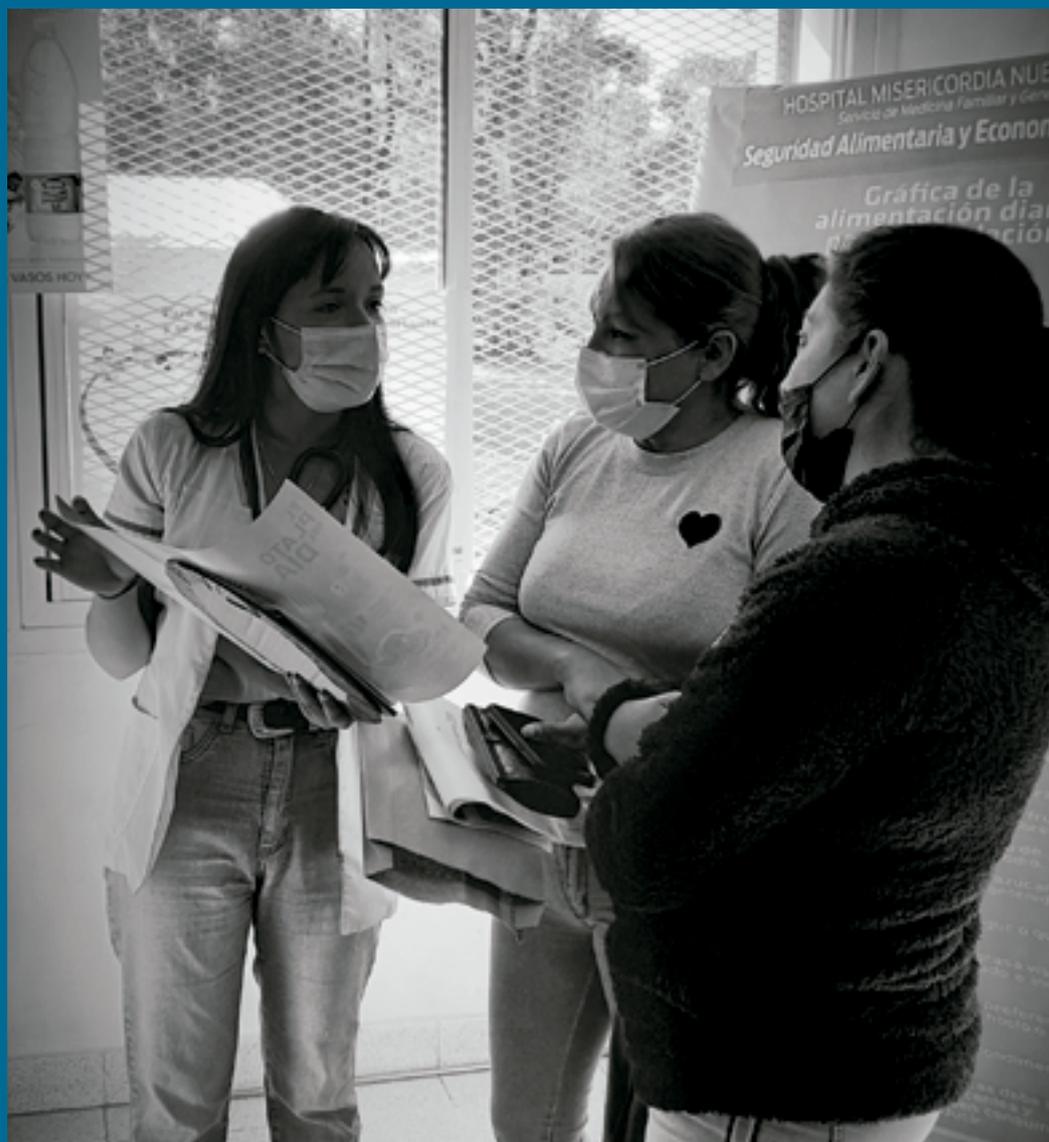


ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 19 | NÚMERO 2 | JULIO 2022



ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 19 | NÚMERO 2 | AÑO 2022

FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

PRESIDENTA

Karin Kopitowski

VICEPRESIDENTA

Maria Valeria Santillán

PRESIDENTE HONORARIO

Mario Acuña

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

Volumen 19, Número 2. Año 2022 ISSN 1852-656X

La revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

EDITORA RESPONSABLE

Ana Carolina Godoy, Hospital Nacional de Clínicas. Dirección de Integración Sanitaria.
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina

EDITORES EJECUTIVOS

Patricio Jorge Cacace, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina

Maria Valeria Santillán, Ospecon (Obra Social del Personal de la Construcción) Tucumán, Argentina

Silvana Mabel Avila, Médica de Familia de la Municipalidad de Córdoba - Comité esp. Medicina General Consejo de Médicos Córdoba, Argentina

Lisandro Utz, Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Cecilia Auat Chein, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina

Maria Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITORIAL

Abraham Tamez Rodríguez, Universidad de Monterrey, México

Dra Cecilia Astegiano, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina

Dr Julio David Matz, Sanatorio Guemes, Buenos Aires, Argentina

Ana Carolina Aymat, Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino (UNSTA) Federación Argentina de Medicina Familiar y General; Argentina

Humberto Jure, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

María Verónica Grunfeld, Departamento de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca Argentina

Pablo Julian Badr, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Silvina López, Médica de Familia. Universidad Nacional del Sur, Argentina

Agustina Piñero, Médica de Familia - Hospital Privado de Córdoba. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba

Martin Langsam, Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina

Andrea Perrot, CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Félic Fernando Aragón, Asociación de Medicina Familiar de Tucumán, Argentina

Juan Pablo Gaydou, Médico especialista es Salud Social y Comunitaria, Dirección General de Integración Sanitaria, Ministerio de Salud de Córdoba, Argentina

Franco José Aráoz, RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL DE CAPS VILLA VERDE PILAR, Buenos Aires, Argentina

Guillermo Gorgo, Médico especialista en Medicina Familiar y General. Coordinador e Instructor en Residencia de Medicina General y Familiar de Ospecon-Constuir Salud

Gabriela Di Croce, Médica de familia. Comisión Directiva Asoc. Mendocina de Medicina Familiar-AMMEFA. Waynakay Latinoamérica-Representante Subregión Cono Sur

Diego Palomo, Magister en epidemiología gestión y políticas de salud. Médico especialista en medicina general y familiar. Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca.

DISEÑO GRÁFICO

María Julieta Ayude, Bahía Blanca, Argentina. Contacto: julieta.ayude@hotmail.com

El joven Alejandro conquistó la India.

¿Él solo?

César derrotó a los galos.

¿No llevaba siquiera cocinero?

Felipe de España lloró cuando su flota fué hundida.

¿No lloró nadie más?

Preguntas de un obrero que lee. Bertolt Brecht

Hace unas semanas, Argentina se sumó a los países de la región que ya cuentan en su historial epidemiológico con una cuarta ola de Covid-19. Sin embargo, el clima social ya no es el mismo que en marzo de 2020. La efectividad de la campaña de vacunación (caracterizada como la más grande de la historia) y el enorme esfuerzo de los sistemas sanitarios pueden ser las razones que justifiquen este nuevo clima. Las personas saben que hoy (a diferencia de los inicios de la pandemia) cuentan con que el sector salud responde cuando las cosas se complican. Pero: ¿quién hace los sistemas sanitarios? ¿Quiénes conforman “el sector salud”? Pensamos, para esta nueva etapa, mostrar sus rostros. Por eso, desde este número, nuestra revista cambia su diseño de portada: queremos que refleje a las personas que ponen su fuerza de trabajo al sistema de salud. No sabemos si llamarlo “homenaje”. Nos gusta más la idea de “volver a vernos”.

El año 2021 fue declarado por OMS como Año Internacional de los Trabajadores y Cuidadores de la Salud⁽¹⁾, poniendo el foco de la discusión en tres ejes: proteger al personal de salud, invertir en el talento humano que el mundo necesita, y trabajar desde todos los sectores para lograrlo. En el marco de esa campaña, se evidenciaron aspectos preocupantes.

Por un lado, antes de la pandemia, ya se identificaban déficits en la cantidad y perfil del talento humano en muchos países. En Argentina, dos años antes del inicio de la pandemia, se indicaba que faltaban la mitad de médicos generales que nuestro sistema requiere⁽²⁾. También se ha expresado que tanto la formación (de grado y de posgrado) como la configuración del mercado laboral inciden sobre las realidades laborales de los especialistas en medicina familiar y general⁽³⁾. Cabe preguntarse cómo esta pandemia impactará en las tendencias de elección de formación en las nuevas generaciones, así como también es incierto si esta experiencia inédita provocará consecuencias significativas en el modo de trabajar en salud.

Otro de los aspectos vinculados a la pandemia se refiere a la seguridad y al trabajo decente. A fines de 2021, un informe realizado en algunos países latinoamericanos (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú) mostraba que entre un 0.2% y un 2% de los trabajadores de la salud infectados con COVID-19 fallecieron⁽⁴⁾. En Argentina, se han reportado 129.000 muertos por esta causa. De todos modos, es probable que las dificultades con los sistemas de información y vigilancia epidemiológica (a nivel mundial) no permitan tener una noción de la magnitud real del daño en este grupo. A nivel global, en el 44% de los países faltaron equipos de protección personal⁽¹⁾, una dolorosa situación que fue viralizada con videos y fotos de equipos de salud improvisando elementos de protección. Estas imágenes son parte, ahora, de nuestra memoria colectiva.

Finalmente, la reorganización asistencial implicó que en la primera etapa se suspendieran los servicios ambulatorios y preventivos, impactando fuertemente en la continuidad y oportunidad de cuidados esenciales en la población. La llegada de las vacunas fue un alivio, pero también una carga laboral extra para los trabajadores. Recuperar (o paliar) los daños que dejó la desatención de los problemas “no COVID-19” será nuestra agenda por un largo tiempo. Los padecimientos de salud mental reportados en nuestro sector obedecen a esta experiencia. Ante este escenario, no podemos dejar de pensar: ¿habrá un descanso? ¿Saldremos de esta crisis paranormativa algún día? Preguntas difíciles, que tendrán distinto impacto en cada persona que las lea. Pero en lo que

respecta a nuestra especialidad, a tradición indica que entre los procesos protectores de la salud se encuentran las redes, los encuentros, los equipos.

Por eso apostamos a re encontrarnos. En nuestras páginas, en nuestros congresos (¡de nuevo presenciales!), y también en nuestra portada. Como el poema de Brecht con el que iniciamos esta editorial, en este momento de la historia, pensamos: *El sistema soportó superó varias olas de esta pandemia. ¿pero qué rostros tiene el sistema?*

Aquí se los mostramos. Gracias a todas y todos los trabajadores de la salud por traernos a mejores puertos.

Ana Carolina Godoy
Editora Responsable

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. 2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales Proteger. Invertir. Juntos. [En línea] 2022. <https://www.who.int/es/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021#:~:text=El%20a%C3%B1o%202021%20ha%20sido,Invertir..>
2. *Clarín*. Alta demanda. Salud pública: falta casi el doble de médicos generalistas en todo el país. 4 de agosto de 2018.
3. Godoy, AC. *El mercado laboral y los médicos de familia, aportes desde la realidad en Argentina*. Revista Mexicana de Medicina Familiar, Vol. 5. México DC. 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. *Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta política*. Ginebra. 2021.

Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS INDÍGENAS YANOMAMI DEL ESTADO AMAZONAS, VENEZUELA.
PIAMO-MORALES, A J.....PAG. 4-13

ARTÍCULO REFLEXIÓN

EL HOSPITAL Y EL ENFOQUE DE DERECHOS.
PALOMO, D.....PAG. 15-23

ACTUALIZACIONES BREVES

CALMANDO LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA/DIABÉTICA CON CAPSAICINA TÓPICA (DERIVADO DEL CHILE PICANTE)
CABEZA, M.....PAG. 24-25

NOTICIAS INSTITUCIONALES

INVITACIÓN AL CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA FAMILIAR.....PAG. 26

¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA DISTRIBUCIÓN DE MÉDICAS Y MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA? UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA AL 2020.

How did the distribution of doctors and medical specialists evolve in Argentina? A demographic analysis of the medical profession to 2020.

Autores: Pedro Silberman^a, Martín Silberman^b.

^aMagister en Salud Pública. Profesor asociado Salud Individual y Colectiva. Centro de Estudios Salud Colectiva del Sur. Departamento de Ciencias de la SALUD. Universidad Nacional del Sur

^bDoctor en Ciencias de la Salud, Gestión y Políticas Públicas. Profesor. Instituto de ciencias de la salud - Universidad Nacional Arturo Jauretche. Hospital el Cruce. Néstor Kirchner.

Correo electrónico:
psilberman@uns.edu.ar

Recibido: 20/07/2022.
Aceptado: 30/08/2022.

RESUMEN

Las políticas sobre trabajadores/as de salud deben garantizar su distribución adecuada. En Argentina dicha distribución es desigual, sobre todo en especialistas en atención primaria de la salud (APS). El objetivo de este trabajo fue describir la distribución de médicos/as, especialistas lineales y en APS en Argentina, durante el año 2020, teniendo en cuenta la situación económica y sanitaria de cada jurisdicción. Se trata de un trabajo descriptivo y analítico, que utilizó fuentes de datos primarias y secundarias. Se correlacionó la tasa de mortalidad infantil y el Producto Bruto per cápita de cada jurisdicción ordenándolas de mejores a peores indicadores. La tasa de médicos fue 3,88 médicos/as cada 1000 habitantes, 72% concentrándose en 4 jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe). El 53% son especialistas y el 27,6% lo son en APS. CABA tuvo una tasa de 16,5 médicos/as por mil; Santiago del Estero y Formosa alcanzaron valores de 1,8 y 1,9 médicas/os por mil habitantes respectivamente. Con respecto a 2014, se observó disminución de especialistas en APS (-14,8%), registrándose las mayores pérdidas en Santiago del Estero, Formosa y Catamarca (-84,5%; -70,1% y -87,3%). La situación nacional sobre la distribución de médicos/as en Argentina desde 1954 a la actualidad fue empeorando, en detrimento de las provincias con mayores necesidades. La baja adherencia al sistema de residencias a especialidades de APS pronostica un empeoramiento de la situación de no haber cambios estructurales. Será necesario un fortalecimiento del rol rector del estado en el abordaje de esta problemática.

PALABRA CLAVE: Distribución de médicos; Área con Escasez de médicos; Gestión del personal de salud.

ABSTRACT

Policies on health workers must guarantee their adequate distribution. In Argentina, this distribution is unequal, particularly among primary care specialists (PHC).

The objective of this article is to describe the distribution of physicians, PHC and non-PHC specialists in Argentina in 2020, considering the economic and health situation of each jurisdiction.

We conducted a descriptive cross-sectional study with an analytical stage using primary and secondary data sources. The jurisdictions were classified according to the correlation between infant mortality rate and gross product per capita.

The rate of physicians in Argentina in 2020 was 3.88 physicians per 1,000 inhabitants. 72% are concentrated in 4 jurisdictions (City of Buenos Aires, Province of Buenos Aires, Córdoba and Santa Fe). 53% are specialists and 27.6% are PHC specialists. The City of Buenos Aires has a rate of 16.5 physicians per thousand; and Santiago del Estero and Formosa reach values of 1.8 and 1.9 physicians per thousand inhabitants, respectively.

There was a decrease in PHC specialists (-14.8%), with major losses recorded in Santiago del Estero, Formosa and Catamarca (-84.5%; -70.1% and -87.3%, respectively).

The distribution of physicians in Argentina from 1954 to the present has worsened to the detriment of the provinces with the greatest needs. The lack of adherence to the specialty of PHC predicts a worsening of the situation if there are no structural changes. It is necessary to strengthen the leading role of the state in addressing this problem.

KEY WORDS: Physicians Distribution; Medically Underserved Area; Health Personnel Management.

INTRODUCCIÓN

Considerando que, mundialmente 3 500 millones de adultos tienen niveles de presión arterial (PA) sistólica no óptimos (>120 mmHg) y 874 millones de adultos tienen PA sistólica \geq 140 mmHg¹ y que, entre los años 1990 y 2015 hubo un aumento del 43% en el número total mundial de años de vida saludable perdidos debido a una PA no óptima². Llama la atención el hecho que existen poblaciones que por razones aún no completamente estudiadas y comprendidas presentan niveles de PA óptimos que determinan la ausencia de morbilidad y mortalidad relacionada con las afecciones cardiovasculares.

En este sentido, las poblaciones indígenas siempre han intrigado a los investigadores, ya sea por su estilo de vida o por su composición genética, lo que las hace diferentes de la población en general³. El estilo de vida, especialmente las diferencias relacionadas con la dieta en estas comunidades; si son protectores para la aparición de enfermedades cardiovascular, se pueden adoptar en la planificación de intervenciones para la población en general.

Tal planteamiento cobra fuerza cuando se conocen que, estudios realizados entre indígenas de América del Sur, Malasia y África, han sugerido que las poblaciones que experimentan cambios culturales debido a la aculturación han registrado una prevalencia de hipertensión (HTA) en el rango del 10 al 35%.⁴ Otro ejemplo de ello son los pueblos indígenas de Brasil que, están experimentando una rápida transición epidemiológica y nutricional, con enfermedades no transmisibles emergiendo en su perfil de salud, como la HTA. En 1988, los suruí fueron evaluados por el primer equipo en relación a la PA y en el período de 17 años, hubo un aumento de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en ambos sexos, que fue más pronunciado en mujeres⁵.

Ello revela un contraste notable, entre la asociación de la HTA con la urbanización, el proceso de industrialización, el aumento de la edad y el nivel socioeconómico⁶, y niveles de PA óptimos relacionados con el relativo aislamiento cultural y geográfico en que viven algunas etnias.

Es por ello que en esta investigación se determinaron los niveles de presión arterial de adultos indígenas Yanomami ubicados en la serranía de Topirapécó en el Estado Amazonas en Venezuela, lo que permite ofrecer una panorámica del estado de salud cardiovascular de estos individuos, los cuales se encuentran aislados y cuyas relaciones sociales los acercan a los Yanomami que se encuentran en territorio brasilero y de los cuales se conoce que han registrado niveles alterados de PA en los últimos años.

METODO

Se realizó un estudio cuantitativo transversal en 271 adultos indígenas Yanomami de 20 años de edad o más, de 14 comunidades ubicadas en el área geográfica denominada serranía de Tapirapécó, municipio Río Negro, Estado Amazonas, en Venezuela.

La edad se estimó a partir del fenotipo indígena y por las características morfológicas y de comportamiento debido a la falta de registros de identificación y al desconocimiento de su edad por parte de los indígenas (esta práctica ha sido empleada en múltiples estudios^{7,8,9}).

El muestreo y recolección de datos fue realizado por el equipo de salud que visitó las comunidades indígenas en el marco de la distribución masiva de Ivermectina, tarea realizada por el Programa de Eliminación de Oncocercosis del Foco Sur adscrito al Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (SACAICET).

Se realizaron registros fotográficos digitales durante la recolección de los datos con el fin de verificar la metodología de medición de PA.

Áreas de estudio

El estudio se realizó en el municipio Río Negro, Estado Amazonas en Venezuela, en comunidades ubicadas en un área geográfica denominada sierra de Tapirapécó, exactamente en nueve comunidades indígenas Yanomami: Doshá Moshá, Katakateri, Wakewe, Hawarikohiteri, Paikawëpiwei, Puhi-Ahima, Añakora, Hapomope, Hawarinateri, Torawakapiwei, Kokema, Masiripiwei, Ishirewë, Ukushi.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres, de 20 años de edad o más, de las comunidades Yanomami antes mencionadas.

Procedimientos de investigación

Entre los meses de mayo a julio y diciembre de 2021, al desarrollar las actividades de atención médica, se visitó en 2 ocasiones cada shabono (vivienda tradicional y comunitaria de los Yanomami) con la finalidad de realizarle medición de la PA. Las orientaciones que permitieron cumplir con el protocolo de medición de PA fueron impartidas en el idioma original de los Yanomami con el apoyo de un Agente Comunitario Yanomami de Atención Primaria de Salud (ACYAPS).

Medición de la presión arterial

La presión arterial fue medida por un médico

especialista en Medicina Familiar y Salud Pública (Figura 1) utilizando un esfigmomanómetro aneroide para adultos marca Lane® (fabricado por Lane Instrument Corp).



Figura 1. Medición de presión arterial en mujer Yanomami de la comunidad Dosha Mosha.

El manguito estándar para adultos del esfigmomanómetro se colocó en el brazo derecho de los participantes mientras estaban sentados con las piernas sin cruzar y los pies apoyados en el suelo. La PA se midió después de un período de descanso de 10 minutos. Se tomaron 2 medidas consecutivas de PA para cada individuo con un intervalo de 5 minutos entre ellas. El valor final registrado de la PA fue la media aritmética de 2 mediciones consecutivas.

La 1ª fase de Korotkoff se utilizó para el registro de la PAS y la 5ª fase de Korotkoff para el registro de la PAD.

Se empleó, como criterio para los diferentes valores de PA, la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Hipertensión publicadas en 2018:¹⁰

- Óptimo: PAS menos de 120 mmHg y PAD menos de 80 mmHg
- Normal: PAS 120 a 129 mmHg y/o PAD 80 a 84 mmHg
- Normal alta: PAS de 130 a 139 mmHg y/o PAD de 85 a 89 mmHg
- Hipertensión de grado 1: PAS 140 a 159 mmHg y/o PAD 90 a 99 mmHg
- Hipertensión de grado 2: PAS de 160 a 179 mmHg

y/o PAD de 100 a 109 mmHg

- Hipertensión de grado 3: PAS mayor o igual a 180 mmHg y / o PAD mayor o igual a 110 mmHg
- Hipertensión sistólica aislada: PAS mayor o igual a 140 mmHg y PAD menor a 90 mmHg (clasificada adicionalmente en grados según los rangos anteriores de PAS)

La presión arterial media (PAM) se calculó como $1/3$ de la PAS más $2/3$ de la PAD.¹¹

Consideraciones éticas

En reunión con el Capitán de la comunidad ("pata") se explicó sobre las visitas diarias que se llevarían a cabo en sus viviendas con el objetivo de realizar las mediciones de PA. Toda la información le fue ofrecida en su idioma original (Yanomami) por el ACYAPS.

