

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 20 | NÚMERO 3 | NOVIEMBRE 2023



ISSN 1852-656X
CÓRDOBA- ARGENTINA

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 20 | NÚMERO 3 | AÑO 2023

FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

PRESIDENTA

Karin Kopitowski

VICEPRESIDENTA

Maria Valeria Santillán

PRESIDENTE HONORARIO

Mario Acuña

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

Volumen 20, Número 3. Año 2023 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.

Félix Fernando Aragón, Asociación de Medicina Familiar de Tucumán, 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-Construir Salud.

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

*“Nada es permanente a excepción del cambio”
“Porque sin fuerzas de colisión no hay movimientos y no hay realidad”
Heráclito de Éfeso (540 a.C. - 480 a.C.)*

En el Volumen 18 Número 2 de nuestra revista, se publicó una Carta a la Editora titulada “Es hora de cambiar el logo de las sociedades de medicina familiar”. En la misma, se argumentaba que el logo de nuestra Federación, al igual que en otras asociaciones similares a nivel regional e internacional, representaba exclusivamente a la familia “tradicional”, “tipo” o “nuclear”, lo que de alguna manera invisibilizaba las diversas estructuras familiares existentes y minimizaba la importancia del contexto y la comunidad en el análisis y en el cuidado de la salud de las personas; características fundamentales y que distinguen nuestra actividad profesional cotidiana.

Con frecuencia, reconocemos en nuestras prácticas la paradoja entre las transformaciones sociales, los avances en las evidencias científicas y las acciones y decisiones que finalmente adoptamos. No es novedad la dificultad que conlleva el abandonar prácticas que han demostrado ser innecesarias o incluso perjudiciales. En este contexto, surgen también nuevos desafíos culturales y sociales. Entre los más recientes y destacados, encontramos el reclamo y reconocimiento de derechos obtenidos por movimientos feministas, así como los logrados por la comunidad LGTBIQ+, respaldados por diferentes actores sociales, que impulsan la adaptación y revisión de muchas de nuestras recomendaciones, acciones y perspectivas.

Dada la importancia del entorno en el que las personas desarrollan sus vidas y su evidente relación con el proceso salud - enfermedad – atención, junto con la complejidad de definir este sistema abierto al que llamamos familia, se hacía imperativo revisar críticamente ese logo que ya gozaba de más de veinte años de antigüedad. Su simbología no se limita a una simple imagen, sino que identifica y diferencia a los médicos y médicas que han optado por esta especialidad, genera un reconocimiento por parte de quienes serán usuarios de los servicios que se ofrecen e incluso puede llegar a transmitir valores propios de la organización.

Por tanto, durante el proceso de diseño del nuevo logo, se tuvieron en cuenta varios elementos con el propósito de comunicar un mensaje más pertinente e integrador. En primer lugar, se consideró la importancia de representar a toda Argentina, la cual se simbolizó con personas unidas en comunidad, sin alusión a alguna estructura familiar determinada, pintadas con diferentes colores que expresan diversidad, formando en conjunto la silueta del mapa del país. Además, se incorporó un elemento distintivo del quehacer médico, a saber, un estetoscopio en las siglas de la Federación.

Este tipo de situaciones invitan a reflexionar sobre la importancia de saber escuchar las voces indicadas, a recordar que las transformaciones son inevitables y que las certezas no son más que simples anhelos; que es necesario revisarse permanentemente en las prácticas y en las distintas formas de comunicar y que el gran desafío consiste en aprender a dirigir estos cambios hacia rumbos que nos permitan cada vez ser más constructivos, mejores profesionales y sujetos.

Mg. Lisandro Utz
Editor Ejecutivo



Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

LA SALUD Y LOS CUIDADOS. UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE GÉNERO Y VEJECES A PARTIR DEL TRABAJO REALIZADO EN CEPRAM (2022).
CABALLÉ, M D R.....PAG. 4-18

ARTÍCULO ORIGINAL

TIEMPO TRANSCURRIDO PARA LA RECUPERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE PRESENTARON COVID-19 Y FUERON HOSPITALIZADOS.
GALICIA RODRÍGUEZ, L.....PAG. 19-25

ARTÍCULO ORIGINAL

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN LA FAMILIA CON DIABETES-HIPERTENSIÓN DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.
MIRANDA GÓMEZ, A LPAG. 26-35

RELATO DE EXPERIENCIA

CURSO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: EXPERIENCIA SOBRE MÓDULO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y GESTORES DE CITAS.
GRANDE RATTI, M F.....PAG. 37-47

ACTUALIZACIÓN BREVE

CONOCIENDO LAS PROPIEDADES DEL EUCALIPTO, ¿UN ALIVIO PARA LA TOS?
BAZÁN, L.....PAG. 48-52

La salud y los cuidados. Un análisis interseccional de género y vejez a partir del trabajo realizado en CEPRAM (2022)

Health and care. An intersectional analysis of gender and old age from the work done at CEPRAM (2022)

Autores: Caballé, María del Rosario^a; Bustos Moreschi, María Cecilia^b; Flores, Noelia Anahí^c; Hernández, Micaela^d; Baretta, María Luz^e; Bertona, Carola^f.

^a Médico Espec. Medicina Familiar. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundeps.

^b Lic en historia (UNC), Docente Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

^c Estudiante de Medicina (UNC), Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

^d Lic. Relaciones Internacionales (UCC), Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

^e Abogada (UNC). Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina

^f Lic. Trabajo Social (UNC), Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

Contacto: rosariocaballe@gmail.com

Recibido: 06/06/2023.

Aceptado: 27/08/2023.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Nuestra región, y Argentina, se encuentra atravesando un momento de rápido envejecimiento demográfico. Se trata de un proceso contextualizado social e históricamente de representaciones, estereotipos y significados particulares. El presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar las posibles articulaciones entre la perspectiva de salud integral, redes en salud y los cuidados a y entre personas adultas mayores a partir de la experiencia de trabajo en el CEPRAM (Centro de Promoción del Adulto Mayor) en el que las mujeres ocupan un rol central. **MÉTODOS:** Investigación cualitativa interaccionista con entrevistas sobre experiencias y significados. **RESULTADOS:** Refieren mejoras en su autoestima, flexibilidad, apertura y escucha como reconocimiento del otro/a. La cantidad y la calidad de cobertura en servicios de cuidados recae mayoritariamente sobre las familias y especialmente, sobre las mujeres y disidencias, perpetuando la desigualdad de género en la distribución de tareas, las condiciones en que se llega y transita la vejez. Ellas vieron este espacio como uno de cuidados, dando sustento a formas más integrales de entenderlos como eje de la salud. **CONCLUSIONES:** CEPRAM logró captar y solucionar necesidades –socioafectivas– de mujeres mayores, insatisfechas y no atendidas por el Estado. Promueve la autonomía relacional donde la participación y la construcción de redes basadas en los vínculos, fundamentales para su salud integral. Los entornos extrahospitalarios como oportunidad de acercamiento al sistema de salud, deben resolver necesidades de cuidado con perspectiva de envejecimiento saludable, fomentando la habilidad funcional, así como los atributos relacionados con el proceso diferenciado por género y salud que permiten a la persona ser y hacer.

PALABRAS CLAVE: Derechos de género, proceso salud enfermedad, salud de la persona mayor.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Our region, and Argentina, is going through a period of rapid demographic aging. It is a socially and historically contextualized process of representations, stereotypes and particular meanings. The aim of this paper is to describe and analyze the possible articulations between the integral health perspective, health networks and care for and among older adults based on the experience of working in the CEPRAM (Center for the Promotion of Older Adults) in which women play a central role. **METHODS:** Qualitative interactionist research with interviews on experiences and meanings. **RESULTS:** They report improvements in their self-esteem, flexibility, openness and listening as recognition of the other. The quantity and quality of coverage in care services falls mostly on families and especially on women and dissidents, perpetuating gender inequality in the distribution of tasks, the conditions in which old age arrives and passes. Women saw this space as one of care, giving support to more comprehensive ways of understanding it as the axis of health. **CONCLUSIONS:** CEPRAM was able to capture and solve the social and emotional needs of older women, unsatisfied and unmet by the State. It promotes relational autonomy where participation and the construction of networks based on bonds are fundamental for their integral health. The out-of-hospital environments as an opportunity to approach the health system, should solve care needs with a healthy aging perspective, promoting functional ability, as well as the attributes related to the process differentiated by gender and health that allow the person to be and to do.

KEYWORDS: Gender Equity, healthcare, old age care.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es describir y analizar las posibles articulaciones entre la perspectiva de salud integral, la teoría de redes en salud y los cuidados que se brindan a y entre personas adultas mayores desde una perspectiva interseccional y de género a partir de la experiencia de trabajo en el CEPRAM (Centro de Promoción del Adulto Mayor) en el que la participación de las mujeres ocupa un rol central.

Entendemos, y partimos del concepto de cuidados como una necesidad que todas las personas tienen a lo largo de su vida y por eso imprescindibles para la sostenibilidad de la vida humana y no humana, pero también como un derecho y como un trabajo⁽¹⁾. Son provistos a través de la organización social y política del cuidado (OSPC) que articula de manera interrelacionada, pero desequilibrada, respecto a las responsabilidades de cuidados de distintos actores sociales como las familias, el Estado, los mercados y las comunidades⁽²⁾. Nuestra región, y por ende Argentina, está atravesando un proceso de rápido envejecimiento demográfico^(3,4). Aunque las mujeres cis género alcanzan en mayor número las edades más avanzadas (81,4 años) que los varones (74,9 años)⁽⁵⁾, lo hacen en situación de mayor vulnerabilidad y de discapacidad y son las más afectadas por las implicancias perjudiciales de sus trayectorias personales y laborales precarias⁽⁶⁾. Esto es porque la OSPC, sostenida por la división sexual del trabajo, sobrecarga a las familias, y dentro de ellas, a las mujeres, privatizando y feminizando los cuidados. Se convierte en uno de los nudos claves de la desigualdad condicionando procesos de envejecimiento diferenciados por géneros y atravesados por carencias materiales, identidad étnico-racial, trayectorias laborales, nivel educativo, entre otros^(7,8,9,10,11,2).

La vejez, así como los sistemas de género, clase y raza con los que se interrelaciona, es un proceso contextualizado, social e históricamente construido, con base biológica y cronológica de la que parten y con la

que interactúan por medio de las representaciones, estereotipos y significados que la sociedad recrea acerca de ellas⁽¹²⁾. La vejez, a su vez, está feminizada, ya que en la población de 65 años y más, hay 145 mujeres por cada 100 varones⁽¹³⁾. Por ende, hablar de cuidados y género en salud se hace imperativo a la hora de analizar las vejeces.

Concebimos a la salud integral desde un modelo⁽¹⁴⁾ que busca garantizar el derecho a la salud a través de un conjunto de acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias destinadas a promover hábitos y conductas saludables, buscando preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarse, paliar el sufrimiento físico o psíquico, fortalecer la protección familiar y social considerando las dimensiones biopsicosociales y espirituales de las personas⁽¹⁵⁾. Los modelos de atención de salud integral se basan en sistemas eficaces de atención primaria; orientados a la familia y la comunidad; incorporando el enfoque de ciclo de vida; teniendo en cuenta las consideraciones de género, territorialidad y las particularidades culturales; fomentando el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención⁽¹⁴⁾. Aborda la determinación social de la salud planteando su intervención a cargo del gobierno nacional, gobiernos regionales y locales a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana, individual, colectiva para el diseño de políticas públicas que se implementen en planes, programas y proyectos sociales y productivos en los niveles de gobierno.

Finalmente, algunos autores de teoría de redes en salud definen las redes comunitarias como aquellas presentes en los procesos de organización comunal. Lo constitutivo de estas redes es la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor común, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas; suponen una cierta comunidad de creencias o de valores, y constituyen su elemento aglutinador⁽¹⁶⁾.

Dada la importancia de la temática, la ne-

cesidad de su análisis en ámbito de la salud, y su escasa información en nuestro medio, el presente trabajo busca conocer desde la perspectiva de salud integral/redes en salud, cómo las necesidades de cuidado son resueltas por las personas adultas mayores, en especial las mujeres, en el marco de una particular OSPC, atendiendo a sus trayectorias personales y profesionales así como sus propias percepciones sobre los servicios de cuidados a los que acceden, a partir de la experiencia en el CEPRAM.

Los datos obtenidos servirán para obte-

ner información y esclarecer los procesos que utilizan las mujeres adultas mayores, para fortalecer sus propias "redes en salud" dentro de los cuales los cuidados son un elemento fundamental al momento de incorporar una mirada desde la salud integral. Dicha investigación se centra en un estudio de caso motivado por el interés por el trabajo de salud y cuidados comunitarios de las áreas de Salud y Género y Diversidad Sexual de la Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps) y con el apoyo de la Universidad Siglo 21.

TABLA 1

Diseño inicial	
Muestra	4 mujeres y 1 varón que asisten al CEPRAM ciudad de Córdoba, perfil variado.
Aspectos éticos	Se solicitó autorización institucional y acuerdo de colaboración con las personas entrevistadas. Difusión previa de las preguntas de la encuesta.
Técnica cualitativa de elección	Entrevistas de profundidad en base a categorías previas, predominantemente mujeres.
Estrategia metodológica	Perspectiva etnográfica, observación participante, entrevistas semidirigidas.

METODOLOGÍA Y MÉTODOS

Diseño: Investigación cualitativa de naturaleza exploratoria y descriptiva desde la perspectiva interaccionista. Se trata de un análisis (estudio de caso) de entrevistas en profundidad sobre experiencias y significados situados en torno a los cuidados, redes en salud y la salud integral de las mujeres adultas mayores.

Metodología utilizada para recoger y analizar los datos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad realizadas a 5 personas (4 asistentes y 1 autoridad) 4 mujeres y 1 varón entre 49 y 81 años de edad del CEPRAM ubicado en el Barrio General

Paz de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Método: Desde una perspectiva etnográfica⁽¹⁷⁾, el trabajo de campo se centró en el acompañamiento de actividades de la institución: Se utilizaron principalmente, como técnicas de producción de datos, la observación participante⁽¹⁸⁾ y la realización de entrevistas semidirigidas⁽¹⁹⁾ y en profundidad⁽²⁰⁾, notas de campo⁽²¹⁾.

Categorías: Previamente fueron consensuadas categorías de preguntas en las que se basó la interpretación y el análisis posterior que permitiera recuperar las experiencias y significados que adquieren los cuidados para las mujeres adultas mayores que allí los proveen y reciben.

TABLA 2

Categorías	
1	Trayectoria profesional, nivel socioeconómico, estado familiar, barrio en el que vive, edad, movilidad y género.
2	Vida socioafectiva (espacios y vínculos) - Cambios y continuidades con la jubilación.
3	Organización Social de los Cuidados: Estrategias y tipos de servicios de cuidado (perspectiva de salud integral) que emplean (familiares, comunitarios, brindados por el Estado y/o por el mercado), acceso y obstáculos.
4	CEPRAM como espacio de cuidado: Tipo de actividades, capacidad de agenciamiento en relación al cuidado que allí se brinda, representaciones.

Pasos del proceso de análisis e interpretación/descripción: A partir de una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias se seleccionaron conceptos de la teoría de redes en salud/salud integral, cuidados y vejez para ser articulados con el material recogido en el trabajo de campo. También se incorporaron algunos aportes que, desde otras disciplinas, permiten pensar la participación comunitaria desde el paradigma de la complejidad.

Triangulación⁽²²⁾: La coherencia de la fuente se contrasta con la de los datos de otras fuentes y entre teorías.

Reglas de decisión e interpretación⁽²³⁾: Contacto previo con autoridades de la institución para conocer el escenario y las características de las personas que allí asisten. Confección de la entrevista y decisión de criterios para el análisis, difusión previa de la misma a las personas entrevistadas.

El análisis consistió en comparar las diferentes respuestas en relación a las categorías y desde allí extraer aspectos "generales" y sus diferencias, remarcando las diferencias se generó, de trayectoria personal/profesional, etc.

Descripción de la muestra y los escenarios: Se escogió el CEPRAM ya que a diferencia de las instituciones más comunes que se enmarcan desde una perspectiva in-

dividualista y medicalista centradas en las limitaciones biológicas, este centro de día ensaya una mirada holística de las personas mayores avanzando hacia una perspectiva que entiende la naturaleza integral de la salud e interrelacional y social de los cuidados. Este tipo de entrevistas se seleccionó como mejor método para posibilitar la expresión de las personas y así recuperar sus propias necesidades y representaciones acerca de las vejez y los cuidados para, desde allí, repensar las prácticas de cuidado de las vejez desde una mirada interseccional y de salud integral. De acuerdo a la información provista por sus autoridades, el 95% (1035 personas) de quienes asisten a CEPRAM son mujeres adultas mayores cisgénero. Esta feminización del espacio se corresponde con la estadística provista por el censo de 2010, que determina que el 57% de la población adulta mayor son mujeres⁽²⁴⁾.

