ejemplo, en salud materno infantil (control embarazo, control de salud de los niños, inmunizaciones, síndrome febril, rash cutáneos, gastroenterocolitis, etc.), en salud sexual y reproductiva (anticoncepción, ILE, infecciones, ETS, etc.). Por si fuera poco, en la Argentina tampoco podemos sacar de entre nuestras prioridades la epidemia de dengue ni el resurgimiento del sarampión, entre otros de los problemas sanita-

rios cotidianos. Ni hablar de la imperiosa necesidad de contener, monitorear y preservar en óptima condición clínica a aquellos grupos incluidos dentro de la considerada “población de riesgo” para infección por COVID19, pacientes con: Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT: enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer y enfermedad respiratoria crónica); enfermedades inmunodepresivas, renales, hepáticas, sanguíneas y los adultos mayores (grupo particularmente vulnerable en los que se debe preservar la autonomía y los vínculos sociales jaqueados desde hace un mes por la cuarentena). Todos estos grupos se caracterizan por su alta demanda de cuidados y por la necesidad de continuidad de sus tratamientos crónicos.

Los CAPs han implementado, a la fecha, diversas medidas de reorganización y de adaptación al nuevo contexto pandémico, buscando -como se mencionó anteriormente, mantener el contacto comunitario y la atención de la temática “no COVID19” y colaborando también activamente en contener la demanda de sintomáticos respiratorios coordinando su circulación hacia los niveles de complejidad creciente; de forma tal, que los hospitales puedan optimizar la utilización de sus recursos y también llegar a su máxima eficiencia dedicándose exclusivamente a los pacientes que realmente lo necesitan. Con esta línea de trabajo definida, los CAPs transformaron sus acciones diarias: se cancelaron las visitas programadas no urgentes, se armaron circuitos de atención de demanda espontánea diferenciada para separar en sala de espera a los sintomáticos respiratorios priorizando a los grupos de riesgo, se implementaron circuitos de gestión administrativa para prácticas y recetas vía telefónica y correo electrónico, además, - dentro de las posibilidades y recursos tecnológicos disponibles en cada efector del sistema- se ha empezado a trabajar con la modalidad de consultas virtuales on-line por diferentes plataformas que van desde la mensajería móvil hasta softwares de telemedicina. Ahora es tiempo de volver al trabajo extramuros, saliendo de los CAPs a buscar a los grupos vulnerables de nuestra comunidad para ayudarlos a transitar este camino y estar atentos a sus necesidades.

Desafortunadamente, vemos que otros países han decidido un camino opuesto errando la estrategia al cerrar CAPs para reasignar a sus trabajadores a hospitales, unidades modulares o centros asistenciales de campaña armados en grandes galpones y gimnasios donde se piensa brindar atención exclusiva a pacientes COVID19 de sintomatología leve a moderada. De más está decir que esta reorganización del sistema asistencial es al menos cuestionable, ya que, por un lado se deja sin atención ni contención a los ya mencionados “no COVID19”, acelerando así, el colapso global del sistema sanitario y, por otro lado, se arma una estructura que demandará no solo una gran cantidad insumos médicos y de profesiona-

les de la salud para su funcionamiento, sino también, de personal de otros rubros que incluyen maestranza, fuerzas de seguridad, gastronomía, etc. trabajando 24 horas los 7 días de la semana. Estas estrategias terminan consumiendo, en el mediano plazo, una gran inversión de recursos (económicos y humanos, vale recordar que ambos son finitos y más en este contexto) para mantenerse operativas y todavía no cuentan con evidencia sólida suficiente que permita dilucidar si la gran mayoría de los pacientes que se albergarán allí no es mejor que reciban cuidados ambulatorios o domiciliarios realizando controles periódicos en los CAPs. Es necesario también tener presente, que este aglutinamiento de pacientes COVID19 puede transformarse -si no se toman los máximos recaudos de bioseguridad disponibles, con equipamiento, guías y protocolos de actuación bien definidos- en un verdadero polvorín como foco de contagio y diseminación del virus entre pacientes, sus familiares y/o cuidadores, todos los trabajadores de la salud que allí se desempeñan y el resto del personal que permite mantenerlos operativos. Además, todo esto es riesgoso también por el aglutinamiento de integrantes de varios equipos de salud para ponerlos a trabajar todos juntos de un día para otro. Todos sabemos que es más que complejo armar verdaderos equipos interdisciplinarios que actúen sincrónicamente compartiendo objetivos y métodos organizativos y asistenciales. Existen riesgos y, más aún, en situaciones de estrés que pueden condicionar la efectividad y seguridad de sus acciones.