Considerando que los Yanomami en esta zona no saben leer ni escribir, ni poseen documentos de identificación se decidió registrar la aceptación del consentimiento informado por medio de grabaciones de audios.

Procedimientos de análisis de resultados

Los datos se analizaron en SPSS Statistics versión 22.

El análisis estadístico incluyó promedios, porcentajes e intervalos de confianza para promedios y para porcentajes. Además, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson para determinar la relación o asociación entre variables categóricas. Se consideró un nivel de significancia del 95% para todas las pruebas.

lante, con un promedio de edad de 42,24 años. La distribución por grupos de edad fue homogénea entre las personas, 30-39 (24,0%); 40-49 (25,8%); 50-59 (21,8%), sin embargo, la población mayor de 60 años solo representó el 11,1%. El 55,4% eran mujeres y un 44,6% hombres (Tabla 1).

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó un total de 271 indígenas Yanomami, de 20 años de edad en adelante,

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los participantes del estudio.

Característica	Masculino (n = 121)	Femenino (n = 150)	Total (n = 271)	p
Edad. Media (DE)	43,58 (±11,47)	41,17 (±13,49)	42,24 (±12,66)	0,012
Edad. N° (%)				
20-29	13 (4,8)	34 (12,5)	47 (17,3)	0,012
30-39	30 (11,1)	35 (12,9)	65 (24,0)	0,012
40-4	40 (14,8)	30 (11,1)	70 (25,8)	0,012
50-59	20 (7,4)	39 (14,4)	59 (21,8)	0,012
60 y más	18 (6,6)	12 (4,4)	30 (11,1)	0,012
Total	121 (44,6)	150 (55,4)	271 (100)	0,012
Presión Arterial. Media (DE) 0,000				
Sistólica (mmHg)	97,23 (±13,23)	89,77 (±9,05)	93,10 (±11,70)	0,000
Diastólica (mmHg)	65,37 (±10,55)	56,87 (±7,36)	60,66 (±9,87)	0,000
Presión Arterial Media (mmHg)	75,99 (±10,88)	67,84 (±6,93)	71,48 (±9,77)	0,000
Clasificación de PA (%)				
Optima	105 (38,7)	147 (54,2)	252 (93,0)	0,001
Normal	12 (4,4)	3 (1,1)	15 (5,5)	0,001
Normal alta	2 (0,7)	0	2 (0,7)	0,001
HTA Grado I	2 (0,7)	0	2 (0,7)	0,001
HTA Grado II	0	0	0	-
HTA Grado III	0	0	0	-
HTA sistólica aislada	0	0	0	-

DE: desviación estándar.

El 93,0% de los individuos presentaron valores de PA óptimos (<120 y <80) y 5,5% PA normal (<130 y <85). Solo se presentaron 2 casos (0,7%) con HTA (Grado I) (Tabla 2). Los casos con HTA coinciden con un individuo masculino entre 25 años de edad en el cual no se recogen antecedentes patológicos personales de importancia y el otro caso se corresponde con hombre de 55 años quien manifestaba dolor abdominal bajo y síntomas urinarios como polaquiuria y disuria ocasional.

Los niveles promedios de PAS, PAD y PAM fueron 93,10 (±11,70); 60,66 (±9,87) y 71,48 (±9,77) mm Hg, respectivamente. Los hombres tenían niveles promedio estadísticamente significativos (p=0,000) más altos de PAS y PAD que las mujeres (97,23 (±13,23) frente a 89,77 (±9,05) mm Hg y 65,37 (±10,55) frente a 56,87 (±7,36) mm Hg, respectivamente).

La PAM también fue mayor en los hombres, con 75,99 (±10,88) mmHg frente a 67,84 (±6,93) en mujeres, lo cual fue estadísticamente significativo (p=0,000).

Tabla 2. Niveles de presión arterial según grupos de edad.

TENSIÓN ARTERIAL	EDAD (años)										Total	
	20-29		30-39		40-49		50-59		60 y más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Optima	43	15,9	63	23,2	59	21,8	58	21,4	29	10,7	252	93,0
Normal	1	0,4	2	0,7	11	4,1	1	0,4	0	0,0	15	5,5
Normal alta	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7
HTA Grado I	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,7
HTA Grado II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTA Grado III	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTA sistólica aislada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	47	17,3	65	24,0	70	25,8	59	21,8	30	11,1	271	100

DISCUSIÓN

Mientras la hipertensión es una enfermedad crónica común que afecta a una gran parte de la población, (en los EE.UU., alrededor del 33,2% de la población general es hipertensa;¹² en China hay 244,5 millones de adultos con hipertensión;¹³ y en Corea del Sur, la prevalencia es aproximadamente del 30% en adultos¹⁴) llama poderosamente la atención cómo existen poblaciones en las cuales se pueden encontrar niveles de PA óptimos, como es el caso de las 14 comunidades Yanomami estudiadas en la presente investigación, en las cuales se halló que de 271 individuos, el 93% presentaron valores de PA óptimos (<120 y <80), 5,5% normal (<130 y <85) y solo 2 casos (0,7%) presentaban HTA (Grado I), lo cual contrasta con múltiples estudios realizados en indígenas que se describen a continuación.

La recolección de datos sobre los niveles de PA de los pueblos indígenas comenzó a medirse, con fines de investigación, desde mediados de la década de 1960. En tal sentido, Souza et al.,¹⁵ en una revisión sistemática con meta-análisis que incluyó 23 artículos, no hallaron hipertensión en poblaciones indígenas en 10 estudios, y su prevalencia fue creciente y variada, alcanzando niveles de hasta 29,7%. La prevalencia combinada de hipertensión en indígenas desde el período de 1970 a 2014 fue del 6,2%.

En estudios realizados^{16,17} en la población indígena en la década de 1970 y 1980, la hipertensión era prácticamente inexistente. Sin embargo, Oliveira et al.¹⁸ en el 2011 demostraron una prevalencia de hipertensión del 29,7% entre todos los sujetos participantes; y en 2014 reportaron, en otro estudio,¹⁹ una prevalencia de hipertensión y factores asociados, en una comunidad indígena en el centro de Brasil (1 608 indígenas) del 29,5%, sin diferencias significativas entre los sexos, siendo similar a la prevalencia en los brasileños no indígenas.

En la región norte de Brasil, se realizaron 2 estudios en la etnia suruí, y hubo una mayor prevalencia de hipertensión en el período comprendido entre 1988 y 2005. En el primer estudio, desarrollado por Fleming et al.,²⁰ los datos recolectados de 114 indígenas de la tierra indígena Aripuanã en el estado de Rondônia no se detectó hipertensión. Pero en el segundo, realizado por Tavares et al.⁵ en 2005 con 251 indígenas suruí de once aldeas del territorio indígena de Sete de Setembro, los indígenas mostraron una prevalencia de hipertensión de 2,8%; concluyéndose que la hipertensión es un problema de salud emergente entre los suruí.

La prevalencia de la hipertensión es alta entre los pueblos indígenas de América del Norte y Australia. En México, Guerrero et al.,²¹ al investigar sobre la hipertensión en habitantes indígenas de comunida-

des tradicionales del norte de México (815 personas entre 35 y 64 años), identificaron una prevalencia del 6,87%. En Estados Unidos, Foulds et al.²² reportaron tasas de hipertensión de 19,2% entre los Inuit (nativos de Alaska) y el 33,9% entre las Primeras Naciones (indios americanos). En Australia, Wang et al.,²³ en el estudio sobre presión arterial e hipertensión en los aborígenes australianos y los isleños del Estrecho de Torres, reportaron un aumento de manera lineal de la PAS con respecto a la edad, pero la PAD media era estable alrededor de los 50 años. En dicho estudio se estableció una prevalencia estandarizada por edad de hipertensión para sujetos de 25 a 54 años del 27%, en comparación con el 9% en los australianos no indígenas del Territorio del Norte y Queensland.

En el período de 2013 a 2017 se llevó a cabo un estudio en los pueblos indígenas Shors y no indígenas que viven en las aldeas de Gornaya Shoria de la región de Kemerovo en el sur de Siberia occidental en el período de 2013 a 2017, revelándose que en ambos grupos étnicos predominaban los hipertensos dependientes de renina (65,6% en el grupo indígena frente al 89,8% en el grupo no indígena, $p = 0,001$).²⁴

Sobre la PAS y PAD en la presente investigación, se hallaron valores medios de 93,10 ($\pm 11,70$) y 60,66 ($\pm 9,87$), respectivamente; y para la PAM, que es relevante para mantener la frecuencia cardíaca, la contractilidad del ventrículo izquierdo y la disfunción del corazón derecho,¹¹ se hallaron niveles de 71,48 ($\pm 9,77$) mm Hg. Todos estos valores se encuentran muy por debajo de los niveles de PA descritos por Orellana et al.,²⁵ quienes informaron PAS, PAD y PAM (hombres / mujeres) de 116,24 / 113,80 mmHg; 75,24 / 72,69 mmHg; y 88,91 / 86,39 mmHg, respectivamente.

El aumento constante en la prevalencia de hipertensión, probablemente debido a cambios en los hábitos culturales, económicos y de estilo de vida, como resultado de la interacción indígena con la sociedad no indígena ponen de manifiesto la delicada situación a la que se enfrentan los indígenas. Souza et al.¹⁵ consideran que los cambios en el estilo de vida de las poblaciones indígenas en Brasil, combinados con la adopción e incorporación de comportamientos y valores estimulados por los nuevos desafíos del mundo contemporáneo han llevado a estas personas a procesos dinámicos de enfermedades, como la enfermedad cardiovascular, especialmente la hipertensión.

Antes de la década de 1980, se sugirió que los pueblos indígenas tenían factores genéticos protectores contra las enfermedades metabólicas, ya que estas poblaciones tenían una baja prevalencia de trastornos metabólicos, como la obesidad. Sin embargo, una aculturación de los pueblos indígenas se inició en México después de esa década, con un aumento paralelo en la prevalencia de esta enferme-

dad,^{26,27} con posible asociación con los reportes de incremento de la HTA en estas poblaciones.

Según Mendoza et al.,²⁸ la prevalencia global del síndrome metabólico en la población indígena mexicana es de 50,3%, lo cual confiere un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular como la HTA. En Taiwán en 2008 un estudio transversal centrado en una población indígena ($n=725$) demostró una tasa de prevalencia del síndrome metabólico del 42,6%.²⁹ Tsao et al.³⁰ reportaron que las tasas de prevalencia del síndrome metabólico eran más altas en la población indígena en comparación con los taiwaneses urbanos.

Aunque muchas de estas poblaciones indígenas han conservado sus antecedentes genéticos, lenguas nativas y estructuras socioeconómicas a lo largo de los siglos, en las últimas décadas han experimentado cambios dramáticos en sus estilos de vida, principalmente en lo que respecta a la ingesta excesiva de calorías.²⁸

Según Souza et al.,¹⁵ la dieta es un elemento en el proceso de transformación de la vida indígena, destacando la transición nutricional que experimentan las poblaciones indígenas derivada de los cambios en sus estilos de vida.

Puede ser realmente alarmante el impacto que pueda representar la incorporación de sal en la dieta tradicional.