Pautas de saturación o punto de redundancia: Para calcular el tamaño muestral, definición de puntos de saturación, unidades y dimensiones que garanticen la cantidad de la muestra, nos basamos en conversaciones previas con las autoridades de la Institución.

Consideramos que con el tamaño de la muestra hemos llegado al punto en el que la información es novedosa, importante y problematizadora sobre el fenómeno para obtener resultados y conclusiones. Sin em-

bargo, el número de unidades podrá ser modificado en una nueva investigación para ampliar la calidad o riqueza de la información, contrastando y aplicando entrevistas con otros grupos de instituciones de características diversas.

Más adelante, sin duda, habrá que continuar con la indagación, y seguirán apareciendo nuevos ángulos de interés.

Aclaración metodológica: Los procedimientos desarrollados respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983). Actualizada en 2013.

RESULTADOS

El CEPRAM⁽²⁵⁾, escenario donde se realizó el estudio, se encuentra ubicado en el Barrio General Paz de la Ciudad de Córdoba,

Argentina. Es una asociación civil cuya misión es promover el bienestar psicológico y social de las personas adultas mayores y sus condiciones de ciudadanía. Promueven la educación permanente, la cultura y la participación para trabajar a favor del bienestar personal y la integración social.

Las entrevistas fueron realizadas mayoritariamente a mujeres dado el carácter sociodemográfico de quienes conforman la institución. También por la intención de recuperar sus trayectorias y experiencias en relación a los cuidados debido a que por la división sexual del trabajo éstos espacios se encuentran comúnmente feminizados, generando impactos diferenciados según género.

TABLA 3

Siglas	Profesión/ocupación	Edad	Situación familiar	Referencia sobre su vivienda	Subjetivo
AN	Educación universitaria completa: Licenciado en Administración - Docente de nivel medio jubilado	68	Viudo reciente. Tres hijxs (2 mujeres y 1 varón). Vivía con su hija y nieta, pero recientemente vive solo.	Vive en Barrio General Paz	Varón - Considera que no necesita ningún tipo de asistencia
CR	Universitario incompleto: Medicina. Completo: Profesorado en matemática-Docente jubilada	81	Soltera. Vive sola pero tiene una familia grande compuesta por numerosos hermanos y hermanas y sobrinas/os nietas/os	Vive en Barrio General Paz	Mujer - Considera que no necesita ningún tipo de asistencia

MA	Educación primaria completa. Trabajadora en negocio familiar y ama de casa	74	Viuda de más de 9 años. Tiene 1 hija y 1 hijo y 4 nietos. Vive sola.	Vive en Zona Sur	Mujer -Considera que no tiene limitaciones para su movilidad aunque no maneja.
IR	Educación universitaria completa: Psicopedagoga. Docente y directora de nivel medio. Actualmente trabaja en orientación vocacional.	78	Viuda, con dos hijas y cinco nietos, y una hermana que viven cerca de su casa.	Vive en el Barrio Centro. Se mudó allí para estar cerca del centro y actividades culturales	Mujer -Considera que no necesita asistencia. Maneja auto propio.
Autoridad	Lic. en Psicología con experiencia en el área clínica. Formación en Mediación. Docente y coordinadora académica del CEPRAM.	49	S/D	S/D	Mujer

En cuanto al nivel socioeconómico de las personas entrevistadas, 3 de 4 cuentan con trayectoria profesional y laboral propia, por haber finalizado una carrera universitaria y haberla ejercido o por haber trabajado y alcanzando, en consecuencia, autonomía económica.

Una de las cuatro personas entrevistadas se dedicó a cuidar a su familia y ser ama de casa, pero reconoce que su posición económica actual es buena gracias a la pensión de su marido fallecido. Estos datos no son menores ya que coincidieron en que servicios de cuidados como el CEPRAM no son la norma ni son accesibles para toda la sociedad y que las personas pueden acceder al mismo gracias a su buen pasar económico:

“Los servicios son todos de buena calidad: Omint, el Cepam. Por ahí siento que es caro, que no me queda plata para extras importantes. Mira que yo soy muy gasolera, a mí no

me importa la ropa, nunca me gustó ni nada de eso. La chica que trabaja en mi casa es central, eso me da mucha tranquilidad. Al ser soltera también me da tranquilidad saber que tengo buenos servicios. Saber que, si algún día me pasa algo, tengo una obra social que me va a cubrir lo que sea, y voy a ir a un muy buen hospital.” (CR)

ESTRATEGIAS PARA SATISFACER NECESIDADES DE CUIDADOS

Las estrategias a las cuales recurren las mujeres entrevistadas para resolver sus necesidades de cuidado son diversas. Sin embargo, todas coinciden en el rol predominante que adquieren los cuidados brindados por el mercado, ya sea mediante la contratación de trabajadoras de casas particulares -en quienes delegan los trabajos domésticos de sus casa- como en el la contratación

de servicio de salud privado o el abono de Aross (Administración Provincial del Seguro de Salud) además del PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) ya que éste último fue cuestionado por su escasa cobertura y falencias en la calidad de sus prestaciones. Las personas entrevistadas, al ser consultadas por los servicios ofrecidos desde el Estado, los identificaron con el asistencialismo y los describieron en términos negativos en relación a el abordaje integral, situado y poco respetuosos de los diversos procesos de envejecimiento y de sus necesidades particulares.

Se debe resaltar que, en el caso del varón entrevistado, la demanda de dicho servicio doméstico se incrementa, en tanto la carga horaria de personal contratado se duplica en frecuencia.

Otro aspecto que tienen en común las personas adultas mayores entrevistadas es que todas resuelven las necesidades de cuidado socio-afectivas recurriendo a grupos de vecinos, vecinas y amistades, pero también a organizaciones de la sociedad civil, como es el CEPRAM. Cabe aclarar que ésta no es una organización civil "típica" en tanto se financia con los aportes de sus asistentes, siendo entonces una especie de híbrido entre el tercer sector y el mercado.

La cuota es un aspecto a tener en cuenta al momento de problematizar el acceso a este espacio.

En cuanto al vínculo con sus familias, las personas adultas mayores entrevistadas casi no recurren a sus familias en búsqueda de cuidados dada la autonomía, especialmente física y económica, de la cual gozan: todas viven solas y cuentan con una alfabetización digital, que también es alentada por la institución, que brinda distintos talleres para fomentar la incorporación al mundo digital. Así, las familias dejan de ser el eje principal de sus vidas para convertirse principalmente en espacios de contención y sostenimiento de vínculos afectivos, pero no el único ni tampoco el principal. Una de las entrevista-

das cuenta su experiencia:

"Cuando mi marido falleció estábamos todos en las sierras. Cuando volvimos, venían a casa a dejar las cosas, me decían: - "mamá no bajes las cosas, te venís con nosotros". ¿Qué? ¡No! El día que yo necesite alguien que me acompañe ya vamos a ver cómo lo solucionamos. Mientras tanto, déjenme en paz. Los hijos nunca nos dejan solos igual." (MA)

Las entrevistadas cuentan con capacidades y herramientas que les permiten desenvolverse de manera activa y por cuenta propia en diferentes espacios de sociabilidad logrando configurar nuevos espacios socio afectivos por fuera de sus familias e incluso de sus ámbitos laborales, llevando una agenda social activa y despojada de responsabilidades laborales y familiares.

En este punto es clave pensar ¿Cuál es el rol ocupan ellas en la OSPC como cuidadoras? y en este sentido, las personas entrevistadas, algunas de las cuales se han dedicado a brindar cuidados de manera constante e intensiva a familiares, en esta etapa de sus vidas comienzan a resignificar la idea de cuidados e incluso reniegan del mandato de cuidar y en lugar de ello deciden tener otro tipo de vida más enfocada en ellas mismas.

Mencionan que es una etapa de sus vidas en las que se redefinen y amplían los vínculos socioafectivos y los mecanismos de contención. Entre las mujeres entrevistadas, el desarrollo de la vida "personal" está supeditado al fin de las tareas de cuidado: se torna relevante la situación conyugal, en la medida en que este dato indica un mayor tiempo dedicado al cuidado de la pareja. Ellas descubren una nueva vida e identidad al jubilarse y ven la posibilidad de llevar a cabo una vida independiente de sus maridos y de sus familias. Pero esto ocurrió una vez concluida una etapa de su ciclo vital familiar: Por viudez o porque sus hijos/as o personas bajo su cuidado comenzaron a tener su propia familia u hogar.

Así lo retratan dos entrevistadas: *"Desde que me jubilé soy una persona liberada.*

Actualmente cuido a mis sobrinos y nietos, pero no con la intensidad de antes. Soy más grande y tampoco tengo las mismas obligaciones. Mi vida social aumentó muchísimo desde que me jubilé, antes solo era amiga de las del trabajo, ahora tengo grupos en todos lados.” (CR)

“Lo único que noté a partir de que quedé viuda, es que me puedo movilizar sola(...) Tengo más libertad que antes. No era que no tuviera libertad. Siempre salía con mi marido. Salíamos, pero no era que salía con núcleos de amigas. No tenía amistades. Yo a las amistades las hice acá adentro. Y buenas amistades, que cuando vos pedís algo te van a tirar el anzuelo. [Jubilarme] me sirvió para bajar 180 revoluciones, a mirarme más uno, a no estar siempre pensando en el nieto, la hija. Y si uno no está sano no puede ayudar a nadie.” (MA)

REPRESENTACIONES EN TORNO AL CEPRAM Y SENTIDOS QUE ATRAVIESAN A ESTE ESPACIO.

El CEPRAM es concebido por las entrevistadas como un lugar especial y esencial por y para la socialización. Lo definen como un espacio descontracturado que habilita los encuentros. En palabras de una entrevistada, el CEPRAM es:

“Un ambiente de amistad y de compañerismo. Hay algo en el ambiente que aglutina a la gente, que la une. Yo no sé qué es, es un misterio, pero para mí el Cepram significa hacer amigas y vivir con alegría.” (CR)

En cuanto a sus preferencias por los servicios que ofrece este espacio, ellas identificaron las actividades académicas por ser fuente de socialización y de acompañamiento emocional, lo que la institución fomenta y nutre. El recreo, el tiempo para el café, se destacan como las actividades preferidas: *“Salgo de mi casa 1 hora antes para llegar 40 minutos antes para tomar el café. Todos los meses nos juntamos a festejar el cumpleaños de cada una. Vamos unidas siempre” (IR).*

Además de la oferta académica, muestra-

ron preferencia por las actividades recreativas como el teatro, ritmos y eventos sociales que realizan desde la institución. En definitiva, es un espacio de cuidado apreciado y valorado positivamente por las entrevistadas, ya que se trata de un ámbito que lo relacionan con la construcción y sostenimiento de vínculos socio afectivos y a la contención emocional, psíquica e intelectual de quienes allí asisten. Todas las personas entrevistadas, manifiestan haber encontrado en el CEPRAM y en sus cursos la construcción de la autoestima, varios de los cuales están destinados a ello. Por el contrario, el varón entrevistado encuentra más dificultades para identificar las necesidades de cuidados socio afectivos en ellos, ampliar círculos sociales y desarrollar habilidades sociales, lo que se corresponde también con el escaso número de hombres que participan del espacio.

Por otro lado, es central la concepción común del CEPRAM como un espacio donde su voz, como vehículo de expresión de sus deseos, experiencias y saberes, es valorada y tenida en cuenta por las autoridades. Dos entrevistadas dan cuenta de ello en su relato:

“Yo le propuse al bar vender empanadas y las venden ahí. Ahora me acaban de pedir tres docenas. Yo fui y les propuse y me dijeron que sí. Hay mucha flexibilidad” (CR)
“Lo que diferencia al CEPRAM es el logro de los objetivos que se proponen. Acompañar al docente de esta edad en sus logros, en su bienestar psicofísico. Y lo logran con una estructura, con un plan, con un espacio que permite interrelacionarse, que eso es lo que necesitan, para hablar, para tener una voz, para sentirse escuchado.” (IR)

A su vez, también pueden proponer y brindar ellos/as mismos/as cursos y talleres según sus conocimientos e intereses: *“Nosotros tenemos dos momentos del año: mitad del año cuando ofrecemos la propuesta del segundo cuatrimestre y ahora por ejemplo octubre que empezamos a armar la propuesta del año que viene. Hay gente que se acerca espontáneamente a ofrecer cursos, hay gente que la vamos a buscar nosotros porque la gente nos está pidiendo algo y salimos a buscarlos. En las dos direc-*

ciones ha sucedido, siempre contemplando las necesidades y a dónde vamos nosotros como proyecto. ¿Queremos tener tango? Buscamos." (Autoridad)

Por su parte, uno de los asistentes del Centro dijo al respecto: *"Yo la verdad nunca propuse nada, pero yo soy voluntario. Y siempre nos dicen que comentemos y sugiramos lo que queramos, son muy abiertos y flexibles. Saben escuchar. Eso hacen, sobre todo escuchan" (AN)*

Nos encontramos, entonces, con un amplio abanico de oferta de servicios académicos y recreativos, como lo son los cursos de formación, los talleres de canto, ritmos y teatro, de los cuales les asistentes participan activamente en su diseño, dictado, sostenimiento y constante resignificación, a la luz de sus propias necesidades. La mencionada autoridad dijo: *"Ellos son el mejor sostén entre ellos. Acá todo es más descontracturado: todos nos reímos y hacemos amigos".*

La falta de servicios públicos de cuidado de calidad redundan no sólo en dificultades para el acceso a estos servicios por parte de una población feminizada, sino que genera brechas según sector socioeconómico.

En este punto, la autoridad entrevistada comenta que: *"(...) La mayoría [de las personas que asisten] dice por ejemplo que no puede venir por el costo del transporte: el adulto mayor se mueve en taxi. Y un taxi de acá a 20 cuadras te sale \$600. O sea, además de la cuota, del cafecito. Y es lo que dicen ellos, la mayoría: si voy a poder pagarme solo el taxi y la cuota y no voy a poder tomarme un cafecito con mis amigos, ya también pierde sentido, para qué voy. Y con eso estamos tratando de buscarle la vuelta, de conseguirle una forma, de conseguirles descuentos en los taxis, algo que los haga llegar más fácilmente, pero no depende de nosotros. Que las jubilaciones sean ridículas no depende de nosotros."*

Se debe destacar que existe la posibilidad de que todas las personas que asisten a la institución se sumen a un voluntariado allí en

el centro. Esto implica que tengan un rol más activo en la organización de las actividades y de ayuda y orientación al resto.

DISCUSIÓN

Como menciona Cerri⁽²⁶⁾, las diferentes representaciones sobre la vejez se pueden traducir en modelos de políticas públicas de cuidados que orientan al abordaje sobre las prácticas de cuidados de personas mayores:

-De estímulo a la autonomía personal de personas dependientes: Parte de la idea de que las personas mayores son dependientes (sólo como necesidad derivada de problemas físicos) y "esperan la muerte", a la vez que encasilla los cuerpos entre "normales" (sanos) y "anómalos" (enfermos y que deben ser atendidos contrarrestando su estado). Como resultado, las políticas públicas buscan "que las personas ganen en autonomía sobre la base del apoyo de un sujeto cuidador, como es el caso de los asistentes personales. Se dirigen a las personas que son concebidas como "carentes" de autonomía.

-De envejecimiento activo: entiende que las personas mayores son útiles por más que estén jubiladas y que "pueden aprovechar su vida". Para eso, promueve un envejecimiento activo mediante la prevención de enfermedades, con políticas públicas que mejoren "la calidad de vida a medida que las personas envejecen, fomentando su bienestar físico, psíquico y social(...) a través del "hacer" actividades, definidas de antemano (orientadas a la salud del cuerpo)".

-De autonomía relacional: Es "aquella que surge del vínculo entre dos o más sujetos que interactúan construyendo seres y haceres que no anulen al otro." . A partir de este supuesto, parte de la noción de interdependencia y entiende la naturaleza sociocultural de la vejez, se elaboran políticas públicas que se dirigen a "la construcción de la participación social, de la actividad física preventiva de enfermedades, desde el vínculo con las personas mayores." En este sentido, se legitiman "distintas formas de ser viejo/a

sin imponer actividades o mandatos que obedezcan a paradigmas del envejecimiento asociados exclusivamente a la biología y el cuerpo” Esta idea rompe con la división estática de cuidadores y personas cuidadas, y propone una continuidad de estas identidades porque los seres humanos somos las dos cosas: receptores y proveedores de cuidado⁽¹²⁾.

