

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 18 | NÚMERO 1 | MAR 2021



ISSN 1668-8341
CÓRDOBA- ARGENTINA

Editorial

La Medicina Familiar en la era de la telemedicina.

Fernando Coppolillo.

Médico Especialista en Medicina Familiar y General.

Ex presidente FAMFYG. Ex Vicepresidente CIMF-Wonca

Miembro del Equipo Editorial de Revista Archivos de Medicina Familiar y General.

Pandemia Mundial de Sars-Covid19. La adversidad se convirtió en desafío. Los desafíos impulsaron una transformación. Y somos entonces protagonistas de un cambio de época.

Las sociedades del mundo se enfrentaron en este tiempo a múltiples desafíos: contener la amenaza del colapso de los servicios de cuidados intensivos ante la incidencia abrupta de una infección respiratoria desconocida; descubrir e investigar, con una velocidad nunca vista, tratamientos médicos y vacunas para mitigar la expansión mundial de un nuevo coronavirus; gestionar los efectos sociales y económicos de un mundo paralizado por un método medieval de contención de enfermedades como es la cuarentena.

Y en todos los campos sociales esta adversidad ha dado impulso a una aceleración de procesos que se venían insinuando desde hacia tiempo: la digitalización de las cosas. El distanciamiento físico establecido por un método sanitario medieval, paradójicamente nos hizo dar un salto al futuro. Las actividades sociales, educativas, comerciales, recreativas, laborales y sanitarias se vieron rápidamente transformadas por la irrupción del uso generalizado de los sistemas de información y telecomunicación. La sociedad se adaptó utilizando los medios digitales: el comercio electrónico, el tele-trabajo, la generalización de la educación a distancia, las plataformas de entretenimiento por streaming, los servicios de tele-atención (entre ellos la telemedicina) también se abrió camino.

Pero te propongo hacer un alto en la secuencia para analizar el proceso que llevo a la generalización de la telemedicina. Sabemos que la telemedicina es la prestación de servicios sanitarios a distancia, valiéndose de tecnologías de la comunicación y la información. El importante desarrollo de estas tecnologías durante los últimos veinte años hizo que la atención de los equipos de salud fuera acompañando el proceso. Desde la mensajería instantánea hasta las videollamadas, las historias clínicas digitales, las plataformas de educación e información, la “nube de información”, la digitalización de imágenes fueron incorporándose paulatinamente a nuestra práctica. Se fueron vinculando a distancia los equipos de salud entre ellos y con sus pacientes. Se fueron conociendo las mejores prácticas, los mejores métodos y los efectos de su buena utilización. Y paulatinamente se fue sistematizando este vínculo a través de tecnologías de información y telecomunicaciones. Muchos sistemas de salud comenzaron a regular y legislar acerca del ejercicio profesional a distancia. En la Argentina la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina (ACTRA) impulsó las primeras recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación¹ acerca de las buenas prácticas en la teleasistencia de pacientes en el año 2019. Si bien la Telemedicina no reemplaza los cuidados presenciales, contábamos con evidencias acerca de su efectividad en el manejo de personas con diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca.

Desde marzo de 2020 a la fecha la generalización del uso de la telemedicina fue una respuesta social al distanciamiento social. Nuestra especialidad también se encontró en la expansión de su uso. Cobró relevancia en la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de infección SARS-Covid19, así como en la continuidad de atención de pacientes con enfermedades crónicas, potenciada por la reciente regulación de la práctica de recetas electrónicas y digitales (Ley 27.553). De la mensajería instantánea a las grandes plataformas de telemedicina, hemos recorrido un camino vertiginoso, con muchos aprendizajes. Nuestra práctica se fue transformando y lo seguirá haciendo,

siguiendo las megas tendencias sociales. Encontró un complemento muy útil en la telemedicina. Requiere en cada uno de nosotros, la suficiente flexibilidad y pensamiento crítico para reformular nuestras creencias, aprender nuevas destrezas y generar conocimiento alrededor de las nuevas prácticas de cuidados a distancia.

La telemedicina puede convertirse en un instrumento de equidad, derribando barreras de acceso a los servicios de salud. Las tecnologías de comunicación han permeado todos los grupos sociales, independientemente de los ingresos, sistemas de financiamiento y cobertura de salud. Para la medicina familiar es una gran oportunidad para potenciar y generalizar los cuidados casa por casa, familia por familia. Es una oportunidad para generar grupos colaborativos interdisciplinarios, sin barreras geográficas, que potencien el conocimiento y la capacidad de resolución de los problemas de salud de una comunidad.

Mi maestro Julio Ceitlin, cuando era residente, nos enseñaba un juego de palabras que caracterizaba nuestra especialidad “High Tech, High Touch”. El toque humano de nuestro enfoque centrado en la persona, con una perspectiva biopsicosocial, acompañado de las tecnologías del conocimiento científico, la información y la comunicación. Esa frase hoy a cobrado más sentido que nunca, como si se tratara de una profecía. La medicina familiar tiene en la Telemedicina un campo fértil donde expandir sus horizontes y su conocimiento. Este es un nuevo desafío para nuestra especialidad.

¹https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf

Índice



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19.

SÁNCHEZ DUQUE, J A; GÓMEZ-GONZÁLEZ, J F; CORTÉS-LÓPEZ, V; Y COLS.....PAG. 5-9

ACTUALIZACIONES BREVES

CANNABIS PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

ANTACLE, A; ERBETTA, F; FERRO, M.....PAG 10-12

ARTÍCULO ORIGINAL - INVESTIGACIÓN

INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES VIRALES EN UNA CENTRAL DE EMERGENCIAS: estudio de cohorte retrospectiva.

GRANDE RATTI, M F; HERRERA, A G; ROVEGNO, L; Y COLS.....PAG. 13-20

ENSAYO

OBESIDAD, UNA MIRADA DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA.

PERESINI, V; HUNZIKER, C I.....PAG. 21-29

ARTÍCULO DE OPINIÓN

COMUNICACIÓN EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR.

BUSTAMANTE MARTINETTO, G N; BARICHELLO, F; BLACONA, D.....PAG. 30-41

ARTÍCULO ESPECIAL

¿POR QUÉ SE CERRARON ESCUELAS ANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19?

GRUPO DE TRABAJO DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE FAMFYG.....PAG.42-43

Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19.

Humanization of Critical Medicine and Intensive Care: A call for action amid and beyond COVID-19.

Autores: José F. Gómez-González¹, Valentina Cortés-López², Lenin Y. Basante-Muñoz², Katherine Gaviria-Zuluaga³, Mariana Blanco-Betancur⁴, Jorge A. Sánchez-Duque^{4,5}.

Afiliaciones:

1. Departamento de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira - Clínica Los Rosales, Pereira, Risaralda, Colombia.

2. Enfermera profesional, especialista en Auditoría en Salud, Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.

3. Enfermera profesional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre, Pereira, Risaralda, Colombia.

4. Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia. Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda, Colombia.

5. Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

Contacto: Jorge A, Sánchez Duque.
jorandsanchez@utp.edu.co

Recibido: 05/09/2020.

Aceptado: 15/12/2020.

RESUMEN

En las últimas décadas, secundario al desarrollo científico y tecnológico, las prácticas de la medicina crítica y los cuidados intensivos se han caracterizado por alcanzar una mayor supervivencia asociada a prácticas poco humanizadas, la cual se enfoca de forma exclusiva en el manejo de una patología, dejando un vacío en importantes aspectos característicos de cada paciente y su familia. Actualmente, durante la pandemia de SARS-CoV-2, la implementación de prácticas de humanización para el paciente gravemente enfermo y sus familiares es una necesidad imperiosa para los sistemas de salud.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la Atención de Salud; Cuidados Críticos; COVID-19; SARS-CoV-2.

ABSTRACT

In recent decades, due to scientific and technological development, the practices of critical care and intensive medicine have been characterized by achieving greater survival associated with practices that are not very humanized, which focuses exclusively on the management of a pathology leaving a gap in the aspects that are important for patients and relatives. Currently, during the SARS-CoV-2 pandemic, the implementation of humanization practices for the seriously ill patient and their families, it is a pressing need for health systems.

KEYWORDS: Quality of Health Care; Critical Care; COVID-19; SARS-CoV-2.

CONTEXTO

El advenimiento de nuevos avances científicos y tecnológicos en el cuidado de la salud ha generado un aumento en la supervivencia de la población, o más específicamente, una prolongación de la vida desde un 30% hasta un 90%, según el grado de desarrollo de cada país¹⁻⁴. Esta revolución tecnológica ha generado un fenómeno multifactorial de deshumanización de la práctica sanitaria, donde se ha provocado un distanciamiento de los aspectos que nos caracterizan como seres humanos¹⁻⁴. La necesidad de humanización se evidencia en múltiples ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales, y no solo en el campo de la salud, sino en muchas otras profesiones¹⁻³. No obstante, su aplicación tiene mayores implicaciones en salud, por lo cual, existen numerosos debates relacionados con la atención médica y la humanización, que, según la Real Academia Española (RAE), proviene de “humanizar”, que significa: “Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”⁴⁻⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor, donde el objetivo principal es conocer su opinión y el grado de satisfacción para ajustar el servicio ofertado a expectativas y necesidades reales⁷⁻⁹. La satisfacción del beneficiario en relación con la atención recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo, en este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales en salud han asumido que lograban satisfacer las necesidades de los enfermos sobre una base de estándares y valoraciones profesionales que podían o no coincidir con las prioridades del paciente⁸⁻¹⁰. De esta manera, la opinión del enfermo sobre lo que realmente compensaba su condición clínica y emocional fue desconocida y poco considerada durante muchos años⁶⁻¹⁰.

Hoy en día, el concepto de humanización se refiere al abordaje integral de cada paciente donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales¹⁻⁶. Desde esta perspectiva, se entiende que para humanizar en salud es necesario un compromiso que logre englobar numerosos ámbitos: asistencial (cuidado y cuidador), ético, cultural, de competencias profesionales (comunicación, habilidades) e incluso de ambiente (espacios, bienestar, calidez). Por el contrario, la deshumanización significa despersonalización, y pone al proceso patológico como único objetivo de actuación sanitaria^{1-6,11}. De esta manera, aunque por lo general, el sistema de salud es bueno, no puede ser considerado excelente hasta que se considere el llamado “Cuidado De Lo Invisible” (CDLI), es decir, no solo la condición patológica, sino también el compromiso psicológico generado en pacientes, familiares y profesionales de la salud³⁻⁷.

UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) nace cuando

se establece que los pacientes graves están mejor cuidados, agrupándolos en un área hospitalaria especializada y diseñada específicamente para personas críticamente enfermas, con alto riesgo de mortalidad y que requieren monitorización e intervención dirigida y permanente con el fin de modificar desenlaces clínicos^{7,12,13}.

El enfermo que se encuentra en una UCI diariamente se ve expuesto a distintas terapias necesarias para su recuperación, las cuales son vividas de manera distinta por cada paciente, por esta razón, algunos procedimientos rutinarios asociados al cuidado del paciente crítico, como los cambios de posición, cambio de pañal, el baño diario o la succión de fluidos por el tubo orotraqueal durante las terapias respiratorias pueden ser tormentosos para el paciente; mientras que en otros, su mayor miedo es no poder expresar cómo se sienten, no poder opinar sobre lo que habla el personal de salud o no tener una respuesta a sus dudas^{2,7}. De esta manera, el CDLI configura un conjunto de procesos subjetivos y aparentemente invisibles, que son determinantes para la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos. En contraparte, su desconocimiento genera un vacío en la aproximación terapéutica, que finalmente conlleva a una pérdida de la vocación del personal de sanidad^{1,2,7,12}.

Los pacientes que ingresan a UCI abandonan sus roles en la sociedad (familia, trabajo) para ingresar a un ambiente ruidoso, extraño y hostil, la mayor parte del tiempo privados de contacto con sus familiares, adoptando un papel pasivo donde dependen de equipos médicos y personal de salud, los cuales, constantemente les recuerdan la gravedad de su condición y la posibilidad de su muerte^{8-10,13}. Estas vivencias generan un impacto adicional al clínico, uno emocional, el cual se caracteriza por sensación de miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia, frustración, estrés, soledad, pérdida de dignidad y dependencia, por referir algunos⁶⁻¹⁰.

El resultado de la interacción en estas situaciones causa una de las mayores dificultades de la medicina moderna, llamada “deshumanización”, la cual es secundaria a la pérdida de la relación médico-paciente y la tecnificación del servicio. Por esta razón, no debemos olvidar que los enfermos críticos necesitan, además de su manejo médico, un enfoque holístico de su condición donde se busque el máximo bienestar físico, social y mental, e incluso, el de sus familiares y el del personal que allí labora, es decir, el CDLI^{4,7-9,13}. Conocer estas necesidades y entender las experiencias de cada uno de los implicados genera una estancia menos traumática y agiliza la recuperación, proceso establecido en el cuidado crítico, desde el 2001, como “Medicina Centrada en el Paciente (MCP)”^{14,15}.

Por las características especiales de los enfermos críticos (frecuentemente sedados y sin capacidad para comunicarse), cobra vital importancia la participación activa de sus familiares, quienes son considerados como “representantes” o “interlocutores válidos” ante los profesionales sanitarios para la recepción de noticias sobre la evolución del enfermo, pues son quienes

en muchos casos, tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a la salud del paciente¹³⁻¹⁵. Igualmente, los familiares se enfrentan a una compleja situación, pues súbitamente, un ser querido se encuentra gravemente enfermo, lo que les lleva a la incertidumbre de su supervivencia o el desarrollo de secuelas de su enfermedad¹⁴. Esta situación suele desestructurar el entorno que les rodea, obligándoles a adaptarse a una nueva realidad, donde requieren disponibilidad permanente relegando así sus propias necesidades¹⁵.

Otro importante aspecto a considerar en el paciente críticamente enfermo es el síndrome post-cuidado intensivo (PICS), el cual ha sido descrito tanto para pacientes (PICS-P) como en familiares (PICS-F)¹⁰⁻¹³. El PICS-P afecta al 30%/50% de los pacientes, y engloba secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático), las cuales impactan de forma negativa a la calidad y pronóstico de vida. El PICS-F genera secuelas principalmente a nivel psicológico y social, que en muchas ocasiones son olvidadas, convirtiéndolos en una población vulnerable que puede ameritar tratamiento⁴. Por esta razón, se han generado múltiples propuestas con el fin de prevenir el PICS, dentro de las cuales destacan, la flexibilización en los horarios de visita para mayor presencia y participación de la familia, mejoras en la comunicación, medidas de bienestar del paciente, una adecuación humanizada de la arquitectura de las unidades, capacitaciones constantes para profesionales en salud y personal entrenado en el manejo del PICS, e incluso realizar cartas de condolencia para familiares en caso de muerte^{1,2,10,11,13}.

HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La actual emergencia mundial ocasionó una brecha en la tríada atención paciente-médico-familiar, debido a las medidas de protección (guantes, mascarillas, gafas o pantalla protectora y bata impermeable) y aislamiento requeridas para evitar la infección del personal de salud y la comunidad en general¹⁵⁻¹⁸. Para empeorar la situación, si acontece el deceso, el cuerpo sin vida será tratado con recomendaciones especiales (no retirar dispositivos invasivos como sondas, catéteres, tubos endotraqueales o drenajes) para evitar aerosoles ambientales, incluso, en algunas regiones del mundo no se permitirá a los familiares tener contacto con el cuerpo, sino que, algunos días después le entregarán las cenizas de su familiar^{17, 19}.

Diversas estrategias de humanización en tiempos de pandemia han sido implementadas en algunos países del mundo. En México¹⁹, se describe la importancia de colocar una fotografía de cada profesional de la salud sobre su tórax para que el paciente identifique quién le está tratando, además, detallan un protocolo para realizar videollamadas entre familiares y pacientes aislados, especialmente aquellos en condiciones críticas o aquellos que están al final de la vida¹⁹. En España²⁰, aquel paciente en etapa final de vida tiene un miembro del personal de enfermería a su cargo,

quien realiza el proceso de acompañamiento al paciente (cuidados físicos, psicológicos y espirituales) y a sus familiares mediante llamadas telefónicas (buscan abordar dudas e inquietudes, describiendo al detalle la situación de la persona agónica para facilitar el futuro proceso de duelo)²⁰. En Italia²¹, se dispone de sesiones de musicoterapia, e incluso, se permite a pacientes críticos tener sus dispositivos móviles personales para que su contacto con el medio externo no se pierda y pueda realizar algunas llamadas limitadas, escribir y recibir correos, así también, como utilizar sus redes sociales como estrategia para conservar su energía personal y seguir conectada al mundo²¹. En Argentina²², mujeres en trabajo de parto, menores de edad, o personas con problemas mentales o discapacidad, son consideradas como población en situación especial, por lo cual, de manera excepcional se le autoriza acompañamiento; adicionalmente, se debe garantizar un proceso de morir con dignidad para el paciente en Situación de Últimos Días (SUD), por lo que se permite a familiares/allegados la posibilidad de despedida presencial, logrando un alivio emocional del círculo afectivo del paciente²².

CONCLUSIÓN

La humanización de la atención médica parte de recibir atención por equipos multidisciplinarios en instalaciones adecuadas, una terapia médica óptima, y finalmente requiere apoyarse en el poder de la voz y la mirada como vehículo de atención plena para la transmisión de bienestar y apoyo al paciente y a sus familiares. El hecho de relegar lo genuinamente humano a un segundo plano no es asunto de poco impacto, por el contrario, la sinergia existente entre los factores deshumanizantes ha generado una importante frecuencia de PICS y otras consecuencias de radical importancia, razón por la cual, durante y después de la actual pandemia, la implementación de políticas y estrategias de humanización en los servicios de salud especializados en cuidados críticos deben contar con equipos multidisciplinarios entrenados que cuenten con personal de enfermería, psicología, trabajo social, medicina intensiva y medicina familiar quienes utilicen estrategias basadas en los nuevos conceptos de la MCP y el CDLI, puesto que, como se plantea en el *International Research Project Humanising Intensive Care* (Proyecto HU-CI)^(1,2), “La herramienta más poderosa en la tierra, es un alma humana encendida en llamas.”

