

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

# ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 21 | NÚMERO 2 | JULIO 2024



ISSN 1852-656X  
CÓRDOBA- ARGENTINA



# ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

---

VOLUMEN 21 | NÚMERO 2 | AÑO 2024

---

## **FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

### **PRESIDENTA**

Karin Kopitowski

### **VICEPRESIDENTA**

Cecilia Astegiano

### **PRESIDENTE HONORARIO**

Mario Acuña

## **ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

Volumen 21, Número 2. Año 2024      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](mailto:julieta.ayude@hotmail.com)

---



# La ética en el ámbito de la Inteligencia Artificial en Atención Primaria de la Salud.

La Inteligencia Artificial (IA) aplicada en Atención Primaria de la Salud, que se podría utilizar para dimensiones clínicas, docentes, de gestión y de investigación<sup>[1]</sup>, plantea numerosos problemas éticos<sup>[2,3]</sup>. En consecuencia, la descripción de estos desafíos ha resultado el principal foco de la creciente literatura<sup>[4]</sup>. Algunos ejemplos concretos sobre preocupaciones éticas podrían ser: (a) el grave riesgo de inducir errores y perpetuar sesgos<sup>[5]</sup>, (b) la falta de transparencia<sup>[6]</sup>, y (c) la alteración de la rendición de cuentas<sup>[7]</sup>.

De la misma manera que la lectura crítica -entendida como un proceso sistemático y riguroso de evaluar la calidad, validez y relevancia de la evidencia científica- fue una herramienta esencial para la Medicina Basada en Evidencia, es hora de abordar los principales aspectos éticos relacionados en la IA para una correcta interpretación y aplicación en la práctica clínica<sup>[8]</sup>. Así, la ética en IA en medicina y ciencias de la salud implica asegurar que las tecnologías sean seguras, justas y respeten la privacidad de los pacientes (garantizando la protección de los datos personales de salud)<sup>[3]</sup>. Esto incluye varios aspectos como: asegurar la privacidad de los datos, la equidad, la transparencia, la responsabilidad y la preservación de la relación médico-paciente (**Tabla 1**).

<b>Tabla 1.</b> Dimensiones éticas de la Inteligencia Artificial en Atención Primaria de la Salud	
Privacidad y Confidencialidad	La recolección, almacenamiento y procesamiento de estos datos deben cumplir con estrictas normativas de privacidad para proteger la confidencialidad del paciente. En este proceso, resulta crucial la anonimización o desidentificación de datos personales para evitar la identificación de individuos y proteger su privacidad.
Equidad	Los sistemas de IA pueden inducir o exacerbar sesgos existentes si los datos de entrenamiento son sesgados. Es esencial desarrollar y utilizar algoritmos que sean justos y equitativos para todos los pacientes, independientemente de su raza, género, ó condición socioeconómica. Asimismo, los beneficios de la IA deberían estar disponibles para todos/as (no perpetuar barreras de accesibilidad tecnológicas, de alfabetización digital o socio-económicas).
Transparencia	Los pacientes deben ser informados de cómo se utilizan sus datos y las implicaciones del uso de IA en su atención médica. Deberían dar su consentimiento voluntario y explícito para el uso de sus datos en sistemas de IA.
Responsabilidad	Los sistemas de IA deben ser transparentes y explicables para que los/as profesionales de la salud puedan entender cómo y por qué un algoritmo llega a una determinada recomendación o decisión. En caso de discrepancias, la responsabilidad última de las decisiones clínicas tomadas con la asistencia de IA es del/la profesional.
Preservación de la relación médico-paciente	El uso de IA debe complementar y no reemplazar la relación humano a humano entre médicos y pacientes. Se debería evitar que la IA conduzca a una atención médica depersonalizada.