Retomando estos paradigmas y otros trabajos de las teorías propuestas de redes en salud⁽²⁷⁾ desde un modelo integral⁽²⁸⁾, entendemos que las prácticas de cuidado en el CEPRAM se presentan como un híbrido y una transición del modelo de envejecimiento activo, al de la autonomía relacional. Esto se debe a que, si bien se presentan características esenciales del segundo modelo –como el tinte productivista de hacer muchas actividades predefinidas en pos de mejorar el bienestar físico y psíquico de las personas mayores– observamos prácticas propias del modelo de la autonomía relacional. La propuesta de voluntariado del CEPRAM es un ejemplo de este último ya que, las personas mayores asistentes construyen, se organizan y deciden sobre asuntos claves de la institución.

La relevancia del desarrollo de la vida social entre pares es entendida como uno de los aspectos más importantes para las personas entrevistadas: se concibe al cuidado y al desarrollo personal a través de la vinculación con pares. Otros estudios cualitativos realizados en^(26,28,16) refieren resultados similares.

Algo que se destacó en el testimonio de una de las autoridades del Centro es que no se ofrecen servicios ni actividades que se definan a partir de supuestos estandarizados y preconcebidos sobre lo que es “ser viejo/a” ni que se limiten a resolver necesidades de cuidado relacionadas a aspectos biológicos. Esto pone en evidencia prácticas de cuidado basadas en el paradigma de la autonomía relacional ya que las personas asistentes tienen la posibilidad de incidir en las propuestas de formación. La flexibilidad, la apertura y la escucha como reconocimiento del otro/a es lo que promueve la autonomía relacional

donde el fomento a la participación y la construcción de redes basadas en los vínculos socio afectivos son fundamentales para su salud integral.

Un aspecto a tener en cuenta es que, como ya se anticipó, los servicios y responsabilidades de cuidado están distribuidos y organizados de manera asimétrica en función de una determinada OSPC. Para el caso de las personas adultas mayores, estos están altamente privatizados (familiarizados y mercantilizados) en comparación a los cuidados de las infancias, lo que es una respuesta a las falencias del Estado en cuanto al reconocimiento de estas personas como titulares del derecho al cuidado⁽²⁹⁾.

El acceso a servicios de cuidados de calidad es reconocido como un privilegio, siendo el mercado (trabajadoras de casas particulares, servicios de salud prepagos y el acceso al CEPRAM) el principal proveedor al cual las personas entrevistadas recurren para satisfacerlos. Constituye un obstáculo que se traduce en una carga individual injusta, distribuida de manera desigual en la población como parte de un problema estructural, resultado de la segmentación y fragmentación del sistema de salud que se interpone en la visión hacia un modelo integral, como ha señalado la Directora Emérita de la OPS/OMS (*Mirta Roses, 2010*): “La mayoría de países de nuestra Región requieren de profundos cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social.

Cuidado apropiado se refiere entonces a que la atención prestada se ajuste a las necesidades comunes de toda la población; a que la atención sea efectiva y basada en los mejores datos científicos disponibles; a que las intervenciones sean seguras y que las personas no sufran daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establezcan según criterios de equidad y de eficiencia económica

(por ejemplo, costo-efectividad)⁽³⁰⁾. En este sentido los entornos extrahospitalarios, como el CEPRAM, constituyen una oportunidad de acercamiento al sistema de salud para resolver necesidades de cuidado con una perspectiva de envejecimiento saludable, fomentando y manteniendo la habilidad funcional, considerada como los "atributos relacionados con la salud que permiten a la persona ser y hacer lo que tienen razones para valorar"⁽³¹⁾. Se trata de un acercamiento al modelo de participación, abandonando el modelo asistencialista que considera a las personas mayores como receptoras pasivas de servicios sociales o salud, y al abordaje del envejecimiento activo como *"la participación continua de las personas en las cuestiones sociales, cívicas, económicas, culturales, educativas o espirituales independientemente de la necesidad de apoyos que necesiten para lograrlo"* (Molina, 2018).

La importancia de la participación social de la vejez radica en los beneficios para el resto de la sociedad: la participación en la toma de decisiones que favorece la inclusión y reduce/desanima la discriminación. También se debe tener en cuenta las limitaciones causadas por los determinantes sociales de la salud o aspectos sociales e individuales, que afectan/marcan en la manera que una persona tiene mayor o menor implicación/participación/vinculación en una determinada actividad promovida por un grupo o asociación, como es el caso de las personas que no pueden acceder a este servicio por falta de recursos económicos (y/o marginalización). En este sentido, nuestra experiencia muestra la relevancia de un espacio con actividades que facilite el aprendizaje, empoderamiento y bienestar de la persona como el hecho de que esta pueda elegir su actividad, se divierta en compañía de otros/as, y experimente sentimientos de bienestar⁽³²⁾.

Limitaciones del presente estudio: Nuestro universo de análisis e informantes permite acercarnos a algunas miradas subjetivas invisibilizadas en los datos cuantitativos en relación a los cuidados de personas mayores. Igualmente, dado el acotado de la muestra, sólo es posible plantear un acercamiento a

algunas experiencias subjetivas en relación a los cuidados de personas mayores en clave de salud integral. Por ello recomendamos futuras investigaciones que mejoren el conocimiento sobre el objeto de estudio analizado en el presente artículo.

CONCLUSIONES

En el caso del CEPRAM se identifican prácticas de envejecimiento activo y tendientes a promover la autonomía relacional. Sin embargo, indagar en quiénes acceden a este espacio permitió dilucidar las limitaciones materiales y las barreras de clase, género e incluso geográficas, que afectan la democratización de este tipo de cuidados de mayor calidad en el marco de la OSPC.

Se puede decir que el espacio logró captar y solucionar necesidades –principalmente socioafectivas– de las personas mayores, insatisfechas y no atendidas por el Estado. Sin embargo, la manera de resolverlas –que es recurriendo a estrategias de mercado y al tercer sector– son inaccesibles para muchas personas: El CEPRAM se financia solo con la matrícula de sus participantes y no recibe otro tipo de apoyo económico. Por esto, la situación de quienes asisten se torna excepcional y privilegiada, algo que de hecho es reconocido por las mismas personas asistentes del espacio.

Esto revela no solo un problema y una necesidad que el Estado no está resolviendo, ni observando, sino también cuál es el paradigma desde el cual las personas adultas mayores se sienten efectivamente cuidadas. El paradigma en el que las políticas públicas se encuentran orientadas tiene carácter eminentemente asistencialista y con una carga valorativa implícita negativa del proceso de envejecimiento, en el que existe una persona cuidadora y otra cuidada, fomentando una autonomía individualista que no valora lo suficiente el carácter interrelación de los cuidados y de la sociedad misma. Esto deja de lado las redes y las comunidades entre pares que sostienen y enriquecen la vida de las personas, a lo largo

de toda la vida. Estas, cuando existen, como lo pudimos observar en el CEPRAM, dan valor y sentido a la vida de quienes concurren, permitiéndoles sentirse parte activa de la sociedad nuevamente y no “en proceso de salida” y legitima su carácter de ciudadanas activas miembros de la estructura social.

Hay una construcción comunitaria del espacio común y de la definición de las necesidades de cuidados, en cuyo diseño participan como personas activas y autónomas, con voz y agencia reconocida y valorada, “*cumpliendo cosas que no pudieron hacer antes, por ejemplo*” (IR). *En palabras de una de las personas entrevistadas, para quienes asisten, termina siendo un “espacio de continuidad de la vida” (MA).*

Los resultados de esta investigación muestran la necesidad de implementar políticas públicas relacionadas al modelo de cuidados y vejez, así como estrategias que prioricen el cumplimiento del derecho al acceso a la salud con un enfoque desde la mirada de la salud integral. Asimismo, se deben fortalecer los mecanismos de participación y redes en salud para facilitar la inclusión de las personas adultas mayores.

El presente trabajo es un estudio que aborda las políticas respecto a los cuidados, la OSPC y el modelo de salud integral basado en redes. Es fundamental profundizar los procesos de investigación, renovar la calidad o riqueza de la información, contrastando y aplicando entrevistas con otros grupos de instituciones de características diversas ya que sin duda seguirán apareciendo nuevos ángulos de interés. Para analizar los determinantes cuali y cuantitativos, asimismo, son necesarios nuevos proyectos que evalúen la formulación, implementación y reglamentación de estrategias innovadoras para la inclusión social en salud que cumplan con lo propuesto en base a derechos y cuidados de personas mayores.

Acercarse a las realidades sociales para observarlas, escucharlas, participar en ellas y sistematizar cómo sienten, piensan o teo-

rizan las personas adultas mayores favorece el aspecto práctico de la investigación o al menos las relaciones entre los datos obtenidos en la investigación y la transferencia al contexto.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El presente artículo no tiene declaraciones éticas ni las autoras presentan conflicto de interés para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Red Internacional de Estudios sobre Sociedad N y. D. Trabajo de cuidados y trabajo asalariado: desarmando nudos de reproducción de desigualdad. *Theomai*, número 39. 2019;78–99, 2019.

2. Faur, E y Pereyra, F. "La organización social y política del cuidado de niños y adultos mayores en Argentina. un análisis de similitudes y variaciones". *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CABA: CLACSO, 2020.

3. INDEC. 2021. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/>

4. Huenchuan S, editor. *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos* [Internet]. Cepal; Naciones Unidas 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

5. INDEC. Dossier estadístico en conmemoración del 112° Día Internacional de la Mujer [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M_2023.pdf

6. INDEC. Dossier estadístico en conmemoración del 109° Día Internacional de la Mujer [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M.pdf

7. Borgeaud-Garciandía N. Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En Hirata, H. y Araujo Guimarães N. (Comp.) (1ra Ed.); 2020.
8. Araujo Guimarães N. Hirata H. El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita. Pp. 27-74. Disponible en: <https://fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/Edita/El-Cuidado-en-america-latina-Helena-Hirata-Nadya-Araujo-Guimaraes.pdf>
9. Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas* Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015). Pp. 103-134; 2015.
10. Faur, E., "El cuidado infantil en el siglo XXI". *Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI. 2014
11. Faur, E y Pereyra, F. "Gramáticas del cuidado", en J. Piovani y A. Salvia (eds.), *La Argentina en el Siglo XXI*, Buenos Aires, Siglo XXI. 2018
12. Aguirre Cuns, Rosario y Scalvino, Sol. *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. 2018.
13. INDEC Dossier estadístico en conmemoración del 110° Día Internacional de la Mujer. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M_2021.pdf 2021
14. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC - Lima: Ministerio de Salud; 124 p. Disponible en: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf> 2011.
15. La Persona, Comunidad F y. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
16. Montero M, El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2004;13(1):5-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817825001>
17. Peralta Martínez C, Etnografía y métodos etnográficos. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades* [Internet]. 2009; (74):33-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515551760003>
18. Retegui L. La observación participante en una redacción. Un caso de estudio Participant observation in a newsroom. A case study en *La Trama de la Comunicación*. ISSN 1668-5628 - ISSN 2314-2634. Julio a diciembre de 2020;n 24 Número 2.; Páginas 103 a 119. 2020.
19. Bang C. Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral con enfoque en Salud Mental. *scielo.org Psicología de la salud, epidemiología y prevención* [Internet].; Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/anuin/v18/html/v18a36.htm> 2011.
20. Guber R. Capítulo 4 La entrevista etnográfica o el arte de la "no directividad". *La etnografía, método, campo y reflexividad/ Rosana Guber-* [Internet]. 2001. Disponible en: https://perio.unlp.edu.ar/catedras/mis/wp-content/uploads/sites/126/2020/04/cap4guber_r._-la_etnografia.pdf
21. Domínguez Mon A. De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición en los registros chiapanecos de Esther Hermitte. *Redalyc*. 2001. Disponible en: https://www.academia.edu/2121118/De_las_notas_de_campo_a_la_teor%C3%ADa_Descubrimiento_y_

redefinici%C3%B3n_de_nagual_en_los_registros_chiapanecos_de_Esther_Hermitte

22. Santarelli C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa* [Internet]. 2006;24, n.o 1,:147–64.

23. Schettini P. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. *Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa* [Internet]. Editorial de la Universidad de La Plata; Disponible en:

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1

24. INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-999-Censo-2010>

25. Inicio» [Internet]. CEPRAM. 2019. Disponible en: <http://cepram.org.ar/>

25. Aguirre Cuns, Rosario y Scalvino, Sol. *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. 2018.

26. Cerri, C. Vista de Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores [Internet]. *Atheneadigital.net*. [citado el 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://atheneadigital.net/article/view/v15-n2-cerri/1502-pdf-es>

26. Daniel M. *Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta*. Buenos Aires: CIPPEC, Alliance for Health Policy and Systems; 2010.

27. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. *Rev Panam Salud Publica*.;21(2/3):73–84. 2007

28. Bang C, Stolkiner A. *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes*. 2013; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1851-17162013000100005

29. Faur, Eleonor. *Repensar la organización social y política del cuidado infantil. El caso argentino*. Publicado en Arango, LG; Urquijo, A.; Pérez Bustos, T. y Pineda Duque, J. (Ed. Académica) *Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas*. Bogotá, UNAL-Javeriana, Los Andes. 2018.

30. Paho.org. [citado el 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

31. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. 2015; Disponible en :<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>

32. Molina JAM. *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores*. Editorial Dykinson; 2018

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Pérez Orozco, Amaia. *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida* (4ta ed.). Madrid: Traficantes de Sueños. 2019

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado. *Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros*. 2020. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>

Alonso, V. y Marzonetto G: *El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales*

Tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida en pacientes que presentaron COVID-19 y fueron hospitalizados.

Time elapsed for the recovery of the quality of life in patients who presented COVID-19 and were hospitalized.

Autores: Cazares-Delgado, Nayeli Patricia^a; Villarreal Ríos, Enrique^b; Galicia Rodríguez, Liliana ^c; Laura Estefanía Rosas Marín^d; Emma Rosa Vargas Daza^e; Mariana del Rayo Guerrero Mancera^f; Mireya Franco Saldaña^g.

^a Residente de Medicina Familiar. Residencia de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

^b Médico Familiar. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^c Maestra en Administración en Salud. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^d Médica Familiar. Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^e Maestra en Gerontología Social y Aplicada. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^f Médica Familiar. Coordinación Residencia de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar número 49 Celaya. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

^g Médica Familiar. Dirección Unidad de Medicina Familiar número 49. Celaya, Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Contacto: Liliana Galicia Rodríguez. 5 de febrero y Zaragoza s/n, Colonia Centro, C.P. 76000 Querétaro, México.

Mail: lillianagalicia@hotmail.com

Recibido: 23/02/2023

Aceptado: 08/07/2023

RESUMEN

Introducción. El COVID-19 grave con foco neumónico se maneja en hospital, en esta población las secuelas físicas y funcionales posterior al egreso hospitalario son más frecuentes, involucran la calidad de vida y tienen repercusión en las actividades cotidianas, la autopercepción y el autocuidado.

Objetivo. Identificar el tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida previa al evento COVID-19 en pacientes que requirieron hospitalización.

Metodología. Diseño de cohorte antes-después en pacientes que requirieron hospitalización por cuadro de COVID-19. Se consideró expuesto a los pacientes después del evento COVID-19 y no expuesto al mismo paciente antes del evento. La calidad de vida relacionada con la salud se midió con el instrumento SF-36. El plan de análisis incluyó ecuación de regresión lineal y proyección del número de días transcurridos después de la hospitalización para recuperar la calidad de vida relacionada con la salud previa al evento COVID-19 a partir del egreso hospitalario.

Resultados. La dimensión que tarda más días en recuperar la calidad de vida que poseía previa al evento COVID-19 es rol físico con 225 días, y la dimensión que menos días tarda en recuperar la calidad de vida que poseía previa el evento es vitalidad y función social, ambas con 44 días.

Conclusión. El tiempo para la recuperación de la calidad de vida previo a la hospitalización es diferente en cada una de las dimensiones de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, COVID-19, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction. Severe COVID-19 with a pneumonic focus is managed in a hospital. In this population, the physical and functional sequelae after hospital discharge are more frequent, involve quality of life, and have an impact on daily activities, self-perception, and self-care.

Aim. Identify the time elapsed for the recovery of the quality of life prior to the COVID-19 event in patients who required hospitalization.