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Los Rosales, desde los pacientes y familiares, pasando por personal administrativo y de aseo hasta cada profesional en salud que allí labora durante y después de la pandemia por COVID-19.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Heras-La Calle G, Alonso-Oviés A, Gomez-Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 201; 43(4): 547-549. <https://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
2. Heras-La Calle G, Zaforteza-Lallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enferm intensiva.* 2014; 25(4): 123-72. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.11.001>
3. March-Cerdá JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev Calid Asist.* 2017; 32(5): 245-247. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
4. Marntin-Delgado MC, García-de-Lorenzo A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Med intensiva.* 2017; 41(8): 451-453. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.02.003>
5. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España?. *Enferm intensiva.* 2017; 28(1): 1-3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.02.002>
6. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2018; 42(2): 99-109. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
7. Correa-Perez L. Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2018; 18(3): 175-178 <https://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001>
8. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J. Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2018; 30(10): 751-759. <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy104>
9. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm intensiva.* 2013; 24(2): 51-62. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
10. Thermaenius J, Schandl A, Sluys KP. Development and initial validation of the Swedish Family Satisfaction Intensive Care Questionnaire (SFS-ICQ). *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 50: 118-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.003>
11. González-de-Molina-Ortiz FJ, Gordo-Vidal F, Estella-García A, Morrondo-Valdeolmillos P, Fernandez-Ortega J, Caballero-López J, et al. Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2018; 42(7): 425-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>
12. Pérez-Gutiérrez N, Rodríguez-Darabos EI. Talento humano en unidades de cuidado intensivo: adaptación de un modelo de estándares para Colombia basado en la evidencia científica. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2015; 15(2): 80-102. <https://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2015.02.006>
13. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014; 370(26): 2506-14. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1208795>
14. Holanda-Peña MS, Marina-Talledo N, Ots-Ruiz E, Lanza-Gómez J, Ruiz-Ruiz A, Garcia-Miguel A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva.* 2017; 41(2): 78-85. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>
15. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(6): 325-33. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>
16. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria.* 2020; 52(6): 369-372. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
17. Luque-Chipana NA, Salcedo-Espinoza C. COVID-19 y las unidades de cuidados intensivos en el Perú. *Rev Med Intens Cuidados Críticos.* 2020; 13(1): 40-44. <https://dx.doi.org/10.37463/intens-samay/006>
18. Sánchez-Duque JA, García-Guzmán DM, Barbary-Cardona V, Castillo-Castillo OE. Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿prevalecerá la economía o la vida en tiempos de pandemia?. *Rev Mex Med Fam.* 2020; 7: 78-79. <https://dx.doi.org/10.24875/RMF.20000072>
19. Sevilla-Fuentes S, Hernández-Mendel ML. Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2020; 62(5): 459-461. <https://dx.doi.org/10.21149/11540>
20. Allande-Cussó R, Navarro-Navarro C, Porcel-Gálvez AM. Humanized care in a death for COVID-19: A case study. *Enferm Clin.* 2020; S1130-8621(20)30315-6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
21. Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Hu-

manization of Nursing Care. *Dimens Crit Care Nurs.* 2020; 39(5): 239-241.
<https://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>

22. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19. 2020 [citado el 08 de noviembre de 2020]. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacientes_covid.pdf.

PARA EL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

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 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 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

CANNABIS PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

Autores: Antacle A^a., Erbetta F^a., Ferro M^a.

Afiliación:

^aResidencia de Medicina Familiar,
Construir salud, OSPeCon Tucumán.

Contacto:

Franco Erbetta.

E-mail:

francoerbetta@gmail.com

Recibido: 14/10/2020

Aceptado: 24/02/2021

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, creció el consumo informal y formal-legal en algunos países de los derivados de la planta de cannabis para uso medicinal. Dentro de los justificantes para el mismo, se encuentra el dolor en sus diferentes orígenes. Por este motivo nos planteamos como objetivo conocer la eficacia del cannabis para el dolor crónico no oncológico, ya que es una consulta frecuente de nuestros pacientes en el consultorio.

PREGUNTA CLÍNICA: Conocer en adultos la eficacia de los cannabinoides para el alivio del dolor crónico no oncológico frente a otras intervenciones.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

PALABRAS CLAVES: cannabis, dolor crónico, neuralgia, analgesia. Motores de búsqueda: Cochrane, Pubmed, Elsevier y Up todate, entre otros. Tipos de estudios: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y otros diseños. De los últimos diez años. Sin limitaciones idiomáticas.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA

1 Selective Cannabinoids for Chronic Neuropathic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. Meng H, Johnston B, Englesakis M, Moulin DE, Bhatia A. Anesthesia and analgesia, 2017: Revisión sistemática (RS) con metaanálisis (MA). *Objetivo principal:* determinar eficacia analgésica y seguridad de cannabinoides selectivos en comparación con tratamiento convencional o placebo para el dolor neuropático crónico. *Metodología:* 11 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) con 1219 participantes (614 en grupos intervención con cannabinoides selectivos (CS) como dronabinol, nabiximol, nabilona y 605 en grupos de comparación). Riesgo de sesgos bajo en 10 estudios. *Intervención:* CS recetados durante al menos 2 semanas además del régimen de base para el dolor versus tratamiento estándar. *Resultados:* En cuanto a eficacia analgésica, se encontró un resultado estadísticamente significativo (ES) a favor de la intervención, con heterogeneidad moderada. En el grupo experimental, la mayoría de los pacientes ya venían usando algún tipo de terapia analgésica. En el estudio por subgrupo se encontró un resultado ES para Nabiximol, en contraste con Nabilona. En cuanto al dolor neuropático central, se encontró un resultado ES con una heterogeneidad moderada a favor de los CS, mientras que para el dolor neuropático periférico fue estadísticamente no significativo (ENS).

2 Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018: RS con MA. *Objetivo principal:* evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los medicamentos a base de cannabis en comparación con placebo o fármacos convencionales para condiciones con dolor neuropático crónico no oncológico en adultos. *Metodología:* 16 ECAs doble ciego con 1750 participantes, cuyo seguimiento fue de 2 a 26 semanas. Calidad de evidencia muy baja a moderada. *Intervención:* Se comparó un aerosol bucal con

una combinación de tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (10 estudios), nabilona (2 estudios), cannabis herbal inhalado (2 estudios) y dronabinol (2 estudios) frente a placebo (15 estudios) y dihidrococodina (1 estudio). *Resultados:* Se evaluó impresión general de mejoría al final del tratamiento, con un resultado ES y heterogeneidad moderada. El subgrupo con dolor central por injuria espinal, fue el único con un resultado ES respecto a la disminución del dolor. Sin embargo, se debe considerar que la población fue pequeña (N=56/60). Se encontró un resultado ENS para el alivio del dolor crónico mayor o igual al 50%. En el análisis por subgrupos un resultado ES fue hallado para el alivio del dolor crónico mayor o igual al 30% en pacientes con polineuropatía por HIV y de otras causas mientras que para otros tipos de dolor (neuropático central por esclerosis múltiple, inducido por quimioterápicos, polineuropatía diabética, injuria de plexo u otras etiologías) fue ENS.

3 Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic noncancer pain: Systematic review of randomized controlled trials. *Deshpande, A., Mailis-Gagnon, A., Zoheiry, N., y Lakha, S. F. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 2015: RS.* *Objetivo principal:* determinar si el cannabis fumado o vaporizado proporcionaba alivio del dolor crónico no oncológico. *Metodología:* 6 ECAs, 5 con diseños cruzados, 226 participantes (45 a 50 años). *Intervención:* En 4 de los 5 estudios los participantes continuaron usando opioides, anticonvulsivantes y antidepresivos. 2 estudios se centraron en la neuropatía asociada al VIH, 1 en la neuropatía postraumática y 2 en las enfermedades neuropáticas mixtas. El estudio en el que participaron pacientes con esclerosis múltiple no discriminó entre dolor por espasticidad y dolor neuropático. La duración del ensayo varió entre 17 días y 8 semanas. 5 estudios se calificaron como de alta calidad. Sin

embargo, todos tuvieron sesgos de realización (ausencia de cegamiento). *Resultados:* Hay evidencia para el uso de dosis bajas de cannabinoides como adyuvante en el dolor neuropático, aunque los estudios fueron realizados con un seguimiento breve y población pequeña.

CONCLUSIÓN FINAL

Los cannabinoides demostraron un pequeño beneficio en el alivio del dolor neuropático crónico. Muchos de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas tienen fallas metodológicas y abarcan pequeñas poblaciones. No están claros los efectos adversos de los cannabinoides a largo plazo ya que el seguimiento fue muy corto. Se recomienda prudencia y esperar nuevas investigaciones con población y seguimiento más amplios y largos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores de la presente revisión declaran no presentar conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meng H, Johnston B, Englesakis M, Moulin DE, Bhatia A. Selective Cannabinoids for Chronic Neuropathic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesth Analg.* noviembre de 2017;125(5):1638–52.
2. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 de marzo de 2018;3:CD012182.
3. Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Zoheiry N, Lakha SF. Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic noncancer pain: Systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician.* agosto de 2015



PROFAM

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2021



Actualización para médicos
que centran su práctica en
la atención ambulatoria.



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria.
Tres modalidades de cursada: superior, semipresencial y tradicional.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso PROFAM Niños.
- Curso Intervenciones en cesación tabáquica.
- Curso Cuidados paliativos en atención primaria.

www.profam.org.ar | profam@hospitalitaliano.org.ar | WhatsApp 11 2829 3757

Infecciones respiratorias superiores virales en una central de emergencias: estudio de cohorte retrospectiva.

Upper respiratory tract infection on an Emergency Department: retrospective cohort.

Autores: Herrera, Ana Gabriela¹; Rovegno, Luciana²; Ricci, Ricardo Ignacio³; Pedretti, Ana Soledad⁴; Kopitowski, Karin⁵; Pollán, Javier Alberto⁶; Martínez, Bernardo⁷; María Florencia Grande Ratti⁸.

Afiliaciones:

1. Médica de Medicina Familiar y Comunitaria.*

2. Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos.*

3. Médico de Medicina Familiar y Comunitaria.*

4. Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos.*

5. Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Servicio.*

6. Médico Clínico. Jefe de Servicio de Clínica Médica.*

7. Médico Clínico. Jefe de la Central de Emergencias de Adultos.*

8. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Investigación Clínica. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Central de Emergencias de Adultos y Área de Investigación en Medicina Interna.*

Contacto: María Florencia Grande Ratti.

E-mail:

maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Dirección: Juan D. Perón 4190 (C1181ACH) Buenos Aires, Argentina. *Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina
Área de Investigación en Medicina Interna, 2do piso.

Teléfono: (5411) 4959-0200, interno 4419

Recibido: 06/01/2021.

Aceptado: 03/03/2021.

RESUMEN

Estimar la frecuencia de cuadro de vías aéreas superiores (CVAS) como motivo de consulta no programada, describir el proceso de atención y explorar la variación tras la implementación de una nueva estrategia de gestión para la atención, así como el efecto en los indicadores de calidad y seguridad de atención.

Cohorte retrospectiva que incluyó consultas por CVAS entre 01/01/2015 y 31/12/2016 de Demanda Espontánea (consultas de baja complejidad de la Central de Emergencia de Adultos), en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

La prevalencia global del período 2015-2016 resultó 12,01% (21.581/179.597). La intervención múltiple, resultó efectiva en términos de disminución de estudios complementarios (19% antes y 17% después con $p=0,001$), disminución de laboratorios (9% antes y 8% después con $p=0,009$), y reducción del tiempo de atención (media de 51 minutos antes y 42 minutos después, con $p=0,001$). No hubo diferencias significativas en la incidencia acumulada de reconsultas a los 7 días (12,72% antes y 13,11% después con $p=0,400$) ni en la tasa de internaciones a los 7 días (0,42% antes y 0,38% después con $p=0,651$) desde la consulta índice (primer consulta en guardia).

En un sistema sobresaturado, se requiere fortalecer los sistemas de atención primaria que conforman la puerta de entrada de la salud para garantizar la correcta utilización de los recursos disponibles, la solicitud de estudios apropiados y la indicación correcta de antibióticos. Muchas lecciones aprendidas facilitaron la organización y la reestructuración necesarias durante la pandemia COVID-19.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Resfriado Común; Toma de Decisiones.

ABSTRACT

To estimate upper respiratory tract infection (URTI) frequency as a reason for unscheduled consultation, to describe the care process and to explore the variation after the implementation of a new management strategy for care, as well as the effect on quality and security indicators of care.

Retrospective cohort which included consecutive consultations by URTI between 01/01/2015 and 12/31/2016 for ambulatory clinic (low complexity consultations at the Emergency Department), at the Hospital Italiano de Buenos Aires.

The prevalence for the period 2015-2016 was 12.01% (21,581/179,597). The multiple intervention was effective in terms of reduction of complementary studies (19% before and 17% after; $p=0.001$), reduction of laboratories (9% before and 8% after; $p=0.009$), and reduction of attention time (mean of 51 minutes before and 42 minutes after; $p=0.001$). During the follow up, there were no significant differences in the cumulative incidence of reconsultations at 7 days (12.72% before and 13.11% after; $p=0.400$) or in the rate of hospitalizations at 7 days (0.42% before and 0.38% after; $p=0.651$) from the index consultation.

In an overcrowded system, it is necessary to strengthen the primary care systems that make up the gateway to health to guarantee the correct use of available resources, the request for appropriate studies and the correct indication of antibiotics. Many lessons learned facilitated the organization and restructuring of the Emergency Department needed during the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS: Primary Health Care; Common Cold; Decision Making.

INTRODUCCIÓN

Muchos son los países que han establecido la vigilancia de infecciones respiratorias agudas para explorar el comportamiento de los eventos de notificación obligatoria como *Enfermedad Tipo Influenza* (ETI), -que incluye Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años, Infección Respiratoria Aguda Internada y los casos estudiados por laboratorio para la detección de virus respiratorios-, con el fin de reconocer la situación epidemiológica y fortalecer la información a los niveles locales, provinciales y nacionales para la toma de decisiones con respecto a la organización de los servicios de salud.

Estos eventos anteriormente mencionados representan un motivo de consulta frecuente tanto en la atención primaria de salud como en los hospitales de todo el mundo, en pacientes adultos como en población pediátrica [1,2]; particularmente durante el invierno.

La mayoría de estos cuadros son de origen viral, causada por virus de *influenza A, B y/o C, Adenovirus, Coronavirus, Parainfluenza, Rinovirus, y Virus Sincicial Respiratorio*, que ocurren en brotes locales o epidemias estacionales [3]. Los subtipos de Influenza A humana en circulación, responsables de las epidemias estacionales eran *H1N1* y *H3N2*. Las complicaciones graves (por ejemplo, cuando preparan el camino para una subsiguiente infección bacteriana: neumonías causadas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, o *Staphylococcus aureus*) y las muertes ocurren mayoritariamente en población como ancianos, niños pequeños, embarazadas, personas con enfermedades crónicas o inmunosupresión. Si bien la neumonía aguda viral por influenza no es frecuente, está relacionada con alta letalidad.

El manejo de la mayoría de estas infecciones habitualmente es ambulatorio, y no requieren ni estudios complementarios para el diagnóstico ni tratamientos específicos. La presentación clínica varía, pudiendo presentarse como *Cuadro de Vía Aérea Superiores* (CVAS), representado hasta el 15% de los resfriados comunes [4]. La adecuada evaluación de los síntomas y la valoración de los signos resultan clave para evitar la inadecuada y excesiva prescripción de antibióticos, uno de los principales factores del incremento de la resistencia bacteriana. En la bibliografía están descritas diferentes estrategias para la correcta prescripción de antibióticos [5]: información escrita para padres y pacientes [6], implementación de un sistema clínico de apoyo a la toma de decisiones con un componente de educación activa para los médicos de atención primaria, y/o demorar el uso 48 horas esperando la resolución de síntomas [7]. Sin embargo, la prescripción excesiva continúa siendo una problemática muy común [8].

La prevalencia de las ETI varía entre un 16% a

más del 60% según el lugar, la época estacional y los criterios diagnósticos utilizados [9,10], contribuyendo al fenómeno *overcrowding* (superpoblación) que afectan a las Centrales de Emergencias [11], sobre todo durante la época de brote estacional.

El objetivo de este estudio fue estimar la frecuencia de CVAS como motivo de consulta no programado, describir el proceso de atención habitualmente instaurado en estos pacientes, y explorar la variación de los mismos tras la implementación de una estrategia de gestión nueva para la atención, así como el efecto en los indicadores de calidad y seguridad de atención (reconsultas o internaciones a los 7 días).

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó la totalidad de consultas admitidas en Demanda Espontánea de la Central de Emergencia de Adultos (CEA) entre 01/01/2015 y 31/12/2016 por CVAS, de pacientes adultos (≥ 18 años) con cualquier cobertura de salud, en un hospital de alta complejidad, en Buenos Aires, Argentina. Los pacientes fueron seguidos durante 7 días desde la consulta índice, hasta la ocurrencia de los siguientes eventos: reconsulta o internación.

Ámbito

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) es un hospital universitario de alta complejidad (tercer nivel de atención), que ofrece servicios médicos integrales en 2 sedes hospitalarias (sede Central en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sede de San Justo en La Matanza, Provincia de Buenos Aires) y 19 centros médicos ambulatorios periféricos.

La CEA atendía entonces un promedio de 400 consultas diarias (y unas 550 diarias a enero 2021). Está constituida por cuatro áreas para la atención, diferenciadas según la complejidad del paciente, la cual es definida por la condición al ingreso. Para describirlo brevemente: un paciente que acude, independientemente del modo de ingreso (deambulando por sus propios medios, silla o en ambulancia), es atendido inicialmente por personal de enfermería entrenado en triaje que consiste en un breve interrogatorio y una valoración clínica. A través de este proceso se indaga: I. motivo de consulta; II. si el paciente requiere intervención crítica (si/no); III. si el paciente se encuentra en riesgo (si/no); IV. si para resolver el motivo de consulta se requerirán al menos 2 recursos (colocación de vía intermitente, oxigenoterapia, realización de estudios complementarios como laboratorio, radiografías, etc.); V. si los signos vitales son normales (si/no). Con esos datos, se le asigna una categoría de urgencia (colores de menor a mayor prioridad de

atención: blanco, verde, amarillo, o rojo) acorde a su situación de salud, y se le asigna 1 de las 4 áreas disponibles en la CEA para ser atendido: Cuidados Críticos (Área A), Cuidados Intermedios (Área B), Consultorios de moderada complejidad (Área C), consultorios de Demanda Espontánea o consultas de baja complejidad (Área D). Las áreas C y D corresponden a pacientes de menor complejidad y motivos frecuentes de atención primaria, representando el mayor caudal de los pacientes. Habitualmente en estas áreas proveen atención médicos especialistas en medicina familiar o general y/o en clínica médica.