Varios estudios^{5,18,31,32,33} que abordan esta transición han señalado que los niveles de PA de los indígenas cambiaron luego del consumo de altas cantidades de sodio, aceite vegetal, azúcar, alimentos procesados y ricos en calorías y bebidas alcohólicas. Este escenario también fue estudiado en Yanomami en Brasil entre 1975 y 2003,^{7,8,16,34,35,36} en los que no se identificó un aumento en la presión sanguínea, indicando que tenían una baja ingesta de sodio, potasio y fibra, y realizaban actividad física con regularidad.

La investigación de Oliver et al.¹⁶ de 1975 es el estudio pionero en el campo de la PA en indígenas y demuestra la relación directa entre los niveles de PA, los niveles hormonales y la cantidad de sodio presente en la dieta de los indígenas Yanomami. Su comida consistía principalmente en plátano hervido, suplementado irregularmente con pescado, insectos y alimentos vegetales silvestres. Por lo tanto, no tenían acceso al cloruro de sodio en el momento de la recolección de datos en siete expediciones en 1966, 1967 y 1968. Los principales resultados mostraron que la PA aumentó de la primera a la segunda década de vida; pero, a diferencia de las personas civilizadas, ningún aumento sistemático durante los años de la vida subsiguiente. Al evaluar la orina de adultos varones indígenas, la excreción urinaria de sodio fue

de solo 1 (1,5) mEq. La actividad de la renina plasmática fue alta y similar en relación a los individuos civilizados en períodos cortos de dietas con 10 mEq de sodio. Asimismo, las tasas de excreción de aldosterona igualaron a las personas acostumbradas a una dieta baja en sodio. Los autores concluyeron que los ajustes hormonales para la ingesta baja de sodio a lo largo de la vida son similares a los logrados con la restricción aguda de sodio en personas no indígenas. Los altos niveles de aldosterona y renina fueron probablemente la norma durante la mayor parte de la evolución humana, y sugieren que los valores observados en los grupos de control no indígenas fueron suprimidos por el consumo excesivo de sal en su dieta.

Fisiológicamente se conoce que el aumento de la ingesta de sal promueve la expansión del volumen de líquido extracelular y aumenta el gasto cardíaco.³⁷ Graudal et al.³⁸ demostraron que la reducción de sodio produce una disminución de la PAM de aproximadamente 0,4 mmHg en los participantes con PA normal y una disminución de la PAM de aproximadamente 4 mmHg en los participantes con hipertensión. En el estudio de Reyhani et al.³⁹ en centros de salud rurales de Tabriz, Irán, se concluyó, que el nivel de ingesta de sal durante la preparación y la ingesta de alimentos puede estar asociado con el nivel de PA $\geq 140 / 90$.

Es posible que los beneficios de alguna de las creencias de salud asociadas con el folclore entre los indígenas puede abrir una ventana de oportunidad para comprender enfermedades como la hipertensión,³³ ya que los cambios de hábitos, la desintegración del entorno sociocultural, la adopción de patrones de convivencia de sociedades no indígenas han demostrado contribuir al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la HTA entre la población indígena.

Esta investigación aporta elementos para reflexionar sobre el impacto del estilo de vida sobre la salud cardiovascular, considerando por ejemplo que, en países como EE.UU., el aumento de la prevalencia de la obesidad entre los niños y adolescentes,^{40,41} se ha relacionado con aumentos de la prevalencia de la hipertensión primaria,⁴² ya que se sugiere que la hipertensión en la infancia se asocia con aterosclerosis subclínica.⁴³

El estilo de vida es tan determinante en el control de la PA que, una gran proporción de hipertensos jóvenes puede responder a las medidas del estilo de vida y no requerir tratamiento farmacológico;⁴⁴ por ello la promoción de un estilo de vida saludable en los jóvenes contribuye a evitar la hipertensión.⁴⁵

Se puede plantear que el principal factor que ha determinado los bajos niveles de PA en la población Yanomami estudiados en esta investigación es la

preservación de sus hábitos alimenticios y estilos de vida, de tal manera que el contacto de ellos con la sociedad no indígena deberá hacerse bajo la premisa del respeto de un proceso de asimilación progresivo, evitando la modificación de sus perfiles de salud.

Otro aporte de esta investigación, es servir de base para futuras investigaciones, lo cual será necesario en los próximos años, ya que deberá medirse el impacto de las acciones de asistencia social en general y médica en particular que se están actualmente desarrollando en esta área geográfica promovidas por el gobierno nacional de Venezuela.

CONCLUSIONES

Los Yanomami que viven en comunidades del área geográfica de la serranía de Tapirapecó presentan niveles óptimos de PA, lo que les previene de comorbilidad asociada a la HTA, lo que indica que no constituye un problema de salud emergente entre los Yanomami.

LIMITACIONES

No se pudieron realizar análisis de datos relacionados con medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera, circunferencia del brazo y grosor del pliegue cutáneo del tríceps) por no contar con equipo adecuado, dadas las condiciones de accesibilidad a estas zonas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quisieran agradecer al pueblo Yanomami por participar en este estudio y por su ayuda de muchas formas durante el trabajo de campo, al Programa de Eliminación de Oncocercosis en el Foco Sur y a la Dirección de Salud del Estado Amazonas.

REFERENCIAS

1. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017;317(2):165-182. doi: 10.1001/jama.2016.19043
2. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cifková R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18014. doi: 10.1038/nrdp.2018.14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477925/>
3. Singh M, Raina S, Goswami S, Raj D. Are

the tribal highlanders protected from hypertension? A meta-analysis on prevalence of hypertension among high altitude tribal population of India. *Indian J Public Health*. 2020;64(3):295-299. doi: 10.4103/ijph.IJPH_509_19. <https://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2020;volume=64;issue=3;page=295;epage=299;aulast=Singh>

4. Rizwan SA, Kumar R, Singh AK, Kusuma YS, Yadav K, Pandav CS. Prevalence of hypertension in Indian tribes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2014;9:e95896.

5. Tavares FG, Coimbra CE, Cardoso AM. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(5):1399-409.

6. Raina SK, Chander V, Prasher CL, Raina S. Prevalence of hypertension in a tribal land locked population at high altitude. *Scientifica (Cairo)*. 2016;2016:3589720. doi: 10.1155/2016/3589720. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4773562/>

7. Mancilha CJ, Silva NAS, Carvalho JV, Lima JAC. Pressão arterial em seis Aldeias Yanomami. *Arq Bras Cardiol* 1991;56(6):477-82.

8. Mancilha CJ, Carvalho JV, Lima JAC, Silva NAS. Ausência de fatores de risco de doença coronária em índios Yanomami e influência da aculturação na pressão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1992;59(4):275-83.

9. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):345-354.

10. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti RE, Azizi M, Burnier M, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-3104.

11. Yoshitomi Y, Nagakura C, Miyauchi A. Significance of mean blood pressure for blood pressure control. *Int Heart J*. 2005;46(4):691-9. doi: 10.1536/ihj.46.691.

12. Centers for Disease Control and Prevention. Hypertension [Internet] Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2018. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/hypertension.html>

13. Wang Z, Chen Z, Zhang L, Wang X, Hao G, Zhang Z, et al. China Hypertension Survey Investigators. Status of Hypertension in China: Results From the China Hypertension Survey, 2012-2015. *Circulation*. 2018;137(22):2344-2356. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032380.

14. Kim HC, Ihm SH, Kim GH, Kim JH, Kim KI, Lee HY, et al. 2018 Korean Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension: part I-epidemiology of hypertension. *Clin Hypertens*. 2019;25:16. doi: 10.1186/s40885-019-0121-0. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31388451/>
15. Souza FZA, Ferreira AA, Santos BD, Pierin AM. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):1016-26. doi: 10.1590 / S0080-623420150000600019.
16. Oliver WJ, Cohen EL, Neel JV. Blood pressure, sodium intake, and sodium related hormones in the Yanomamo Indians, a "no-salt" culture. *Circulation*. 1975;52(1):146-51.
17. Mancilha CJ, Silva NAS, Oliveira JM, Argulles E, Silva JAF. Pressão arterial e grupos sociais: estudo epidemiológico. *Arq Bras Cardiol*. 1983;40(2):115-20.
18. Oliveira GF, Oliveira TRR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29(5):315-21.
19. Oliveira GF, Oliveira TR, Ikejiri AT, Andraus MP, Galvao TF, Silva MT, et al. Prevalence of hypertension and associated factors in an indigenous community of central Brazil: a population-based study. *PLoS One*. 2014;9(1):e86278. doi: 10.1371/journal.pone.0086278. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904906/>
20. Fleming MM, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Blood pressure levels of the Suruí and Zoró indians of the Brazilian amazon: group and sex-specific effects resulting from body composition, health status, and age. *Hum Biol*. 1991;63(6):835-61.
21. Guerrero RF, Rodríguez MM, Sandoval HF, Alvarado RR. Prevalence of hypertension in indigenous inhabitants of traditional communities from the north of Mexico. *J Hum Hypertens*. 2000;14(9):555-9. doi: 10.1038/sj.jhh.1001067.
22. Foulds HJ, Warburton DE. The blood pressure and hypertension experience among North American Indigenous populations. *J Hypertens*. 2014;32(4):724-34. doi: 10.1097/HJH.0000000000000084.
23. Wang Z, Knight S, Wilson A, Rowley KG, Best JD, McDermott R, et al. Blood pressure and hypertension for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander people. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13(3):438-43. doi: 10.1097/00149831-200606000-00021.
24. Mulerova T, Uchasova E, Ogarkov M, Barbarash O. Genetic forms and pathophysiology of essential arterial hypertension in minor indigenous peoples of Russia. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):169. doi:10.1186/s12872-020-01464-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158150/>
25. Orellana BM, Nugent KM, Sanchez BH, Lopez GJ. Prevalence of hypertension and associated anthropometric risk factors in indigenous adults of Guatemala. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(1):16-20. doi: 10.1177/2150131914544219. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131914544219?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
26. Stoddard P, Handley MA, Vargas Bustamante A, Schillinger D. The influence of indigenous status and community indigenous composition on obesity and diabetes among Mexican adults. *Soc Sci Med*. 2011;73(11):1635-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.006.
27. Escobedo J, Chavira I, Martínez L, Velasco X, Escandón C, Cabral J. Diabetes and other glucose metabolism abnormalities in Mexican Zapotec and Mixe Indians. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2010;27(4):412-6.
28. Mendoza CE, Barajas OF, García OH, Cicerón AI, Martínez HA, Córdova EJ, et al. Metabolic syndrome in indigenous communities in Mexico: a descriptive and cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):339. doi: 10.1186/s12889-020-8378-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7076922/>
29. Hung LL, Hsiu HF, Chen ML, Chang LC, Chen CY, Chen CM. The association between health risk behavior and metabolic syndrome of aborigines in Taiwan. *Taipei City Med J*. 2010;7:255-264.
30. Tsao YC, Li WC, Yeh WC, Ueng SW, Chiu SY, Chen JY. The association between metabolic syndrome and related factors among the community-dwelling indigenous population in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8958. doi:10.3390/ijerph17238958. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730304/>
31. Anjos HNK, Toledo MJO, Mota LT, Previdelli ITS, Anjos AF, Saruhashi TR, et al. Prevalence of metabolic syndrome among Kaingang Native Americans in Southern Brazil. *Braz Arch Biol Technol*. 2011;54(1):81-9.
32. Coimbra Junior CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview

- of results. *BMC Public Health*. 2013;13(52):1471-90.
33. Santos KM, Tsutsui MLS, Galvão PPO, Mazzucchetti L, Rodrigues D, Gimeno SGA. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(12):2327-38.
34. Mancilha CJ, Baruzzi RG, Howard PF, Poulter N, Alpers MP, Franco LJ, et al. Blood pressure in four remote populations in the INTERSALT Study. *Hypertension*. 1989;14(3):238-46.
35. Bloch KV, Coutinho ESF, Lôbo MSC, Oliveira JEP, Milech A. Pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas em uma população Yanomámi. *Cad Saúde Publica* 1993;9(4):428-38.
36. Mancilha CJ, Silva NAS. The Yanomami Indians in the intersalt Study. *Arq Bras Cardiol* 2003;80(3):295-300.
37. Balafa O, Kalaitzidis RG. Salt sensitivity and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2021;35(3):184-192. doi: 10.1038/s41371-020-00407-1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32862203/>
38. Graudal NA, Hubeck GT, Jurgens G. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;12(12):CD004022. doi: 10.1002/14651858.CD004022.pub5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33314019/>
39. Reyhani P, Azabdaftari F, Ebrahimi MM, Asghari JM, Shokrvash B. The predictors of high dietary salt intake among hypertensive patients in Iran. *Int J Hypertens*. 2020;2020:6748696. doi:10.1155/2020/6748696. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168708/>
40. Skinner AC, Ravanbakht SN, Skelton JA, Perrin EM, Armstrong SC. Prevalence of obesity and severe obesity in US children, 1999-2016. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20173459. doi:10.1542/peds.2017-3459
41. Ogden CL, Fryar CD, Martin CB, Freedman DS, Carroll MD, Gu Q, et al. Trends in Obesity Prevalence by Race and Hispanic Origin-1999-2000 to 2017-2018. *JAMA*. 2020;324(12):1208-1210. doi: 10.1001/jama.2020.14590. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/32857101/>
42. Hardy ST, Sakhuja S, Jaeger BC, Urbina EM, Suglia SF, Feig DI, et al. Trends in blood pressure and hypertension among US children and adolescents, 1999-2018. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e213917. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.3917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8017470/>
43. Urbina EM, Mendizábal B, Becker RC, Daniels SR, Falkner BE, Hamdani G, et al. Association of Blood Pressure Level With Left Ventricular Mass in Adolescents. *Hypertension*. 2019;74(3):590-596. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13027.
44. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT Jr, et al. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. *Circulation*. 2018;137(2):109-118. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/29133599/>
45. Cheung BMY, Or B, Fei Y, Tsoi MF. A 2020 Vision of Hypertension. *Korean Circ J*. 2020;50(6):469-475. doi:10.4070/kcj.2020.0067. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7234844/>



Cada vez más especialidades.
Cada vez más comodidad.

Cada vez mejor.

Cam Doctor se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

Para acceder a **Cam Doctor**,
descargá la app móvil o ingresá
desde nuestra web.

**El servicio está disponible
los 365 días del año, de 8 a 24 hs.**

Medifé
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO
FINOCHIETTO**

El hospital y el enfoque de derechos.

The hospital and rights approach.

Autor: Palomo, Diego^a.

^a Magister en epidemiología gestión y políticas de salud. Médico especialista en medicina general y familiar.

Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur.

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca.

Provincia de Buenos Aires.

Contacto:

diego.palomo@uns.edu.ar

Recibido: 25/01/2022.

Aceptado: 15/04/2022.

RESUMEN

La pandemia por SARS-CoV-2 puso de forma abrupta al sistema de salud en la agenda pública. Evidenciando sus problemas y requiriendo acciones de emergencia para poder dar cuenta del desafío de responder social y sanitariamente a esta crisis.

La respuesta hospitalaria fue el eje y centro de atención de la pandemia, casi con exclusividad. Relegando las otras posibilidades o dispositivos asistenciales, como el primer nivel de atención y la salud comunitaria. Por lo tanto, nos proponemos reflexionar sobre esta organización sanitaria, tan arraigada en el modelo médico social y el marco del enfoque de derechos.

Definiremos el hospital, describiremos sus antecedentes, sus características y propondremos como repensarlo críticamente para aportar a su crecimiento en el marco del enfoque de derechos. La salud como derecho es el marco legal, político y teórico que proponemos para abordar esta reflexión y al hospital, tanto como singularidad histórica como pluralidad o multiplicidad de organizaciones en función de cada contexto donde se desarrolla, como una organización social y sanitaria que formar parte de un conjunto de organizaciones y políticas destinadas a garantizar ese derecho.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud, Hospitales y Política de Salud.

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic abruptly put the health system on the public agenda. Evidencing their problems and requiring emergency actions to be able to account for the challenge of responding socially and healthily to this crisis. The hospital response was the axis and center of attention of the pandemic, almost exclusively. Relegating the other possibilities or assistance devices, such as the first level of care and community health. Therefore, we intend to reflect on this health organization, so rooted in the social medical model and the framework of the rights approach.

We will define the hospital, describe its background, its characteristics and propose how to rethink it critically to contribute to its growth within the framework of the rights approach. Health as a right is the legal, political and theoretical framework that we propose to address this reflection and the hospital, both as a historical singularity and as a plurality or multiplicity of organizations depending on each context where it is developed, as a social and health organization that is part of a set of organizations and policies aimed at guaranteeing that right.

KEYWORDS: Right to Health, Hospitals and Health Policy.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) puso de forma abrupta al sistema de salud en la agenda pública. Evidenciando sus problemas y requiriendo acciones de emergencia para poder dar cuenta del desafío de responder social y sanitariamente a esta crisis. El sistema de salud lo hizo de la forma que se siente más seguro y que conoce hace tiempo: organizando una respuesta hospital céntrica y relegando las otras posibilidades o dispositivos asistenciales, como el primer nivel de atención y la salud comunitaria. Más allá de que la organización mundial de la salud (OMS) plantea en varios informes que muchas de las intervenciones más costo-efectivas no requieren el uso del hospital, como por ejemplo las acciones de salud colectiva como el saneamiento ambiental, la educación en salud, la vacunación, el control ambulatorio de las enfermedades transmisibles y la prevención de las complicaciones de las enfermedades no transmisibles, entre otras ^(1,2,3).

El hospital se convirtió nuevamente, más allá de los cuestionamientos teóricos, políticos, económicos y desde el enfoque de derechos que viene recibiendo en las últimas décadas, en el centro del sistema de salud. La respuesta hospitalaria fue el eje y centro de atención de la pandemia, casi con exclusividad. Por lo tanto, nos proponemos reflexionar sobre esta organización sanitaria, tan arraigada en el modelo médico social y el marco del enfoque de derechos.

Describiremos sus antecedentes, sus características y propondremos como repensarlo críticamente para aportar a su crecimiento en el marco del enfoque de derechos.

Para pensar, o repensar, el hospital debemos partir de comprenderlo, en términos de lo normativo, como una organización social y sanitaria que formar parte de un conjunto de organizaciones y políticas destinadas a garantizar el derecho a la salud. Esta concepción de la salud como derecho debe remarcar, ya que es el marco legal, político y teórico que proponemos para abordar todos los problemas relacionados al campo de la salud, sus organizaciones, profesiones, políticas, programas, etc.

Por lo tanto, analizar al hospital desde el enfoque de derechos, significa que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el

derecho internacional sobre derechos humanos. El rol del Estado argentino, es el de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que la ciudadanía ejerza su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación ^(4,5).

A pesar del gran protagonismo y rol que tuvo y tiene en la pandemia por SARS-CoV-2 y la indudable hegemonía que el hospital construyó en el siglo XX al interior del campo de la salud y en la sociedad, siempre ha sido atravesado por críticas desde distintas posiciones teóricas e ideológicas. Entre estas podemos destacar las asociadas a los costos elevados de su funcionamiento, a la fragmentación de los padecimientos, que la especialización y superespecialización han generado, al predominio de una relación médico persona familia directiva, centrada en los aspectos biológicos, orientada a la enfermedad y obviando las dimensiones subjetivas, emocionales, espirituales, sociales y culturales de las personas y sus padecimientos y a promover un modelo de atención y de trabajo cada vez más centrado en las tecnologías duras ⁽⁶⁾, entre otras.

DEFINICIONES SOBRE EL HOSPITAL

El hospital es una organización que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado ⁽⁷⁾.

Como es característico de la mayoría de las instituciones sociales con una larga historia, muchos de los aspectos significativos del hospital son consecuencia de tensiones históricas. No se puede comprender adecuadamente al hospital si no se le sitúa en su perspectiva histórica.

La Real Academia Española refiere que la palabra hospital deriva del latín: *hospitālis* 'relativo al huésped', 'hospitalario' ⁽⁸⁾ y propone 5 definiciones:

- Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia.
- Casa que servía para acoger pobres y peregrinos por tiempo limitado.
- Afable y caritativo con los huéspedes.
- Pertenece o relativo al buen hospedaje.
- Hôtel-Dieu significa Casa de Dios.

Ramón Carrillo en su clásico texto "El hospital"

lo define de varias formas ⁽⁹⁾. En estas definiciones conceptualiza el hospital de su época y el que pretendía en su visión que sea:

- Un recinto destinado a albergar el sufrimiento humano.
- El producto de un esfuerzo de sentido social.
- Una organización que garantiza un derecho.
- Que los hospitales no sean solo casas de enfermedad sino casas de salud.
- Transformar los hospitales de “centros de cura” a “centros de salud”.
- Que los hospitales pasen de ser de “casas de enfermedad” a “casas de salud”.
- Transformar los hospitales de “centros de cura” a “centros de prevención” y luego a “centros de salud”.
- Construir nuevos establecimientos y darles el acento social que estamos propugnando.
- Debemos iniciar esta reforma por los sectores más humildes de la nación, en los pueblos apartados y pobres.
- El hospital social, que trasciende lógicamente a la familia y pasa a ser también un centro de cultura y de educación sanitarias.
- Una institución socio cultural y por lo tanto determinada históricamente.

Con estas frases que expone Ramón Carrillo en su clásico texto, define y visiona el hospital que el proyecto sanitario y político del Peronismo de 1946 encontraba y deseaba. Si bien el hospital ha tenido múltiples transformaciones, el núcleo de esta organización sigue reflejándose en lo expuesto por Ramón Carrillo con clara vigencia, más allá de los años transcurridos.

La OMS define al hospital como una organización especializada que forma parte de redes integradas de servicios de salud (RISS) y que da apoyo a un primer nivel de atención altamente resolutivo, integrándolo de tal modo que todo su aporte esté alineado con las necesidades de las personas y las comunidades a través del desarrollo de la RISS. Este hospital que propone la OMS no es lo que comúnmente encontramos en nuestro país, donde todavía se siguen promoviendo hospitales

como centro de la organización sanitaria, o en algunos casos, el hospital como única organización sanitaria ^(1,3).

La OMS presenta un cambio de la función asignada hasta hoy al hospital, que ya no se concibe como la cúspide de una pirámide en la que la jerarquía está dada por la especialización con el objeto de tratar con éxito las enfermedades. Por el contrario, el hospital pasa a ser un participante muy relevante de un servicio estructurado en red que desempeña determinadas tareas de un conjunto de procesos que cruzan una y otra vez la red de salud y en los cuales se integran las personas y las comunidades ⁽¹⁾.