En APS, la IA socava una toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, planteando potencialmente una amenaza para la autonomía y la dignidad de las personas<sup>[9]</sup>. En este sentido, McDougall sostuvo que involucrar a la IA en las decisiones conlleva el riesgo de reintroducir un "modelo paternalista" disfrazado de una actitud de "*la computadora sabe más*"<sup>[9]</sup>. Sin embargo, no debemos permitir que la IA deteriore la humanización de dichos cuidados y no se trata de demonizar a la máquina, ni tampoco de tenerles miedo<sup>[10]</sup>. Se trata de ser cautelosos, de que tengamos muy claros sus límites, y nos obliguemos a reflexionar sobre un marco para su utilización. Hoy en día, nos encontramos forjando un recorrido sobre esta temática. Indudablemente, una implementación responsable de la IA, donde se cumplan los resguardos éticos, podrían mejorar la calidad de la atención médica y beneficiar a los pacientes y profesionales de la salud por igual.

Habiendo introducido esta discusión, tenemos el honor de invitarles al próximo XXII Congreso De la Federación Argentina de Medicina Familiar y General 2024, en la Provincia de Tucumán. Será una oportunidad única para: ampliar conocimientos, participar de debates, conocer trabajos científicos y establecer conexiones con colegas y redes con líderes de opinión. Estamos seguros de que las discusiones y aprendizajes que se generen durante estos días de encontrarnos de manera presencial contribuirán significativamente al progreso de nuestra práctica asistencial y, en última instancia, al bienestar de nuestros pacientes.

María Florencia Grande Ratti  
<https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>  
Comité Editorial de Revista Archivos de Medicina Familiar y General

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Cacace, Patricio. Vista de La Inteligencia Artificial en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL · Vol. 21, N° 1 · Marzo 2024. Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/273/247>

2. Gundersen T, Bærøe K. The Future Ethics of Artificial Intelligence in Medicine: Making Sense of Collaborative Models. *Sci Eng Ethics*. 2022 Apr 1;28(2):17.

3. Ética e inteligencia artificial. *Rev Ordem Med*. 2024 Mar 1;224(3):178–86.

4. Char DS, Shah NH, Magnus D. Implementing Machine Learning in Health Care - Addressing Ethical Challenges. *N Engl J Med*. 2018 Mar 15;378(11):981–3.

5. Jobin A, Ienca M, Vayena E. The global landscape of AI ethics guidelines. *Nat Mach Intell*. 2019 Sep 2;1(9):389–99.

6. Müller VC. Ethics of Artificial Intelligence and Robotics. 2020 Apr 30; Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/win2020/entries/ethics-ai/>

7. de Laat PB. Algorithmic Decision-Making Based on Machine Learning from Big Data: Can Transparency Restore Accountability? *Philos Technol*. 2018;31(4):525–41.

8. Ethics in Online AI-Based Systems. 2024.

9. McDougall RJ. Computer knows best? The need for value-flexibility in medical AI. *J Med Ethics*. 2019 Mar;45(3):156–60.

10. Gallego MDC. Inteligencia artificial: ¿por qué no puede ser? *Neurol Argent*. 2020 Jan;12(1):1–3.



# XXII CONGRESO NACIONAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

**XXII** Jornada Nacional de Residentes  
de Medicina Familiar y General

**IX** Congreso Nacional de Profesores  
de Medicina Familiar y General



**Sede Campus Universidad de San Pablo - T**  
**Av. Solano Vera y Camino a Villa Nougués**  
**San Pablo - Tucumán**

**6 al 9 de Noviembre 2024**

 [congresomf2024@gmail.com](mailto:congresomf2024@gmail.com)

 [www.congresofamfyg.com](http://www.congresofamfyg.com)

 [congresomedfam24](https://www.instagram.com/congresomedfam24)

# ÍNDICE



## ARTÍCULO ORIGINAL

PREVALENCIA DE LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN CENTRO MÉDICO DE BAJA COMPLEJIDAD.

OSORIO BEDOYA, J A.....PÁG. 5 - 15

## ARTÍCULO ORIGINAL

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: CARACTERIZANDO UNA POBLACIÓN POCO EXPLORADA.

PERONI, M L.....PÁG. 16 - 24

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

APORTES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES COMO SUJETO DE DERECHOS DESDE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA.

QUIROGA, A F.....PÁG. 25 - 32

## ARTÍCULO ORIGINAL

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD BELÉN, LOJA (ECUADOR).