Intervención

Como estrategia de gestión hospitalaria, con la intención de optimizar la utilización de recursos y disminuir los tiempos de atención, en Mayo 2016 se realizaron las siguientes intervenciones:

(a) elaboración de algoritmo diagnóstico de manejo (protocolo clínico) como herramienta sistematizada para prevenir decisiones inadecuadas y/o innecesarias;

(b) educación a médicos tratantes mediante difusión/comunicación interna de dicho algoritmo (vía mail institucional y folletos presenciales en Demanda Espontánea);

(c) creación de nuevo color de *triaje* AZUL, implementado durante la época de epidemia estacional, que permite la identificación temprana de pacientes que consultan por CVAS y se facilite atención prioritaria frente a otros motivos no urgentes; y,

(d) asignación de 2 médicos por turno para la atención exclusiva de etiquetas azules, que aseguren la evaluación rápida y ordenada de estos pacientes.

Fuente de datos

Se utilizaron datos secundarios solicitados a la sección de Gestión de la Información del Departamento de Investigación para la recolección retrospectiva de los mismos. Toda la información relacionada a la asistencia en salud de la institución, se almacena en el denominado Repositorio de Información Clínica, que tiene bases espejadas con información de-identificada (que asegura la privacidad y confidencialidad de los datos) para posibilitar el análisis secundario de la información (base para investigación y datawarehouse). En este repositorio también se almacenan los documentos clínicos de diversos servicios (diagnósticos, laboratorios, estudios complementarios, evoluciones ambulatorias, consultas en guardia, internaciones, atenciones no programadas, indicaciones médicas, consumos de farmacia, entre otros ejemplos). Por ende, la información de este estudio fue recolectada desde bases de datos secundarias administrativas de alta calidad correspondientes al

sistema de atención del HIBA, integrada a la Historia Clínica Electrónica (HCE) tradicional con un modelo relacional.

Procedimientos estadísticos

Para la estimación de la prevalencia de CVAS como motivo de consulta, se definió denominador a la totalidad de las consultas de Demanda Espontánea (consultas de baja complejidad) durante el período del estudio; mientras que se definió numerador a las consultas por CVAS como motivo, según el registro del diagnóstico principal evolucionado por el médico tratante y registrado en la epicrisis. Se incluyó dentro de dicho subconjunto diagnóstico al siguiente subconjunto de términos biomédicos: *angina, catarro de las vías aéreas superiores, cuadro gripal, cuadro viral, disfonía, estado gripal, faringitis, gripe, influenza, resfriado, síndrome de las vías aéreas superiores, síndrome gripal, sospecha de gripe o infección por virus de influenza, tos*.

Las variables del estudio se almacenaron en ACCESS restringido con clave y se analizaron mediante la utilización de software STATA 13.

Para el análisis descriptivo, las variables continuas se presentan como media y desvío estándar (DE) en caso de distribución normal, y con la mediana y el rango intercuartílico (RIC) en caso de distribución anormal. Las variables categóricas y ordinales se muestran como frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC95%) estimados con aproximación binomial.

Se reporta la tasa de reconsulta e internaciones a los 7 días como incidencias acumuladas.

Luego, se clasificó la población del estudio en dos grupos según período de tiempo (pre y post implementación de la intervención múltiple, denominados “antes” y “después”), con el fin de explorar los cambios tras la implementación de las mismas. Se evaluó la asociación de cada variable según grupo con Chi-cuadrado o Fisher para las variables categóricas, y para las continuas T test o Mann Whitney, de acuerdo a supuestos. Se consideraron estadísticamente significativas las probabilidades menores a 0,05.

Para la exploración de factores asociados se utilizó regresión logística univariada, reportando Odds Ratios (OR) crudos con sus respectivos IC95%.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Institucional (CEPI#3192). Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida. No existieron riesgos potenciales para los pacientes invo-

lucrados en este estudio.

RESULTADOS

Durante el período del estudio ocurrieron un total de 323.162 consultas en la CEA. Sin embargo, restringiendo al área de Demanda Espontánea (consultas no programadas de baja complejidad) ocurrieron un total de 179.597, representando el 55% de las consultas totales de guardia.

La prevalencia global del período 2015-2016 de CVAS como motivo de consulta resultó 12,01% (21.581/179.597) con IC95% 11,86%-12,16%, ver **Figura 1**. La prevalencia específica del año 2015 resultó 11,15% (IC95% 10,91%-11,39%); mientras que la del año 2016 resultó 12,50% con (IC95% 12,31%-12,70%).

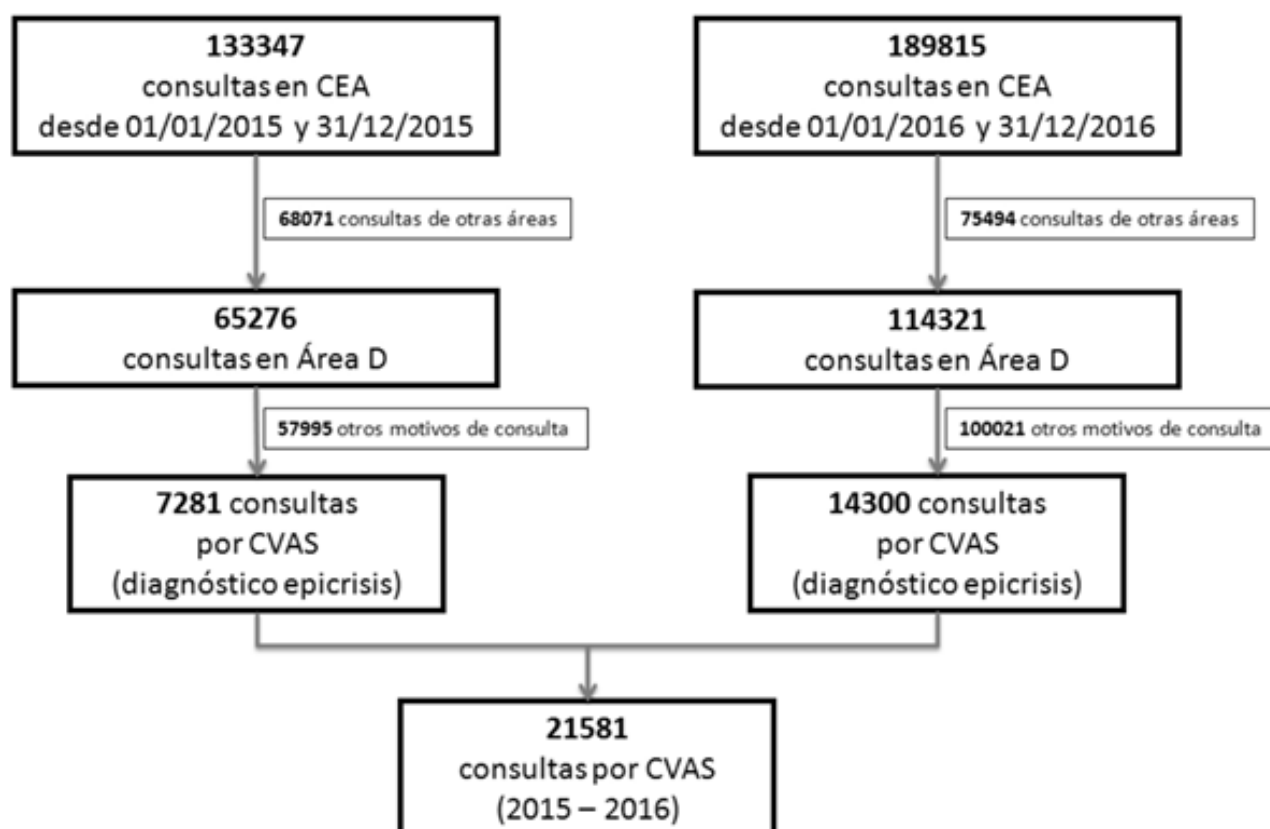


Figura 1. Flujograma de estudio.

Las características basales de las consultas por CVAS se presentan en la **Tabla 1**. Como puede observarse, más del 90% fueron clasificados como baja complejidad al triaje de ingreso (etiquetados como blanco o azul), y 95% fue dado de alta a domicilio para manejo ambulatorio, sólo 12 pacientes se internaron. La mediana de tiempo de espera global (tiempo que transcurre entre que se anota en guardia y es atendido) fue de 53 minutos, mientras que la mediana de tiempo de atención global (tiempo que transcurre entre que es atendido hasta el cierre o resolución del episodio de guardia) fue de 14 minutos.

Las consultas se corresponden con pacientes jóvenes (mediana de edad 43 años), mayoritariamente de sexo femenino (61%) y con escasas comorbilidades (todas las variables de interés exploradas como preexistencias arrojaron una frecuencia <5%).

Tabla 1. Características de consultas por CVAS en demanda espontánea durante 2015-2016	
	CVAS n: 21.581
Variables administrativas	
Prepaga institucional (Plan de Salud del HIBA)	51,76% (11.170)
Color Triaje	
Amarillo	0,03% (6)
Azul	21,41% (4.620)
Blanco	74,55% (16.088)
Gris	0,09% (19)
Verde	3,93% (848)
Tipo de Egreso	
Alta	95,67% (20.646)
Fuga	4,28% (923)
Internación	0,06% (12)
Día	
Semana	73,82% (15.931)
Fin de semana / Feriado	26,18% (5.650)
Tiempo de espera, en minutos	60,70 (DE 44,95) * 53,7 (RIC 65,41) ++
Tiempo de atención, en — minutos	46,66 (DE 199,85) * 14,13 (RIC 31,94) ++
Características socio-demográficas	
Sexo Femenino	61,58% (13.290)
Edad, en años	46,68 (DE 18,95) * 43 (RIC 33) ++
Asma	4,66% (1.105)
Diabetes	4,11% (886)
Cáncer y/o Leucemia/Linfoma/Mieloma	3,99% (832)
EPOC	1,54% (333)
Insuficiencia renal crónica	1,36% (293)
Insuficiencia cardiaca	1,12% (241)
Inmunosupresión	0,51% (111)
Cirrosis	0,25% (53)
* Media (Desvío Estándar) ++ Mediana (Rango InterCuartil)	

Se exploró el proceso de atención de pacientes antes y después de la nueva estrategia de gestión instaurada, en términos de estudios complementarios solicitados y medicación indicada durante la atención recibida (**Tabla 2**). Como puede observarse: disminuyó la realización de estudios complementarios (19% antes y 17% después con $p=0,001$), disminuyó la realización de laboratorio (9% antes y 8% después con $p=0,009$), no habiéndose modificado la pres-

cripción de medicación en guardia (3% antes y 3% después con $p=0,679$), pero acortando el tiempo de atención (media de 51 minutos antes y 42 minutos después, con $p=0,001$). El aumento en el tiempo de espera (mediana de 51 minutos antes y 56 minutos después, con $p=0,001$), puede explicarse por el aumento en el número (7.281 en 2015 y 14.300 en 2016) y la edad de los pacientes (mediana de 40 años antes y 46 años después con $p=0,001$).

Tabla 2. Comparación de manejo en guardia antes y después de la intervención			
	Antes (entre 01/01/2015 y 30/04/2016) n: 10.266	Después (entre 01/05/2016 y 30/12/2016) n: 11.315	p valor
Sexo femenino	61,23% (6.286)	61,90% (7.004)	0,313
Edad, en años	44,83 (DE 18,70)* 40 (RIC 31)++	48,35 (DE 19,03)* 46 (RIC 33)++	0,001 0,001
Prepaga institucional (Plan de Salud del HIBA)	43,46% (4.462)	59,28% (6.708)	0,001
Color Triaje			0,001
Amarillo	0,04% (4)	0,02% (2)	
Azul	---	40,83% (4.620)	
Blanco	91,92% (9.436)	58,79% (6.652)	
Gris	0,03% (3)	0,14% (16)	
Verde	8,02% (823)	0,22% (22)	
Tipo de Egreso			0,747
Alta	95,77% (9.832)	95,57% (10.814)	
Fuga	4,17% (428)	4,37% (495)	
Internación	0,06% (6)	0,05% (6)	
Día			0,243
Semana	74,19% (7616)	73,49% (8315)	
Fin de semana / Feriado	25,81% (2650)	26,51% (3000)	
Tiempo de espera, en minutos	59,26 (DE 45,34) 51,24 (RIC 66,01)++	62,01 (DE 44,57) 56,08 (RIC 64,81)++	0,001 0,001
Tiempo de atención, en minutos	51,25 (DE 257,15)*	42,49 (DE 127,09)*	0,001
Estudios complementarios (al menos UNO)	19,06% (1.957)	17,34% (1.962)	0,001
Radiografía	11,61% (1.192)	10,90% (1.233)	0,097
Laboratorio	9,65% (991)	8,63% (976)	0,009
Electrocardiograma	0,28% (29)	0,23% (26)	0,443
Tomografía tórax	0,16% (16)	0,17% (19)	0,826
Hisopado viral	0,13% (13)	1,09% (123)	0,001
Medicación en guardia (al menos UNO)	3,83% (393)	3,72% (421)	0,679
AINES	1,24% (127)	0,98% (111)	0,072
Antibióticos	0,11% (11)	0,11% (12)	0,980
Otras drogas (analgésicos, corticoides, etc.)	3,26% (335)	3,18% (360)	0,735
Vía endovenosa	1,68% (172)	1,41% (159)	0,107
Vía intramuscular	0,94% (96)	0,61% (69)	0,006
Vía oral	0,92% (94)	1,40% (158)	0,001
Vía inhalatoria	0,83% (85)	0,66% (75)	0,158
* Media (Desvío Estándar) ++ Mediana (Rango InterCuartil)			

No hubo diferencias significativas en la incidencia acumulada de reconsultas a los 7 días (12,72% antes y 13,11% después con $p=0,400$) ni en la tasa de internaciones a los 7 días (0,42% antes y 0,38% después con $p=0,651$) desde la consulta índice (primer consulta en guardia).

Los factores de riesgo asociados reconsultas a los 7 días (ver **Tabla 3**) que resultaron significativos fueron: edad con OR 1,00 (IC95% 1,00 a 1,01; $p<0,001$), afiliado a prepagas institucional con OR 1,47 (IC95%

1,35 a 1,61; $p<0,001$), y realización de al menos un estudio complementario con OR 2,08 (IC95% 1,88 a 2,31; $p<0,001$). Mientras que los factores de riesgo asociados internaciones a los 7 días (ver **Tabla 3**) que resultaron significativos fueron: edad con OR 1,03 (IC95% 1,02 a 1,05; $p<0,001$), sexo masculino con OR 1,82 (IC95% 1,10 a 3,02; $p<0,001$), realización de al menos un estudio complementario con OR 4,28 (IC95% 2,43 a 7,55; $p<0,001$), y solicitud de radiografía de tórax con OR 2,61 (IC95% 1,39 a 4,91; $p<0,001$).

Tabla 3. Factores asociados con reconsultas o internaciones a los 7 días.

	Reconsulta a los 7 días			Internación a los 7 días		
	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%	p valor
Estudio complementario	2,08	1,88 - 2,31	0,001	4,28	2,43 - 7,55	0,001
Radiografía	1,85	1,64 - 2,10	0,001	2,61	1,39 - 4,91	0,003
Prepaga institucional (Plan de Salud del HIBA)	1,47	1,35 - 1,61	0,001	1,02	0,62 - 1,68	0,926
Edad, en años	1,00	1,00 - 1,00	0,876	1,03	1,02 - 1,05	0,001
Sexo masculino	0,99	0,90 - 1,08	0,001	1,82	1,10 - 3,02	0,020
Día hábil	0,85	0,77 - 0,93	0,001	1,43	0,78 - 2,60	0,241

DISCUSIÓN

La prevalencia global de período de CVAS como motivo de consulta en nuestro ámbito resultó 12%, similar al límite inferior de los distintos resultados reportados en la bibliografía [9,12,13]. El amplio tamaño muestral permitió una estimación precisa (IC95% de 11,86% a 12,16%), aunque resulta importante considerar que sería variable en reportes agrupados por semana epidemiológica (SE), de acuerdo a la estacionalidad de la patología y el brote epidemiológico.

Si bien el médico de atención primaria no requiere de pruebas complementarias para su diagnóstico meramente clínico, resulta importante resaltar que el 18% (3.919) de las consultas tuvo al menos un estudio complementario, resultando radiografía (11%) y laboratorio (9%) los más frecuentes. Esto podría representar un ejemplo paradigmático de sobreutilización de recursos, un desafío cada vez mayor para la atención médica en general [14–16]. El tema de la utilización inadecuada del laboratorio está creciendo rápidamente y probablemente se convertirá en un problema importante en los próximos años, lo que afectará la seguridad del paciente y los presupuestos de atención sanitaria. En el contexto de una consulta no programada de baja complejidad, entran en juego la disponibilidad, los costos en salud, el tiempo en la realización de los mismos y la consecuente prolonga-

ción en los tiempos de atención.

En esta misma línea, en base a nuestros hallazgos, hubo un aumento en el número de hisopados solicitados (de 0,13% a 1,09%; $p=0,001$), que podría estar relacionado con la variación interanual de la prevalencia de CVAS (de 11,15% en 2015 a 12,50% en 2016), o tal vez al mayor volumen de pacientes (65.276 consultas totales en 2015 y 114.321 en 2016), secundario a cambios gerenciales institucionales explicados más adelante. Cabe mencionar que, según el boletín epidemiológico oficial del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SIVILA [17], durante el año 2016 en Argentina fueron notificadas 6.691 muestras positivas para el grupo de virus influenza (5.890 corresponden a Influenza A, representando el 88,03%) y se registraron 287 casos fallecidos con diagnóstico de influenza confirmado por laboratorio hasta la SE50. La mayoría de estos hisopados corresponden a pacientes que requirieron hospitalización, dado que no se requiere el mismo para el manejo ambulatorio, similar a nuestro trabajo que evidenció que sólo 136 pacientes se realizaron muestra para tipificación viral en la valoración inicial de guardia.

En cuanto a la estrategia de gestión hospitalaria con intervención múltiple implementada en Mayo

2016, resultó efectiva en términos de la disminución de estudios complementarios (19% antes y 17% después con $p=0,001$) y de la reducción en el tiempo de atención (media de 51 minutos antes y 42 minutos después, con $p=0,001$). Más aún, teniendo en cuenta algunas consideraciones contextuales. Por un lado, el aumento en el número de consultas en CEA (65.276 en 2015 y 114.321 en 2016 en área D), consecuencia de las consultas no urgentes que deberían dirigirse al médico de cabecera [18]. Por otro lado, debido a la reestructuración de la Demanda Espontánea que ocurrió en Agosto 2015. Hasta entonces, sólo se atendían personas de otras coberturas de salud o prepagas en la misma, y los afiliados a la prepaga institucional (Plan de Salud HIBA) eran vistos exclusivamente en una turnera no programada ambulatoria de otro sector no perteneciente a la CEA. Durante la SE35 del año 2015, tras esta unificación, se reflejó un importante salto en el indicador del número de consultas, y desde entonces la Demanda Espontánea funciona como un servicio integral para cualquier adulto, independientemente de su cobertura médica. Adicionalmente, estos efectos post-implementación de las nuevas medidas de gestión se evidenciaron a pesar del aumento en la edad de los pacientes (mediana de 40 años antes y 46 años después con $p=0,001$). Creemos que esto podría explicarse por la incorporación de los afiliados institucionales que tienen una pirámide poblacional más envejecida (en comparación con la población argentina) con un 35% del padrón mayores de 65 años.