Methodology. Before-after cohort design in patients who required hospitalization due to COVID-19. Patients were considered exposed after the COVID-19 event and not exposed to the same patient before the event. Health-related quality of life was measured with the SF-36 instrument. The analysis plan included a linear regression equation and projection of the number of days elapsed after hospitalization to recover the health-related quality of life prior to the COVID-19 event from hospital discharge.

Results. The dimension that takes the longest days to recover the quality of life that it had prior to the COVID-19 event is physical role with 225 days, and the dimension that takes the fewest days to recover the quality of life that it had prior to the event is vitality and social function, both with 44 days.

Conclusion. The time for recovery of quality of life prior to hospitalization is different in each of the dimensions of quality of life.

KEYWORDS: Quality of life, COVID-19, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el virus SARS-CoV2 con presentación asintomática, infección leve con síntomas de resfriado común en el 81% de los casos, infección moderada en el 14% de los casos o cuadro grave con neumonía complicada en el 5% de los eventos y letalidad en este estadio de 49%. En la región de las Américas al mes de junio de 2022 se habían reportado 160,932,224 casos confirmados.^{1,2,3}

En la presentación grave de COVID-19 acompañada de foco neumónico el manejo recomendado es hospitalario, en este grupo se incrementa la posibilidad de secuelas físicas y funcionales posteriores al egreso hospitalario con duración entre 4 y 12 semanas o más.^{1,4,5}

En pacientes con secuelas post-COVID-19 se ha observado modificación en la calidad de vida con repercusión directa en las actividades cotidianas, la autopercepción y el autocuidado. Para evaluar la calidad de vida se han desarrollado instrumentos, entre ellos el Índice de Calidad de Vida versión en Español (QLI-Sp),⁶ el World Health Organization Quality of Life versión breve (WHOQOL-BREF),⁷ el International Quality of Life Assessment Project, (IQOLA)⁸ y el Cuestionario de Salud SF-36,⁹ este último, desarrollado en los años noventa es un cuestionario que puede ser autoadministrado, o incluso contestado vía telefónica, incluye 36 preguntas agrupadas en 8 dimensiones, en todos los casos evalúa la calidad de vida relacionando el estado funcional con el bienestar emocional.^{10,11,12}

Existen publicaciones en las que se ha identificado la calidad de vida en pacientes COVID-19, específicamente se ha descrito cansancio, fatiga, ansiedad, depresión, limitación de movilidad y alteraciones de las actividades de la vida diaria.^{13,14}

La realidad es que en el paciente con COVID-19 se presentan secuelas que deben

ser estudiadas para conocer la historia natural de la enfermedad y proponer acciones de salud. En este contexto el objetivo del artículo es identificar el tiempo transcurrido para la recuperación de la calidad de vida previa al evento COVID-19 en pacientes que requirieron hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realizó un diseño de cohorte antes-después en pacientes que presentaron evento COVID-19 y requirieron hospitalización, la investigación se realizó de julio de 2021 a marzo de 2022 en una institución de seguridad social en Guanajuato, México.

Se consideró como grupo expuesto a los pacientes con COVID-19 después de 30 días del egreso hospitalario, el grupo control fue la misma población antes de presentar el evento COVID-19.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que aceptaron contestar el cuestionario, fueron excluidos aquellos con problemas de comunicación y trastornos del estado de alerta y se eliminaron los cuestionarios de aquellos pacientes que contestaron menos de 50%.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de promedios para dos grupos con nivel de confianza del 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($z\alpha=1.64$), poder de la prueba de 80% ($z\beta=0.84$), asumiendo que la calificación de la calidad de vida antes del evento COVID-19 fue 47 puntos ($\mu_0=47$), y 30 días después del egreso hospitalario la calificación de la calidad de vida fue 45 puntos ($\mu_1=45$), desviación estándar antes del evento de 4.7 ($\sigma_0=4.7$) y desviación estándar después del evento de 4.5 ($\sigma_1=4.5$). El tamaño de muestra calculado fue 65, no obstante, se trabajó con 137 pacientes ($n=137$).

La técnica muestral fue no aleatoria por casos consecutivos empleando como marco muestral el listado de pacientes egresados de hospitalización por COVID-19 en la fecha señalada como tiempo de estudio, iniciando con el registro por fecha más antigua.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, vida en pareja y escolaridad secundaria o menos) y comorbilidades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La calidad de vida relacionada con la salud se midió con el instrumento SF-36 el cual consta de 35 preguntas o ítems repartidos en 8 dimensiones y 1 pregunta de transición de salud. Las dimensiones incluyen función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems). La escala de medición es tipo Likert y la respuesta original es transformada en la escala de 0 a 100, a mayor puntaje mejor calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó antes del evento COVID-19, al egreso inmediato hospitalario y a los 30 días posteriores al egreso.

El análisis estadístico incluyó porcentajes, intervalos de confianza para porcentajes, promedios, intervalos de confianza para promedios, modelo de regresión lineal simple (por dimensión) utilizando como variable independiente la calidad de vida relacionada con la salud previa a COVID-19 y como

variable dependiente la calidad de vida relacionada con la salud a los 30 días del egreso hospitalario, a partir de esta información y asumiendo que la recuperación de la calidad de vida tenía comportamiento lineal, se identificó el coeficiente por día y se calculó el número de días necesarios para recuperar la calidad de vida que tenía el paciente previo al evento COVID-19.

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité de Ética e Investigación de la institución, se obtuvieron los registros de egreso hospitalario de pacientes COVID-19 en el tiempo establecido, se contactó con cada uno vía telefónica para acordar una cita presencial para aplicar el instrumento en la unidad médica o a través de la misma llamada cuando lo autorizaron.

RESULTADOS

El promedio de edad en la población estudiada es 53.70 años (IC 95%; 51.25-56.15), predomina el sexo femenino con 52.2% (IC 95%; 45.4 – 59.0); la diabetes mellitus y la hipertensión arterial están presentes en 43.9% (IC 95%; 37.1-50.7). En el Tablas 1 se presentan las características sociodemográficas y las comorbilidades.

Tablas 1. Características sociodemográficas y de salud de pacientes COVID-19 que requirieron hospitalización.

Característica	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Características sociodemográficas			
Sexo femenino	52.2	45.4	59.0
Vida en pareja	84.5	38.0	70.2
Escolaridad secundaria o menos	69.7	63.4	76.0
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	43.9	37.1	50.7
Hipertensión	43.9	37.1	50.7
Diabetes/Hipertensión	21.7	16.0	27.4
Enfermedad renal crónica	9.1	5.2	13.1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8.2	4.4	11.9

La ecuación de regresión lineal simple para explicar la calidad de vida a los 30 días a partir de la calidad de vida previa a presentar COVID-19 fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en todas las dimensiones. En el Tabla 2 se presenta la información.

Tabla 2. Ecuación de regresión lineal por tipo de dimensión para explicar la calidad de vida a los 30 días a partir de la calidad de vida previo a COVID-19.

Dimensión	Constante	Coefficiente	t	p
Función física	-8.924	0.542	5.04	0.000
Rol físico	4.263E-014	0.134	2.10	0.037
Dolor corporal	9.090	0.517	6.33	0.000
Salud general	7.133	0.471	6.11	0.000
Vitalidad	-12.862	0.817	11.06	0.000
Función social	-15.714	0.813	8.95	0.000
Rol emocional	3.732	0.259	4.05	0.000
Salud mental	26.858	0.384	4.83	0.000

Previo al evento COVID-19 la dimensión vitalidad reporta la calidad de vida más baja con 66.23 puntos y la más alta corresponde a la dimensión función física con 89.85 puntos. Tabla 3

Al egreso hospitalario la dimensión rol físico reportó la calificación más baja de calidad de vida con 7.60 puntos y la dimensión salud general con la calificación más alta, 43.81 puntos. Tabla 3

Treinta días después del egreso hospitalario la calificación más alta de calidad de vida correspondió a la dimensión dolor corporal con 54.74 puntos y la dimensión rol físico reportó la calidad de vida más baja con 11.83 puntos. Tabla 3

La dimensión que tarda más días en recuperar la calidad de vida que poseía previa al

evento COVID-19 es rol físico con 225 días, y la dimensión que menos días tarda en recuperar la calidad de vida que poseía previa el evento es vitalidad y función social, ambas con 44 días a partir del egreso hospitalario. En el tabla 3 se presenta el número de días que tarda cada dimensión en recuperar la calidad de vida que tenía antes del evento COVID-19.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto el estudio del COVID-19 en la fase aguda ha sido preocupación de los sistemas de salud, también es una necesidad estudiar la etapa de recuperación, al respecto existen reportes que describen características de la población, entre estos se ha abordado la calidad de vida relacionada con la salud,^{15,16} ámbito en el que se ubica el artículo que aquí se presenta.

Cuadro 3. Tiempo transcurrido después de COVID-19 (a partir del egreso hospitalario) para recuperar la calidad de vida previa y tiempo transcurrido para recuperar el 100% de la calidad de vida relacionada con la salud.

Dimensión	Calidad de vida relacionada con la salud			Días para recuperar la calidad de vida previa a COVID-19 (a partir del egreso hospitalario)
	Previa a COVID-19*	Al egreso hospitalario por COVID-19*	Un mes después del egreso hospitalario por COVID-19*	
Función física	89.85	29.27	39.75	61
Rol físico	88.40	7.60	11.83	225
Dolor corporal	88.38	40.19	54.74	52
Salud general	68.41	43.81	39.33	65
Vitalidad	66.23	31.47	41.28	44
Función social	85.56	43.23	53.86	44
Rol emocional	73.26	13.36	22.70	110
Salud mental	68.11	41.35	53.04	48

*La calidad de vida relacionada con la salud tiene una calificación mínima posible de 0 y calificación máxima posible de 100.

Se puede considerar como fortaleza de la investigación el uso de un instrumento probado para evaluar calidad de vida, el SF-36, instrumento que al realizar la evaluación por dimensiones lo hace más específico.^{10,12} De igual forma, la evaluación de la calidad de vida antes y después del evento COVID-19 es una fortaleza. No obstante, se podría sugerir como debilidad de la investigación la medición de la calidad de vida antes del evento COVID-19 de forma retrospectiva, al respecto se debe reconocer que el sesgo de memoria es una posibilidad, de igual forma solicitar la información de un estado previo en un momento de convalecencia también se puede constituir como una limitante.

Cuando se identifica la calidad de vida previa al evento COVID-19 se aprecian dos grupos de dimensiones, las que tiene calificación alta sin llegar a lo ideal y las que tienen calificación baja, al respecto es necesario cuestionar si lo ideal hubiera sido tener calificaciones semejantes en todas las dimensiones previo al

evento COVID-19, no se puede saber si esta división impacta en la calificación posterior al COVID-19, no obstante lo señalado, se puede argumentar que la evaluación se realizó de manera independiente para cada una de las dimensiones, condición que confiere cierto grado de autonomía.

La población estudiada corresponde al adulto joven, sin embargo parece existir una contradicción cuando se identifican con la calificación más baja las dimensiones vitalidad y salud general, y con la calificación más alta la dimensión función física y rol físico, al respecto no existe una explicación posible, sin embargo se debe tener en cuenta que al momento de aplicación de la encuesta habían transcurrido dos años de pandemia y de confinamiento, esta puede ser la explicación probable.

Al momento del egreso hospitalario es evidente la pérdida de calidad de vida en todas las dimensiones, especialmente en el rol físico y el rol emocional, condición que refleja la

gravedad del COVID-19, no obstante debería compararse con la pérdida de calidad de vida en otras patologías, probablemente la modificación en ellas será variable, pero en el caso del COVID-19 la magnitud está dada por la cantidad de población afectada.

La dimensión función social fue la que menos tiempo tardó en recuperar el estado previo de calidad de vida, la posible explicación se puede dar desde la perspectiva psicológica y social que implica el confinamiento durante un tiempo prolongado, el sentimiento de superar un evento catastrófico que pudo haber culminado con la muerte y la necesidad de recuperar las relaciones interpersonales perdidas durante la hospitalización. Al respecto no se puede negar que el ser humano es un ser social acostumbrado a la interacción permanente con sus semejantes. Sería necesario investigar si la estimulación del rol social puede impactar en el tiempo de recuperación del rol físico para lo cual habría que implementar una política de salud dirigida a favorecer la interacción social en época de COVID-19, evidentemente cuidando todas las medidas de prevención propuestas por las autoridades de salud.^{17,18}

La dimensión rol físico se identificó como la que mayor tiempo emplea para tener la condición previa a COVID-19, en la literatura se ha documentado fibrosis pulmonar, atelectasia pulmonar, depósitos fibrinógenos en músculo, endocarditis y neuritis, condiciones todas ellas que limitan la correcta oxigenación o actividad muscular que demandan para la recuperación un proceso de rehabilitación dirigido. En este trabajo la población no fue sometida a un programa específico de recuperación, por lo tanto, se podría suponer que una actividad encaminada a la pronta recuperación podría acortar el número de días para recuperar la calidad de vida perdida.^{4,18}

La utilidad clínica de lo aquí manifestado se puede reflejar en la implementación de programas de seguimiento de pacientes postCOVID-19 que requirieron hospitalización, propuesta enmarcada en la planeación de la utilización de los recursos disponibles para la salud.

El tiempo de recuperación de la calidad de vida varió por dimensión, esto podría implicar

que durante este lapso las actividades normales del individuo se verían afectadas a nivel personal, familiar, social y laboral, así como la probable vulnerabilidad de descompensación de patologías previas cuando éstas existan o procesos agudos agregados, la implicación de lo señalado revela que la atención del paciente con COVID-19 no termina con el egreso hospitalario, ésta se extiende a la atención otorgada por el médico tratante hasta la completa recuperación del evento. La realidad es que la historia natural del COVID-19 se encuentra en revisión y estudio y habría que tener más argumentos en torno al tema.

CONCLUSIÓN

El tiempo de recuperación de la calidad de vida previo al evento COVID-19 por dimensión se puede identificar en tres grupos, las dimensiones con tiempo de recuperación relativamente corto, entre 44 y 52 días que incluye las dimensiones vitalidad, función social, salud mental, y dolor corporal; las dimensiones con tiempo de recuperación moderado, entre 61 y 65 días, incluyen las dimensiones función física y salud general; y las dimensiones con tiempo de recuperación largo, entre 110 y 225 días, incluye las dimensiones rol emocional y rol físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Soto Cáceres VA. Epidemiología del COVID-19 nivel mundial, nacional y en la región Lambayeque a setiembre 2021. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 2021;7(4):109-117. <https://doi.org/10.37065/rem.v7i4.580>
- 2.- Organización Panamericana de la salud. Situación de la Región de las Américas por el brote de COVID-19. Al 21 de junio de 2022. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- 3.- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis*, 2020;20(5):533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
- 4.- Gil R, Bitar P, Deza C, Dreyse J, Florenzano M, Ibarra C, Jorquera J, et al. Cuadro clínico del COVID-19. *Revista Médica Clínica Las*

Condes, 2021;32(1):20–29.

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.11.004>.

5.- Richardson S, Hirsch J, Narasimhan M. Presenting Characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA*, 2020;323(20):2052–2059. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>

6.- Meda-Lara RM, Juárez-Rodríguez P, De Santos-Ávila F, Solís-Cámara Reséndiz P, Palomera-Chávez A, Hernández-Rivas MI, et al. Validación del “índice de calidad de vida, versión en español” (QLI-Sp) en una muestra mexicana *Psicología Conductual*, 2021; 29(1):167-189. <https://doi.org/10.51668/bp.8321109s>

7.- Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. WHOQOL User Manual. World Health Organization, 2012. [consultado 20 junio 2022] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8.- Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Billinger M, et al. Quality of Life Research International quality of life assessment (IQOLA) project., 1992;1:349-351. <https://doi.org/10.1007/BF00434949>.

9.- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J M. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 2005; 19(2):135-150. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

10.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36.- item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.

11.- Cáceres-Manrique FM, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública*, 2018; 20(2):147-154. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000200147&lng=en. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.43391>.

12.- Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública Méx*, 2004; 46(4):306-315. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400005&lng=es.

13.- Abril Mera T, Guzmán Menéndez G, Moran Luna, De la Torre Ortega L. Disnea e impacto en la calidad de vida de los pacientes COVID-19 después del alta hospitalaria. *Vive Rev. Salud*, 2020;3(9):166-176. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432020000300007&lng=es.