REYES PINTA, J A.....PÁG. 33 - 39

# PREVALENCIA DE LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN CENTRO MÉDICO DE BAJA COMPLEJIDAD.

## *Prevalence of pharmacological non-adherence in adults with chronic diseases in a low complexity medical center*

Autores: Osorio Bedoya, Jaime Alberto<sup>1</sup>; Virgüez Ramos, Oscar Andrés<sup>2</sup>; Salamanca Velandia, Claudia Tatiana<sup>3</sup>; Pinzón Olmos, Tania Alejandra<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y especialista en Epidemiología. Universidad Pedagógica Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2611-8114>

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar. Docente de la Universidad Pedagógica Tecnológica de Colombia. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0009-672X>

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina Familiar y especialista en epidemiología. Universidad Pedagógica Tecnológica de Colombia. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6702-2448>

<sup>4</sup> Bacterióloga y laboratorista clínica, especialista en epidemiología, magister en salud pública. Empresa Social del Estado Santiago de Tunja / Universidad de Boyacá Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0344-9615?lang=es>

### Contacto:

jao137@gmail.com

Recibido: 19/01/2024.

Aceptado: 05/04/2024.

### RESUMEN

**Introducción:** la falta de adherencia farmacológica, siendo un problema de salud pública es una de las principales causas de incremento de la morbimortalidad, discapacidad y costos sanitarios en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. **Objetivo:** describir la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos con patología crónica que asistieron a un centro médico de la ciudad de Tunja, desde septiembre a noviembre del año 2022. **Materiales y métodos:** estudio observacional de corte transversal que incluyó adultos mayores de 18 años con enfermedad crónica no transmisible en el servicio de consulta externa de un centro de salud de baja complejidad, se recolectó los datos de las historias clínicas, se utilizó estadística descriptiva y Odds Ratio para análisis de asociación. **Resultados:** se analizaron 216 pacientes. La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico fue del 75%, el promedio de edad de pacientes con patología crónica fue 65,5 años, el sexo femenino representó el 56,9%, la mayoría de los casos tuvieron hipertensión arterial sistémica (94,4%), más de la mitad presentaron comorbilidades (73,1%) y el 45,3% estaban polimedicados. Los factores relacionados con la no adherencia farmacológica según el test de Morisky-Green fueron edad menor a 60 años ( $p=0,033$ ), sexo masculino ( $p=0,045$ ), consumo de alcohol ( $p=0,003$ ) y tabaco ( $p=0,003$ ), ausencia de comorbilidades ( $p=0,008$ ) y no polifarmacia ( $p=0,004$ ). **Conclusión:** la no adherencia farmacológica presentó una prevalencia, por encima a la reportada en la literatura y el principal factor asociado fue el consumo de tabaco. Los resultados obtenidos proporcionan conocimientos para nuevas investigaciones.

**PALABRAS CLAVE:** adherencia terapéutica, enfermedad crónica, prevalencia.

### ABSTRACT

**Introduction:** lack of pharmacological adherence, being a public health problem, is one of the main causes of increased morbidity and mortality, disability and health costs in patients with chronic non-communicable diseases. **Objective:** to describe the prevalence of non-adherence to pharmacological treatment in adult patients with chronic pathology who attended a medical center in the city of Tunja, from September to November 2022. **Materials and methods:** cross-sectional observational study that included adults over 18 years of age with chronic non-communicable disease in the outpatient service of a low-complexity health center, data was collected from medical records, descriptive statistics were used and Odds Ratio for association analysis. **Results:** 216 patients were analyzed. The prevalence of non-adherence to pharmacological treatment was 75%, the average age of patients with chronic pathology was 65.5 years, the female sex represented 56.9%, the majority of cases had systemic arterial hypertension (94.4%), more than half had comorbidities (73.1%) and 45.3% were polypharmacy. The factors related to pharmacological non-adherence according to the Morisky-Green test were age under 60 years ( $p=0.033$ ), male sex ( $p=0.045$ ), alcohol consumption ( $p=0.003$ ) and tobacco ( $p=0.003$ ), absence of comorbidities ( $p=0.008$ ) and no polypharmacy ( $p=0.004$ ). **Conclusion:** pharmacological non-adherence had a high prevalence above that reported in the literature and the main associated factor was tobacco consumption. The results obtained provide knowledge for new research.