Por último, cabe mencionar que el 40% de los pacientes que consultaron por CVAS en 2016 fueron categorizados correctamente con color azul al ingreso del triaje -color inexistente durante año 2015-, lo que refleja una adherencia esperable y mejorable (no óptima) a la nueva medida de gestión recientemente implementada. Esta experiencia previa para garantizar la atención precoz de pacientes previamente identificados como sospechas de CVAS cobra más relevancia en el contexto actual de la pandemia COVID-19 [19], donde la CEA se vio obligada a establecer planes de acciones estratégicos que permitieran optimizar el triaje y evitar la propagación del virus, para lo cual se reestructuró la infraestructura y la organización para garantizar el circuito separado en áreas sucias (para las sospechas COVID-19) y áreas limpias (para otras intercorrientes agudas no COVID-19). Adicionalmente debió disminuir el contacto físico y evitar el colapso de los servicios, pero al mismo tiempo garantizar la continuidad del cuidado de los pacientes [20]. Para esto, las lecciones aprendidas previas y la correcta utilización de la telemedicina nos permitieron adaptarnos rápidamente y a gran escala sin precedentes. Cabe mencionar que este proyecto de CVAS resultó el puntapié inicial para la creación del primer Programa Telegrape que implementamos en 2018 [21] con la intención de descentralizar la CEA durante el brote estacional de las consultas no urgentes por infeccio-

nes respiratorias agudas, y que luego ampliamos al Programa de Teletriage en 2019 para otros motivos de consulta no urgentes (ya no restringidos a problemas respiratorios) [22].

A modo de conclusión, creemos que, para la correcta utilización de los recursos disponibles, la solicitud de estudios apropiados y la indicación correcta de antibióticos [23] dentro de un sistema sobresaturado, es necesario cambiar radicalmente la forma en que están estructurados los sistemas de salud y en que se presta la asistencia sanitaria. Los servicios de atención primaria conforman la puerta de entrada, y deben estar vinculados en la planificación, preparación, respuesta y recuperación [24–26]. La pandemia actual es otro recordatorio más de la necesidad imperiosa de fortalecer los sistemas de atención primaria de la salud.

REFERENCIAS

1. Cutrera R, Baraldi E, Indinnimeo L, Miraglia Del Giudice M, Piacentini G, Scaglione F, et al. Management of acute respiratory diseases in the pediatric population: the role of oral corticosteroids. *Ital J Pediatr*. 2017 Mar 23;43(1):31.
2. Kirkpatrick GL. The common cold. *Prim Care*. 1996 Dec;23(4):657–75.
3. Moghadami M. A Narrative Review of Influenza: A Seasonal and Pandemic Disease. *Iran J Med Sci*. 2017 Jan;42(1):2–13.
4. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005 Nov;5(11):718–25.
5. McDermott L, Yardley L, Little P, van Staa T, Dregan A, McCann G, et al. Process evaluation of a point-of-care cluster randomised trial using a computer-delivered intervention to reduce antibiotic prescribing in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec 3;14:594.
6. O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, McCullough A. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11:CD011360.
7. Little P, Stuart B, Smith S, Thompson MJ, Knox K, van den Bruel A, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. *BMJ*. 2017 May 22;357:j2148.
8. Yamamoto Y, Ohmichi M, Watanabe A, Niki Y, Aoki N, Kawai S, et al. A study on the management of acute respiratory tract infection in adults. *Jpn J*

Antibiot. 2014 Aug;67(4):223–32.

9. Kung K, Wong CKM, Wong SYS, Lam A, Chan CKY, Griffiths S, et al. Patient presentation and physician management of upper respiratory tract infections: a retrospective review of over 5 million primary clinic consultations in Hong Kong. *BMC Fam Pract.* 2014;15:95.

10. Silva DR, Viana VP, Müller AM, Coelho AC, Deponti GN, Livi FP, et al. Epidemiological aspects of respiratory symptoms treated in the emergency room of a tertiary care hospital. *J Bras Pneumol.* 2013 Mar;39(2):164–72.

11. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande Ratti MF, González Bernaldo de Quiros F, Waisman GD, et al. Analysis of Crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital. *Rev Med Chil.* 2017 May;145(5):557–63.

12. The Hong Kong Practitioner. Available from: http://www.hkcfp.org.hk/Upload/HK_Practitioner/2006/hkp2006vol28sep/original_article.html

13. Silva DR E al. Epidemiological aspects of respiratory symptoms treated in the emergency room of a tertiary care hospital. *J Bras Pneumol* Mar-Apr 2013;39(2):164-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23670501>

14. Freedman DB. Towards Better Test Utilization - Strategies to Improve Physician Ordering and Their Impact on Patient Outcomes. *EJIFCC.* 2015 Jan;26(1):15–30.

15. Rubinstein M, Hirsch R, Bandyopadhyay K, Madison B, Taylor T, Ranne A, et al. Effectiveness of Practices to Support Appropriate Laboratory Test Utilization: A Laboratory Medicine Best Practices Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Clin Pathol.* 2018 Feb 17;149(3):197–221.

16. Mrazek C et al. Inappropriate use of laboratory tests: How availability triggers demand – Examples across Europe. *Clin Chim Acta.* 2020 Jun 1;505:100–7.

17. Boletín Integrado de Vigilancia | N° 341– SE 52 - 2016. Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N341-SE52.pdf

18. Bentley JA, Thakore S, Morrison W, Wang W. Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. *Scott Med J.* 2017 Feb;62(1):2–10.

19. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR,

Rodríguez-Morales AJ. [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response]. *Aten Primaria.* 2020 Jun;52(6):369–72.

20. Grande Ratti MF, Frid SA. Teletriage: piloto para evaluar eficacia, impacto y seguridad. *Rev Hosp Ital B Aires* 2020;142–3.

21. Frid SA, Grande Ratti MF, Pedretti A, Pollan J, Martínez B, Abreu AL, et al. Telemedicine for Upper Respiratory Tract Infections During 2018 Epidemiological Outbreak in South America. *Stud Health Technol Inform.* 2019 Aug 21;264:586–90.

22. Frid AS, Grande Ratti MF, Pedretti A, Valinoti M, Martínez B, Sommer J, et al. Teletriage Pilot Study (Strategy for Unscheduled Teleconsultations): Results, Patient Acceptance and Satisfaction. *Stud Health Technol Inform.* 2020 Jun 16;270:776–80.

23. Wigton RS E al. How do community practitioners decide whether to prescribe antibiotics for acute respiratory tract infections?. *J Gen Intern Med* 2008 Oct;23(10):1615-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18622651>

24. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* 2020 May 1;4(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

25. Fisher D, Wilder-Smith A. The global community needs to swiftly ramp up the response to contain COVID-19. *Lancet.* 2020 Apr 4;395(10230):1109–10.

26. Jacobsen KH. Will COVID-19 generate global preparedness? *Lancet.* 2020 Mar 28;395(10229):1013–4.

OBESIDAD, UNA MIRADA DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA.

Obesity, a view from critical epidemiology.

Autoras: : Peresini Virginia^a, Hunziker Carola Isabel^{b,c}

a. Médica Familiar y General. Prof. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Nacional de Córdoba.

b. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA). UNC – CONICET. Córdoba, Argentina.

c. Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos-Córdoba (ICYTAC) CONICET-UNC. Córdoba, Argentina.

Autor de correspondencia:
Virginia Peresini.

E-mail:
virperesini81@hotmail.com

Recibido:01/02/2020
Aceptado: 08/03/2020

RESUMEN

Este artículo responde a un trabajo de reflexión crítica basada en el análisis de artículos nacionales e internacionales acerca del proceso salud-enfermedad con un enfoque desde la epidemiología crítica a fin de explicar las nuevas formas del “hambre” que atraviesan el entramado social. Se comprende así al proceso de salud-enfermedad, sus representaciones y las respuestas sociales para enfrentarlos, cómo hechos socio históricos que atañen a los colectivos humanos; desde este enfoque pensamos las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como problemáticas que obedecen a inequidades en la distribución y a la ausencia del Estado como ente regulador, que llevan a que el alimento sea una mercancía y no un derecho. Para ello retomamos el término de sindemia y desarrollamos el concepto de inseguridad alimentaria desde un enfoque de derechos. A partir de allí proponemos transformaciones en la mirada y en el abordaje de problemas de salud desde una perspectiva compleja, a fin de superar el reduccionismo de las soluciones individuales que llevan a la medicalización como consecuencia de una visión individualista, biológica y mecanicista del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados.

Presentamos los datos de fuentes secundarias realizadas durante las últimas décadas, con el objeto de demostrar la necesidad de pensar la problemática de la obesidad desde una perspectiva crítica, analizando las tres dimensiones de determinación social de la salud: dimensión general, particular y singular. Finalmente presentamos datos de diversas fuentes, que muestran las características mundiales y locales de la alimentación y de su relación con las cifras de morbimortalidad.

PALABRAS CLAVE: Determinación social de la salud; Epidemiología crítica; Obesidad .

ABSTRACT

This article responds to a work of critical reflection based on the analysis of national and international articles that go through health-disease process focus on critical epidemiology to explain the new forms of “hunger” that cross the fabric of society. Thus, health-disease process, its representations and social responses to face them, are understood as socio-historical facts that concern human collectives; From this perspective, we think of chronic non-communicable diseases (NCDs) as problems that are due to inequities in distribution and the absence of the State as a regulating entity, which lead to food being a commodity and not a right. To do this, we get back to the term syndemics and develop the concept of food insecurity from a rights perspective. From there, we propose transformations in the outlook and approach to health problems with a complex perspective, in order to overcome the reductionism of individual solutions that lead to medicalization as a consequence of an individualistic, biologist and mechanistic vision of the health-sickness-attention-care process.

We will present data from secondary sources carried out during the last decades, in order to demonstrate the need to think about the obesity problem from a critical perspective, analyzing how it is socially determined by developing the three levels of determination. Finally, we present data from various sources, which show the global and local characteristics of diet and its relationship with the morbidity and mortality figures.

KEYWORDS: Social determination of health; critical epidemiology; Obesity.

INTRODUCCIÓN

La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada especialmente por autores de la corriente latinoamericana. Esta perspectiva de análisis pone el foco en la relación existente entre el orden social capitalista y la salud. La categoría de determinación social, realiza una crítica al paradigma empírico-funcionalista y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir. Desde esta perspectiva, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado.

Este enfoque muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y prevención individual. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, en cambio, se comprende al proceso de salud-enfermedad, sus representaciones y las respuestas sociales para enfrentarlos, como hechos socio históricos que atañen a los colectivos humanos, analizando dicho proceso en sus tres dimensiones: general, particular y singular.

El objetivo de este trabajo es explicar la determinación y distribución de la salud más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología del individuo, es decir de un sujeto individualizado, descontextualizado de una trayectoria biográfica¹.

Pensar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y en particular la obesidad desde la determinación social, implica, en primera instancia, comprender la magnitud del problema a nivel mundial, dónde, en el marco del proceso de “transición epidemiológica”, las ECNT representaron 73% de las muertes en 2017; y más de la mitad de estas muertes (28,8 millones) fueron atribuibles a sólo cuatro factores de riesgo: presión arterial alta, tabaquismo, alto nivel de glucosa en la sangre y alto IMC². Un IMC elevado (≥ 30) es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). Se conoce además que existe una significativa asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la mayor carga de enfermedad (CE) por las ECNT y sus factores de riesgo³.

Se han identificado complejos impulsores de la epidemia de obesidad, la cual tiene alcance global y afecta fundamentalmente a los países de ingresos bajos y medios. La inadecuada nutrición debida

a condiciones sociales adversas, bajos niveles de educación, discriminaciones raciales, étnicas, conflictos, y fundamentalmente la ausencia del Estado en la atención de cuestiones sociales, son algunas de las razones que explican este fenómeno. La política sanitaria que adopta el Estado actúa como determinante al definir aspectos macro que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones⁴. A ellas se agrega el impacto de la globalización sobre las costumbres alimentarias, con la difusión, a escala casi planetaria, de los alimentos procesados y ultra procesados, que a menudo son densos en calorías con un alto contenido en grasas y azúcares; contribuyendo todos estos elementos a generar los crecientes niveles de obesidad existentes⁵. Para identificar esta problemática recurrimos al término de *sindemia* y desarrollamos el concepto de *inseguridad alimentaria* desde un enfoque de derecho. A partir de esta perspectiva proponemos transformaciones en la mirada y el abordaje de los problemas de salud complejos que nos atraviesan, a fin de superar el reduccionismo de las soluciones individuales que llevan a la medicalización.

La obesidad desde la determinación social de la salud

La noción de determinación social de la salud se comprende como herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir. Así los procesos salud-enfermedad-atención se analizan en tres dimensiones a citar: “dimensión general”, “dimensión particular” y “dimensión singular”; estas dimensiones además se corresponden con diferentes “espacios” de determinación y condicionamiento⁶. Los procesos correspondientes a espacios superiores o “generales” tienen una relación de determinación sobre los procesos que corresponden a espacios de menor jerarquía. Esta relación no debe ser asumida como “causal”, sino como la capacidad de delimitar el “espacio de variabilidad posible” de los procesos y fenómenos.

Cuando un problema es definido en el espacio particular, como perfil epidemiológico de un grupo de población, permite poner en evidencia la potencia explicativa de las acumulaciones, leyes y principios que explican el proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de diferentes grupos de población, condicionados por la denominada matriz de la triple inequidad en la determinación de la salud: género, clase y etnia⁷. Finalmente, en el espacio singular, se incorporará todo el arsenal que posibilita la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. La forma como se desarrollan los hechos en un determinado nivel, se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, que afectan los niveles superiores de determinación⁸.

Dimensión general

En el nivel general de determinación social, se

analiza entonces la relación entre los procesos de salud-enfermedad-atención en consonancia con el momento histórico, los modelos económicos, los procesos políticos, el impacto de grandes catástrofes bélicas o naturales⁹.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Al hablar de desigualdades sociales en salud, es necesario recalcar que estas diferencias en salud no son solo el resultado de factores biológicos o de las elecciones individuales de cada persona, sino que dependen de factores que se acumulan en razón del grupo socioeconómico al que pertenecen cada individuo y son susceptibles de modificarse con políticas públicas efectivas¹⁰. La equidad en salud, por lo tanto, es un valor ligado al concepto derechos humanos y la justicia social.

En la actualidad, pocos factores ejercen tanta influencia sobre la salud y, en consecuencia, sobre la vida, como lo hace la alimentación. El Reporte Mundial de Salud publicado por la organización Mundial de la Salud (OMS) año 2007 expuso que nada menos que seis de los veinte principales factores de riesgo para la morbilidad a nivel global, eran factores nutricionales¹¹.

En las sociedades del pasado donde predominaba la restricción calórica, los pobres eran flacos y los ricos gordos, la cantidad de alimentos modelaba los cuerpos de las clases sociales. Este fenómeno ha presentado una aceleración en las últimas décadas -proceso neoliberal mediante- pero es la génesis y el locus del capital desde sus orígenes. Las hambrunas como fenómeno ajeno a cuestiones climáticas o desastres naturales eran una excepción y, desde hace cinco siglos, son estructurales, e intrínsecos de las relaciones sociales capitalistas, que deben entenderse como relaciones globales, como parte del sistema-mundo.

Actualmente, en un contexto en el cuál los mecanismos de mercado estimulan la producción hasta poner en peligro la sustentabilidad, hay alimento suficiente para que todos los habitantes del planeta coman lo suficiente. Sin embargo, el problema radica en que los alimentos se vuelven mercancías y no un derecho y el mercado no busca equidad sino ganancia, lo que genera que los alimentos se distribuyan según la capacidad de compra. Esta situación condena a los grupos en situación de pobreza a consumir alimentos ricos en energía, que son la oferta más barata, ello y trae como consecuencia que este sector sume a sus déficits nutricionales el sobrepeso. De este modo, se genera el fenómeno de la obesidad en la escasez, fenómeno que es invisibilizado y resulta funcional al sistema que lo produce¹².

La organización Mundial de la Salud caracterizó por

primera vez a “la obesidad” como una enfermedad no transmisible de carácter “epidémico”, y le agregó el calificativo de global, a fin de transformarla entonces en una pandemia¹³. Un término más adecuado para hacer referencia a la problemática de la obesidad a nivel mundial, es el de sindemia. El término sindemia (un neologismo que combina sinergia y pandemia). Este término fue acuñado por el antropólogo médico estadounidense Merrill Singer en los años 90 para explicar una situación en la que “dos o más enfermedades interactúan de forma tal que causan un daño mayor que la mera suma de estas dos enfermedades”¹⁴. Entonces, cuando dos o más enfermedades que coexisten, interactúan entre sí y tienen impulsores sociales comunes se propone el uso del término sindemia. Desde una perspectiva de salud integral, un grupo de científicos hablan de una “sindemia global” para referir a los problemas correlativos y sinérgicos entre “obesidad, desnutrición y cambio climático” como efectos de este modelo de capitalismo neoliberal¹⁵. Los investigadores sostienen que, si bien en la actualidad se los observa como problemas sociales, políticos, económicos desconectados, no son más que la sintomatología del Capitaloceno¹⁶. La noción de Capitaloceno alude, justamente, a la idea de una crisis sistémica multidimensional; un evento límite que marca la crisis terminal de un modelo civilizatorio. La pandemia, como síntoma del Capitaloceno, está marcando la crisis terminal de la salud, tanto de los cuerpos biológicos como del propio cuerpo político, lo que, a su vez, remite a la crisis más general de la salud de la Tierra, como resultado del cambio climático. Este último afecta los sistemas alimentarios de muchas formas, entre otras el aumento en los precios de los alimentos básicos que se espera que conduzca a aumentos en deficiencias de nutrientes y desnutrición crónica entre los grupos de población con mayor inseguridad alimentaria.

La obesidad en el mundo y en Argentina, un recorrido histórico.