El hospital es una organización integrada a un conjunto de políticas sociales y sanitarias y a otras organizaciones cuya razón de ser y de existir, es la de brindar los cuidados de la salud que las personas necesitan, tienen derecho a recibir y el estado la obligación de garantizar.

El hospital siempre fue una organización en tensión y más allá de las resistencias coyunturales que presentan quienes trabajan y tiene roles de conducción en estas organizaciones, ha cambiado mucho a lo largo de la historia. Si bien en el cotidiano se identifica como una institución resistente y conservadora a modificar modelos de gestión y atención, ha sido una caja de resonancia de los cambios políticos y sociales de cada momento de la historia. Más recientemente, en los años 90 sufrió, y esta es la palabra correcta, fuertes cambios en lo relacionado a su modelo de financiamiento y gestión con la reforma sanitaria y las normas que desregularon las obras sociales y permitieron los hospitales de auto gestión.

En este sentido, es importante aclarar que la mayoría de los cambios del hospital, al menos en nuestro país, y desde las dictaduras a la actualidad, han sido coherentes en un sentido o hacia favorecer un conjunto de intereses, más ligados en poner el foco en el tratamiento de la enfermedad, al consumo de tecnologías duras, la medicalización y el desarrollo del “modo” o “sentido” privado (rentista) de las prácticas profesionales.

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL

Analizando el hospital históricamente, en el sentido cronológico, observamos que inicialmente se las reconoce como organizaciones sociales construidas para los pobres o para fines militares.

Hoy día consideramos a los hospitales como

la expresión más clara de la atención sanitaria en su forma técnicamente más sofisticada, pero hace menos de 100 años los hospitales se relacionaban muy poco con la práctica médica. Los primeros antecedentes del hospital, los podemos encontrar en la antigüedad a partir de la hospitalidad que se brindaba a los peregrinos que concurrían a los templos en búsqueda de alivio a alguna dolencia. Se albergaba a pobres, enfermos, viajeros, etc.

En una inscripción hecha en una roca en la India, cerca de 226 AC, se registra la construcción de hospitales fundados por el rey Asoka, y los archivos cingaleses indican la existencia de hospitales en Ceilán, actual Sri Lanka, en 437 y 137 AC⁽⁷⁾.

El antecedente más antiguo de hospitalidad, asociada a la atención y cura de las enfermedades a través de la religión, lo encontramos en el año 600 AC en Grecia, en los templos de Apolo y luego, alrededor de los años 50 AC en los santuarios de Asclepio. Donde se acogían a viajeros que concurrían ante los dioses en busca de cura para las personas enfermas⁽⁷⁾.

Otras formas de “hospitalización” de este período, son aquellas que en Roma eran destinadas a segmentos específicos de la población. Los valetudinarios, del latín «valetudo» que significa buena salud, eran edificaciones del Imperio Romano equivalentes a los hospitales de hoy en día. Se desarrollaron en respuesta a las exigencias militares que en ese momento se daban. Los lazaretos rezagos del templo de Asklepios en Grecia. Su nombre se debe a la lepra que era conocida como el mal de San Lázaro, es un hospital o edificio similar, aislado, donde se tratan enfermedades infecciosas como la lepra o la tuberculosis y algunas de estas instalaciones eran más bien de reclusión, sin ningún tipo de cuidados médicos ni salubridad⁽⁹⁾.

Estos antecedentes tenían como misión central devolver el esclavo a su trabajo o recuperar a un soldado de sus heridas para retornarlo al campo de batalla. O bien preservarlos o aislarlos antes brotes epidémicos. Estas formas de “hospitalización” constituían un sistema netamente utilitario, en función de la producción económica o del sistema político militar del Estado.

Los orígenes del hospital están relacionados a las lógicas militares y religiosas, dos instituciones generalmente muy conservadoras, con lógicas propias recortadas del todo social, poco democráticas y donde las transformaciones y cambios sociales son difíciles de generarse. Las huellas de este pasado se observan hoy en el hospital,

en cómo se denominan algunos sectores: “pabellones”, algunos servicios: guardias y algunos aspectos de la cultura funcional que están atravesados por el autoritarismo y el verticalismo propios de las instituciones religiosas y castrenses.

En la cultura e historia musulmana, también encontramos importantes antecedentes del hospital, y sobre todo de la medicina. En Bagdad, El Cairo, Damasco, Córdoba, y muchas otras ciudades proveyeron amplias y frecuentemente lujosas, instalaciones hospitalarias. Entre los años 786 y 809 en Bagdad se construyó un gran sistema de hospitales, donde el cuidado médico se brindaba de forma gratuita a la población⁽⁷⁾.

En la Edad Media, es cuando encontramos mencionada por primera vez la palabra “hospital”. Fue en el Sínodo Episcopal de la Iglesia Franca en Macon en el año 585, cuando se recomienda la construcción de “asilos para pobres u Hospitales” ... “anexos a la Catedral o a los edificios Episcopales”⁽⁷⁾.

Entre los siglos XI y XII, se desarrolló en España una interesante experiencia de “Hospitales Comunitarios”, donde se le brindaba a los y las “vecinas” de algunas villas y ciudades, potestad legislativa y judicial sobre los mismos. Se les reconoció el derecho a elegir sus propios funcionarios y a organizar su administración. Se crearon hospitales en los barrios o colaciones, organizados por rama de actividad (artesanos y mercaderes), destinados a las personas mayores y enfermas de cada oficio. Estos hospitales estaban compuestos de una capilla y una sala, donde la principal terapéutica era el descanso y la alimentación. Con el absolutismo de los Reyes Católicos, se impuso un sistema centralizado, con supresión de las autonomías de estos hospitales y se anuló la participación popular, reemplazándose por regidores designados por los monarcas. Los hospitalitos de barrios o “colaciones” se cerraron, siendo sustituidos por la fundación de grandes hospitales reales, en forma de cruz (cuatro salas que daban a una capilla central)⁽⁷⁾.

La diferencia entre ambas concepciones era notoria: mientras los primeros eran pequeños, estaban sostenidos solidariamente por cada comunidad de artesanos y eran administrados por los propios interesados, los hospitales reales eran multitudinarios, resultaban siempre insuficientes (se hacían desde personas mayores y pobres hasta soldados mutilados) y eran administrados por delegados reales.

Esta tensión que se expresa en este ejemplo de la antigüedad, también se encuentra hoy en día

entre la concepción de una organización sanitaria orientada por la atención primaria de la salud y participación popular centrada en la salud comunitaria y la hospitalocéntrica centrada en las disciplinas y profesionales de salud y orientada al tratamiento de la enfermedad.

En los territorios conquistados por España en América, los conquistadores fundaron hospitales para que sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana. Clara síntesis del paradigma hospitalario, que persistió hasta bastante entrando el siglo XX y que algunos sectores todavía evocan como modelo de hospital. Lo público como caridad, como beneficencia y no como derecho. Esta concepción de que los hospitales y el sistema público son para "pobres" sigue muy vigente en la representación social sobre lo "público".

El primer hospital de América fue construido por Hernán Cortés en la ciudad de México en 1524. En 1639 se estableció el Hôtel Dieu en Canada. El Hôtel Dieu de Montreal fue establecido en 1644 y el Hospital General de Québec en 1693. El primer hospital en lo que actualmente son los Estados Unidos de Norteamérica fue establecido en la isla de Manhattan en 1663⁽⁷⁾.

En el Virreinato del Rio de la Plata Desde 1611 Buenos Aires tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares y a partir de 1745 se convirtió en Hospital General de Hombres, a cargo de los padres Betlemitas. Posteriormente, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas. En 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fin de siglo XIX se advierte el auge de las mutualidades, tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés⁽¹⁰⁾.

LA TRANSFORMACIÓN "CIENTÍFICA" DE LOS HOSPITALES

De la mano del racionalismo y del positivismo, que estimulaban un nuevo modelo basado en la observación, la experimentación y la demostración, se fueron produciendo las grandes revoluciones del pensamiento médico del siglo XIX. Las luchas contra las grandes epidemias, los avances en higiene, las guerras mundiales y las sucesivas epidemias permitieron el crecimiento del desarrollo de la salud pública y la cirugía. Aunque todos estos descubrimientos contribuyeron mucho para dar eficacia al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, fundamentalmente las infec-

ciosas, lamentablemente también contribuyeron a consolidar el pensamiento mecanicista, puramente biologicista y la relación lineal entre la causa y el efecto en las enfermedades. Los médicos, que hasta entonces asistían predominantemente a los pacientes en sus domicilios, comenzaron a visualizar el hospital como un ámbito donde consolidar esos avances⁽¹¹⁾.

El desarrollo y la complejidad del hospital, derivados de la expansión y diversificación de las especialidades médicas, fue acompañado por la visualización del conjunto de la sociedad de diferentes tipos de profesionales, asignándosele mayor privilegio a quienes ejercían su práctica en el hospital y dentro de éstos, a quienes desarrollaron prácticas intervencionistas que requieren la utilización de alta tecnología en pacientes graves (cirujanos cardiovasculares, neurocirujanos, intensivistas)⁽¹¹⁾. La magia de la tecnología, así como la particular visión de la sociedad, que valora a quien cura por sobre aquel que previene, aportaron para consolidar la hegemonía de los médicos de hospital sobre los de atención primaria de la salud y la de los especialistas sobre los generalistas.

El modelo hospitalocéntrico se caracteriza por prácticas dirigidas a la búsqueda de la curación, a la medicalización de los padecimientos y al abordaje de la persona fragmentado en múltiples disciplinas y sub disciplinas (especialidades y sub especialidades) y asigna un valor de sub alternas a las prácticas de los centros de salud, preventivas o comunitarias. Este modelo se relaciona con el modelo médico hegemónico descrito por Eduardo Menendez⁽¹²⁾. El sistema de salud centrado en el hospital se caracteriza por la visualización del hospital como el centro, la prevalencia de la atención de la enfermedad sobre la del cuidado de la salud, el abordaje curativo individual por sobre el familiar, social y ambiental, la mayor valoración económica y social de las súper especialidades por sobre la medicina general u otras disciplinas no médicas, el reduccionismo biologicista y la desconsideración de otros modos "alternativos" de cuidar y curar y alto grado de autoritarismo de "quien sabe" sobre "quien no sabe"⁽¹¹⁾.

Este hospital, pretérito en algunas de sus características, pero a la vez en diálogo y tensión con los cambios sociales y económicos históricos, requiere ser repensado. No solo por la pandemia, que interpela a todos los sistemas de salud, sino por la situación social, epidemiológica general, donde diferentes problemáticas y padecimientos como las enfermedades crónicas y sus consecuencias, las adicciones y la salud mental traen complejidades que la biomedicina y los hospitales en las que esta

resuena, no pueden afrontar.

El hospital actual, organizado en base a los intereses de diferentes actores/actrices que sostienen y promueven una orientación centrada en la enfermedad y los saberes disciplinares tiene que ser interpelado en sus modelos de gestión, atención y financiamiento para dar cuenta de otros intereses y necesidades, con eje en la salud como un derecho y estimular la emergencia de actores/actrices que le den voz y voto en la definición de las políticas de salud a la ciudadanía.