Merece un párrafo aparte poner de manifiesto la imperiosa necesidad de cuidar a los trabajadores de la salud en todos los niveles asistenciales. Los países que tienen mayor número de fallecidos en la pandemia son los mismos en los que, desafortunadamente, más del 15% de los contagiados son integrantes de equipos de salud e incluso se cuentan ya varios fallecidos entre ellos. Los aplausos espontáneos que la población ofrece cotidianamente por las noches son una caricia al alma para los que se levantan todos los días y salen a trabajar por su vocación de servicio. Pero permítanme decirlo claramente: no alcanza; o como me dijo un colega: “Yo no quiero ser mártir, quiero volver a mi casa y poder abrazar a mis hijas”. No por egoísmo ni por soberbia, sino porque necesitamos, nosotros y nuestros seres queridos, tener la tranquilidad que al llegar a nuestro lugar de trabajo (en un CAP o en una UTI, da lo mismo) tendremos a disposición todo el material de protección necesario y suficiente para nosotros y nuestros compañeros y que, de ser necesario, contaremos con las pruebas de diagnóstico para no pasar a ser nosotros los que contagiamos a nuestros pacientes y familiares. Necesitamos que las autoridades garanticen la provisión de insumos médicos, de limpieza y de bioseguridad necesarios y, fundamentalmente, de los Equipos de Protección Personal (EPP) adecuados para desempeñar nuestro trabajo en condiciones

seguras y tranquilas. El cuidado de los trabajadores de la salud debe priorizarse para darle sustentabilidad a la cadena de servicios y cuidados de la salud en todos sus niveles, si no aplanar la curva no tendrá sentido.

Por último, ya estamos enfrentando las consecuencias de la respuesta excepcional que representó la cuarentena (técnicamente denominada “aislamiento social, preventivo y obligatorio”) con sus ya sabidas y padecidas disrupciones en nuestra vida cotidiana, familiar, laboral y social; registrando un aumento de consultas en las que surgen situaciones de violencia de género, violencia familiar junto a diagnósticos de ansiedad y depresión, entre otros problemas de salud emergentes. Asociado a esto, también empezamos a percibir las consecuencias de la pandemia en la macroeconomía global, en las microeconomías del país y en la de las propias familias. Debemos estar muy atentos para contener y dar apoyo a los problemas sociales que surjan de todo esto (desempleo, pobreza, etc.).