14.- Ayuso García B, Pérez López A, Besteiro Balado Y, Romay Lema E, García País MJ, Marchán-López Á. et al. Health-related quality of life in patients recovered from COVID-19. *J Healthc Qual Res* ; 2022. Available online 17 January 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.01.001>

15.- Ahmed H, Patel K, Greenwood D, Halpin S, Lewthwaite P, Salawu A, et al. Long-term clinical outcomes in survivors of coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and metaanalysis of follow-up studies. *BMJ* Yale, 2020;11(1). <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067975>

16.- Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*, 2021; 93: 1013-1022. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>

17.- Boix V, Merino E. Síndrome post COVID. El desafío continuo. *Medicina Clínica*, 2022; 158:178–180. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.002>

18.- Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MA, López-Ruz MA. Secuelas médicas de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 2021;157(8):388–394. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023>

Gasto de bolsillo en salud en la familia con diabetes-hipertensión durante la pandemia del covid-19.

Out-of-pocket health spending in the family with diabetes-hypertension during the covid-19 pandemic.

Autores: Miranda Gómez, Ana Laura^a; Villarreal Ríos, Enrique^b; Galicia Rodríguez, Liliana^c

^a Médico general, residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N° 16 Querétaro Instituto Mexicano del Seguro Social.

^b Médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Ciencias. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio de Salud Querétaro Instituto Mexicano del Seguro Social.

^c Licenciada en sistemas computacionales, Maestra en administración en salud. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio de Salud Querétaro Instituto Mexicano del Seguro Social.

Contacto:

Zaragoza y 5 de Febrero colonia centro Querétaro Qro., México.

Mail: anamiranda1207@gmail.com

Teléfono: 442 211 23 00

Recibido: 08/02/2023

Aceptado: 25/09/2023

RESUMEN

Determinar el gasto de bolsillo en salud en las familias con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial y el porcentaje del ingreso familiar durante la pandemia del Covid-19. Estudio de gasto de bolsillo en salud que incluyó muestreo consecutivo de 268 familias de México. El ingreso trimestral familiar se definió como la suma de ingresos de cada uno de los integrantes de la familia, el gasto en salud se definió como el total de erogaciones que tuvo la familia para cubrir los diferentes servicios de salud, y porcentaje de gasto en salud se definió como la relación del gasto total trimestral y el gasto corriente del hogar, valores expresados en pesos mexicanos. El promedio trimestral del gasto de bolsillo en salud en la familia con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en la dimensión consulta fue \$975,82 y en la dimensión medicamentos \$1,371.22; el gasto promedio total trimestral fue \$3,133.08. El ingreso trimestral de la familia después de la pandemia del covid-19 fue \$85,348.86 lo que representa 5,93% menos del ingreso trimestral antes de la pandemia. El gasto trimestral en salud fue \$3,133.08, lo cual corresponde a 3,45% y 3,67% del ingreso trimestral familiar antes y después de la pandemia del Covid-19 respectivamente.

PALABRAS CLAVES: Gastos en salud; COVID-19; Renta; México.

ABSTRACT

Determine out-of-pocket health spending in families with diabetes mellitus and/or high blood pressure and the percentage of family income during the Covid-19 pandemic. Study of out-of-pocket health spending that included consecutive sampling of 268 families in Mexico. The quarterly family income was defined as the sum of income of each of the family members, health spending was defined as the total expenses that the family had to cover the different health services, and percentage of health spending. It was defined as the relationship between total quarterly expenditure and current household expenditure, values expressed in Mexican pesos. The quarterly average of out-of-pocket health expenditure in the family with diabetes mellitus and/or arterial hypertension in the consultation dimension was \$975.82 and in the medication dimension \$1,371.22; The average total quarterly expense was \$3,133.08. The family's quarterly income after the covid-19 pandemic was \$85,348.86, which represents 5.93% less than the quarterly income before the pandemic. The quarterly health expenditure was \$3,133.08, which corresponds to 3.45% and 3.67% of the family's quarterly income before and after the Covid-19 pandemic respectively.

KEYWORDS: Health expenditures; COVID-19; Income; Mexico.

INTRODUCCIÓN

El ingreso de los hogares se construye a partir de las aportaciones económicas trimestrales de los integrantes, se puede medir usando como referente el ingreso corriente o el ingreso per cápita, siendo un indicador que refleja el nivel socioeconómico y se clasifica en deciles, a mayor decil mejor situación económica del hogar⁽¹⁻³⁾.

El gasto del hogar se divide en dos grandes rubros, erogaciones financieras y de capital, y gasto corriente; el gasto corriente se divide en gasto no monetario y gasto monetario, este último identifica 9 rubros, entre ellos el gasto de bolsillo en salud, definido como la cantidad de dinero pagada para recibir un servicio de salud. En México, para el año 2020 se identificó como el 4,2% del gasto corriente monetario⁽¹⁾.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2021, en comparación con la realizada en 2019, reportó un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad), población particular más vulnerable durante la pandemia, derivado del alto riesgo de mortalidad que tenían durante Covid-19⁽⁴⁻⁵⁾. La Organización Panamericana de la Salud reportó que al menos el 38% de la población de las Américas tienen hipertensión arterial (HTA). Además, se ha demostrado en diferentes estudios que la diabetes mellitus (DM) y la HTA se encuentran en los primeros lugares de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia a nivel mundial⁽⁶⁻⁷⁾.

Durante la pandemia del Covid-19, el 59,2% de la población recibió atención médica en los servicios privados; 55,3% de los derechohabientes de instituciones públicas de salud se atendió en alguna institución privada; y 45% de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social optaron por recibir atención médica en alguna institución privada⁽⁴⁾.

En consecuencia, los hogares incurrieron

en gastos de bolsillo en salud (GBS) derivado de las restricciones sanitarias propuestas como política de salud, específicamente en hogares con integrantes con alguna enfermedad crónica (DM y/o HTA), dejaron de acudir a recibir atención médica a las instituciones públicas de salud y optaron por instituciones privadas, generando gastos de bolsillo para consultas médicas, estudios de laboratorio, hospitalizaciones y medicamentos⁽⁷⁻⁸⁾.

Al respecto, se ha documentado que en el sector público las consultas disminuyeron 51% durante el 2020, en total hubo 26.7 millones de consultas menos que en 2019, y las consultas de enfermedades crónico-degenerativas disminuyeron⁽⁸⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, indicaron que el GBS representaba más del 10% del presupuesto del hogar para 927 millones de personas, y el 10% de ellas viven en América Latina y el Caribe (ALC). Datos de la OPS en el 2016 indicaron que el porcentaje de la población que realizaba GBS era 57,2%, y el porcentaje de presupuesto que los hogares destinan para GBS en 2016 era menos del 2%⁽⁹⁻¹¹⁾.

Los GBS pueden representar una proporción demasiado alta del consumo total de los hogares, y en algunos casos pueden convertirse en un gasto catastrófico e incluso pueden provocar que los hogares sean arrastrados a la pobreza, mantenerlos en ella o profundizarla^(9,12,13). Se considera gasto catastrófico cuando se supera el límite de la capacidad de pago de los hogares (CPH), pudiendo ir desde más del 20% a más del 40%, o de los ingresos del hogar (IH) más 10% a más del 25%. En un estudio realizado en México en 2005 se reportó que al menos el 3,89% de los hogares incurrió en gastos catastróficos^(10,11,14).

En este escenario, el objetivo del presente estudio fue determinar el gasto de bolsillo en salud en las familias con enfermedades crónicas (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) y el porcentaje del ingreso familiar durante la pandemia del Covid-19.

MÉTODOLÓGIA

Se realizó un estudio de gasto expresado en pesos mexicanos en las familias con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, adscritas a una unidad médica de primer nivel de atención, perteneciente a una institución de seguridad social en Querétaro, México, evaluando el comportamiento durante el año 2020.

Se consideró como unidad de análisis a la familia, definida como aquella que tuviera al menos un integrante con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial de más de un año de evolución.

Se incluyeron a todas las familias con al menos un integrante con diabetes mellitus, o hipertensión arterial que presentaron al menos un gasto en salud durante el año 2020, que aceptaran participar en el estudio, que completaran la encuesta, y que el entrevistador aceptara ser representante del grupo familiar para proporcionar la información.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de promedios para población infinita, con nivel de confianza del 95% (IC95%) para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z_{\alpha}=1.64$), asumiendo que el gasto en medicamentos al año fue \$4,000 ($x'=4,000$), desviación estándar \$400 ($s=400$) y margen de error 40 ($d=40$). El cálculo arrojó que sería necesario incluir al menos 268 familias. Los valores se expresan en peso mexicano, siendo la misma la moneda de curso legal en México.

El muestreo fue no aleatorio por casos consecutivos empleando como marco muestral los pacientes presentes en la sala de espera de la unidad médica.

Se exploraron variables sociodemográficas: el sexo de la familia se definió en función de la prevalencia del sexo entre sus integrantes (familias integradas solo con hombres, predominio de hombres, igual can-

tidad de integrantes de hombres y mujeres, predominio de mujeres y solo conformadas por mujeres); para definir la escolaridad de la familia se tomó como referencia el nivel más alto alcanzado por alguno de los integrantes de la familia; y la tipología familiar se operacionalizó con la clasificación "Conformación de la Familia" la cual se divide en nuclear simple, nuclear extendida, monoparental y monoparental extendida.

En relación con las características de la patología estudiada (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) se identificó el promedio de integrantes de la familia con alguna de las patologías; el tiempo de evolución del integrante con mayor tiempo.

Se estudió el gasto trimestral en salud que realizó la familia con respecto a cada una de las patologías y cada una de las dimensiones (consulta, hospitalización, laboratorios, medicamentos y traslado), se identificó por tipo de patología y servicio el promedio del gasto en todas las familias y el promedio del gasto en las familias usaron el servicio, y también se calculó el gasto promedio total de todas las patologías en cada uno de los servicios. Para identificar la información de las variables estudiadas no se utilizó una encuesta previamente diseñada, las preguntas se realizaron en función de la información requerida para calcular el gasto.

El ingreso familiar trimestral se identificó para antes y después de la pandemia a través del interrogatorio directo con el integrante que representó a la familia, determinando el número de aportantes, el ingreso por aportante, y la cantidad total aportada al trimestre.

El decil de ingreso de la familia se identificó utilizando como referencia la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020 (ENIGH), adoptando el comportamiento de la encuesta para estimar el gasto corriente (83,2% del ingreso total) y el gasto monetario (75,8% del gasto corriente).

El porcentaje del gasto en salud correspondió a la relación entre el gasto trimestral

en salud de la familia y el ingreso trimestral familiar.

El plan de análisis estadístico utilizó promedio para variables numéricas continuas, intervalos de confianza para dispersión de promedios, porcentaje para variables categóricas y sus respectivos intervalos de confianza.

El protocolo del estudio se evaluó y aprobó ante el Comité de Investigación y Ética de la institución, y se contó con el consentimiento informado del representante que proporcionó los datos de la familia.

RESULTADOS

Se incluyeron 268 familias, cuya edad promedio fue de 49,05 años (IC 95%; 47,63 - 50,64), y el promedio de integrantes por familia fue 3,56 (IC 95%: 3,39 - 3,73).

El 35,1% (IC 95%; 24,4 - 40,8) de las familias estuvieron integradas con predominio de mujeres y el 35,1% tuvieron igual cantidad de hombres que mujeres; el 47,4% (IC 95%; 38,2 - 56,6) de las familias tuvieron como nivel máximo de estudios licenciatura, y la tipología familiar predominante fue nuclear simple 43,7% (IC 95%; 37,8 - 49,6). Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y tipología familiar en la familia con diabetes y/o hipertensión (n=268).

Característica	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo familiar			
Solo hombres	3,4	1,2	5,6
Predominio de hombres	16,4	12,0	20,8
Igual mujeres y hombres	35,1	29,4	40,8
Predominio de mujeres	35,1	29,4	40,8
Solo mujeres	10,0	6,5	13,7
Escolaridad familiar			
Primaria	2,6	0,7	4,5
Secundaria	10,8	7,1	14,5
Preparatoria	20,9	16,0	25,8
Técnica	18,3	13,7	22,9
Licenciatura	47,4	38,2	56,6
Tipología familiar			
Nuclear simple	43,6	37,8	49,6
Nuclear extendida	26,9	21,6	32,2
Monoparental	17,2	12,7	21,7
Monoparental extendida	12,3	8,4	16,2

En las familias con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial (n=268), el promedio de integrantes con hipertensión arterial fue de 2,00 (IC 95%; 1,84 - 2,16) y con diabetes mellitus fue de 1,16 (IC 95%; 1,02 - 1,29). En la Tabla 2 se presenta el tiempo de evolución con la patología.

Tabla 2. Características clínico-evolutivas de los pacientes con intoxicación por CO que consultaron a la Central de Emergencias durante el año 2020.

Enfermedad Crónica	Promedio de integrantes con la patología (n=268)	Tiempo promedio de evolución (años)
Solo diabetes Mellitus	1,16 (IC 95%; 1,02-1,29)	17,72 (IC 95%; 15,54-19,90)
Solo hipertensión arterial	2,00 (IC 95%; 1,84-2,16)	17,38 (IC 95%; 15,89-18,88)
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	=	15,55 (IC 95%; 14,14-16,97)

El gasto de bolsillo promedio en salud al trimestre en la familia con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en la dimensión consulta fue \$975,82, y en la dimensión medicamentos fue \$1,371.22; mientras que el gasto promedio total trimestral fue \$3,133.08. En la Tabla 3, se presenta el gasto de bolsillo en salud por tipo de enfermedad crónica y tipo de dimensiones.

Tabla 3. Gasto de bolsillo en salud por tipo de enfermedad y dimensión en la familia con diabetes y/o hipertensión.

Tipo de enfermedad crónica	Gasto promedio		
	Todas las familias	Familias que usaron el servicio	General
	Consulta		
Diabetes	550,41	550,41	
Hipertensión	563,69	580,51	975.82 (31.1%)
Diabetes e Hipertensión	1.175,24	1.175,24	
	Hospitalización		
Diabetes	0	0	
Hipertensión	0	0	275.18 (8.8%)
Diabetes e Hipertensión	407,45	4.097,22	
	Laboratorio		
Diabetes	52,77	118,75	
Hipertensión	330,97	493,99	382.93 (12.2%)
Diabetes e Hipertensión	435,49	469,19	

Medicamentos			
Diabetes	676,38	811,66	
Hipertensión	766,23	766,23	1,371.22 (43.8%)
Diabetes e Hipertensión	1.670,95	1.670,95	
Traslado			
Diabetes	151,5	181.85727.40	
Hipertensión	82,89	158,88	127.91 (4.1%)
Diabetes e Hipertensión	142,72	188,56	
Gasto promedio trimestral en salud			
3133,08			

*El porcentaje se calculó en relación con el gasto promedio trimestral en salud (\$3,133.08)

Antes de la pandemia el 24,6% de las familias con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial se ubicaban en el decil X de ingresos, mientras que después de la pandemia fue 15,7%. En la Tabla 4 se presenta la prevalencia por decil de ingreso de la familia estratificado según la pandemia (antes-después).

Tabla 4. Decil de ingreso de la familia con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial antes y después de la pandemia

Decil	Porcentaje de familias (n=268)	
	Antes	Después
II	2,2	2,2
III	2,2	4,5
IV	6,3	7,8
V	3,4	7,5
VI	15,7	8,2
VII	7,1	11,9
VIII	4,5	9,0
IX	34,0	33,2
X	24,6	15,7

El ingreso trimestral de la familia después de la pandemia del covid-19 fue \$85,348.86 lo que representa una disminución relativa del 5,93% en comparación con el ingreso trimestral antes de la pandemia. El ingreso diario por número de aportante después de la pandemia correspondió a \$373,35. El gasto trimestral en salud fue \$3,133.08, lo cual representa el 3,45% y 3,67% del ingreso trimestral familiar antes y después de la pandemia del Covid-19 respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5. Ingreso familiar anual, trimestral, gasto por hogar, gasto en salud y porcentaje del ingreso familiar, del gasto corriente y del gasto monetario antes y después de la pandemia del Covid-19 en la familia con diabetes y/o hipertensión.

Característica	Antes de la pandemia (n=268)	Después de la pandemia (n=268)
Ingreso familiar		
Ingreso trimestral de la familia	\$90,728.16	\$85,348.86
Ingreso diario por aportante	\$396,88	\$373,35
Promedio de aportantes por familia		2,54
Decil del hogar		
Decil promedio del hogar		IX
Gasto por hogar		
Gasto corriente	\$75,485.83	\$71,010.25
Gasto monetario	\$57,218.26	\$53,825.77
Gasto familiar en salud		
Gasto trimestral en salud	\$3,133.08	
Porcentaje del gasto familiar en salud		
En relación con el ingreso total	3,45%	3,67%
En relación con el gasto corriente	4,15%	4,41%
En relación con el gasto monetario	5,48%	5,82%

DISCUSIÓN

Durante la pandemia del Covid-19 el riesgo de contagio y las complicaciones para pacientes con enfermedad crónica fue real, y en respuesta a este fenómeno mundial, los gobiernos implementaron el aislamiento social, con el objetivo de evitar el contagio. En ese tiempo, los servicios de salud limitaron el acceso a la consulta externa, y en consecuencia, la atención fue procurada por los medios privados, condición que implicó la erogación monetaria de la familia, impactando en el presupuesto⁽⁷⁾. De ahí la importancia de identificar la cantidad erogada y el porcentaje de ingreso familiar, hallazgos claves del presente artículo.