REPENSAR LOS HOSPITALES

Un hospital es una organización social que en sus orígenes estuvo orientada a asistir a las personas en la muerte, en la actualidad a atender la enfermedad y el desafío futuro está en que se centren en el cuidado de la salud de las poblaciones de referencia con enfoque de derechos. En base a esto, podríamos caracterizar que el fin social actual del hospital, es la asistencia de las personas ante la enfermedad. Eventualmente y en algunos hospitales se han ido incorporando algunos aspectos de abordaje del cuidado de la salud de las personas y de compromiso y responsabilidad social, realizando tareas de educación comunitaria en salud e implementando algunas políticas de disminución del impacto ambiental.

Un hospital está determinado por el lugar donde está localizado, la cultura, situación social y política del momento histórico en que se construye. Y está condicionado por el tipo de edificio que se decida construir, el tipo, la cantidad y calidad de equipos e insumos que se incluyan y la cantidad, capacitación y especialización del personal que se incorpore. Siguiendo esta línea, podríamos definir que un hospital, es una singularidad producto de las condiciones y determinaciones que lo constituyen. Esto es importante porque se representa socialmente al hospital como una organización regular y homogénea donde se realizan las mismas tareas y servicios. Pero, para escribir sobre el hospital, como concepto sería más pertinente definirlos como los *hospitales* o *cada hospital*. Por lo tanto, lo importante en términos de fin, o si se quiere, misión organizacional de un hospital, (este, aquel: cada hospital) es la respuesta a las preguntas (el momento normativo de la planificación), ¿Qué va a hacer el hospital? ¿Cómo lo va a hacer? ¿Con quiénes lo va a hacer? ¿Cómo se va a financiar?

EL HOSPITAL COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

¿Se puede pensar un hospital o ya está

pensado? ¿Es el hospital una cristalización de la ciencia que no necesita o resiste discusión?

Partimos de aceptar que se puede pensar, diseñar, inventar y hacer un hospital en función de las definiciones ideológicas y políticas que conforman el tipo de problemas que elegimos para enfrentar y los modos de hacerlo (proyecto político).

Creemos importante reflexionar cómo se relacionan los métodos y la teoría, la organización y el proyecto para comprender las acciones que se deben realizar. Reflexión y acción, no como una sucesión de etapas, sino como un movimiento permanente que se interrelaciona en el gobierno y la gestión. Reflexión y acción como una continuo relacionado, como las dos caras de una cinta de Moebius.

Pensamos que “lo social” tiene un rol central en estructurar las organizaciones. Un hospital se puede pensar como lo social, en un lugar y tiempo histórico determinado, organizado para dar atención a la enfermedad y, en algunos casos, cuidar la salud.

El punto es que “eso social” es muchas cosas, que podríamos agruparlas en discursos dominantes y dominados⁽¹³⁾. Si aceptamos este encuadre, la pregunta que debemos hacernos con el objetivo de re pensar un nuevo hospital es: ¿a qué discursos queremos que represente el hospital?

Creemos que el desafío pasa por intentar que represente los discursos de los/as usuarios/as, de los/as trabajadores/as, de los movimientos sociales, los movimientos transfeministas. Pero también, otros/as, querrían que represente los discursos de las sociedades científicas, de la enfermología social, de la atención primitiva⁽¹⁴⁾ o de la clínica biomédica⁽¹⁵⁾, ente otros discursos (que también representan intereses) posibles. Y esta tensión, es central para entender y repensar el hospital. Interpretar este juego de intereses, conocer esos actores/actrices, permitirá analizar críticamente las posibilidades de construir hegemonía para el proyecto de un hospital con enfoque de derechos y por lo tanto, su viabilidad.

¿QUÉ MODELO DE HOSPITAL?

Probablemente un hospital no pueda ser una expresión ideal, pura, de la representación de un único discurso social. En cada hospital conviven distintos intereses, en disputa lógica de discursos dominantes y dominados, pero en pugna. Esta disputa es por

definir a quien se atiende/cuida, quienes realizan esos cuidados, de qué forma, con que métodos, con que financiamiento, con que conducción etc.

estos modelos, podríamos ensayar tres modelos ideales de hospital descriptos en el cuadro N° 1. En cada uno de ellos un discurso se representa como hegemónico:

Para pensar esta disputa y clarificar cuales son

Cuadro N° 1	
Hospital biomédico	Hospital centrado en la comunidad con enfoque de derechos
<p>Un hospital centrado en la atención de la enfermedad, con base en las evidencias científicas, desde el enfoque de la epidemiología clínica, centrado en la medicina como disciplina central de la atención, organizado según las lógicas disciplinares donde las personas, devenidas en pacientes, son objetos de atención individualizados y recortados del todo social y cultural. Con esquemas de participación centrados en los aspectos científicos y de investigación y con un modelo de gestión transportado de las lógicas de la administración empresarial/industrial, con una estructura vertical, que pretende asignar roles de dirección y acción separados. Incorpora lógicas de control de la supervisión y control industrial adaptadas a una organización social. Incorporando a los/las trabajadores/as como un recurso más del hospital. Interpretando a la racionalidad tecnocientífica como la única organizadora de las lógicas de gestión y atención.</p>	<p>Un hospital centrado en la atención y cuidados de las personas y sus necesidades, tanto usuarios/as como trabajadores/as, organizado en equipos de respuesta ante las necesidades de los/as usuarios/as, incorporando al equipo distintas disciplinas con lógicas verticales y horizontales de articulación, organizado según las necesidades de cuidado de los/as usuarios/as y con participación de los/as trabajadores, con lógicas de gestión basadas en proyectos de trabajo y seguimiento y control de los mismos. Generando procesos de trabajo vivo⁽⁶⁾ que incluya estrategias vinculares para la atención de las personas y la relación entre los trabajadores. Potenciando los núcleos disciplinares en un campo más amplio como lo es el cuidado, utilizando la educación permanente no sólo como formación de profesionales sino también como herramienta para la resolución de conflictos⁽⁶⁾. Una gestión basada en un sistema de rendición y petición de cuentas que permita relacionar el compromiso, la responsabilidad social de la organización y su misión con la tarea concreta de las personas. Incorpora en su organización, en su modelo de gestión, espacios que dan cuenta de los sectores que se quieren representar.</p>

Hospital degradado ⁽¹⁵⁾
<p>Es un hospital donde cualquiera de los dos modelos anteriores se desarrolla sin la rigurosidad y eficacia tecno política que requieren. Un hospital centrado en el modelo biomédico puede ser un hospital cuyo modelo no compartamos en términos ideológicos-políticos pero que aplique su modelo con seriedad y rigurosidad, y en términos de su acción, puede mostrar indicadores de buenos resultados para lo que pretende hacer. Lo mismo con un modelo socio sanitario, si no hay una capacidad tecno política de gobierno, por más que compartamos ideológicamente su modelo, los discursos que representa y tata de plasmar en acciones es un hospital degradado que termina por no cumplir con su función social. La principal característica de un hospital degradado es que, sin importar cuál sea su modelo, no tiene ningún sistema de rendición y petición de cuentas o de supervisión y control (según sea el modelo de hospital) que relacione la acción que desarrolla con la misión de la organización. Y que esos sistemas sean lo suficientemente rigurosos y legítimos para guiar correcciones o cambios de políticas que eviten que se transformen en hospitales degradados.</p>

Cada hospital es reflejo de los discursos (interés y sectores que los expresan) que se quieren representar, de forma más o menos consciente y explícita.

Si partimos del proyecto político, y lo pensamos en términos de discurso político, si este no está expresado en la estructura de la organización, en los flujos y procesos de trabajo, en el lenguaje enunciativo, en los problemas que se eligen y priorizan para enfrentar, entonces, el contenido de ese discurso (proyecto político), muy difícilmente se podrá plasmar en la acción de esa organización.

Por esto, el proyecto político, debe ser coherente con los métodos y teorías y con la organización que se diseña⁽¹⁴⁾, porque después, pedirle a un hospital que haga aquello para lo que no se lo preparó o diseñó, es muy difícil y es olvidarse de este principio de coherencia. Esto no significa que no se pueda transformar una organización, en este caso un hospital, pero la experiencia muestra que esto es muy difícil. Los hospitales, en líneas generales, reproducen un modelo más centrado en el interés de las disciplinas y corporaciones de las que forman parte que de los/as usuarios/as y el derecho a la salud.

Creemos fundamental reconocer la necesidad de hacer este ejercicio de reflexión para la acción que presentamos al inicio, poder incorporar la discusión de los problemas de los/as usuarios, de la propia organización (lo político) para pensar el nuevo hospital y no solo los problemas de la propia política (la política)², que son parte fundamental, pero no pueden marcar el arco direccional, la estrategia organizacional⁽¹⁶⁾. En todo caso sería importante que los problemas de la política se generen por la disputa de modelo de hospital y de los discursos que se quieren representar (lo político) y que no sea al revés, que los problemas de la política diseñen el hospital y los discursos que representará. Pensar esto como un antagonismo, sería falso. Proponemos analizar la relación de lo político y la política, intentando que sea lo primero quien marque la dirección de la acción y la segunda la viabilidad de la misma.

La redacción de este artículo no presenta ningún conflicto ético ni de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C. 2018: Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49098/9789275320044-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Arce Ramírez, Claudio Arturo. El desempeño hospitalario: entre luces y sombras. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 10(1), 19-39. 2002. [fecha de Consulta 23 de Febrero de 2021], from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14091259200200010003&lng=en&tlng=es.
3. Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011 ISBN: 978-9568246-08-2: Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33808/9789568246082-spa.pdf?sequence=5>
4. Ase, Ivan, & Burijovich, Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva*, 5(1),27-47. 2009. [fecha de Consulta 23 de Febrero de 2021]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oaid=731/73111117003>
5. Abramovich, Victor. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL* 88. 2006. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/11102/088035050_es.pdf
6. Merhy Emerson Elias. *Salud: cartografía del trabajo vivo - 1a ed revisada*. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021. Libro digital, ISBN 978-987-4937-98-8
7. Gallent Marco, Mercedes. Historia e historia de los hospitales. *Revista d'història medieval*, Número 7, pag. 179-191. 1996. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29708/179-191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Real academia española. *Diccionario de la lengua española*, Edición del Tricentenario. Actualización 2020. [fecha de Consulta 23 de Febrero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/hospital>
9. Carrillo, Ramón. *Teoría del hospital*. Obras Completas I. Eudeba. 1974
10. Veronelli, Juan Carlos, Veronelli Correch, Magalí. *Los orígenes institucionales de la salud*

pública en Argentina. Organización Panamericana de la Salud. 2004. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3476/argentina-salud-publica-historia-tomo1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Spadafora, Santiago Gerardo. Historia de los Hospitales. Publicación del Módulo I del Diplomado en Administración Hospitalaria de la Universidad ISALUD. 2008.

12. Menendez Eduardo L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista Salud colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, 2005. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1/1>

13. Bourdieu Pierre. Las estrategias de la reproducción social. 1ª de. - Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores. 2011.

14. Testa Mario. Pensar en salud. Caps: Tendencias en planificación – Postulado de coherencia Lugar Editorial. Bs. As., 1997

15. Wagner de Sousa Campos, Gastão. Gestión en salud: En defensa de la vida. Caps.: La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Lugar Editorial - Bs. As. 2001.