Por todo lo mencionado previamente, este contexto debe permitirnos reposicionar, revalorizar y redefinir a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a más de 40 años de la Conferencia de la OMS en Alma Atta. Debemos lograr que esa atención sea comprendida como primordial (la más importante de todas) y comunitaria (para y con la comunidad garantizando su derecho a la salud); que los decisores políticos, los académicos, y el público en general entiendan de una buena vez los beneficios de tener una red de servicios resolutiva y sólida en el primer nivel, lo cual, es esencial para hacer sostenible y eficiente al conjunto del sistema de salud y, de esta forma, lograr el cambio cultural para que las inversiones en salud deban destinarse principalmente a la base de la pirámide y así garantizar servicios de calidad y accesibles para todos. Debemos lograr cambios significativos en las dotaciones estructurales de los CAPs, en las diferentes formas de precariedad laboral que los trabajadores de la salud enfrentamos, en las formas de orientación y organización de los servicios y actividades del primer nivel y en los mecanismos de retroalimentación y comunicación con los otros efectores del sistema. Parafraseando a la OMS, en lo que sostenía hace 12 años, con todo lo que ha pasado en ese tiempo y con el nuevo escenario que nos trajo la pandemia por COVID19, HOY VERDADERAMENTE LA ATENCIÓN PRIMARIA ES MAS NECESARIA QUE NUNCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan. Geneva: WHO; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 Strategy update. Geneva: WHO; 2020.
3. Brunat D. El sabio de la atención primaria: “España ha optado por el hospitalocentrismo”. El Confidencial [Internet].2020 [citado el 2 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-sistema-sanitario-amando-martin-zurro_2534099/
4. Cheng MP, Papenburg J, Desjardins M, et al. Diagnostic Testing for Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Coronavirus-2: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2020; [citado el 13 abril 2020]. doi: <https://doi.org/10.7326/M20-1301>
5. Cadenas JF, Valdés I. Sanitarios y sindicatos denuncian “el desastre” del gran hospital de campaña de Ifema. El País [Internet].2020 [citado el 31 de marzo 2020]. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-30/sanitarios-y-sindicatos-denuncian-el-desastre-del-gran-hospital-de-campana-de-ifema.html>
6. Nacoti M, Ciocca A, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* [Internet].2020 [citado el 21 de marzo 2020]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Geneva: WHO; 2008.

Reseña del libro “Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia”.

Autores: Giorgio Agamben, Slavoj Žižek, Jean Luc Nancy, Franco “Bifo” Berardi, Santiago López Petit, Judith Butler, Alain Badiou, David Harvey, Byung-Chul Han, Raúl Zibechi, María Galindo, Markus Gabriel, Gustavo Yañez González, Patricia Manrique y Paul B. Preciado.

Comentador: Pablo Saracho^a

a Médico de familia en formación. Plan Cordobés de radicación de médicos en el interior, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Holmberg, Córdoba, Argentina.

Autor de correspondencia:

Pablo Saracho^a.

E-mail:

pablosaracho90@gmail.com



Sopa de Wuhan (1) es una recopilación de textos que fueron publicados en diferentes portales de internet entre el 26 de febrero y el 28 de marzo del 2020 en relación al Covid-19. Los autores son pensadores y pensadoras contemporáneos de diferentes países (Alemania, Italia, Francia, España, EEUU, Corea del Sur, Eslovenia, Bolivia, Uruguay y Chile) todos reconocidos a nivel mundial.

Los textos presentan un variado panorama sobre las posibilidades de interpretación en relación a la declarada pandemia y oscilan, en muchos casos, entre posiciones diametralmente opuestas. Es lógico esperar, ante una situación que se desarrolla a tanta velocidad y afectando los más diversos ámbitos de la vida humana, que los ensayos de explicaciones y proyecciones a futuro sean tan variados como los que aquí se presentan. Se trata, después de todo, de interpretar el presente que, como sabemos, cambia a cada momento y se resiste a ser comprendido. La situación se presenta, de hecho, como un problema de salud, pero solo inicialmente es interpretado de esta manera. Con el paso del tiempo se advierten nuevas aristas que exigen nuevas explicaciones. La pandemia se extiende rápidamente, no solo a otros países si no también a otros aspectos de la realidad que entran en juego. La concepción de la salud, y por tanto de la enfermedad, como una intersección (de realidades físicas, psicológicas, sociales, económicas, etc.) se hace aquí evidente de una manera vertiginosa. Un virus, una enfermedad, desencadena preguntas que caen inmediatamente por fuera de la bio-lógica e infecta lo político, lo económico, lo moral: entra en juego con la totalidad del ser humano. La praxis médica está familiarizada con esas dimensiones de la enfermedad como lo expresa, desde mediados de 1950, la definición de salud adoptada por la OMS. El paradigma mecanicista tradicional que concibe al cuerpo humano únicamente como máquina (y que por lo tan-

to puede romperse y arreglarse) fue dando lugar al nuevo paradigma “bio-psico-social” como fundamento para abordar la enfermedad. ¿Será este momento el entramado de un nuevo paradigma médico? Como dice Jean-Luc Nancy: “hay una especie de excepción viral que nos pandemiza”. El enfoque sanitario que el estado de pandemia nos empuja a aceptar, excede lo nacional y hace pensar en la limitación y el alcance de las políticas públicas sanitarias enmarcadas dentro de el territorio.