En este estudio se utilizó como referencia la Encuesta de Ingreso y Gastos de Hogares publicada por el INEGI en el 2020, que presenta el panorama nacional y es un referente con la cual se puede hacer comparación, específicamente con el promedio de ingreso al trimestre y el decil del hogar. Según nuestros resultados, el porcentaje de gasto en salud, no se realizó en relación con los gastos corrientes monetarios como lo sugiere la encuesta, pero se comparó con el ingreso total familiar, comparación que es válida y ha sido utilizada en publicaciones como la Encuesta Nacional de Hogares de Costa Rica y la Organización Panamericana de Salud^(1,14,15).

Las comparaciones de ingreso y de gasto se realizan por hogar, cuya definición es similar a la definición de familia, que es la unidad de análisis de la medicina familiar que utilizamos en este trabajo. Desde esta perspectiva, definir el contexto de la familia con integrantes con enfermedad crónica es un punto importante. La principal diferencia de este estudio en comparación otros radica en este punto, debido a que la mayoría de los estudios no hablan de la familia.

El gasto y el porcentaje del gasto en el rubro de medicamentos ocupó el lugar más alto, representando casi la mitad de los gastos

de bolsillo en salud, lo cual concuerda con lo publicado en la Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, donde se reportó que el gasto en medicamento representaba un 70%^(1,8,15). Con respecto a eso, se puede señalar que de nada serviría la atención otorgada por el servicio de salud si no se otorga el tratamiento específico. Es una realidad que el costo de los medicamentos en el medio privado es oneroso y muy superior al adquirido por las instituciones de salud a través de compras consolidadas. Si bien es cierto que el aislamiento social era una necesidad para disminuir el contagio por Covid-19, el sistema de salud se vio en la necesidad de implementar un sistema de dotación de medicamentos, pero al parecer no en todos los casos fue efectivo, así lo revela el gasto de bolsillo de las familias. En 2018, se encontró que 50,1% de las personas que acudieron a consulta pagaron por medicamentos; lo que representa 24,4% del total de la población⁽¹⁶⁾.

La muestra estudiada se encuentra en los deciles más altos de ingreso, condición que marca diferencia con el promedio nacional. Con respecto a este punto, se sabe que a mayor decil de ingreso, el porcentaje de gasto en salud disminuye, y se incrementa en los deciles más bajos. Esta relación se aprecia cuando se analiza el comportamiento del porcentaje entre el antes y después de la pandemia, época en la cual el ingreso familiar disminuyó^(1,17).

A pesar de que la encuesta de ingreso y gasto reporta como gasto de bolsillo en salud el 4,2% del gasto corriente monetario, el porcentaje aquí reportado fue 3,67%, sin embargo, cabe mencionar que este último valor se estimó con relación al ingreso familiar total⁽¹⁾.

La pandemia del Covid-19 dejó grandes secuelas a nivel mundial, no sólo en los diferentes sistemas de salud, sino también en el ámbito psicológico, social y económico. El presente este trabajo aborda este último punto, ya que hubo familias que perdieron el

empleo o que sus ingresos se vieron reducidos, lo que provocó que las familias con integrantes con alguna enfermedad crónica llevaran el control de su patología de forma privada, que desencadena que desviarán un cierto porcentaje de sus ingresos al cuidado de la salud^(1,5,7).

CONCLUSIONES

En conclusión, el porcentaje de gasto en salud en relación con el gasto corriente de nuestro estudio resultó ligeramente más elevado con relación a lo reportado en la Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares en 2020 en México. Sin embargo, se identificó que hubo un incremento relativo en el porcentaje de gasto después de la pandemia, en función de la disminución del ingreso familiar.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEGI. **Nota técnica Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH 2020**. [acceso 15 octubre 2022]. Disponible en: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH 2020. Nota técnica. (inegi.org.mx)
2. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. **Informe principal de resultados: Encuesta de Presupuestos familiares. 2018**. [acceso 15 octubre 2022]. Disponible en: informe-de-principales-resultados-viii-epf.pdf (ine.cl)
3. Cid C, Prieto L. **El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007**. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(4)310–16.
4. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arrendo S, Colchero MA, et al. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19**. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022. [acceso 20 octubre 2022]. Disponible en: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (insp.mx)
5. Pamplona F. **La pandemia de COVID-19 en México y la otra epidemia**. Espiral, 2020; XXVII (78-79):265-302. DOI <https://doi.org/10.32870/eees.v28i78-79.7208>
6. Rasul, F.B., Kalmus, O., Sarker, M. et al. **Determinants of health seeking behavior for chronic non-communicable diseases and related out-of-pocket expenditure: results from a cross-sectional survey in northern Bangladesh**. Journal of Health, Population and Nutrition. 2019; 38(48):2-14 DOI <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0195-z>
7. Organización Panamericana de la Salud. **Manejo de las personas con diabetes durante la pandemia de covid-19: consideraciones para los proveedores de salud**. [acceso 20 octubre 2022]. Disponible en: OPSNMHNVCOVID-19200021_spa.pdf (paho.org)
8. Llanos A, Méndez J. **Interrupción de los servicios de salud por covid-19. Implicaciones en el gasto de bolsillo. 2021**. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. [acceso 25 octubre 2022]. Disponible en: interrupcion_servicios_ENIGH-1.pdf (ciep.mx)
9. Knaul F, Arreola H, Wong R, Lugo D, Méndez O. **Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012**. Salud Publica Mex 2018; 60 (2): 130-140. <https://doi.org/10.21149/9064>
10. Cid C, Flores G, Del Riego A, Fitzgerald J. **Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe**. Rev Panam Salud Publica. 2021;45: 1-10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>.

11. Giménez E, Caballero R, Peralta N, Araujo J. **Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay.** Rev. Salud pública Parag., 2019 ;9(2): 46-52. <http://dx.doi.org/10.8004/rspp.2019.diciembre.46-52>
12. Krubiner C, Madan J, Kaufman J. **Balancing the covid19 response with wider health needs: Key decision-making considerations for low-and middle-income countries.** Center for Global Development. [acceso 25 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cgdev.org/publication/balancing-covid-19-response-wider-health-needs-key-decision-making-considerations-low>.
13. Díaz-González E, Ramírez-García J. **Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México.** Papeles de población, 2017; 23(91): 65-91. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.91.004>
14. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL, Gómez-Dantés O. **Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes.** Salud Publica Mex 2005;47 (1): 37-46.
15. Organización Panamericana de la Salud. **La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor.** [acceso 26 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275323823>.
16. Llanos A. **Eficacia del gasto en salud: Compra consolidada de medicamentos.** 2021. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. [acceso 27 octubre 2022]. Disponible en: <https://ciep.mx/4Ys7>
17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. **Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020,** OECD Publishing, Paris. [acceso 26 octubre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
18. Instituto Nacional de **Estadística y Censos de Costa Rica. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020.** [acceso 26 octubre 2022]. Disponible en: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares | INEC
19. Guerrero J. **Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas.** Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.13>



CONOCÉ NUESTRA PROPUESTA ACADÉMICA 2024



Programa de actualización
en medicina para
profesionales que tengan
su práctica orientada a la
atención ambulatoria.



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- **Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria.**
Dos modalidades de cursada:
 - Curso Superior con actividades asincrónicas.
 - Curso Residentes con encuentros sincrónicos quincenales y cinco encuentros presenciales.
- **Curso de acompañamiento y cuidado de la salud del niño menor de 2 años en Atención Primaria.**
- **Curso de acompañamiento y cuidado de la salud de la niñez de 2 a 11 años en Atención Primaria.**
- **Curso Demanda Espontánea I y II.**

Curso de investigación en Atención Primaria de la Salud: experiencia sobre módulo de búsqueda bibliográfica y gestores de citas.

Autores: Grande Ratti, María Florencia^a; Herrera, Ana Gabriela^b; Juana, Camila^c; Kopitowski, Karín Silvana^d; Godoy, Ana Carolina^e

^a Médica. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Investigadora Asociada CONICET. Investigadora Asistente IUHIBA.

^b Médica. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

^c Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

^d Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Directora del Departamento de Investigación IUHIBA.

^e Directora General de Integración Sanitaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Contacto:

maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 04/07/2023

Aceptado: 08/10/2023

RESUMEN

La Federación Argentina de Medicina Familiar y General apoyó el desarrollo, la difusión y la implementación de una propuesta educativa sobre investigación en atención primaria. Consiste en 4 módulos independientes, destinado para miembros interesados/as, con 2 encuentros virtuales teórico-prácticos, que favorecieran el intercambio de opiniones y experiencias entre colegas. El objetivo del primer módulo fue proporcionar conocimiento, brindar pautas y ofrecer herramientas para la búsqueda bibliográfica y el uso de gestores de citas. Se realizó difusión mediante sociedades y redes sociales. Se incluyó una evaluación individual, que diera cuenta de lectura complementaria y la aplicación práctica de los contenidos.

Se llevó a cabo en Junio, con 39 preinscripto/as, mayoritariamente residentes. Hubo 24 participantes efectivos (61%), asistieron 17 y 20 personas respectivamente, y 11 (46%) obtuvieron el certificado de aprobación por responder la consigna en tiempo y forma. En cuanto a los/as asistentes, hubo predominio de mujeres (79%), provenientes de Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (25%), Asociación Cordobesa de Medicina Familiar y Comunitaria (16%), Asociación Misionera de Medicina General/Familiar y del Equipo de Salud (16%), Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria (12%), y otras minorías. Expresaron satisfacción, agradecimiento y reconocimiento por la actividad, destacando la buena predisposición de organizadores y equipo docente, la utilidad práctica de la temática, la evidente planificación, y el apoyo político-económico. Esta valiosa experiencia educativa (planteada como necesidad pendiente) resultó exitosa, ya que los/as participantes demostraron un alto nivel de interés, de asistencia de diferentes provincias, y de compromiso. Los certificados emitidos otorgan créditos educativos válidos para la recertificación.

PALABRAS CLAVES: Médicos de Atención Primaria; Investigación Biomédica; Educación Continua.

ABSTRACT

The Federación Argentina de Medicina Familiar y General supported the development, dissemination and implementation of an educational proposal on research in primary care. It consists of 4 independent modules, intended for interested members, with 2 virtual theoretical-practical meetings, which favored the exchange of opinions and experiences among colleagues. The objective of the first module was to provide knowledge, guidelines and tools for bibliographic search and the use of citation managers. Dissemination was carried out through societies and social networks. An individual evaluation was included, to account for complementary reading and the practical application of the contents.

It was carried out in June, with 39 pre-registered participants, mostly residents. There were 24 effective participants (61%), 17 and 20 people attended respectively, and 11 (46%) obtained the certificate of approval for answering the instructions in due time and form. As for the attendees, there was a predominance of women (79%), coming from Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (25%), Asociación Cordobesa de Medicina Familiar y Comunitaria (16%), Asociación Misionera de Medicina General/Familiar y del Equipo de Salud (16%), Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria (12%), and other minorities. They expressed satisfaction, gratitude, and recognition for the activity, highlighting the good predisposition of the organizers and teaching team, the practical usefulness of the subject matter, the evident planning, and the political-economic support. This valuable educational experience (raised as a pending need) was successful since the participants showed a high level of interest, attendance from different provinces, and commitment. The certificates issued grant educational credits valid for recertification.

KEYWORDS: Physicians, Primary Care; Biomedical Research; Education, Continuing.

MARCO TEÓRICO

En la Atención Primaria de la Salud (APS) se potencia la integración docencia-asistencia-investigación mediante actividades asistenciales, visitas de terrenos, desarrollo de evaluaciones y/o investigaciones, intervenciones a nivel grupal/comunitario, y acciones de educación y promoción para la salud^[1].

La investigación en APS se caracteriza por su enfoque holístico, con énfasis de particular interés en la prevención, el diagnóstico oportuno, y la gestión de enfermedades crónicas no transmisibles. Se trata de un campo en constante evolución, donde los tópicos emergentes actuales están relacionados a modelos de atención centrados en el paciente, el uso de tecnologías de la información y la comunicación, abordando los determinantes sociales de la salud en la prevención y el automanejo y el empoderamiento de las personas (que se refiere a la capacidad y la responsabilidad que tienen los propios pacientes para cuidar y manejar su condición de salud, implicando una serie de habilidades y acciones que se llevan a cabo mediante un rol activo, promoviendo así la independencia).

Los estudios de investigación en APS suelen utilizar diseños observacionales (como cortes transversales o cohortes) y de intervención (como cuasi experimentales o antes-después, y muy pocas veces ensayos clínicos). A pesar del predominio de métodos cuantitativos^[2], también se utilizan métodos cualitativos (mediante entrevistas y grupos focales) para comprender mejor las experiencias y las perspectivas de los pacientes y/o de los propios profesionales de la salud, con el fin último de mejorar la calidad y la eficacia de la atención en este nivel.

Como especialistas en Medicina Familiar, Comunitaria y/o General, la investigación debería ocupar un lugar destacado en la formación profesional, porque capacitar a los/as médicos/as en APS en la comprensión de los métodos de investigación y la medicina basada en la evidencia podría ayudar a mejorar la situación, inculcando habilidades de pensamiento crítico, y fomentando un espíritu crítico, de reflexión, de escepticismo saludable y de diálogo^[3]. Sin embargo, no

todos los programas formativos lo disponen en la práctica, debido a la falta de tiempo protegido, de infraestructura y/o de recurso humano capacitado.

Por otro lado, la investigación en APS tiene su complejidad, explicada por su propio cuerpo de preguntas, métodos, perspectivas y usuarios^[4], ya que atendemos poblaciones heterogéneas (que incluye adultos, niños y embarazadas), vemos una alta prevalencia de multimorbilidad y polifarmacia, nos encontramos con una amplia variabilidad de situaciones clínicas desafiantes, y diversas realidades sociales.

Muchas son las disciplinas biomédicas que han reconocido la necesidad de mejorar los informes y los reportes de investigación^[5]; y esa notificación inadecuada contribuye al problema del desperdicio de la investigación y a la literatura gris^[6].

Por todo lo antedicho y la particular combinación única de tareas y entornos de práctica clínica que nos caracteriza, en APS es necesaria una base académica propia para la comunicación científica^[7].

En este contexto, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), que engloba a las Sociedades Científicas Provinciales de Medicina Familiar y General de la República Argentina, se propuso apoyar el desarrollo, la difusión y la implementación de un curso de investigación, que permitiera ofrecer herramientas para la redacción y la comunicación científica, destinado para sus miembros activos y potencialmente interesados/as.

OBJETIVOS

- Proporcionar conocimiento acerca del proceso de investigar y el desarrollo de un plan de trabajo en APS.
- Ofrecer herramientas para la escritura académica y la comunicación científica.
- Brindar pautas y estrategias para mejorar los informes de investigación en nuestra especialidad, haciendo hincapié en qué información debe incluirse como mínimo para ayudar a editores, revisores y lectores que

evalúan los métodos de estudio, la validez y la relevancia de los hallazgos reportados.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Estructura general del curso

La FAMFYG aprobó una propuesta edu-

cativa que incluye 4 módulos independientes (**Tabla 1**), para que los/las profesionales de la especialidad, para que pudieran elegir hacer 1 solo o los 4, en base a las necesidades individuales y la factibilidad práctica (por las fechas predefinidas en horario vespertino, con la intención estratégica de que estos encuentros antecedan al congreso anual).

Tabla 1. Programa del curso de investigación FAMFYG 2023

	Título	Contenido
Módulo 1	Búsqueda bibliográfica y gestores de citas	A. Introducción a bases de datos académicas (PubMed, Scielo, Latindex, Redalyc, Lilacs, Scopus) B. Qué es una búsqueda bibliográfica (en qué consiste, pasos) C. Cómo elaborar una estrategia de búsqueda bibliográfica en texto libre D. Cómo elaborar una estrategia de búsqueda bibliográfica con lenguaje controlado (MeSH, DeCs) E. Qué son y para qué sirven los gestores de citas F. Ejemplos de gestores bibliográficos G. Formatos de Normas más citadas (Vancouver y APA) H. Cómo usar Paperpile en la práctica
Módulo 2	Artículo científico cuantitativo, de estudios observacionales	A. Las secciones de un artículo: título, resumen, palabras clave, introducción, material y métodos, resultados (redacción, presentación de tablas y figuras), discusión, consideraciones éticas, referencias bibliográficas. B. Estructura IMRaD C. Guía de reporte STROBE D. Comunicación científica de estudios cuantitativos: presentación oral, posters, publicación en revistas científicas
Módulo 3	Artículo científico cualitativo	A. El diseño del estudio cualitativo, lenguaje, recolección de la información, análisis de los datos, informe de resultados B. Comunicación científica de estudios cualitativos: presentación oral, posters, publicación en revistas científicas.