16. Mouffe Chantal. El retorno de lo político. Ediciones Paidós – Buenos Aires. 1999.



MANUAL PROFAM
TERAPÉUTICA EN MEDICINA AMBULATORIA

• NUEVA EDICIÓN 2022 •

DISPONIBLE EN FORMATO IMPRESO ANILLADO

CONSEGUÍLO EN WWW.PROFAM.ORG.AR

CALMANDO LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA/DIABÉTICA CON CAPSAICINA TÓPICA (DERIVADO DEL CHILE PICANTE)

Autores: Antacle A.; Cabello N.; Cabeza M.

Pertenencia institucional: Residencia de Medicina Familiar, Construir salud, OSPeCon Tucumán.

Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria.

Contacto:

Matías Cabeza.

E-mail:

cabezamatias6@gmail.com

Recibido: 12/11/2021

Aceptado: 25/04/2022

INTRODUCCIÓN

El dolor neuropático es provocado por el daño a los nervios, pudiendo ser central o periférico, ya sea por lesión o enfermedad⁽¹⁾, como por ejemplo atrapamiento de un nervio (síndrome del túnel carpiano), Diabetes mellitus, Herpes zóster, entre otras causas. El dolor se describe como crónico si se ha experimentado en la mayoría de los días durante al menos tres meses.

La capsaicina se obtiene de los pimientos chile picantes. Se piensa que alivia el dolor neuropático crónico al hacer que los nervios sean insensibles a los mensajes de dolor. La presentación de la capsaicina es en forma de pomada, crema, gel, aceite y/o solución tópica en varias concentraciones para aplicar sobre la piel y es de uso habitual en muchos países. El parche de alta concentración (8%) se desarrolló para aumentar la cantidad de capsaicina administrada a la piel y lograr mejorar la tolerabilidad⁽²⁾.

Nos planteamos como objetivo buscar los efectos beneficiosos de la capsaicina para el tratamiento del dolor neuropático de origen postherpético o por neuropatía diabética. Esto surgió a partir de la atención de una paciente de sexo femenino con diabetes que estaba en cuidados paliativos y padecía neuralgia postherpética, siendo esta última una importante causa de dolor crónico en la población de la atención primaria de la salud. Venía en tratamiento con capsaicina tópica para el dolor con buenos resultados.

PREGUNTA CLÍNICA (CON FORMATO PICO)

En pacientes adultos con neuralgia postherpética/diabética, el uso de capsaicina tópica en alta concentración versus capsaicina tópica a baja concentración/placebo, ¿es efectiva (para la disminución del dolor) y segura (efectos adversos)?.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda en Pubmed utilizando combinaciones de los términos de texto libre: Topical/Capsaicin/Neuropathic pain. En Cochrane y Elseiver utilizando como palabras claves: Capsaicina/ Neuralgia postherpética/Neuralgia diabética/Neuropatía. Se utilizaron filtros para incluir solamente revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), de los últimos 5 años, sin restricción de idiomas y solamente de adultos humanos (mayores 18 años). Fecha de corte de la estrategia de búsqueda: enero 2022.

RESULTADOS

Se encontraron 84 artículos que fuimos descartando al no responder nuestra pregunta clínica. De esta manera seleccionamos el siguiente estudio como representativo de la temática y de mejor calidad de evidencia: Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Derry S, Rice ASC, Cole P, Tan T, Moore RA. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017⁽³⁾.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA

Se trata de una revisión sistemática (RS) con metaanálisis (MA).

Objetivo principal: evaluar la eficacia y tolerabilidad de la capsaicina a alta concentración (8%) aplicada de forma tópica para el dolor neuropático crónico en adultos.

Metodología: Se incluyeron ECAs con seguimiento de al menos 6 semanas de duración que comparaban el uso de dosis única de capsaicina tópica versus placebo y/o dosis bajas de capsaicina en brazo control. Los resultados primarios fueron la reducción de la intensidad del dolor (RID) informada por el participante del 30% o más, y la mejora en Impresión Global del Cambio del Paciente (IGCP) en distintos tipos de neuralgia, entre las que estaban neuralgia postherpética y diabética. Entre los desenlaces secundarios se reportaron abandono por falta de eficacia y eventos adversos (leves a graves).

Intervención: Al menos un brazo de tratamiento con una aplicación única de capsaicina tópica de alta concentración (8%), y comparación con placebo u otro tratamiento activo.

Resultados: 8 estudios cumplieron con los criterios de inclusión con un total de 2488 participantes. Para nuestra pregunta clínica en cuestión, sólo 4 estudios con 1272 participantes (742 expuestos a capsaicina tópica de alta concentración 8% versus, 530 al control de capsaicina al 0,04% de baja concentración) evaluaron el alivio del dolor en neuralgia postherpética. Se encontraron resultados estadísticamente significativos a favor de la intervención para RID 30% a las 2-8 semanas en análisis ponderado de 4 estudios (RR 1.30 IC95% 1.13 a 1.52; NNT 11) y a las 2-12 semanas (3 estudios RR 1.30 IC95% 1.13 a 1.52; NNT 10); para RID 50% a las 2-8 semanas también fueron estadísticamente significativos a favor de la intervención (3 estudios RR 1.44 IC95% 1.12 a 1.86; NNT 12). Para la IGCP (2 estudios) el RR a las 12 semanas fue de 1.55 (IC95% 1.20 a 1.99) a favor de la capsaicina (reportadas con escala tipo likert: mejor a mucho mejor).

Sólo 1 estudio (STEP 2014 con 369 participantes, grupo intervención 186 y grupo placebo 183) evaluó el alivio del dolor por neuropatía diabética. No hubo resultados estadísticamente significativos ni a favor ni en contra de la intervención, para RID (para RID 30% a las 2-8 semanas RR 1.2 IC95% 0.92 a 1.6, y a las 2-12 semanas RR 1.3 IC95% 0.98 a 1.7; para RID 50% a las 2-8 semanas RR 1.2 IC95% 0.77 a 1.8, y a las 2-12 semanas RR 1.2 IC95% 0.77 a 1.7), como tampoco para IGCP (RR a las 8 semanas de 1.3 IC95% 1 a 1.8; RR a las 12 semanas de 1.2 IC95% 0.92 a 1.7; reportadas con escala tipo likert: de mejor a mucho mejor).

La notificación de eventos adversos fue inconsistente e incompleta, y en la mayoría de los estudios no informaron los métodos precisos utilizados para recopilar estos datos. La mayoría de los eventos adversos

fueron transitorios y de intensidad leve a moderada. Los eventos más comunes fueron reacciones en el lugar de aplicación (piel). Los eventos adversos sistémicos (como diarrea, náuseas, vómitos, fatiga, entre otros) se reportaron en menos del 5% de los participantes en cada brazo de tratamiento, sin diferencias significativas entre los grupos.

CONCLUSIÓN FINAL DE LOS AUTORES

Según la evidencia analizada podemos decir que la capsaicina tópica de alta concentración podría ser efectiva para el tratamiento del dolor postherpético en algunas personas (alrededor de 1 de cada 10 se beneficiaría en 2-12 semanas), aunque debemos ser cautos ya que se trata de evidencia de calidad baja a moderada, debido a reportes incompletos, sesgos e imprecisión. Para la neuralgia por neuropatía diabética no hay evidencia científica en estos momentos que avale su uso.

También debemos tener en cuenta que en Argentina, a pesar que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en su disposición número 3192 del año 2010, aprueba presentaciones comerciales de Capsaicina para su uso tópico, en la actualidad no se está comercializando y por ende solo se dispone de preparaciones farmacéuticas magistrales a las concentraciones adecuadas.

Por todo esto, creemos que el uso capsaicina tópica de alta concentración para el dolor por neuropatía postherpética debería estar reservado sólo para cuando otras terapias disponibles hayan fracasado, y que probablemente no se debe usar repetidamente sin un alivio del dolor documentado, ya que no se conocen tampoco sus efectos sobre las terminales nerviosas cuando se aplica en forma repetida durante períodos prolongados (8-12 semanas).

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011;152(10):2204-5. [DOI: 10.1016/j.pain.2011.06.017]
2. Anand P, Bley K. Topical capsaicin for pain management: therapeutic potential and mechanisms of action of the new high-concentration capsaicin 8% patch. *British Journal of Anaesthetics* 2011;107(4):490-502. [DOI: 10.1093/bja/aer260]
3. Derry S, Rice ASC, Cole P, Tan T, Andrew Moore R. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults Vol. 2021, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007393.pub4>



PROFAM

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2022



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: tradicional, superior virtual y superior virtual con encuentros sincrónicos.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso Toma de decisiones compartida.
- 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

ESTIMADOS MIEMBROS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Después de 2 años difíciles para TODOS, nos volvemos a encontrar en una nueva Edición del **Congreso Argentino de Medicina Familiar**, en la Provincia de Salta.

Nos entusiasma volvernos a ver, sabiendo que seguramente salimos fortalecidos de la experiencia de la Pandemia, habiendo pasado situaciones muy complejas donde el Primer Nivel de Atención, con TODO SU EQUIPO, dio lo mejor **para estar, contener, apoyar, prevenir, sanar y acompañar a su comunidad.**

Trabajaremos el Congreso con los siguientes ejes:

- Acceso a la información y Tecnología para la Atención Sanitaria.
- Interculturalidad y Salud.
- Salud Mental en Épocas de Crisis.
- Actualización en Patologías Prevalentes, Habilidades y destrezas en APS.
- La Salud como un derecho.
- El Médicos de Familia y General como Gestor de Recursos y Protagonista de las Políticas de Salud.

Por que creemos que nos merecemos este Re- encuentro te esperamos en Salta del 02 al 05 de Noviembre de 2022.

Dra. Karin Kopitowski
Presidente de FAMFYG

Dra. Valeria Oliva
Presidente de ASAMEFA



XX CONGRESO NACIONAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

XX Jornada de Residentes de Medicina Familiar

*Compartiendo desafíos y oportunidades de la
Medicina Familiar en tiempos de crisis*

2 al 5 de Noviembre de 2022

Salta

ÁREAS TEMÁTICAS

- **Acceso a la información y nuevas tecnologías para la Atención Sanitaria:** Prevención Cuaternaria, Epidemiología, Telemedicina.
- **Interculturalidad y Salud:** Medicinas Complementarias y Diálogos entre Culturas.
- **Salud Mental en Épocas de Crisis:** Prevención y Abordaje de la Salud Mental de los Equipos y la Comunidad.
- **Actualización en Patologías Prevalentes, Habilidades y Destrezas en APS.**
- **La Salud como un Derecho:** Salud Sexual y Reproductiva, Género, Cuidados Paliativos.
- **El Médico de Familia y General como Gestor de Recursos y protagonista de las políticas de salud**

MODALIDADES

Propuestas Científicas

- Cursos
- Conferencias
- Mesas Redondas
- Talleres
- Core

Trabajos de Investigación

- Investigación Cualitativa y Cuantitativa.
- Relatos de Experiencia.
- Programas.

PLENARIAS CENTRALES

- Prevención cuaternaria
- Interculturalidad y salud

www.congresofamfyg.com

ORGANIZAN



Federación Argentina
de Medicina Familiar y General

LUGAR

- **2 de Noviembre:** Usina Cultural (España 1-98).
- **3 al 5 de Noviembre:** Salones de UTHGRA Salta (Mitre 966).

CONTACTO

congresomfsalta2022@gmail.com

@famfyg

www.famfyg.com.ar