En vista de estas dificultades, los autores establecen un diálogo entre el presente y algunas claves de pensamiento histórico, sociológico, político y filosófico que los llevan a distintas conclusiones, desde decir que esta epidemia no tendrá ninguna consecuencia política significativa (Badiu), hasta plantear el fin del capitalismo y la posibilidad de un nuevo tipo de comunismo global (Zizek), pasando por posturas como las del sur coreano Byung-Chul Han que evidencia una gradual transición hacia nuevas formas de control social representada por los modelos de sociedad asiática, principalmente la China y la Sur-Coreana; “China podrá vender ahora su Estado policial digital como un modelo de éxito contra la pandemia. China exhibirá la superioridad de su sistema aún con más orgullo. Y tras la pandemia, el capitalismo continuará aún con más pujanza”. Algunos filósofos piensan

que todavía es pronto para establecer conclusiones. Pero esta recopilación de textos es, sin duda, un material valioso, al menos, para comenzar o continuar pensando una situación que ha afectado todos los rincones de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berardi F, López Petit S, Butler J, et al. *Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Primera edición. ed. Amadeo P, editor.: ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio; 2020.

Disponible en :

https://drive.google.com/file/d/1tShaH2j5A_9n9cWl6mhxtaHiGsJSBo5k/view?fbclid=IwAR2yyZXK3w5riZKujJpkfIAicceOCQnHQKtlnQkuDzHW3aUja8CYenWI_lg

Un virus que desnuda.

Autor: Ezequiel López.

Coordinador del grupo WONCA sobre Salud de los Trabajadores

E-mail: ezequielopez@gmail.com

El COVID-19 se caracteriza por presentar síntomas leves, como dolor de garganta, tos y fiebre. La enfermedad puede ser más grave en algunas personas y provocar neumonía o dificultades respiratorias, e incluso la muerte.

Pero además de todo eso, ese virus te desnuda.

Porque uno de todos los efectos que tiene el tristemente célebre Coronavirus, es su capacidad para desnudar todo lo que toca.

Este virus es capaz de desnudar la desesperación del sistema de salud cuando tiene una emergencia, cuando el pánico nos invade ante una situación desconocida y no sabemos qué hacer. No es casualidad que aquellos países que ya habían pasado por eventos similares fueron algunos de los que mejor respondieron a esta pandemia. Y no es casualidad que aquellos países que mejor respondieron a esta situación hayan sido los que apostaron más a medidas de atención primaria de la salud que a la adquisición de respiradores.

Los sanitaristas nos han enseñado durante años acerca de esa extraña comunidad donde ocurrían grandes cantidades de accidentes automovilísticos en la curva de un acantilado y la solución que encontraron fue hacer un hospital en la base del acantilado donde caían los autos, en lugar de poner un guardrail o baranda de contención arriba, en la curva del acantilado. El Coronavirus desnuda que nadie los escuchó, y la actualidad nos encuentra construyendo hospitales en cada hueco de cada barrio en lugar de implementar medidas de testeo, prevención y atención primaria que han sido eficaces “guardrails comunitarios”, en los países que los han utilizado.

Desnudó a todos los sistemas de salud, y ha sido especialmente virulento en este sentido. Y los desnuda tan completamente, que permite ver para que fueron diseñados, para que están pensados y preparados, qué es lo que pueden y no pueden hacer. Todas sus limitaciones quedan a la vista en cuestión de días. Identifica como nadie, cuales son sistemas y cuales tan solo limosnas.