A mediados de la década de 1970 se comienza a hablar de seguridad alimentaria, con énfasis en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global. En la década de 1980 se agrega la idea de acceso al alimento, tanto económico como físico, y en la de 1990 se llega al concepto de seguridad alimentaria actual que incorpora las nociones de la inocuidad y las preferencias culturales, reafirmando el concepto como un derecho humano¹⁷. Estos diferentes enfoques fueron dirimidos dentro del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial fundamentalmente por iniciativa del movimiento Vía Campesina, ampliándose el concepto de “seguridad alimentaria” al de “soberanía alimentaria”. Se entiende por soberanía alimentaria al derecho de los países y los pueblos a definir sus propias políticas agrarias, de empleo, pesqueras, alimentarias y de tierra, de forma que sean ecológica, social, económica y culturalmente apropiadas para ellos y sus circunstancias únicas. Esto incluye

el verdadero derecho a la alimentación y a producir los alimentos, lo que significa que todos los pueblos tienen el derecho a una alimentación sana, nutritiva, culturalmente apropiada, y a la capacidad para mantenerse a sí mismos y a sus sociedades¹⁸.

Desde esta perspectiva multidimensional e interdisciplinaria que acabamos de plantear es que consideramos debe analizarse el problema de la obesidad. Considerando que la desnutrición y el sobrepeso son dos caras de la misma moneda que ponen en evidencia la desigualdad e injusticia existente en el acceso a los alimentos. Resulta así claro que en este tipo de problemáticas las responsabilidades nunca son individuales, son sino sociales y políticas.

Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo y es la causa de 4 millones de muertes al año. Actualmente, muchos países de ingresos medios y bajos están afrontando una «doble carga» de morbilidad, por una parte, se presentan las enfermedades infecciosas, la desnutrición, y en simultáneo, un rápido aumento en los factores que predisponen a las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos. Nos encontramos así con desnutrición y obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar¹⁹.

Los datos de la carga mundial de enfermedades sugieren que, para 2025, casi 268 millones de niños y adolescentes en 200 países tendrán sobrepeso, 124 millones tendrán obesidad, y casi tres cuartas partes (72 ± 3%) de las ECNT que producirán enfermedades y muertes relacionadas con la obesidad, se generarán en los países de medianos y bajos ingresos (PIBM)²⁰.

En las sociedades latinoamericanas los sectores más pobres enfrentan simultáneamente los problemas generados por la desnutrición y, al mismo tiempo, todos los problemas derivados del sobrepeso. Pudiendo coincidir ambos en la misma familia y en el mismo individuo en el ciclo de vida. Frente a los intentos de reducir esta cuestión al ámbito individual (y medicalizarla), resulta imperioso considerar que la obesidad es una problemática social que tiene en gran medida su origen en la modificación de las relaciones sociales que se han generado bajo el imperio del mercado globalizado, que afectan principalmente a los pobres y que continúan creciendo porque resultan funcionales al sistema socioeconómico actual. Al respecto, Patricia Aguirre (2011) aludiendo a la situación del sector, remarca que “Hay un gigantesco mercado para ellos, además de servir como muestra del lugar social de los fracasados. Reduciendo el problema social a un problema individual (su indolencia, adicción a la comida o un metabolismo anómalo) se des-responsabiliza a la sociedad y se los asiste, médica y controla”²¹.

Respecto de la evolución de la problemática en nuestro país, cabe consignar como antecedente que a principios del siglo XX, Argentina entró en las primeras etapas de la transición epidemiológica, proceso en el cual las tasas de mortalidad general tendieron a descender de manera constante. Alrededor de 1960, surge un patrón de comportamiento moderno de la mortalidad, en el que las enfermedades infectocontagiosas disminuyen de manera considerable y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, junto a las neoplasias, pasan a ser las principales causas de defunción²². La transición epidemiológica que atravesó mundialmente el proceso de salud-enfermedad también impactó y produjo cambios en los patrones alimentarios, dichos patrones alimentarios incrementaron la incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.

Los cambios producidos en la mortalidad en Argentina responden a múltiples factores, entre otros en la formulación de políticas sanitarias, en la atención de la salud y cambios en los factores que implican riesgo de muerte, entre otros²³. En este sentido Adrián Carboneti (2007) remarca que coexisten un sinfín de elementos que contribuyeron a conformar un nuevo régimen epidemiológico, que van desde lo político a lo económico, lo social y lo cultural, y que se resumen bajo el concepto de transición sanitaria. Este concepto alude a una transición tanto en lo concerniente a la atención sanitaria como en lo relativo a los riesgos²⁴. Otro de los factores que permiten explicar el cambio hacia un predominio de causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles es el relativo al envejecimiento de la población, producto de una disminución de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida²⁵. Argentina se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, ya que la población de adultos mayores alcanza al 14,27% de la población total, siendo la esperanza de vida al nacer de 72,45 años para varones y de 79,95 años para mujeres. El envejecimiento de la población permite también explicar el cambio hacia un predominio de causas de muerte por ECNT²⁶.

En el país, las ECNT constituyen no sólo la principal causa de mortalidad, sino también la principal causa de años potenciales de vida perdidos. Asimismo, como señalamos la evolución de las ECNT ha sido más desfavorable en sectores económicamente vulnerables. En tal sentido en nuestro país se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes, ya que su distribución responde a las condiciones de vida y trabajo, así como a las oportunidades de acceso a los cuidados de la salud presentes en cada contexto²⁷.

Así, por ejemplo, según lo informa la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la prevalencia de obesidad obtenida por medición fue de 32,4%,

la frecuencia de obesidad presentó asimismo un gradiente descendente a medida que aumentó el nivel de instrucción. Lo mismo sucedió respecto de los quintiles de ingresos, donde el quintil más bajo presentó una prevalencia 10 puntos porcentuales más que el quintil más alto (35,2% vs 25,5%)²⁸.

En este análisis resulta necesario tener en cuenta que en nuestro país las profundas inequidades en la salud tienen sus raíces en complejos legados históricos²⁹. La dificultad de los hogares de contar con seguridad alimentaria radica fundamentalmente en la accesibilidad a los alimentos, al respecto en general las iniciativas del Estado han estado orientadas a paliar situaciones críticas de accesibilidad a alimentos³⁰.

En este sentido y desde un paradigma crítico, se considera que resulta imprescindible una revisión general de los programas alimentarios desde su concepción, contenido y alcance para que dejen de ser meras ayudas sociales y se transforman en portadores del derecho a una adecuada alimentación y nutrición, teniendo en cuenta las problemáticas actuales que atraviesan el proceso salud-enfermedad: donde coexisten desnutrición, obesidad, y las ENT aparecen como la primera causa de muerte.

Las políticas sociales en general, deben contribuir a la plena realización de esos derechos económicos y sociales y no tan solo a satisfacer necesidades. Los programas alimentarios no deben ser ajenos a esta lógica de derechos de los ciudadanos, pues los "beneficiarios de los programas" son actores sociales titulares de derechos, desde este paradigma "la alimentación debe considerarse un derecho y no una mercancía". En ese marco, Argentina ha generado varias políticas relevantes para el sector agrícola y de alimentos, orientadas a la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ej.: Estudio Pérdidas y desperdicios de alimentos para garantizar producción y consumo responsable, buenas prácticas agrícolas, con énfasis en la Agricultura Familiar y participación comunitaria, gestión del agua para la agricultura y de riesgos agroclimáticos para contribuir a la seguridad alimentaria, entre otros.). Nuestro país cuenta con un conjunto de programas tendientes a proteger el derecho a la alimentación (ej.: Programa Nacional De Nutrición y Alimentación; Programa de fomento de bioinsumos; Programa de fomento de investigación y experimentación aplicada para desarrollar tecnología apropiada adaptada a la producción agroecológica, etc.³¹), no obstante, en un sinnúmero de casos estas iniciativas parecen no corresponderse en la práctica con las realidades que se observan en el terreno. Específicamente, hay una falta de apoyo a los pequeños productores y una falta de incentivos financieros para diversificar la economía agrícola, base fundamental para asegurar la adecuada alimentación de la población.

Conforme al planteo del derecho a una alimentación adecuada, todos deberían poder obtener suficientes alimentos de buena calidad, ya sea a través de sistemas de mercado, o produciendo sus propios alimentos, aprovechando la tierra y otros recursos naturales.

El Estado, en cuanto expresión social de organización de la comunidad, debería promover y facilitar los procesos para que la propia alimentación de la población sea la culminación de los derechos económicos y sociales con sentido de equidad y no tan solo un mero proceso para aquietar el hambre³².

Dimensión particular

En el espacio de lo particular los "problemas" aparecen definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos de población. Abordar los problemas de salud a este nivel permite identificar la acumulación que produce el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones que a nivel de la reproducción biológica (gestación, crecimiento, desarrollo, genética, inmunología, etc.) son técnicamente factibles de realizar para modificarlas. Igualmente permite identificar las acumulaciones a nivel de lo ecológico (condiciones naturales, exposición a ciclos epidemiológicos de enfermedades, saneamiento ambiental, condiciones ambientales de trabajo, etc.); a nivel de las formas de conciencia y conducta (organización, participación, educación, movilización, etc.) y finalmente a nivel de las relaciones económicas (proceso de trabajo, participación en la distribución, en el consumo, acceso a servicios asistenciales, etc.). Todas ellas constituyen procesos que pueden ser modificados identificando el tipo de hechos que es necesario producir para acumular posibilidades de transformación³³.

Esta perspectiva permite así mismo plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores sobre periodos más precoces del proceso de determinación y también redefinir el pensamiento preventivo y de promoción de salud, estableciendo nexos con las conceptualizaciones más avanzadas de "estrategia de atención primaria", entendida ésta no como "un programa marginal para poblaciones marginalizadas", sino como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población.

Se define en este nivel además el perfil epidemiológico de un grupo, comprendiendo a este cómo un movimiento entre los procesos protectores y destructivos que operan en el modo de vida característico de cada grupo social y que, a la vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran³⁴. Se proponen entonces elementos para pensar la problemática de la obesidad a partir de la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud: género, clase y etnia.

En nuestro país se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes, ya que su distribución responde a las condiciones de vida y trabajo, así como a las oportunidades de acceso a los cuidados de la salud presentes en cada contexto³⁵.

Las condiciones sociales y económicas dan como resultado gradientes sociales que contribuyen a las desigualdades en salud. La fuente de nutrientes es la principal diferencia en el régimen alimenticio entre las clases sociales, así los grupos más desfavorecidos sustituyen los alimentos frescos por alimentos procesados más baratos, asimismo el consumo de grandes cantidades de grasas, fenómeno que ocurre en todos los grupos sociales. En líneas generales es posible afirmar que las personas con bajos ingresos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, son menos capaces de comer bien. Los objetivos dietéticos para prevenir enfermedades crónicas hacen hincapié en la importancia de comer más verduras frescas, frutas, legumbres y cereales mínimamente procesados, y menos grasas animales, azúcares refinados y sal³⁶.

Analizando desde la dimensión particular, por ejemplo, la provincia de Córdoba, los estudios muestran que la prevalencia de obesidad en el estrato socioeconómico (ES) alto fue de 9%, duplicándose en el ES medio y alcanzando un 22% en el ES bajo³⁷. En Córdoba la malnutrición por exceso de peso en la edad adulta afecta al 60% de población asistida por efectores de salud del subsector público, presentando la obesidad niveles diferenciados por género: un 24,6% en varones y 27,7% en mujeres³⁸.

Respecto al género, en el marco de un análisis de matriz de triple inequidad, las desigualdades basadas en el género atraviesan todo el entramado social y se articulan con las de nivel socioeconómico, nivel educativo y la etnia; todos ellos influyen en las condiciones de vida material y la posibilidad de adoptar estilos de vida saludable. La literatura científica documenta una estrecha relación entre el género, el sobrepeso y obesidad. Las tareas domésticas y de cuidado desarrolladas al interior del hogar, los patrones de socialización, el tipo y las condiciones de trabajo asalariado que presentan las mujeres, generan en ellas situaciones de sobrecarga física y emocional, con una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificaría su mayor morbilidad por trastornos crónicos. (Silvia, 2018). Resulta necesario entonces analizar el complejo entramado que constituyen los diversos ejes de la desigualdad. Desigualdad socio-económica -o de clase- y desigualdad de género, en salud están interrelacionadas y por tanto deben ser analizadas conjuntamente³⁹. La CEPAL sostiene al respecto que el género y la clase, así como la raza y la etnia impactan de manera más contundente en las mujeres colocándolas en una

situación de mayor exposición y vulnerabilidad en las posibilidades de obtención de recursos y de acceso a la protección de la salud⁴⁰.

Los ejes de las relaciones sociales de poder están interrelacionados, no como aditivos sino como procesos sinérgicos, cada uno construyendo y siendo construido por el otro. Entre los elementos sociales, se habla de normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociales. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos de reproducción al interior del hogar y de producción para el mercado. Finalmente, se identifican como elementos “mediadores” factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios⁴¹.

En Córdoba, sólo muy recientemente comenzaron a publicarse algunos estudios que intentan integrar los dos ejes de desigualdad (nivel socioeconómico y género). Se trata fundamentalmente estudios que analizan la salud de mujeres y hombres según la clase social, teniendo en cuenta distintos grupos de análisis en función de la situación laboral, el estado civil o la carga en las tareas de cuidado.

Dimensión singular

El espacio de lo singular hace referencia las formas de organización, las acumulaciones que producen estos hechos en las formas de vida y conductas individuales, es decir aquello que se denomina “estilos de vida”, entendido como la exposición individual a factores o procesos de riesgo que en su expresión organizativa constituyen los llamados “grupos de riesgo”. Asumir los problemas a este nivel es en definitiva reconocer la forma en que los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las manifestaciones singulares de los fenómenos de salud-enfermedad y no tan sólo asumir la expresión biológica individual de los procesos sociales⁴².

En el caso de la obesidad, alimentación y hábitos, en esta dimensión no podemos reducir el problema social a un problema individual, ello implica reconocer que una elección genuina de ciertos estilos de vida y de consumo se encuentra anclada en determinaciones más amplias. Esta situación condena a grupos de menores recursos socioeconómicos a consumir alimentos ricos en energía, que son la oferta más barata, ello genera que este sector sume a su déficit nutricional el sobrepeso, apareciendo la obesidad en la escasez, invisible y funcional al sistema que la produce⁴³.

Conclusiones y discusión

La obesidad es sin duda la problemática de mayor relevancia que atraviesa mundialmente al proceso

salud-enfermedad, con consecuencias irreversibles en la vida del ser humano. Lejos de considerarse una problemática de la abundancia, ya que coexiste con déficits nutricionales, esta "patología" es totalmente prevenible. Los cambios en los patrones alimentarios han contribuido al incremento de la obesidad distribuyéndose diferencialmente de acuerdo con el grupo socioeconómico de pertenencia. Los grupos con menores activos sociales son los más afectados, ya que el mercado capitalista ofrece alimentos baratos, ricos en energía, grasas e hidratos de carbono y pobres en proteínas y micronutrientes. Por el contrario, la posibilidad de acceder a los alimentos más nutritivos requiere de un mayor poder adquisitivo. En este sentido el mercado es quien regula las formas de alimentarse de los colectivos sociales, considerándose al alimento una mercancía y no un derecho como lo establece la Constitución. Revertir esta pandemia, requiere de políticas que superen enfoques individuales, asistencialistas y fragmentados. Resulta necesario entonces, para abordarla, un abordaje interdisciplinario y un trabajo intersectorial, desde un paradigma crítico basado en un enfoque de derechos. Desde un paradigma crítico y una mirada interseccional, resulta posible mapear las inequidades en salud con más precisión y luego trazar direcciones más efectivas en desarrollo de políticas y programas.

Conforme a los avances teóricos desarrollados en el marco del estudio de la determinación social de la salud, consideramos que se debe fomentar la investigación en el primer nivel de atención teniendo en cuenta fundamentalmente los escenarios locales, a fin de desarrollar dispositivos específicos que atiendan estas demandas. En un contexto de pandemia por COVID-19, resulta necesario además analizar las consecuencias sociales y sanitarias que el mismo trae aparejadas y los posibles impactos en la alimentación, la incidencia de obesidad y las políticas de cuidado en torno a las ECNT.

Partiendo de la consideración que la pandemia profundiza y reconfigura las desigualdades sociales, será necesario poner atención en los escenarios socio-sanitarios más desfavorecidos, a fin de enfocar los esfuerzos en las áreas que presentaron escenarios pre-pandemia más complejos en cuanto a las políticas de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1):13-27.

2. Cooper, C. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALY) for 359 diseases and injuries and health life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for

the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. [Internet]. 2018 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32335-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext)

3. Sommer I, Griebler U, Mahlkecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G. y Mendis S. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health* [Internet] 2015 [citado 1 de Febrero 2021]; 15:914 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575459/>

4. Granda E. A qué llamamos salud colectiva hoy. *Rev Cub Salud Pública*. 2004; 30:2.

5. Marmot M Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. *BMJ* 2019; 364:l251.

6. Castellanos, P. L. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Epidemiológico OPS*. 1990; 10:4.

7. Breilh, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(4):937-951.

8. Idem 6.

9. Idem 7.

10. Belmartino S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: Susana Torrado (comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2007: un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 2007. 258 p.

12. Aguirre, P. (2011). Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: *Boletín Científico Sapiens Research*. 2011; 1(2): 60-64.

13. World Health Organization Ministerial Conference on Counteracting Obesity. European charter on counteracting obesity. 2006. Istanbul, Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe.

14. Swinburn, B. A. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: *The Lancet*. [Internet]. 2019. [citado 1 de Febrero 2021]; (393): 791-846. Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext#section-7c530872-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext#section-7c530872-)

6235-4433-899c-b3f276970189

15. Idem 14.

16. Machado Aráoz H. Rossi L. Pistas para una salida más humanizada del Capitaloceno. La Tinta. [Internet]. 2020 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: <https://latinta.com.ar/2020/04/pistas-salida-humanizada-capitaloceno/>.

17. Foro de las ONG/OSC para la Soberanía Alimentaria. Soberanía alimentaria, un derecho para todos: Declaración política del Foro de las ONG/ OSC para la Soberanía Alimentaria. Roma: Foro de las ONG/OSC para la Soberanía Alimentaria; 2002. Disponible en: http://www.biodiversidadla.org/Noticias/Foro_ONG_OSC_de_Roma_sobre_Soberania_Alimentaria

18. Naciones Unidas. Asamblea General Informe de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c65e2c84.pdf>.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS) Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

20. Swinburn B. cool. La sindemia mundial de obesidad, desnutrición y cambio climático: informe de la Comisión Lancet. 2019 ; 393.

21. Aguirre, P. Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: Boletín Científico Sapiens Research, 2011, 1 (2):60-64.

22. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

23. Robles González B, Mestre J, Benavides E. La transición sanitaria: una revisión conceptual. En: Boletín de la Asociación de Demografía Histórica. 1996;1(14)

24. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

25. Mestre JB, Robles E. Demografía y problemas de salud: unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. Política y

Sociedad. 2000.

26. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

27. Tercera Encuesta Nacional de Factores de riesgo para Enfermedades No transmisibles. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2013 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

28. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de riesgo para Enfermedades No transmisibles. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Informe definitivo. [Internet]. 2019 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

29. Belmartino S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

30. Abeyá Gilardon E. Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina. Salud Colectiva. 2016; 12(4):589-604.

31. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Planes, programas y proyectos orientados a las metas de los 17 Objetivos del Desarrollo sostenible Informe país 2018. [citado 1 de Marzo 2021]; Disponible en: <http://www.odsargentina.gob.ar/Nacion>.

32. Herkovits D. La construcción de la malnutrición infantil: una etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires. 2008. Buenos Aires: CEDES-FLACSO; 2008.

32. Idem 6.

33. Idem 7.

34. Idem 27.

35. Wilkinson R. y Marmot M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables Política de Salud para Todos en Europa: Objetivo 14 Entornos para la promoción de la salud. 1998 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: <https://escpromotorasdesalud>.

weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf

36. Aballay LR, Osella AR, De La Quintana AG, Diaz M. Nutritional profile and obesity: results from a randomsam plepopulation- based study in Córdoba, Argentina. Eur J Nutr. 2016;55: 675–685.

37. Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la Provincia de Córdoba. Boletín de vigilancia de ECNT y factores de riesgo en la Provincia de Córdoba Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la Provincia de Córdoba. 2019 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: https://www.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2019/06/Informe_Vigilancia_SP-OB_Mayo-web-gob.pdf

38. Silvia M. Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización de servicios. En Piovani J I, Salvia A. La Argentina en el siglo XXI. Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social. Argentina: Siglo veintiuno Editores. 2018. p. 265-289.

39. CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Santo Domingo. 2016. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf

40. García Calvente. Género y Salud: Un marco de análisis e intervención. Diálogo Filosófico. 2004. 59: 212-228.

41. Idem 6.

42. Aguirre, P. (2011). Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: Boletín Científico Sapiens Research, 2011; 1(2): 60-64.





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

COMUNICACIÓN EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR.

Trabajo multicéntrico, cualitativo cuantitativo, en los meses de abril a julio de 2014, en Buenos Aires, Rosario y Tucumán.

COMMUNICATION IN FAMILY MEDICINE PRACTICE.

Multicenter research trial, qualitative and quantitative, from April to June 2014. in the City of Buenos Aires, Rosario and Tucumán.

Autores: Barichello, Federico¹; Blaconda, Daiana¹; Borsetta, Eduardo¹; Buero, María Magdalena²; Bustamante Martinetto, Gisela³; Cajal, Nadia³; Canales, Kiney¹; Catanzaro, Laura²; Chico Martínez, Bettiana³; Corcuera, Valeria¹; Deguer, Samanta²; Del Castillo, Gabriela²; Elwart, María Luz³; Forte, Vanina²; García Pinto, Sofía³; García, Cynthia³; Garrido, Celia³; Gene, Lucas²; Gorgo, Guillermo¹; Hara Duck, Marcos²; Minicucci, Cecilia¹; Perez, Brenda²; Rentería, Fernando²; Villaluce, Marta¹.

Afiliación:

1. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con – Rosario

2. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con – CABA - mail

3. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con - Tucumán

Autores de correspondencia:

Bustamante Martinetto, Gisela Natalia.

E-mail:

gi-bus@hotmail.com

Dirección:

OSPECON – Sede Central:
Av. Belgrano 1864 – CABA

Teléfono de contacto:

381 - 154458571

Recibido: 15/10/2020

Aceptado: 5/3/2021

Conflicto de intereses: los investigadores declaran NO presentar conflicto de interés alguno respecto de la presente. Visado y aprobado por Comité de Ética Hospitalario.

RESUMEN

Introducción: la comunicación es trascendental para la vida en sociedad. El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente. Distintos factores pueden interferir en esta, como el ambiente, el tiempo y las interrupciones. **Objetivo:** Evaluar el grado de comprensión del mensaje transmitido por el médico hacia el paciente. **Material y método:** Trabajo multicéntrico, cualitativo cuantitativo. **Componente cuantitativo:** descriptivo de corte transversal de abril a julio de 2014. Se incluyeron 1200 adultos de ambos sexos, que asistieron a los Ce.M.A.P y 40 médicos de familia. **Componente cualitativo:** Muestreo no probabilístico, intencional, hasta saturación de datos. Triangulación y convergencia de datos. **Resultados y discusión:** Respecto al componente cuantitativo, se encontró que nuestras hipótesis acerca de la falta de comprensión del mensaje (indicaciones y problema de salud) no pudieron comprobarse. Ya que las indicaciones realizadas por el médico tuvieron una adecuación total del 60% y comprendieron el problema de salud un 77% de los pacientes entrevistados. Para el componente cualitativo luego del análisis temático se obtuvieron barreras (tiempo, paciente polidemandante, ideas previas, omisión de indicaciones no farmacológicas) y facilitadores (conocimiento previo del problema de salud, longitudinalidad, paciente acompañado) para la comprensión del mensaje. **Conclusiones:** Los pacientes entienden el mensaje de sus médicos de familia, ya que contamos con herramientas concretas como la escucha empática, el proceso clínico centrado en la persona y la longitudinalidad en la atención.

PALABRA CLAVE: comunicación, entrevista clínica, proceso clínico centrado en la persona.

SUMMARY

Introduction: communication is important for life in a society. Success in any clinical interview depends on the quality of patient-doctor communication. Different factors may interfere, like the environment, time and interruptions. **Objective:** Assess the level of understanding of the message given to the patient by the doctor. **Material and method:** Multicenter research trial, qualitative and quantitative. **Quantitative component:** cross sectional descriptive from April to June 2014. 1200 adults of both sexes who assisted to the primary health care center: "Ce.M.A.P." in the City of Buenos Aires, Rosario and Tucumán and 40 family practitioners. **Qualitative component:** nonprobability, intentional sampling upon data saturation. Data triangulation and convergence. **Results and discussion:** as regards the quantitative component, we found out that our hypothesis in relation to the lack of understanding in the message (indications and health problem) could not be proven. Since 60% of the practitioner's indications were followed and 77% of the interviewed patients understood the health problem. Considering the qualitative component after the thematic analysis, barriers (time, highly demanding patient, previous knowledge, omission of non-pharmacological indications) and facilitators were obtained (previous knowledge of health problem, longitudinality, accompanied patient) to understand the message. **Conclusion:** patients understand their family practitioner's message since we have specific tools like empathic listening, patient centered healthcare and longitudinality in attention.

KEY WORDS: communication, clinical interview, patient centered healthcare.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la comunicación es importante porque provee información acerca de si los mensajes son recibidos, entendidos e internalizados por las personas a las cuales van dirigidos.

Como médicos de familia, consideramos la comunicación con nuestros pacientes, como un pilar fundamental en la alianza terapéutica con ellos. Es por ello que planteamos, desde una mirada autorreflexiva, algunas preguntas al respecto: ¿Qué entienden los pacientes de las recomendaciones médicas?

MARCO TEÓRICO

Desde el principio de los tiempos la comunicación ha sido trascendental para la vida en sociedad. Es una herramienta de integración, de educación e instrucción, de intercambio y de desarrollo. El proceso de comunicación consiste en la transmisión de información entre un emisor que emite y un receptor que decodifica (interpreta) un determinado mensaje. En este proceso se pueden identificar los siguientes elementos: emisor, receptor, código (sistema de señales) y canal de comunicación.

La *comunicación verbal*, aquella transmitida por las palabras, es una forma de comunicación exclusiva de los seres humanos y la más importante en la vida en sociedad. El paciente describe sus síntomas según su riqueza de lenguaje. Por lo que será necesario pedir una aclaración para asegurarse que el médico recibió a través de esa palabra el mensaje correcto.^{1,2,3,4}

Otras formas de comunicación que utilizan sistemas de signos no lingüísticos, como gestos, expresiones faciales, espacio, tono de voz, imágenes, actitud y contexto en el que se intercambian los mensajes, se denominan *comunicación no verbal*. Esta forma de comunicación revela el estado emocional durante la consulta y da sentido a los mensajes verbales intercambiados. La comunicación verbal y no verbal son complementarias, aunque no siempre generan el mismo mensaje para el receptor.^{2,3,5,6,7}

Por otro lado, la *escucha* es otro pilar fundamental en la comunicación. La misma debe superar la objetividad del médico, debe ser empática para darle al paciente la oportunidad que él defina libremente su problema, procurando no interrumpirlo. Para el logro de una buena comunicación, el médico debe realizar una "ESCUCHA ACTIVA" donde no se interpretan las palabras textuales que el paciente refiere, sino que se analiza la significancia de la palabra, las expresiones y la comunicación no verbal, entre otras. Para ello, cuenta con herramientas y habilidades.^{2,5,8}

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de

la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente, siendo esta última considerada una de las competencias básicas en la formación médica.^{4,9}

Si analizamos distintos modelos de atención médica, el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por su biologicismo, es decir un enfoque únicamente orgánico de la enfermedad, buscando eficacia pragmática, sin profundizar en el contexto sociocultural y psicológico del paciente. Como resultante se genera una relación asimétrica en el vínculo médico - paciente, con una participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud. En este modelo suelen existir dificultades en la comunicación y en la relación médico-paciente.^{10,11,12,13}

El modelo clínico centrado en la persona, en cambio, pregona comprender el proceso de salud - enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover decisiones compartidas entre el médico y el paciente. El modelo biopsicosocial integra a los sistemas biológicos con los psicológicos y aún espirituales con un meta-sistema familiar y social.^{4,5,14} Así surge el concepto "punta de iceberg" el cual propone que detrás de cada dolencia física se esconde un componente psicosocial. El conocimiento del médico permite la flexibilidad y destreza necesaria para trabajar con el paciente, la dolencia y el sufrimiento.

Comparando los dos modelos, podemos concluir que, en el Modelo centrado en la persona, la comunicación se ve facilitada con respecto al hegemónico, debido a que el paciente tiene un rol protagónico en la toma de decisiones, junto con el médico. Este atributo favorece la alianza: el compromiso y la adherencia para un seguimiento longitudinal.²

Distintos factores pueden interferir en el logro de una buena comunicación, como el ambiente donde se desarrolle la entrevista y las interrupciones. Otra barrera que se presenta es la gnosológica, donde el conocimiento y la forma de transmitirlo pueden generar una distancia.^{5,6} El médico debe asegurarse que el paciente interprete el mensaje, evitando la utilización de lenguajes técnicos, no dando por supuestos conocimientos previos por parte del paciente, explorando siempre si quedaron dudas.⁵

El factor tiempo puede ser otro elemento de distancia. La medicina "moderna" propone esquemas de atención donde el médico dispone de tiempos acotados para la consulta, propiciando muchas veces una tarea más pragmática que comunicativa.^{3,5}

Por todo lo expuesto, queda en evidencia que la mejora en la comunicación genera un rédito, se logran entrevistas más efectivas, se le da más fuerza a las decisiones que se toman en el consultorio, se coopera, se mejora la adherencia y, sobre todo, mejora la calidad en la atención al paciente.^{3,4,5}

Por lo cual nuestros *Objetivos* son conocer el grado de comprensión del mensaje transmitido por el médico hacia el paciente; valorar la comprensión del mensaje por parte del paciente con respecto al problema de salud y a las indicaciones terapéuticas transmitidas por su médico de familia. Y conocer qué factores influyen en la comprensión del mensaje, según la percepción de los actores involucrados.

PROPÓSITO

Mejorar la comunicación en la consulta de medicina familiar en los Centros Médicos de Atención Primaria pertenecientes a la Obra Social del Personal de la Construcción.

MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación se planteó desde un paradigma cuantitativo con incorporación de componentes cualitativos a fines de poder elaborar hipótesis heurísticas posteriores.

Trabajo multicéntrico, descriptivo de corte transversal en los meses de abril a julio de 2014.

Población de estudio: Adultos de ambos sexos mayores de 18 años, beneficiarios de O.S.Pe. Con que asistieron a los Centros de Atención Primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción en Capital Federal, Rosario y Tucumán. Los mismos se encontraban en la sala de espera y se entrevistaba al salir del consultorio, previa explicación del trabajo y consentimiento. Y médicos de familia de los 3 centros asistenciales mencionados.

Criterios de exclusión: personas con algún tipo de discapacidad mental

Muestra 1: 1200 beneficiarios de O.S.Pe. Con de ambos sexos adultos mayores de 18 años que asistieron a los centros de salud arriba enunciados que corresponden al 55% del total de la consulta del período estudiado)

Muestra 2: médicos de familia que dispensan atención en los mismos centros. En total 40 médicos de familia.

Muestreo no probabilístico, intencional, hasta la saturación de datos para el componente cualitativo.

Consideraciones éticas: evaluación por comité de ética hospitalario y aprobado por el mismo, solicitud de consentimiento informado, confidencialidad de la

información.

COMPONENTE CUANTITATIVO

Hipótesis de investigación:

1) Los pacientes usuarios del Cemap no comprenden totalmente las indicaciones realizadas por los médicos de familia, lo hacen de manera parcial o nula.

2) Los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap no comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

Variables de estudio:

- Comprensión de indicaciones médicas.

Conceptualmente: Grado en el que las indicaciones referidas por el paciente coincidieron con las emitidas por el médico.

Operacionalmente: Surgieron de la comparación entre las indicaciones referidas por el paciente y las emitidas por el médico, obtenidas de una entrevista a ambos por separado al finalizar la consulta.

Las categorías de la variable fueron:

- Adecuación total: Si las indicaciones referidas por el paciente coincidieron de manera total con las del médico.

- Adecuación parcial: Si las indicaciones referidas por el paciente coincidieron de manera parcial con las del médico.

- Adecuación nula: Si las indicaciones referidas por el paciente no coincidieron con las del médico.

- Comprensión del problema de salud:

Conceptualmente: Grado en el que el paciente comprendió su problema de salud a través de lo comunicado por su médico.

Operacionalmente: Surgió de la comparación entre lo referido por el paciente acerca de su problema de salud y lo referido por el médico, mediante una entrevista a ambos por separado al finalizar la consulta.

Las categorías de esta variable serán:

- Comprensión satisfactoria: Cuando el paciente fue capaz de expresar su problema de salud en base a lo que el médico le explicó en la consulta, y ello se correlacionó a su vez con el contenido manifestado por el propio médico.

- Comprensión insatisfactoria: Cuando el paciente no fue capaz de explicar su problema de salud, o no coincidió su relato con el manifestado por el médico en la entrevista.

COMPONENTE CUALITATIVO

- Percepción de los factores que influyen en la comprensión del mensaje

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento de recolección de datos para ambos enfoques estuvo constituido por una encuesta de 3 preguntas de elaboración propia, sometida a una prueba piloto para su validación. La misma se adecuó para aplicarla en los pacientes y en los médicos de familia participantes del estudio (anexo 1).

ANÁLISIS DE DATOS:

Cuantitativo: descriptivo de las variables, de relación entre variables y aplicación de pruebas no paramétricas para la comprobación de las hipótesis descriptivas con utilización del EPIDAT 3.1.

Cualitativo: análisis interpretativo de los datos obtenidos de los factores identificados en la pregunta abierta del instrumento. Se utilizó el método de análisis temático propuesto por de Souza Minayo.

Finalmente, se integraron los resultados cuantitativos y los cualitativos a fines de elaborar una propuesta de mejora que permita cumplir con el propósito expuesto.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se tomó una muestra no probabilística de 1200 pacientes usuarios de los Centros de atención primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción de las ciudades San Miguel de Tucumán, Rosario y CABA, muestra que corresponde al 55 % del total de la consulta en los tres centros en el período estudiado y de 40 médicos de familia que atienden en dichos centros de atención primaria.

Las entrevistas se realizaron en los Cemaps de las ciudades enunciadas previamente. Las mismas se efectuaron al terminar la consulta con el médico de familia. En el caso de los médicos fue en el consultorio a la salida del paciente; y en el caso de los pacientes que aceptaron voluntariamente participar, se llevó a cabo antes que se retiren de la institución.

Se aplicaron de manera simultánea al médico y al paciente por 2 investigadores que al finalizar ambas entrevistas (a médicos y pacientes) cotejaron los datos obtenidos.

El 38% de la muestra correspondieron a personas de sexo masculino, mientras que el 62% restante correspondieron a personas de sexo femenino.

El promedio de edad de los participantes en el estudio fue de 38,2 años de edad

La mayor proporción de la muestra correspondieron a pacientes con nivel de instrucción "secundario completo": 37.66%, seguido por "primario completo": 32.16% y "secundario incompleto": 17.9%.

Comprensión del problema de salud en relación al sexo (n=1200)

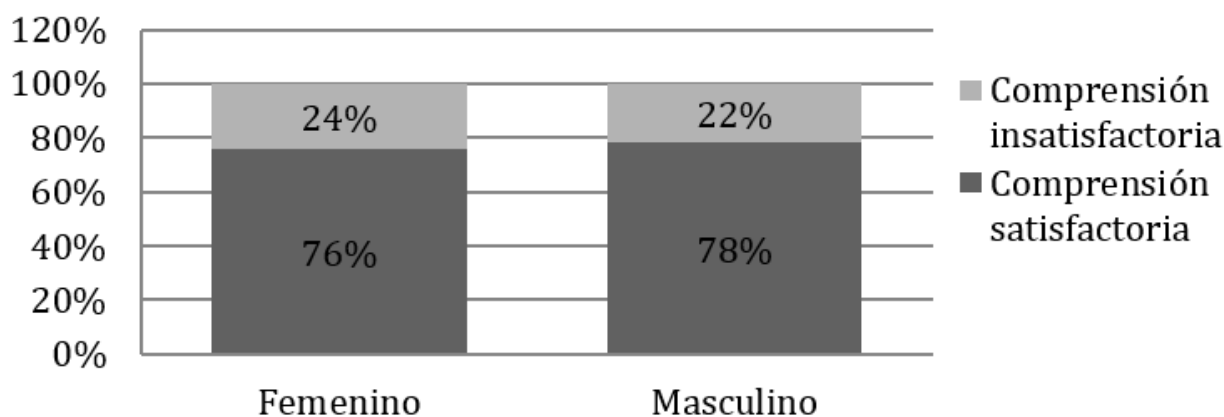


GRÁFICO 1: Muestra que en el 78% de las personas de sexo masculino la comprensión del problema de salud es satisfactoria, porcentaje muy similar al de las mujeres que presentan en el 76% de los casos el mismo resultado. La comprensión insatisfactoria queda limitada al 22% en el caso de los varones y 24% en las mujeres.