**KEYWORDS:** treatment adherence, chronic disease, prevalence.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se definen como un grupo de patologías que no son de etiología infecciosa aguda, provocando consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia la necesidad de manejo farmacológico y cuidados permanentes<sup>(1)</sup>. La falta de adherencia farmacológica, es una de las principales causas que incrementa la morbimortalidad en los pacientes con ECNT, así como la realización de pruebas diagnósticas innecesarias, intensificación en los tratamientos, elevación en las tasas de hospitalización, de los costos de atención, insatisfacción y pérdida de la relación médico paciente<sup>(2)</sup>.

Según la organización mundial de salud (OMS), a nivel global las ECNT causan la muerte de 41 millones de personas cada año (74% de todos los fallecimientos), siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de mortalidad (17,9 millones de personas cada año), seguido de cáncer (9,3 millones cada año), enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones cada año) y diabetes mellitus (2 millones cada año)<sup>(3)</sup>. En América Latina, estas enfermedades provocan la muerte de 5,5 millones de personas cada año y 2,2 millones mueren antes de cumplir los 70 años<sup>(1)</sup>.

En Colombia para el año 2022 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de fallecimiento (50.159 habitantes), seguida de accidente cerebrovascular (ACV) (17.447 habitantes)<sup>(4)</sup>. En el departamento de Boyacá en el año 2019 la principal causa de muerte fue la cardiopatía isquémica seguido de ACV, con una tasa de mortalidad de 54,4 y 25,4 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente. En la ciudad de Tunja en el periodo comprendido entre el 2015 al 2019, las patologías del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar con un 30,8% (1.103 muertes) del total de defunciones<sup>(5)</sup>.

La adherencia ha sido definida por la OMS como el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponda a las recomendaciones acordadas con el profesional de la

salud. La tasa de no adherencia en las ECNT en países desarrollados se presenta alrededor del 50% pudiendo variar según la enfermedad, siendo mayor en países en vías de desarrollo<sup>(6)</sup>.

Es importante conocer la situación epidemiológica actual en la región, teniendo en cuenta que la falta de adherencia es un problema de salud pública por el alto impacto en morbimortalidad, discapacidad y costos sanitarios. El objetivo de este manuscrito pretende describir la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos con patología crónica que asistieron a un centro médico de la ciudad de Tunja, durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2022.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de corte transversal. La población de estudio fueron los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de ECNT, incluyendo hipertensión arterial (HTA) sistémica, diabetes mellitus (DM) tipo II, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), atendidos por el servicio de medicina familiar de consulta externa de un centro médico de primer nivel de atención de la ciudad de Tunja en el departamento de Boyacá, durante el periodo comprendido de septiembre a noviembre del año 2022.

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años confirmados con la ECNT durante el periodo de estudio y con consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión fueron los casos que no desearon participar en el estudio o con alguna condición mental o aguda que les impidiera el diligenciamiento del cuestionario, al igual aquellos con historias clínicas incompletas. La información de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes fue verificada en sus respectivas historias clínicas.

Las variables analizadas correspondieron a características sociodemográficas de la población (sexo, edad, lugar de residencia, ciudad, estado civil, ocupación, escolaridad y estrato socioeconómico); características clínicas como comorbilidades (HTA sistémica, DM

tipo II, ERC y EPOC), polifarmacia (consumo de 5 o más medicamentos al día), presencia de reacciones adversas y adherencia farmacológica según el test de Morisky Green; variables de factores de riesgo como el consumo habitual de bebidas alcohólicas (ingesta al menos una vez por semana durante el último año), consumo de tabaco y exposición al humo de leña; y las variables de factores asociados a la falta de adherencia medicamentosa.