Ha desnudado a la educación, o mejor dicho la falta de ella. De la misma manera que lo hace con el sistema de salud, nos permite ver para que fueron pensados, y paradójicamente hoy nos muestran que no ha habido mucho pensamiento en su confección. Nos muestra que contamos con una serie de medidas y recomendaciones para enviarle a una parte de la población que no comprende lo que le decimos.

Despiadadamente ha desnudado a la economía. Ha desnudado incluso a los bancos. Los desnudó un poco más todavía, mostrando cómo son sus actitudes, mostrando egoísmos y falta de solidaridad y planificación. Negada a comprender que puede perder, la economía en algunos lugares, se presenta aletargada y torpe para esgrimir respuestas a una situación inédita.

Desnudó a algunos gremios que se olvidaron de los demás, que se olvidaron lo de siempre, de dar antes de recibir. Quedan expuestos, todo un striptease, como siempre.

Ha desnudado a una parte de la sociedad que aplaude médicos durante la noche y a otra que los espanta durante el día. Ha desnudado a una parte de la sociedad que nos ha regalado a los médicos los elementos de protección personal que nos faltan. Desnuda la solidaridad. La necesidad de las relaciones personales, de los afectos, de la familia y del amor. De valorar lo que tenemos y lo que no necesitamos.

Incluso es capaz de desnudar a la cuarentena misma, la cual ha demostrado tener tan poca equidad como muchas de las cosas que suceden dentro del ecosistema sanitario, demostrando que no todas las sociedades resisten o están hechas para una medida de este tipo. El conurbano bonaerense no está hecho a pruebas de cuarentenas, apenas soporta la realidad.

Desnuda a las asociaciones médicas, algunas prontas para las preguntas y respuestas y algunas lentas de reflejos.

Necesitamos reflejos ágiles como los de Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la Argentina, cuando sentenció “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.

Este microbio se ha encargado de mostrarnos las grandes causas inmediatamente. Aun así, no debemos desfallecer en el intento, al decir de otro sabio como Rudolf Virchow, la herramienta para combatir desde los microbios hasta las enfermedades sociales también tiene un potencial sistémico, es la medicina misma, porque “La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala.”

La política también nos depara algunas sorpresas, tan nuevo y tan desnudador ha resultado este pobre microbio que hasta los políticos empiezan a quedar en evidencia al hablar en radio y televisión porque nunca pensaron excusas y monólogos para algo así. Pobres, ya no saben qué decir, la anosmia que produce el virus no les permite olfatear qué es lo políticamente correcto para agregar a sus repetidos discursos, ni siquiera atinan a bajarse los sueldos. Este microbio evidentemente los conoce a todos. Incluso, como esas volteretas del destino, dignas del cine, el Coronavirus se ha encargado de llevar al hospital y mostrarles quien es, a aquellos mandatarios que se encargaban de defenestrarlo en algunos países.

Desnuda lo mejor y lo peor de cada sociedad. Iguala a toda la sociedad como la mayoría de las enfermedades, e intenta devolvernos más humanos.

Nos desnuda a todos y nos deja frente a un espejo que saca afuera todo lo bueno y todo lo malo que tenemos. El espejo más potente, el espejo de la realidad.



Conocé nuestro sitio web
www.fundacionmf.org.ar



Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

E EVIDENCIA

Revista online de actualización en la práctica ambulatoria.



PROFAM

Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria líder en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica.

MF SALUD

Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general.

SAN PANTALEÓN

Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Boulogne.

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria



PROPUESTA ACADÉMICA

Aprovechá el año y pasate a la
modalidad a distancia



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

¡Te acercamos nuestras propuestas!

Curso superior universitario de Medicina familiar y práctica clínica ambulatoria.

Curso universitario de Medicina familiar y práctica clínica ambulatoria.

Curso de Demanda espontánea.

Curso PROFAM Niños.

Curso de intervenciones en cesación tabáquica.

Curso de Cuidados paliativos en atención primaria.