Compresión de las indicaciones en relación al sexo (n=1200)

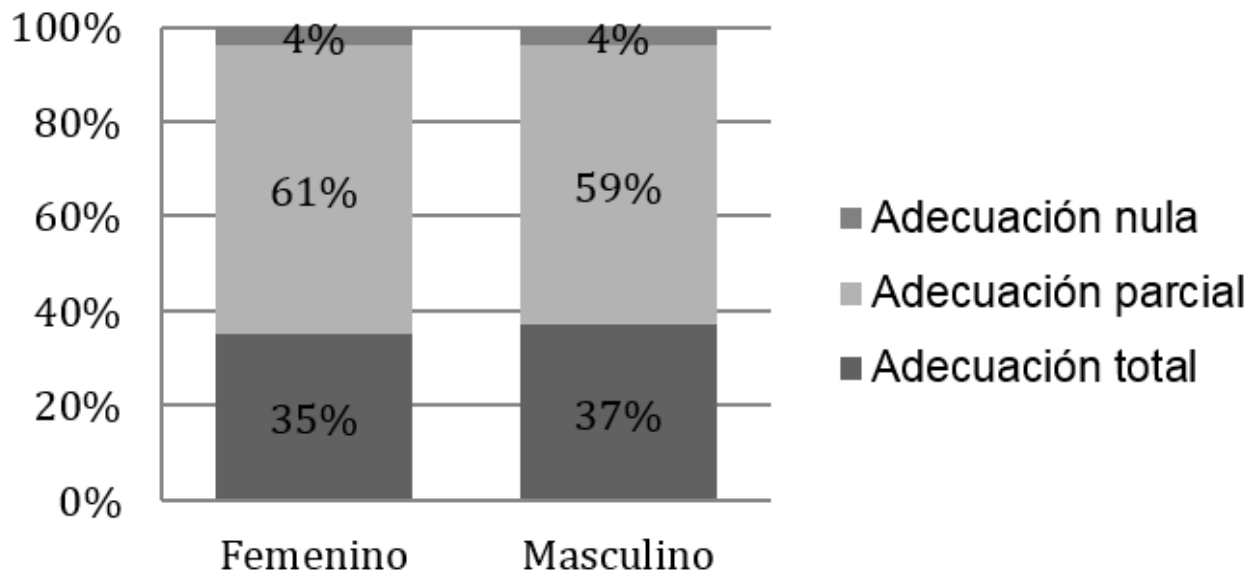


GRÁFICO 2: Respecto de la comprensión de las indicaciones médicas se observa que la adecuación entre el mensaje emitido por el médico y lo recibido por el paciente se encuentra en proporciones similares en hombres y mujeres.

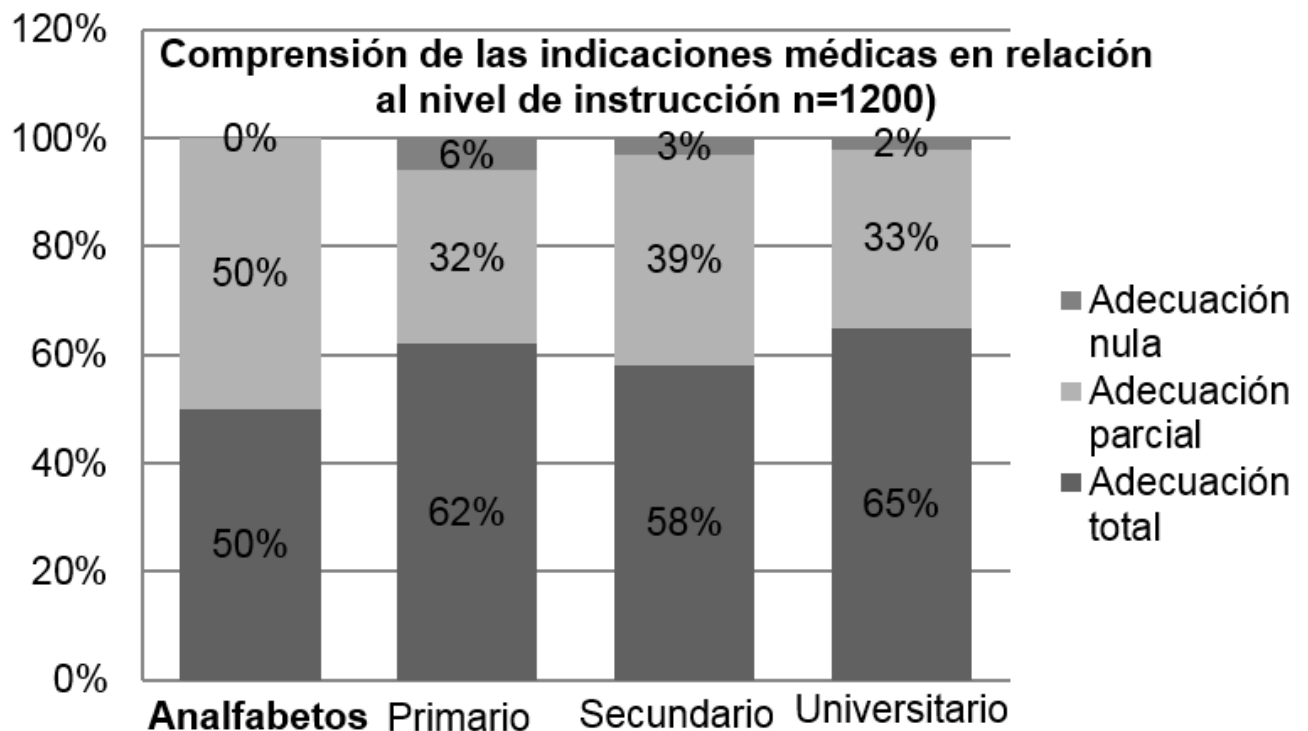


GRÁFICO 3: En cuanto a la comprensión de las indicaciones médicas en relación al nivel de instrucción, la mayor proporción de adecuación total se encuentra en los pacientes con estudios universitarios (65%), seguidos por los pacientes con estudios primarios (62%).

Comprensión del problema de salud en relación al nivel de instrucción (n=1200)

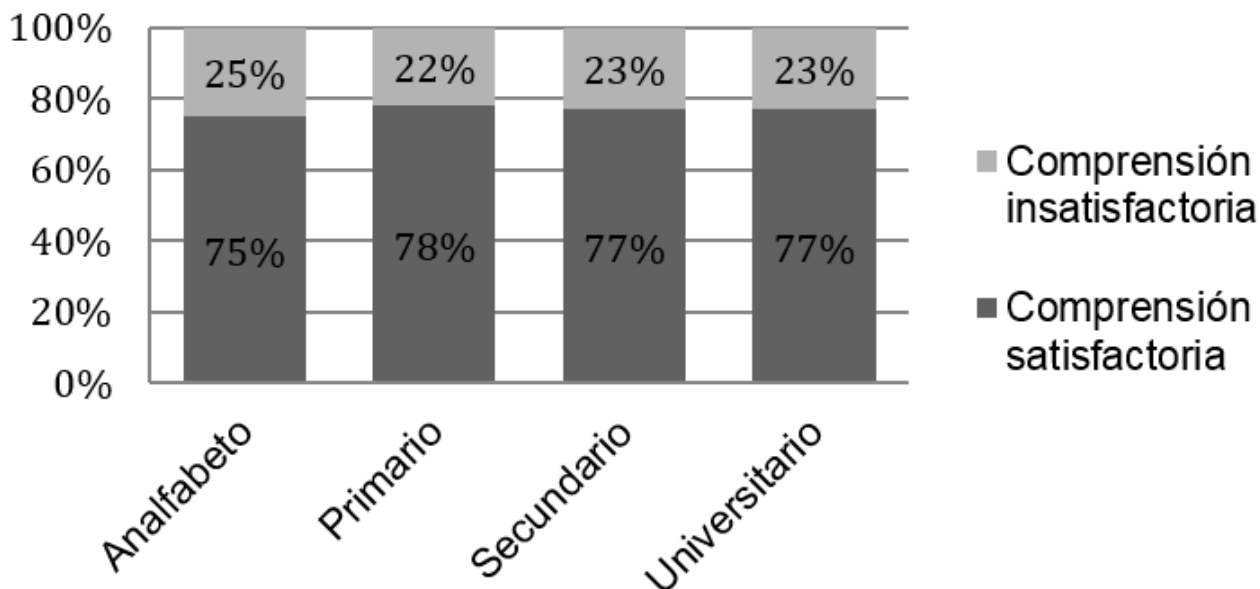


GRÁFICO 4: El presente gráfico muestra la relación entre nivel de instrucción y comprensión del problema de salud, tal como se observa en el mismo los porcentajes de la categoría comprensión satisfactoria son similares en los diferentes niveles de instrucción.

RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO CON COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Comprensión de Indicaciones Médicas (n=1200)

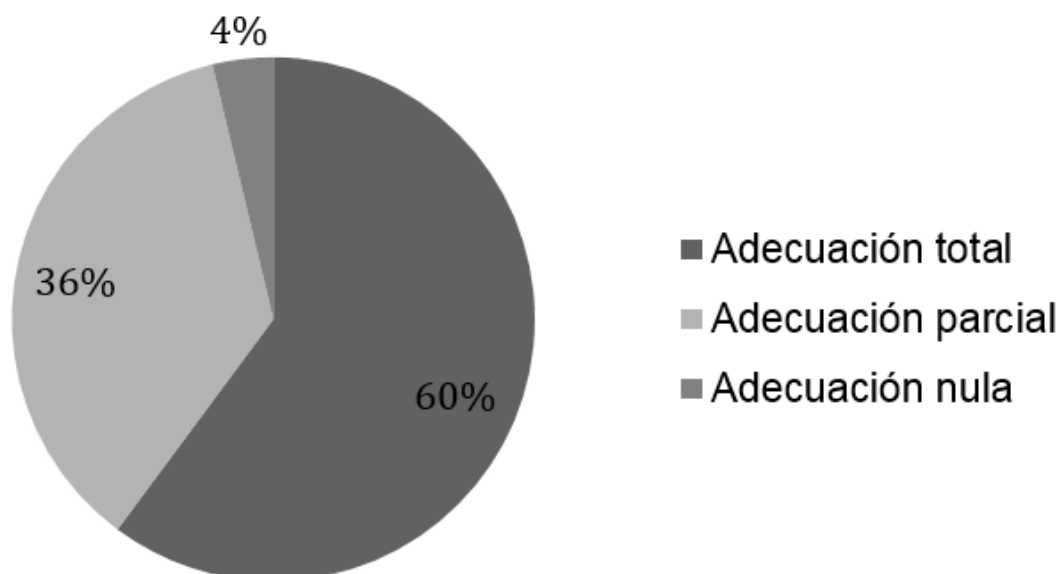


GRÁFICO 5: En el gráfico se observa que en el 60% (722) de los casos existió una adecuación total entre el mensaje emitido por el médico de familia y el paciente, mientras que en el 36% (433) de los casos la adecuación fue parcial y sólo en el 4% (45) se observó adecuación nula entre el mensaje emitido y el mensaje recibido.

RESPECTO DE LA PRIMERA HIPÓTESIS

Hi= Los pacientes usuarios del Cemap no comprenden las indicaciones realizadas por los médicos de familia.

Ha= Los pacientes usuarios del Cemap comprenden totalmente o parcialmente las indicaciones realizadas por los médicos de familia.

Se aplicó Test Chi² con 2 GL. Con estos parámetros se obtuvo un valor de Chi² de 2218,5312, con un valor de p=0.000, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis alternativa.

Comprensión del problema de salud (n=1200)

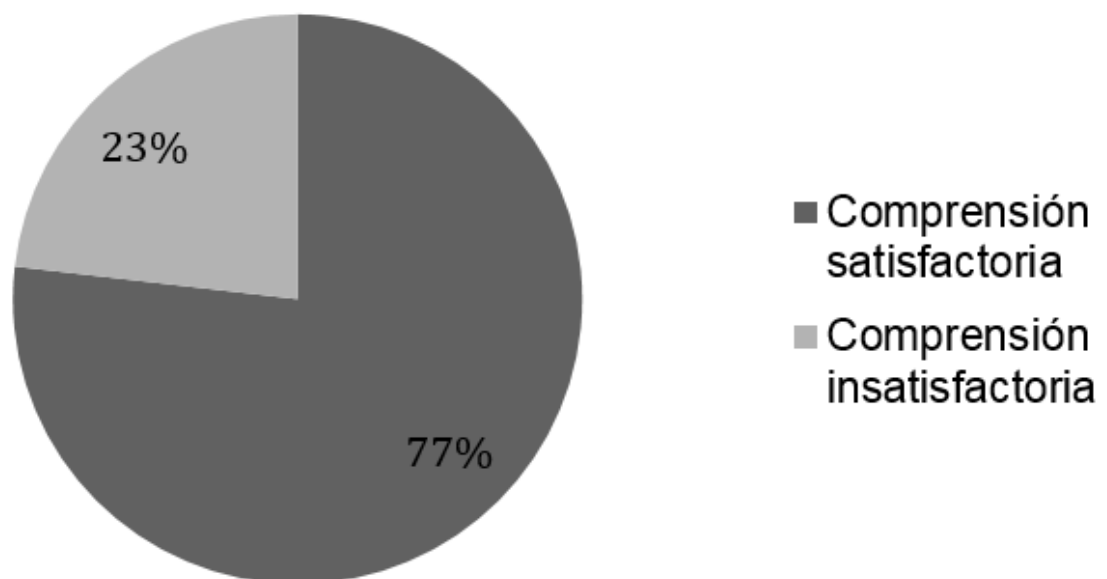


GRÁFICO 6: Respecto de la comprensión de su problema de salud, se observó que en el 77% (922) de los casos la comprensión fue satisfactoria, mientras que en el 23% (278) de los casos fue insatisfactoria.

RESPECTO DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

Hi= Los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap no comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

Ha= los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

Para esta hipótesis se aplicó Test Chi² con 1 GL, con estos parámetros se obtuvo un valor de Chi² de 1882,8072 con un valor de p=0.000, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis alternativa.

En base a los resultados obtenidos, aceptamos ambas hipótesis alternativas. Se puede observar que los pacientes comprenden las indicaciones realizadas por los médicos de familia, existiendo una adecuación total entre el mensaje emitido por el médico y el paciente.

También observamos que comprenden de manera satisfactoria su problema de salud. Los pacientes fueron capaces de expresar su problema en base a lo que el médico le explicó en la consulta.

RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

Desde el paradigma cualitativo, tal como lo expresara Ruth Sautu⁽¹⁷⁾ como un proceso no matemático de interpretación, se pretendió captar la mirada del otro como sujeto activo con su propio saber, que procuramos compartamos con nosotros como sujetos cognoscentes, desde una posición dialógica permanente. La finalidad fue comprender al otro desde su propio saber para contextualizar con los resultados obtenidos desde el paradigma cuantitativo, al mismo tiempo el planteo de la presente investigación persigue la reflexividad de nuestra práctica diaria. Siguiendo a Bourdieu⁽¹⁶⁾ podemos decir que “una práctica que omite cuestionarse a sí misma, no sabe lo que hace”; es precisamente en esa reflexión sobre nuestro quehacer diario en el que nos basamos para buscar modos de mejorarlo al servicio de nuestros pacientes, desde una actitud respetuosa por su saber genuino y desde un modelo contra hegemónico.

Para el procesamiento de los datos cualitativos, se elaboraron matrices de análisis, y la metodología del mismo se realizó según la modalidad de análisis temático propuesta por De Souza Minayo, quien entiende que un análisis temático constituye una modalidad de análisis de contenido que permite descubrir la presencia y frecuencia de núcleos de sentidos explícitos o implícitos en un discurso, dicho de otro modo esta modalidad de análisis nos permitió capturar contenidos en el discurso de los participantes que dieron cuenta sobre su percepción del fenómeno estudiado.

En cuanto a las entrevistas, se realizó un registro detallado tanto del contexto situacional como del relato del informante, consignando mediante notas de campo algunas observaciones e interpretaciones parciales de los investigadores. Se elaboraron categorías de manera independiente por los investigadores y luego un auditor interno seleccionó aquellas categorías que se repetían a fines de garantizar la saturación de los datos.

A su vez, las categorías fueron organizadas como barreras y como facilitadores de la comunicación a criterio de los investigadores.

FACILITADORES

Conocimiento previo del problema de salud: los pacientes con enfermedades crónicas no manifestaron tener dificultades en la comprensión del mensaje por parte del médico, ellos refirieron ya conocer lo que tienen que hacer: “no tuve ninguna dificultad, ya vengo hace 4 años con esto”. Y esto a su vez, es corroborado en la mayoría de los casos en el discurso de los médicos de familia: “Si entendió perfectamente todo, ella ya sabía, viene hace rato a los controles”.

Médico de familia único / longitudinalidad de la aten-

ción: tanto en el discurso de los pacientes como de los médicos de familia queda expresado que el conocimiento mutuo entre médicos y pacientes y su relación, facilitó la comprensión del mensaje. Se reflejó esto en frases como “a la doctora la conozco hace mucho, ella me explica todo lo que no entiendo y le puedo preguntar tranquila”, asimismo la expresión de la profesional que sigue a esa paciente refiere “Con Nos conocemos desde hace mucho, yo le miro la cara y ya sé si me entiende o no”. Claramente esto tiene que ver con la longitudinalidad de la atención.

Disposición previa del médico y del paciente: se repitió mucho la idea de la disposición previa tanto en médicos como en pacientes como un facilitador claro de la comunicación y la comprensión del mensaje. Frases como “si el médico está inspirado explica claro y presta atención a lo que le digo” en otro sentido los médicos destacaron que hay pacientes más atentos a las indicaciones e incluso claros al preguntar sobre sus dudas: “no tuve dificultad, siempre pregunta mucho, es un paciente inquieto”.

Paciente acompañado en la consulta: los médicos que atendieron a pacientes que fueron a la consulta acompañados, tuvieron menor dificultad para la transmisión del problema de salud y las indicaciones: “no tuve dificultad, porque vino con la señora y entendieron perfectamente”.