El cuestionario de Morisky Green y Levine contiene cuatro preguntas con respuesta dicotómica si/no, reflejando la adherencia o no al tratamiento, si las cuatro preguntas responden no, se clasifica el paciente como adherente, cuando una o más de las cuatro preguntas responde si, se cataloga como no adherente<sup>(7)</sup>.

La información fue organizada con el programa Microsoft Excel 2013 licenciado y analizada con Epi info versión 7.2 de acceso libre. Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión, las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas; en el análisis bivariado se utilizó el estadístico Chi cuadrado para variables categóricas y se consideró significancia estadística a  $P < 0,05$ ; la medida estadística de asociación utilizada fue Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza (IC) al 95%. Los resultados se presentaron en tablas.

La presente investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución de salud, teniendo en cuenta lo estipulado en el título dos, capítulo 1, artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 que clasificó al estudio como bajo riesgo<sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS

De la población analizada de 216 pacientes con ECNT, el sexo femenino representó el 56,9%, la media de edad fue de 65,5 años con desviación estándar de 12,4, la mayoría de la población reside en el municipio de Tunja (95,4%), el estado civil casado representó el 41,7%, la ocupación más frecuente fue las actividades del hogar en un 53,7%, más de la mitad (64,3%) no superan el nivel educativo de primaria y el estrato socioeconómico dos fue el más frecuente en un 46,8% (tabla 1). La

prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico fue del 75% (n=162).

De los pacientes estudiados, la mayoría presentaron HTA sistémica (94,4%), seguido de DM tipo 2 (78,7%) y ERC (62,5%); más de la mitad de los casos (73,2%) presentaron comorbilidades (dos o más patologías crónicas), el 45,4% estaban polimedicados, el 13,4% presentaron reacciones adversas, el 31% aceptaron ser consumidores habituales de alcohol y el 13% de tabaco (tabla 2).

Se aplica el test de Morisky Green y Levine a todos los pacientes analizados para valoración de adherencia al tratamiento farmacológico encontrándose que el 46,3% olvidan alguna vez tomar los medicamentos, un poco más de la mitad (56,9%) olvidan consumirlos a la hora indicada, y dejan de tomarlo el 31,9% cuando se encuentran bien y el 40,3% cuando se sienten mal (tabla 3).

En la Tabla 4 se presentan los factores que se relacionan con la falta de adherencia farmacológica según cada ítem del test de Morisky-Green, teniendo presente que estos resultados son estadísticamente significativos:

- En la primera pregunta ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? El consumo de alcohol tuvo un OR de 2,5 (IC 95% 1,3-4,5), el consumo de tabaco un OR de 3,8 (IC 95% 1,5-9,6) y en pacientes no polimedicados un OR de 2,0 (IC 95% 1,1-3,5).
- En la segunda pregunta ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? La no polifarmacia mostró un OR de 1,8 (IC 95% 1,1-3,1).
- En la tercera pregunta ¿Cuándo se siente bien, deja de tomar medicamentos? El sexo masculino tuvo un OR de 1,8 (IC 95% 1,1-3,4), el consumo de alcohol un OR de 2,6 (IC 95% 1,4-4,7), ausencia de comorbilidades un OR de 2,4 (IC 95% 1,2-4,4) y la no polifarmacia un OR de 2,5 (IC 1,3-4,6).
- En la cuarta pregunta ¿Cuándo se siente mal, deja de tomar medicamentos? La edad menor a 60 años mostró un OR de 1,9 (IC 95% 1,1-3,5).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad crónica no transmisible de un centro médico. Tunja, Boyacá, septiembre a noviembre 2022.