Módulo 4	Relato de experiencia	<p>A. Recopilación de información previa a la escritura. Definición de objetivos del relato.</p> <p>B. Estructura del relato.</p> <p>C. Consideraciones sobre la elaboración del marco teórico y la discusión.</p> <p>D. Estilo de escritura.</p> <p>E. Autoría.</p>
-------------	-----------------------	--

Cada uno de estos módulos independientes consistirá en 2 encuentros virtuales de 2 horas cada uno, tipo taller teórico-práctico (que favorece al intercambio de opiniones y de experiencias entre colegas), de modalidad sincrónica a través de plataforma Zoom (que fomente la presencialidad a distancia), de participación grupal (que facilite la interacción entre provincias).

La asistencia a dichos encuentros otorgará un certificado de participación por 4 horas. Adicionalmente, los/as participantes que aprobaran la consigna de entrega asincrónica e individual, podían optar por obtener un certificado de aprobación por 8 horas. Mediante dicha instancia de evaluación, se daba cuenta de lectura complementaria y de la aplicación práctica de los contenidos abordados.

Ambos certificados serán emitidos por FAMFYG y darán créditos educativos para formación profesional continua, representando requisitos válidos para la recertificación como especialistas.

Desarrollo del módulo sobre búsqueda bibliográfica y gestores de citas

Las estrategias pedagógicas se planificaron mediante un modelo de enseñanza virtual, con la finalidad de brindar habilidades

y competencias de investigación clínica, de modo tal que pudieran participar profesionales de las diferentes provincias del país.

Se realizó la difusión a través de las propias asociaciones, y a través de las redes sociales (instagram, facebook y twitter). Se estableció un cupo máximo de 40 participantes para cerrar el formulario de inscripción.

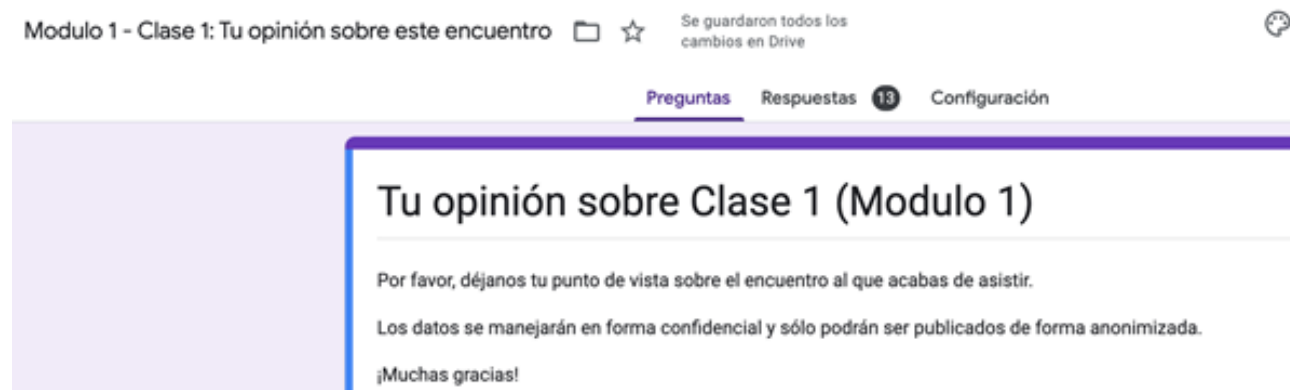
Se planificó un equipo docente conformado por 2 personas, un titular responsable (cuyo principal rol era el conocimiento académico teórico, las correcciones de evaluaciones y comunicación de notas), y un tutor acompañante (en quien se delegaron las funciones administrativas de tomar asistencia, la moderación del grupo, la atención al chat escrito para hacer interrupciones a tiempo en función de comentarios, y envío de recordatorios y material bibliográfico complementario).

Estas actividades educativas consistirán en exposiciones teóricas de un contenido introductorio y reducido, con ejemplos aplicados al campo de APS, y con pausas programadas para preguntas disparadoras a los/as participantes, con el fin de abrir al diálogo y fomentar el intercambio colectivo entre pares.

Se tomó presencia para el seguimiento longitudinal de los/as participantes (necesaria-

rio para la emisión de certificados), se grabaron los encuentros (previo consentimiento), y se registró una devolución al equipo docente coordinador, y la satisfac-

ción por parte de alumnos/as, a través de una encuesta anónima mediante un formulario electrónico de Google (**Figura 1**).



RESULTADOS

Los encuentros sincrónicos del primer módulo se llevaron a cabo el 7 y el 14 de Junio 2023 respectivamente. Hubo un total de 39 inscriptos/as, mayoritariamente mujeres (79,5%) y residentes en formación (61,5%), con interesados/as provenientes de Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (33,3%), Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria (28,2%), Asociación Cordobesa de Medicina

Familiar y Comunitaria (12,8%), Asociación Misionera de Medicina General/Familiar y del Equipo de Salud (7,7%), y otras minorías.

Sin embargo, 24 personas participaron efectivamente de esta experiencia educativa (61,5%). Hubo 17 presentes en el primer encuentro, y 20 en el segundo. La **Tabla 2** muestra las características de los/as participantes, en función de la emisión de certificados (de participación o de aprobación).

Tabla 2. Características de participantes del módulo 1 del curso de investigación FAMFYG 2023 (n: 24)

	Aprobaron (n: 11)	Participaron (n: 13)
Asociación		
ACOMFYG (Córdoba)	9,09% (1)	23,07% (3)
AMMEGEFES (Misiones)	18,18% (2)	15,38% (2)
AMMF (CABA)	18,18% (2)	30,76% (4)
FAMFYG	-	7,69% (1)
Revista	-	15,38% (1)
ATMFGYC (Tucumán)	18,18% (2)	7,69% (1)
ASaMeFa (Salta)	9,09% (1)	-
Otra	27,27% (3)	7,69% (1)

Sexo Femenino Masculino	81,81% (9) 18,19% (2)	76,92% (10) 23,08% (3)
Entregaron consigna en tiempo y forma	100% (11)	0% (0)
Aprobaron tarea asincrónica	100% (11)	0% (0)
Nota de evaluación 10 9 8 7	2 (18,18%) 4 (36,36%) 2 (18,18%) 3 (27,28%)	N/A

Con respecto al feedback sobre las actividades académicas propuestas en los encuentros sincrónicos, se obtuvieron los siguientes resultados (**Tabla 3**). La totalidad

manifestó que será muy probable que pueda poner en práctica lo aprendido, y que definitivamente recomendaría esta actividad a otras personas.

Tabla 3. Respuestas sobre feedback de cada encuentro sincrónico

	Clase 1	Clase 2
Número de presentes en el taller sincrónico	17	20
Tasa de respuesta	76,47% (13)	60,00% (12)
¿Por qué motivos decidiste inscribirte y participar de este Taller?		
Para aprender más sobre el tema	100% (13)	91,67% (11)
Para conocer formas de aplicar conocimientos	46,20% (6)	58,30% (7)
Porque una persona me lo recomendó	0% (0)	0% (0)
Por curiosidad	0% (0)	0% (0)
Otra	30,75% (4)*	0% (0)

¿Cuán probable es que puedas poner en práctica lo aprendido?		
Muy probable	100% (13)	100% (12)
Probable	-	-
Algo probable	-	-
Improbable	-	-
No sé/Prefiero no responder	-	-
¿Qué tan probable es que recomiendes esta actividad a otras personas?		
Muy probable	92,3% (12)	100% (12)
Probable	7,7% (1)	-
Algo probable	-	-
Improbable	-	-
No sé/Prefiero no responder	-	-
<p>*Otras:</p> <p><i>para incorporar herramientas para mi trabajo final de residencia</i></p> <p><i>me interesa presentar un trabajo en el congreso</i></p> <p><i>para incursionar en investigación</i></p> <p><i>me gustaría dedicarme a la investigación clínica</i></p>		

Los/as participantes expresaron agradecimiento y satisfacción por la actividad educativa proporcionada, destacando aspectos positivos como la buena predisposición de los organizadores (y el apoyo político y económico de FAMFYG), la utilidad práctica de la propuesta, y la evidente planificación. Algunos expresaron su deseo de recibir las grabaciones de los encuentros como parte de un repositorio, para poder volver a

visualizarla en algún otro momento, o poder compartirla con pares (por conflictos de horarios u otras responsabilidades profesionales que atentan contra la presencia de la agenda). En general, hubo un reconocimiento y un agradecimiento por el espacio proporcionado y por el desarrollo del curso, planteado como necesidad. La **Tabla 4** resume los aspectos académicos positivos (para mantener) y negativos que podrían mejorarse.

<i>Tabla 4. Feedback para el equipo docente sobre espacio académico (incluye verbatims).</i>	
Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<p>Los ejercicios y los ejemplos en simultáneo al contenido teórico.</p> <p><i>“me gusta que la presentación se acompañe de ejercicios en simultáneo”.</i></p> <p><i>“Excelente ejemplos en vivo”.</i></p> <p><i>“muy útil cuando hacen ejemplos en vivo</i></p>	<p>Más ejemplos.</p> <p><i>“Deseo de ver ejemplos en otros buscadores diferentes a PubMed”.</i></p> <p><i>“Más ejemplos para los que nos cuesta más, jaja”.</i></p>

<p><i>buscando desde las plataformas e implementando lo explicado” Más ejemplos.</i></p> <p><i>“Deseo de ver ejemplos en otros buscadores diferentes a PubMed”.</i></p> <p><i>“Más ejemplos para los que nos cuesta más, jaja”.</i></p>	
<p>La información concreta y el resumen que destaca los puntos clave.</p> <p><i>“pude entender cosas que no terminaba de entender antes”.</i></p>	<p>Ampliar contenido.</p> <p><i>“Posibilidad de recibir información previa orientativa sobre el tema”.</i></p>
<p>El intercambio de experiencias entre los participantes, y la oportunidad de compartir conocimientos.</p> <p><i>“me encanta el poder compartir conocimientos”.</i></p> <p><i>“La motivación constante a los participantes a investigar”.</i></p>	<p>Más tiempo de clase.</p> <p><i>“Tiempo para más ejemplos”.</i></p> <p><i>“el tiempo es limitado en dos módulos, quizás debería ser un poco más extenso o un tercer encuentro para prácticas”.</i></p>
<p>La dinámica docente.</p> <p><i>“es un tema muy importante pero que a veces se torna denso, y fue abordado de una manera muy dinámica y clara”.</i></p> <p><i>“Muy buena la clase! Me aportó muchas herramientas”.</i></p> <p><i>“la estrategia de la clase es excelente, dinámica, se nota la planificación que tienen”.</i></p> <p><i>“agradecer por el tiempo, la paciencia y la claridad de la explicación”.</i></p> <p><i>“La explicación desde cero de que es una cita y una referencia se agradece muchísimo; y la herramienta paperpile súper útil... ya la instalé”.</i></p>	<p>La velocidad de la docente.</p> <p><i>“Tal vez la velocidad al hablar ... me costó seguirla por momentos”.</i></p> <p><i>“Quizás ir más lento”.</i></p>
<p>El contenido abordado.</p> <p><i>“Gracias por la propuesta, es muy útil”.</i></p> <p><i>“Desconocía todo lo relacionado a gestores y me parece súper importante para la presentación de trabajos”.</i></p>	<p>Un descanso durante la sesión.</p> <p><i>“mmm, un mini <u>corte</u> tal vez”.</i></p>

Logística de coordinación.	Cuestiones de coordinación.
<p><i>“Destaco la buena predisposición de las organizadoras”.</i></p> <p><i>“Muchas felicitaciones por desarrollar este curso! Lo necesitaba...”.</i></p> <p><i>“Gracias por este espacio!”.</i></p>	<p><i>“Sugerencia de enviar un <u>recordatorio</u> un día antes del sincrónico para ayudar a la programación”.</i></p> <p><i>“El <u>horario</u>, estaría muy bueno que sea un poco más temprano” (haciendo referencia a que la propuesta era entre 19 y 21 horas).</i></p> <p><i>“me encantaría tener un <u>repositorio</u> con las clases grabadas y los materiales para revisar a futuro!!!!”.</i></p>

DISCUSIÓN

Esta experiencia educativa resultó exitosa, ya que los/as participantes demostraron un alto nivel de interés (39 personas completaron el formulario de pre-inscripción), de asistencia (hubo 17 y 20 presentes respectivamente), y de compromiso (61% obtuvieron certificado de participación y/o aprobación por parte de FAMFYG).

La evidencia demuestra la importancia de involucrar a los/as médicos/as de familia en la investigación de atención primaria como un requisito esencial para garantizar una mejor adopción y rutinización de las prácticas basadas en la evidencia y centradas en el paciente, y varias estrategias (ejemplos: compensación/incentivo, red de apoyo, y/o trabajo de especialidad con institución académica que avala) se han utilizado para eso a lo largo del tiempo^[8]. Sin embargo, la disponibilidad de cursos de investigación aplicados a la APS es escasa, y fueron muy elogiados los ejemplos prácticos relacionados a la Medicina Familiar y General durante el desarrollo de este módulo. Las tutorías de investigación también representan una opción que podría ayudar a abordar las brechas entre el conocimiento y la práctica en la investigación de APS^[9].

Estudios anteriores han demostrado que

la gamificación de los procesos de trabajo podían ser una solución positiva e innovadora para abordar los problemas contemporáneos en las organizaciones (que incluyen altos niveles de estrés, sentido de comunidad reducido, y cambios rápidos en la fuerza laboral, de los que no estamos exentos en los sistemas sanitarios), y que mejoran la productividad y el bienestar del personal^[10]. Esto también puede aplicarse a proyectos de investigación, porque se necesitan médicos/as de atención primaria competentes tanto en la práctica clínica como en la investigación para promover la práctica basada en la evidencia, la calidad de la atención y la seguridad del paciente en los entornos de APS^[11].

Por último, creemos y sostenemos que dar visibilidad a los resultados de las investigaciones realizadas es parte de un compromiso ético asumido como investigadores, y un compromiso académico de recompensa que se obtiene a título personal. Una publicación en revista científica genera prestigio, relaciones sociales y, por sobre todas las anteriores, moviliza el pensamiento científico alrededor de un problema o una inquietud, enfoca la manera particular de abordarlo un autor o grupo de autores para obtener determinado resultado en un contexto particular^[1].

Sin embargo, la estrategia para mejorar los informes de investigación se centran en

el contenido científico y el asesoramiento estructurado sobre qué información debe incluirse como mínimo para ayudar a editores, revisores y lectores a evaluar los métodos de estudio, la validez y la relevancia de los hallazgos, haciendo hincapié en las instrucciones o normas de las revistas para los autores^[12]. Aunque, es posible que las pautas desarrolladas por otras disciplinas no satisfagan adecuadamente las necesidades de la APS para cumplir con sus desafíos únicos en la implementación y aplicación de los hallazgos de la investigación en entornos variados para pacientes diversos^[7].

A pesar de esto, los profesionales y los residentes cuentan con poca experiencia y habitualmente carecen de instancias formativas para enfrentar los desafíos que impone la investigación y la redacción científica; por lo que este curso resultó extremadamente valioso y necesario.

REFLEXIONES FINALES

En función de esta experiencia educativa en desarrollo, destacamos el proceso de cambio y la iniciativa de FAMFYG, logrando cumplir con el viejo anhelo de reunir a las distintas asociaciones provinciales de medicina familiar y/o general de nuestro país en un espacio común, a pesar de la distancia física, y fuera del congreso científico anual que nos convoca.

Esperamos que esta estrategia aporte un granito de arena en vías de subsanar las inequidades en la capacidad de investigar, escribir y comunicar las producciones científicas, colaborando con oportunidades (por ejemplo, aumentando la tasa de aceptación en congresos), y con trabajos locales de calidad, publicables en la revista Archivos de Medicina Familiar y General (órgano oficial).