BARRERAS

Tiempo / paciente polidemandante: este es un factor que los médicos destacaron como una gran barrera en la comunicación con los pacientes, consideraron que deben hacer muchas cosas en poco tiempo y que esto va en desmedro de la comunicación y de las explicaciones detalladas para con los pacientes. Al mismo tiempo recalcaron que los pacientes traen muchas demandas simultáneas a la consulta y que esto tampoco facilita la comunicación: “consulta difícil y desordenada”, “paciente muy demandante”. Por su parte, para los pacientes el tiempo también es un elemento que dificulta la comunicación, se escucha a los pacientes decir frases como “el médico siempre está apurado, escribe rápido y hay veces que no le entiendo”.

Ideas previas: se observó en los médicos de familia que cuando los pacientes traen una idea previa sobre un problema o un tratamiento es muy difícil que cambie de opinión y por lo tanto que el paciente terminará “haciendo lo que quiere y no lo que le explico”. Aquí aparecen atisbos del modelo hegemónico del médico como poseedor único del saber que lejos de crear un campo común como propone el proceso clínico centrado en la persona, sigue esperando que el paciente sea un mero cumplidor de indicaciones esté o no de acuerdo con ellas, así lo escuchamos en algunos médicos al decir “costó que me haga caso porque ya

venía con una idea previa” o “si tuve dificultad porque la agente del paciente era solo para derivaciones”. Esta barrera es más una limitación de los médicos de familia con cierta ambigüedad entre el modelo que aprendieron tradicionalmente de la medicina y los nuevos paradigmas contra hegemónicos que impulsa la medicina familiar, esto se pone de manifiesto en expresiones como *“costó porque teníamos ideas diferentes, costó ponernos de acuerdo”.* Por otro lado, escuchamos a algunos pacientes decir *“yo ya tengo 4 hijos y ya sé que hacer”*, es decir el paciente siente tener los conocimientos necesarios respecto de una situación concreta por lo que le resultan innecesarias algunas explicaciones.

Muchos problemas / muchas indicaciones: tanto en los médicos como en los pacientes surgió ésta como una categoría que dificulta la comunicación, al tener que dar y recibir mucha información diversa en una misma consulta *“me dijo muchas cosas; acá lo tengo escrito – muestra recetario con indicaciones”.*

Omisión de problemas: los médicos referían a los entrevistados problemas o diagnósticos de salud que no eran transmitidos al paciente; por ejemplo: pacientes obesos a los que se les indica dieta y actividad física pero no se les explica que presentan obesidad.

Indicaciones no farmacológicas: Al ser entrevistados los pacientes solían referir solo el tratamiento farmacológico y no consideraban a las consejerías y medidas higiénico dietéticas como parte de las indicaciones médicas.

TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente trabajo pretendió, desde una mirada integral cuali cuantitativa, reflexionar sobre nuestra práctica diaria, respecto de la comunicación en el consultorio, indagando acerca de la comprensión del mensaje emitido por los médicos de familia, por parte de los usuarios de diferentes centros de atención primaria pertenecientes a la Obra Social del Personal de la Construcción de nuestro país. Para ello se planteó un doble componente paradigmático a fines de obtener datos ricos y complementarios entre sí.

Respecto del primer componente, cuantitativo, se encontró que nuestras hipótesis acerca de la falta de comprensión del mensaje (tanto indicaciones como acerca del problema de salud) no pudieron comprobarse, es decir, no se obtuvo las respuestas que pensábamos encontrar. Esto sorprendió gratamente, ya que la mayoría de los pacientes parecen comprender totalmente el mensaje, ya que se obtuvo un 96% de comprensión total y parcial de las indicaciones médicas, encontrándose solo un 4% de adecuación nula. Creemos que el 36% de las adecua-

ciones parciales se debieron a que los pacientes no consideraban a las consejerías y otras indicaciones no farmacológicas como parte del tratamiento médico.

Por otro lado, respecto de la comprensión del problema de salud, se obtuvo el 77% de la comprensión del mensaje. Algunas dificultades en la realización de la presente investigación fue que los pacientes se sentían evaluados, por lo tanto, no se animaban a decir que no entendían el problema de salud. Para disminuir este sesgo, se aclaró al paciente que la evaluación era para los médicos y no para ellos, surgiendo así un nuevo sesgo, el de no perjudicar a sus médicos. Para ello, hubo que realizar aclaraciones explicando mejor la motivación del trabajo a fin de disminuir dichos errores.

El hecho de triangular los datos cuantitativos con el segundo componente, el cualitativo, nos permitió encontrar en el discurso de los entrevistados algunos núcleos tema como la longitudinalidad, la disposición previa del médico y el paciente y el conocimiento previo del tratamiento. Si contrastamos estos elementos con componentes teóricos, nos encontramos frente a valores concretos de aplicación de la práctica de la medicina familiar, tal como el Proceso Clínico Centrado en la Persona, la entrevista clínica, la escucha activa, la longitudinalidad en la atención, el abordaje basado en problemas, etc. Creemos que esto explica en parte los resultados obtenidos, sin embargo, también existe una proporción de pacientes que no comprenden totalmente el mensaje y esto también encontró sustento más allá de los números, en la interpretación no matemática que permitió el componente cualitativo. Es decir, en lo que los investigadores denominamos barreras, encontramos algunos elementos que nos remitieron al Modelo hegemónico biologicista, con el médico como único poseedor del saber y el paciente como sujeto pasivo que debe cumplir indicaciones, afortunadamente en una minoría de casos.

Otro elemento destacado como barrera fue el tiempo de la consulta, considerado escaso por gran parte de los médicos, así como las múltiples demandas que traen los pacientes a la consulta y algunas ideas previas que dificultan la comunicación. Las barreras antes mencionadas no solo son patrimonio del paciente, sino que, además, consideramos que el médico también puede cometer errores al transmitir el mensaje.

El médico de familia, debido a su formación biopsicosocial, detecta numerosos problemas durante la consulta que no siempre informa al paciente, debido a esto creemos que existió un 23% de comprensión insatisfactoria del mismo.

CONCLUSIONES

- Los pacientes entienden el mensaje de sus médicos

de familia.

- Como facilitadores se destacaron: el conocimiento previo del tratamiento, la longitudinalidad de la atención, la disposición previa del médico y el paciente y el paciente acompañado en la consulta.

- Como barreras se destacaron: el tiempo de la consulta considerado escaso, las ideas previas de los pacientes sobre los tratamientos o los problemas de salud, las múltiples demandas de los pacientes en la consulta, omisión de problemas e indicaciones no farmacológicas.

- Los médicos de familia contamos con herramientas concretas que permiten a nuestros pacientes

comprender el mensaje, la escucha empática, el Proceso Clínico Centrado en la Persona y la longitudinalidad de la atención son ejemplos de ello.

HIPÓTESIS HEURÍSTICA: La práctica de una medicina contra hegemónica implica el desafío de desaprender lo aprendido para crear un nuevo saber, saber que incluya los conocimientos de los pacientes y los respete para poder crear un campo común entre médicos y pacientes que los ayude a resolver sus problemas sanitarios reconociéndolos como sujetos activos en pleno ejercicio de su derecho a la salud. Los médicos de familia cuentan con los elementos suficientes para llevarlo a cabo, está en ellos acrecentar su aplicación.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento: Entrevista semiestructurada a pacientes y médicos:

PACIENTES	MÉDICOS DE FAMILIA
Indicaciones médicas	
¿Qué indicaciones le dio el médico?	¿Qué indicaciones le dio al paciente?
Identificación del problema de salud	
¿Qué problema de salud le dijo su médico que usted tiene?	¿Qué problema de salud le dijo al paciente que tiene?
¿Tuvo alguna dificultad para comprender a su médico las indicaciones o el problema de salud identificado? Si / No ¿Cuál? ¿A qué cree usted que se debe?	¿Tuvo alguna dificultad para explicar a su paciente las indicaciones o el problema de salud identificado? Si / No ¿Cuál? ¿A qué cree usted que se debe?

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

• DESCRIPCIÓN: -----

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la comunicación entre el médico y el paciente. Esta investigación es realizada por la residencia de Medicina Familiar de la Obra Social Del Personal De La Construcción. El propósito de esta investigación es averiguar cuáles son los factores que influyen en la comunicación entre el médico y el paciente. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará participar activamente en una entrevista. - - - - -

– CONFIDENCIALIDAD-----

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen. - - - - -

– DERECHOS: -----

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante: _____

DNI: _____

Firma

Fecha

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moira A Stewart, Ian Mc Whinney, Carol Back. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 1979 February; 29 (199): 77-82.
2. Rubén Roa, María Lidia Ruíz Morosini, Julio A. Sie-de. (1997) *Medicina Familiar. Hacia un nuevo modelo de atención de la salud. Tomo I. Principios y herramientas* (pp. 82-84). Argentina. Librería AKADIA Editorial.
3. Eulalia Hernández Sánchez, M. Isabel López Martínez. La no comunicación en la interacción Médico-paciente. *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica, Universidad de Valencia. Volumen 3: Lingüística interaccional en ámbitos de salud.* (pp. 83-95). ISBN: 84-370-6576-3.
4. Francisca Cruz, Rosón Fiorentino, Ricardo Morant, Marco Miquel Peñarroyai Prats. La "comunicación" Médico-paciente. «Entre Scilla y Caribdis». Universidad de Valencia. Centro Virtual Cervantes. En <http://cvc.cervantes.es/literatura/aispi>.
5. Hernández Torres I, Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar en Artículo de Revisión.* 2006; 8 (2): 137-143.
6. Bárbara Almarales Pupo. Barreras que afectan la comunicación médico-paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002. *Corr Med Cient Holg* 2003; 7 (2).
7. Alberto Blázquez Manzano, Sebastián Feu, Eulalio Ruiz Muñoz, Juana María Gutiérrez Caballero. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud.* Enero 2012; 3 (1): 62-76. ISSN: 1989-9882.
8. Dr. Francisco Maglio. El escuchatorio en la relación Médico Paciente. 2010. En <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>.
9. Philippa Moore, Gricelda Gómez, Suzanne kurtz, Alex Vargas. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile* 2010; 138: 1047-1054.
10. Eduardo Menendez. Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Cuadernos de la Casa Chata, N° 86, México. En <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>.
11. Eduardo L. Menendez. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva* [online]. 2005; 1 (1): 9-32. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18518265200500010002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265.
12. Ricardo González Menéndez "La etapa contemporánea de la relación médico paciente". *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30 (2).
13. Barbado Alonso J.A, Azpiri Díaz J.J, Cañones Garzón P. J, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín J.J, Serna de Pedro, Inmaculada de la Solla Camino J.M. Aspectos histórico - antropológicos de la relación médico-paciente. *Habilidades de Salud Mental. SEMG.* Febrero 2005; 70: 31-36. En: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf.
14. Coppelillo Fernando Enrique. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la Medicina Familiar. *Archivos de Medicina Familiar.* 2013; 10 (1).
15. Pupo, Bárbara. Barreras que afectan la comunicación médico- paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002.
16. Bourdieu, P. y LoïcWacquant, (2005) [1992], *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.
17. Sautu, R. *Práctica de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas.* Editorial Lumiere. Buenos Aires, 2007.

Les Invitamos a formar parte



ACOMFYG

**ASOCIACIÓN CORDOBESA
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

para asociarse comunicarse a

asociarseacomfyg@gmail.com

  **ACOMFYG**

WWW.ACOMFYG.COM.AR

 **@ACOMFYGCBA**

¿Por qué se cerraron escuelas ante la pandemia del COVID 19?

Autores: Grupo de trabajo de Niñez y Adolescencia de FAMFyG.

Contacto: famfyg@gmail.com

En numerosos lugares del mundo se consideró como una intervención no farmacológica (INF) para el control de la pandemia, asumiendo que el agente viral tenía un comportamiento similar al de la Influenza estacional (virus de la Gripe).

Causas argumentadas para el cierre:

- Hipótesis de niños-vectores, de alta contagiosidad.
- Reducción de la circulación viral.
- Reducción de la presión sobre los servicios asistenciales.
- Protección a las poblaciones en riesgo.
- Disminución en la mortalidad por COVID.

¿Qué nos muestran los estudios hoy a un año de la pandemia?

Análisis situacionales, de evidencia indirecta de otras epidemias y estudios observacionales tempranos indican que:

- Países con cierre de escuelas no obtuvieron resultados -en cuanto a morbilidad por COVID 19- muy diferentes a aquellos donde retornaron tempranamente a las clases.
- La información actual de la mayoría de los estudios sugiere que la susceptibilidad (se refiere a la facilidad con la que un niño puede infectarse) al SARS-CoV-2 aumenta con la edad, siendo menos susceptibles los menores de 10 años.
- La evidencia sobre transmisibilidad de la enfermedad entre niños es contradictoria y varía de baja a muy baja calidad (la mayoría de los estudios comenzaron posterior a la medida de cierre además de suceder en conjunto a otras INF), sugiriendo que los niños NO están contribuyendo sustancialmente a la transmisión del SARS-CoV-2, ni en el hogar ni en otros ámbitos, incluso estudios de modelado sugirieron que el cierre de escuelas redujo la transmisión comunitaria menos que otras intervenciones de distanciamiento social.
- Los niños presentarían formas más leves o asintomáticas (estudios con evidencia moderada) del COVID 19. Otras enfermedades respiratorias produ-

cidas por ej. por virus sincitial respiratorio e influenza, tienen tasas de hospitalización más altas en niños, al compararlas con las reportadas para SARS-CoV-2 y MERS-CoV, significando para algunos autores, que COVID-19 no es una amenaza mayor que otras en población pediátrica. De todos modos, los niños con afecciones subyacentes tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades graves (al igual que en adultos).

Impacto en otras áreas o “Efectos colaterales”:

En cuanto al impacto del cierre de escuelas sobre la salud física y mental de niños y adolescentes, la evidencia proviene de análisis situacionales, de hallazgos en otras epidemias y de estudios observacionales tempranos;

- Evidencia indirecta sugiere que cuando los niños no van a la escuela, son físicamente menos activos, tienen mucho más tiempo frente a la pantalla, patrones de sueño irregulares y dietas poco favorables, lo que resulta en un aumento de peso y una pérdida de su condición cardiorrespiratoria.
- Los factores estresantes como la duración prolongada del confinamiento, el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, la falta de contacto presencial con compañeros, amigos y maestros, la falta de espacio personal en el hogar y la pérdida financiera familiar pueden tener efectos aún más problemáticos y duraderos en niños y adolescentes.
- Mención aparte los niños y adolescentes con enfermedad mental o necesidades especiales, quienes reportan dificultades para el acceso a los servicios especializados (centros terapéuticos o grupos de apoyo), además de un retroceso en pautas ganadas o empeoramiento de sus condiciones de base, donde la telemedicina es casi una barrera agregada.
- A los menores de condición socioeconómica baja, se les agrega el limitante en la educación virtual ya que no está disponible para muchos. El aprendizaje online exige poseer dispositivos electrónicos, así como una conexión a internet fiable, sumado a esto la inaccesibilidad a material bibliográfico o de lectura mínimo indispensable. En este grupo, las escuelas también son fuentes de alimentación y puerta de entrada a la inmunización por medio de los programas de vacu-

nación, viéndose en total riesgo estas necesidades primordiales de salud.

- Otro aspecto es la protección y supervisión que brindan las escuelas a los niños durante los horarios laborales, y como los cierres de estas instituciones aumentan la carga económica familiar, y trasladan a los padres y abuelos el cuidado de los niños, lo que pueden provocar que muchos niños queden sin supervisión de un adulto, aumentando el riesgo de embarazo adolescente, explotación sexual, violencia entre otros.

Algunas estrategias para afrontar la pandemia con aulas abiertas:

- **Retorno escalonado a las aulas;** comenzando por los grupos menos susceptibles de contagio es decir menores de 10 años.

- **Clases con grupos pequeños, distanciamiento físico, promoción de higiene y salud mental;** proporcionarles la información adecuada sobre cómo protegerse, promover las mejores prácticas de lavado de manos e higiene y apoyo psicosocial para reducir el estrés y eliminar el miedo.

- **Higiene respiratoria y uso mascarillas** según edad, circulación viral, y evaluación de riesgos - beneficios.

- **Limpeza y desinfección del entorno escolar a diario,** incluidos trasportes escolares y los vehículos de transporte.

- **Programas que permitan proporcionar un aprendizaje con y sin tecnologías digitales;** por ej sistema de préstamos de dispositivos electrónicos, libros y materiales educativos, para reducir las desigualdades.

- **Programas nutricionales;** la continuación de las comidas escolares es esencial para prevenir escenas de inseguridad alimentaria.

- **Evaluación médica individualizada del riesgo;** de acuerdo con esto tomar decisiones para aquellos estudiantes o educadores considerados con un riesgo excepcional o donde hay otros miembros de la familia mayores de 60 años y/o con comorbilidades.

Desde la medicina familiar no podemos dejar de replantearnos cada decisión tomada en salud así como cada recomendación efectuada, en cuanto a su impacto en la calidad de vida de una persona y su contexto, sea este un niños y/o adolescente. Aun más abogar por que en el proceso de toma de decisiones políticas se incluyan las voces de los niños y sus familias sobre la viabilidad, la aceptabilidad y el impacto de los cierres de escuelas cuyo fin último debe ser evitar la ampliación de las desigualdades, y cumplir los compromisos con los Derechos del Niño por sobre todas las cosas.

BIBLIOGRAFIA

• Vélez, M. Vélez, V. Patiño, D. Ramírez, PA. Impacto del cierre de escuelas en el comportamiento epidemiológico de la enfermedad COVID-19 y en la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes. Medellín: Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2020. 31 p.

• Cifuentes-Faura Javier . “Consecuencias del Cierre de Escuelas por el Covid-19 en las Desigualdades Educativas” Revista Internacional de Educación para la Justicia Social, 2020, 9(3e) Número extraordinario, Universidad de Murcia, España.

• Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Negative impacts of community-based public health measures during a pandemic (e.g., COVID-19) on children and families. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2020. Negative Impacts of Community-Based Public Health Measures During a Pandemic (e.g., COVID-19) on Children and Families (publichealthontario.ca)

• What we know about COVID-19 transmission in schools www.who.int/epi-win

• Percepciones y Sentimientos de Niños Argentinos frente a la Cuarentena COVID-19. Resultados Preliminares. Subcomisión de Derechos del Niño Comité de Pediatría Social Sociedad Argentina de Pediatría, 2020

• A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. Cad. Saúde Pública 2020; 36(8):e00150020

• Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

• Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Primera edición, abril de 2020.

• Educación y pandemia. Una visión académica, México, UNAM, <<http://www.iisue.unam.mx/nosotros/covid/educacion-y-pandemia>>, consultado el 25 de mayo, 2020.



**Federación Argentina
de Medicina Familiar y
General**

MIEMBRO DE