BIBLIOGRAFIA

1. López Puig P, Segredo Pérez AM. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *REMS*. 2013;27(2):259–68.

2. Godoy AC, Ávila SM. Estudio bibliométrico de la revista Archivos de Medicina Familiar y General de Argentina en el periodo 2011-2019. *Rev Mex Med Fam* 2020 Jul 1;7(3). Available from: http://www.revmexmedicinafamiliar.org/frame_esp.php?id=66

3. Polentinos-Castro E. Investigar durante la residencia: por el futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15(2):73–4.

4. Kidd M. The importance of being different: Inaugural Dr Ian McWhinney Lecture. *Can Fam Physician*. 2015 Dec;61(12):1033–8.

5. Altman DG, Simera I. A history of the evolution of guidelines for reporting medical research: the long road to the EQUATOR Network. *J R Soc Med*. 2016 Feb;109(2):67–77.

6. Glasziou P, Chalmers I. Research waste is still a scandal—an essay by Paul Glasziou and Iain Chalmers. *BMJ*. 2018 Nov 12;k4645.

7. Phillips WR, Loudon DN, Sturgiss E. Mapping the literature on primary care research reporting: a scoping review. *Fam Pract*. 2021 Jul 28;38(4):495–508.

8. Girard A, Dugas M, Lépine J, Carnovale V, Jalbert L, Turmel A, et al. Strategies to engage family physicians in primary care research: A systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2023 Feb;29(1):233–49.

9. McGuire CM, Yakubu K, Ayisi-Boateng NK, Motlhatlhedhi K, Ameh P, Fatusin BB, et al. Exploring gaps, strategies and solutions for primary care research mentorship in the African context: A workshop report. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 May 25;12(1):e1–4.

10. Oprescu F, Jones C, Katsikitis M. I PLAY AT WORK—ten principles for transforming work processes through gamification. *Front Psychol*. 2014 Jan 30;5:14.

11. Yakubu K, Colon-Gonzalez MC, Hodebecke K, Gkarmiri V, Hegazy NN, Popoola OO. Meeting report: "How do I incorporate research into my family practice?": Reflections on experiences of and solutions for young family doctors. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018 Apr 12;10(1):e1–6.

12. Simera I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Hoey J. Guidelines for reporting health research: the EQUATOR network's survey of guideline authors. *PLoS Med*. 2008 Jun 24;5(6):e139.

Conociendo las propiedades del Eucalipto, ¿un alivio para la tos?

Knowing the properties of Eucalyptus, ¿a cough relief?

Autores: Bazán, Luz^a; Antacle, Alberto^b; Pacheco, María^c

^a Residencia Medicina Familiar - OSPeCon Sede Tucumán - Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria.

^b Residencia Medicina Familiar - OSPeCon Sede Tucumán - Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria.

^c Residencia Medicina Familiar - OSPeCon Sede Tucumán - Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria

Contacto:

Av. Colón 1170 - San Miguel de Tucumán, Argentina.

Mail: luzpipibazan@gmail.com

Recibido: 12/05/2023

Aceptado: 01/08/2023

RESUMEN

El eucalipto se ha empleado popularmente para tratar afecciones respiratorias. Muchas veces en nuestras consultas como médicos de familia, los pacientes con problemas respiratorios nos preguntan sobre esta práctica y sus efectos en la salud. Por esto, decidimos hacer una búsqueda de la evidencia disponible.

Luego de realizar una búsqueda bibliográfica y seleccionar la evidencia más reciente y de mejor calidad, podemos decir, que el eucalipto tuvo un efecto estadísticamente significativo en comparación con el placebo en cuanto a los síntomas relacionados con la tos como así también en su frecuencia. Igualmente, concluimos que estos efectos del eucalipto sobre la tos en procesos respiratorios agudos, deberían tomarse con precaución, siempre informando a nuestros pacientes sobre la evidencia actual limitada disponible, sin olvidar las creencias de cada persona para la toma de decisiones.

ABSTRACT

Eucalyptus has been popularly used to treat respiratory conditions. Many times in our consultations as family doctors, patients with respiratory problems ask us about this practice and its effects on health. For this reason, we decided to do a search of the available evidence.

After conducting a literature search and selecting the most recent and best-quality evidence, we can say that eucalyptus had a statistically significant effect compared to placebo in terms of cough-related symptoms as well as their frequency. Likewise, we conclude that these effects of eucalyptus on coughing in acute respiratory processes should be taken with caution, always informing our patients about the limited current evidence available, without forgetting each person's beliefs for decision-making.

ESCENARIO CLÍNICO

En consultorio un paciente adulto asiste por presentar tos de una semana de evolución acompañado de congestión. Se le realizó el examen físico, donde sólo se observó fauces congestivas, se le indicó tratamiento sintomático por sospecha de un cuadro catarral, y consultó si realizar vapor de agua con eucalipto podría ser de ayuda para aliviar la molestia que le generaba la tos. Por esto, nos planteamos la búsqueda de la evidencia disponible en torno a este tratamiento en medicina folclórica de uso cotidiano en algunos lugares, con buenos resultados según la experiencia de los pacientes que utilizaron este recurso para aliviar la tos.

PREGUNTA CLÍNICA

En pacientes adultos con tos debido a infecciones respiratorias agudas, ¿el tratamiento con eucalipto (en diferentes presentaciones) produce mejoría sintomática de la misma?

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Realizamos una búsqueda en Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud y Elsevier, usando como palabras clave: tos/eucalipto/resfrío/bronquitis/infecciones del tracto respiratorio superior. En Pubmed utilizamos combinación de los términos Mesh: cough/eucalyptus/cold/bronchitis/upper respiratory tract infections.

Se agregaron filtros para incluir solamente revisiones sistemáticas (RSs) con/sin metaanálisis (MA) y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), de los últimos 5 años, sin restricción de idiomas, con fecha de corte de la búsqueda diciembre 2022. Se encontraron 47 artículos que fuimos descartando y se seleccionó el que mejor respondía a nuestra pregunta clínica.

ALGUNOS DATOS IMPORTANTES

En la medicina tradicional (MT), las especies con propiedades curativas han sido utilizadas por su disponibilidad, con fines medicinales principalmente en las poblaciones de escasos recursos y carentes de servicios básicos de salud^(1, 2). Es una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud. Su uso sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo. La OMS la define como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar⁽³⁾.

Alrededor del 65% de las personas en el mundo y hasta el 90% de la población de los países en desarrollo dependen de la MT para la atención primaria de la salud⁽⁴⁾.

La mayoría de los países de América Latina, utiliza plantas medicinales para el tratamiento de diversas enfermedades. En Ecuador el 80 % de la población aplica estos tratamientos, al igual que países como Perú, Bolivia, zonas rurales de Argentina, Brasil, etc^(5, 6).

Con el nombre de eucalipto, se conocen aproximadamente 900 especies arbóreas (300 contienen en sus hojas aceite esencial). En su mayor parte son de origen australiano y de Tasmania, en la actualidad introducidas en numerosas partes del mundo de clima subtropical o mediterráneo⁽⁷⁾.

Utilizado durante siglos como un remedio herbal aborígen tradicional, las hojas de eucalipto y sus aceites esenciales han encontrado diversas aplicaciones en la vida cotidiana. La antigua sociedad aborígen en Australia usó la planta para tratar los síntomas digestivos, respiratorios, detener el sangrado y cuidado de heridas, también para el alivio de dolores musculares, articulares y odontológicos.

La destilación al vapor de las hojas de

eucalipto genera un aceite rico en 1,8-cineol⁽⁸⁾. Este aceite presenta un olor fuerte, balsámico, aromático y sabor ligeramente amargo que deja sensación de frescura en la boca⁽⁷⁾. Es usado como descongestionante y para combatir infecciones respiratorias. Se usa como ungüento, pastillas, caramelos inhalantes, infusiones, jarabes o en vaporizaciones⁽⁹⁾. El eucalipto se ha empleado popularmente tanto por vía oral como inhalatoria, para tratar afecciones respiratorias como resfriados, dolor de garganta, faringitis, gripe, bronquitis, sinusitis, asma, neumonía, etc. Se elimina por vía pulmonar ejerciendo así su acción anti-séptica y expectorante, tiene también efecto antitusivo⁽⁷⁾ según la bibliografía consultada.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jicm.2021.0226>

Her, L., Kanjanasilp, J., Chaiyakunapruk, N., & Sawangjit, R. (2022). Efficacy and safety of Eucalyptus for relieving cough: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 28(3), 218–226. <https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0226>

Doi: 10.1089/jicm.2021.0226

TÍTULO: EFICACIA Y SEGURIDAD DEL EUCALIPTO PARA ALIVIAR LA TOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIOS⁽¹²⁾.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de *Eucalyptus globulus* Labill (Eucalipto) para aliviar los síntomas de la tos.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática (RS) y un MA. Se incluyeron ECAs hasta febrero de 2021 que evaluaron los efectos clínicos de cualquier formulación de eucalipto sobre la tos en pacientes con infección de vías respiratorias superiores e inferiores, bronquitis y enfermedades relacionadas con la infección de las vías respiratorias. Fueron

excluidos los estudios que investigaban el efecto del eucalipto sobre la tos causada por enfermedades crónicas, cáncer de pulmón, TBC, neumonía grave, inmunodeficiencia conocida, tos postextubación y fibrosis pulmonar. El resultado primario fue la eficacia clínica definida como la proporción de pacientes que lograron una mejoría o resolución de los síntomas generales de la tos. La mejoría o resolución de los síntomas generales de la tos se evaluó utilizando una escala de calificación verbal (YRS) que va de 0 a 3 (YRS: 0 = sin tos o curado, 1 = síntoma de tos mejorado de línea de base, 2 = síntoma de tos sin cambios desde la línea de base, 3 = síntoma de tos que empeora desde la línea de base). Esta evaluación incorporó todas las percepciones de la tos, incluida la intensidad o la gravedad, la frecuencia y la calidad de la tos en el mismo momento de la evaluación, por lo que se denominan síntomas generales de la tos. Se consideró paciente respondedor a aquel con mejoría o resolución de los síntomas generales de la tos (YRS = 0 o 1). Los resultados secundarios fueron la frecuencia y la gravedad de la tos, la calidad de la tos y los eventos adversos (EA).

Resultados: De los 340 artículos relacionados, se incluyeron 6 ECAs en esta RS, con 1866 participantes (870 hombres y 996 mujeres). De los 6 estudios, uno se realizó en Israel y cinco estudios se realizaron en Alemania. Todos los estudios fueron ECAs, doble ciego, multicéntricos. Solo un estudio tuvo un tamaño de muestra de menos de 100 pacientes. La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 44,85 años con un rango de 18 a 83 años. Cinco estudios utilizaron placebo como grupo control. La mayoría de los mismos usaron eucalipto en fórmula combinada por ejemplo con aceite de tilo o pino (4 de 6 estudios). En el MA de 4 estudios (N 1395) se encontró que los productos de eucalipto son más efectivos que el placebo en términos de mejora o resolución de los síntomas generales de la tos con un RR de 1,45 (IC del 95 % 1,26–1,67). Si bien todas las fórmulas de eucalipto en promedio redujeron la frecuencia de la tos, solo 2 estudios (N:655) tenían los datos suficientes para realizar MA que arrojó una diferencia

de media ponderada estadísticamente significativa de 0,44 (IC del 95 %: 0,28–0,60), en comparación con el placebo. No hubo eventos adversos graves asociados con el eucalipto durante los períodos de tratamiento. Los síntomas gastrointestinales de leves a moderados fueron comunes en ambos grupos de eucalipto solo o combinado.

Conclusiones: Según la evidencia actual, los productos de eucalipto pueden ser efectivos y seguros para aliviar la tos inducida por infecciones del tracto respiratorio superior. Sin embargo, se deben realizar más ensayos controlados aleatorios multicéntricos bien diseñados que investiguen los efectos a largo plazo de estos productos sobre la tos para respaldar la evidencia actual.

CONCLUSIONES

El interés de la humanidad siempre ha sido la búsqueda de la cura para sus enfermedades y dolencias, en ese sentido, las plantas vienen desempeñando un papel de vital importancia para la salud de la población⁽¹⁰⁾. Los conocimientos sobre el uso de las plantas medicinales han sido transmitidos de generación en generación, con expresiones en diversas prácticas culturales, históricamente sometidos a proceso de transformación⁽¹¹⁾.

Según la evidencia encontrada los productos que contienen el aceite esencial de las hojas de eucalipto, pueden tener efectos beneficiosos para el tratamiento de la tos producida por diferentes afecciones respiratorias.

En la revisión analizada en este artículo, la mitad de los estudios incluidos tenían alto riesgo de sesgo, alta tasa de abandonos, solo se evaluó la eficacia a corto plazo del eucalipto y los estudios tuvieron tiempos de seguimiento muy distintos.

En distintas guías de práctica clínica sobre infecciones respiratorias altas, no se nombra a la planta de eucalipto como tratamiento alternativo para mejorar la tos como síntoma^(12, 13).

Por todo esto, los efectos beneficiosos de la planta de eucalipto sobre la tos en procesos respiratorios agudos, deberían tomarse con precaución e informar a nuestros pacientes sobre la evidencia actual disponible para la toma de decisiones acorde a las expectativas, deseos y creencias de cada paciente.

Se requieren estudios farmacológicos, fitoquímicos y toxicológicos de flora medicinal, incluidas mezclas que realizan en los tratamientos, para la validación experimental de sus usos tradicionales, que en este tiempo se ha convertido en una alternativa para el tratamiento de las enfermedades respiratorias, especialmente en zonas en donde el acceso a los sistemas de salud es deficiente.

Declaración de conflictos de interés: los autores de la presente actualización no presentan ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Magaña Alejandro MA, Gama Campillo LM, & Mariaca Méndez R. "El uso de las plantas medicinales en las comunidades Maya-Chontales de Nacajuca, Tabasco, México". Polibotánica. Año 2010; vol: 29, 213–262.
2. Maldonado C, Paniagua-Zambrana N, Bussmann RW, Zenteno-Ruiz FS & Fuentes AF. "La importancia de las plantas medicinales, su taxonomía y la búsqueda de la cura a la enfermedad que causa el coronavirus (COVID-19)". Ecología en Bolivia. Año 2020; vol: 55(1), 1–5.
3. Estrategia de la OMS para medicinas alternativas 2014-2023. OMS [Internet]. Año 2013 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
4. Vandebroek I, Thomas E, Sanca S, Van Damme P, Van Puyvelde L & De Kimpe N. "Comparison of health conditions treated with traditional and biomedical health care in a Quechua community in rural Bolivia". Jour-

nal of Ethnobiology and Ethnomedicine. Año 2008; vol: 4(1), 1.

5. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihumán-Cusitito L & Romaní F. “Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú”. Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública. Año 2013; vol: 30(1), 64–68.

6. Jacob Paredes D, Buenaño Allauca MP & Mancera Rodríguez NJ. “Usos de plantas medicinales en la comunidad San Jacinto del Cantón Ventanas, Los Ríos–Ecuador”. Año 2015

7. Carretero ME, Ortega T. “Eucalipto en afecciones respiratorias” [Internet]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2018/5/8/122555.pdf>

8. Bielory L. “Complementary and alternative therapies for allergic rhinitis and conjunctivitis”. Up to Date. [Internet]. Año 2022 [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/complementary-and-alternative-therapies-for-allergic-rhinitis-and-conjunctivitis>

9. Bravo la Torre LK, Lopez Alvarez HMG. “Efectividad del eucalipto (eucalyptus), en la disminución de signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas en niños de 6 – 8 años – Institución Educativa San Ramón de Tarma – Abril – Junio del 2015” [Internet]. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Formación Profesional de Enfermería [Tesis]. Año 2015 [citado 11 de marzo 2022]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/240/1/Bravo%20la%20torre%20lisbeth%20katherine.pdf>

10. Santillán MPR, & Coico FRM. Plantas Utilizadas en Medicina Tradicional para Afecciones Respiratorias Virales. REBIOL. Año 2020; vol: 40(1), 109–130.

11. De-la-Cruz H, Vilcapoma G & Zevallos PA. Ethnobotanical study of medicinal

plants used by the Andean people of Canta, Lima, Peru. Journal of Ethnopharmacology. Año 2007; vol: 111(2), 284–294

12. Guía de Práctica Clínica “Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas” [Internet]. MSAL (2da. edición). Año 2011 [citado 26 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000263cnt-guia-integral-infecciones-resp-agudas.pdf>

13. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores. [Internet]. Ministerio de Salud de Perú. Año 2019 [citado 26 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2019/RD%20N%C2%B0%20000260-2019-DG-INSNSB%20INFECCIONES%20AGUDAS%20DE%20LAS%20V%C3%8DAS%20RESPIRATORIAS%20SUPERIORES.pdf>