Variable	n= 216	(%)
<b>Sexo</b>		
Femenino	123	56,9%
Masculino	93	43,1%
<b>Edad</b> (Promedio, Desviación Estándar)	65,5 (12,4)	
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbana	184	85,2%
Rural	32	14,8%
<b>Ciudad</b>		
Tunja	206	95,4%
Otros municipios	5	2,3%
Tuta	3	1,4%
Siachoque	2	0,9%
<b>Estado civil</b>		
Casado	90	41,7%
Soltero	41	19,0%
Viudo	41	19,0%
Divorciado	23	10,7%
Unión Libre	21	9,7%
<b>Ocupación</b>		
Hogar	116	53,7%
Otras ocupaciones	72	33,3%
Agricultor	14	6,5%
Comerciante	14	6,5%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria completa	69	31,9%
Primaria incompleta	42	19,4%
Secundaria completa	36	16,7%
Ninguna	28	13,0%
Secundaria incompleta	23	10,7%
Universidad	18	8,3%
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Estrato 2	101	46,8%
Estrato 1	79	36,6%
Estrato 3	35	16,7%
Estrato 5	1	0,5%

Fuente: elaborado por los autores.

**Tabla 2.** Características clínicas y factores de riesgo de los pacientes con enfermedad crónica no transmisible de un centro médico. Tunja, Boyacá, septiembre a noviembre 2022.

<b>Características</b>	<b>n= 216</b>	<b>(%)</b>
<b>Enfermedad crónica no transmisible</b>		
Hipertensión arterial sistémica	204	94,4%
Diabetes mellitus tipo II	170	78,7%
Enfermedad renal crónica	135	62,5%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	132	61,1%
Otras enfermedades	122	56,5%
<b>Número de patologías crónicas</b>		
2 o más patologías crónicas	158	73,2%
1 patología crónica	58	26,9%
<b>Número de medicamentos ingeridos al día</b>		
Menor a 5	118	54,6%
Mayor o igual a 5	98	45,4%
<b>Reacciones adversas</b>		
No	187	86,6%
Si	29	13,4%
<b>Consumo habitual de bebidas alcohólicas</b>		
No	150	69,0%
Si	66	31,0%
<b>Consumo de tabaco</b>		
No	189	88,0%
Si	27	13,0%
<b>Exposición al humo de leña</b>		
No	131	61,0%
Si	85	39,0%

Fuente: elaborado por los autores.

**Tabla 3.** Adherencia al tratamiento farmacológico según el Test de Morisky, Green y Levine en pacientes con enfermedad crónica no transmisible de un centro médico. Tunja, Boyacá, septiembre a noviembre 2022.

Pregunta	Respuesta			
	Si	%	No	%
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	100	46,3%	116	53,7%
¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	123	56,9%	93	43,1%
Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?	69	31,9%	147	68,1%
Si alguna vez se sienta mal, ¿Deja usted de tomar medicamentos?	87	40,3%	129	59,7%

Fuente: elaborado por los autores.

**Tabla 4.** Factores asociados a la falta de adherencia farmacológica según el Test Morisky, Green y Levine.

Características	n (%)	OR	IC 95 %	Valor p
<b>¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?</b>				
n=100				
Sexo masculino	46 (46%)	1,2	0,7-2,1	0,5
Edad <60 años	36 (36%)	1,4	0,8-2,6	0,237
<b>Consumo habitual de alcohol</b>	<b>41 (41%)</b>	<b>2,5</b>	<b>1,3-4,5</b>	<b>0,003</b>
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>20 (20%)</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5-9,6</b>	<b>0,003</b>
No comorbilidades	29 (29%)	1,2	0,6-2,2	0,611
<b>No polifarmacia</b>	<b>64 (64%)</b>	<b>2,04</b>	<b>1,1-3,5</b>	<b>0,015</b>
<b>¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?</b>				
n=123				
Sexo masculino	52 (42%)	0,9	0,5-1,5	0,898
Edad <60 años	41 (33%)	1,2	0,6-2,1	0,598
Consumo habitual de alcohol	42 (34%)	1,4	0,8-2,7	0,242
Consumo de tabaco	19 (15%)	1,9	0,8-4,6	0,194
No comorbilidades	38 (31%)	1,6	0,8-3,04	0,165
<b>No polifarmacia</b>	<b>75 (61%)</b>	<b>1,81</b>	<b>1,1-3,1</b>	<b>0,043</b>
<b>¿Cuándo se siente bien, dejan de tomar medicamentos?</b>				
n=69				
<b>Sexo masculino</b>	<b>37 (54%)</b>	<b>1,87</b>	<b>1,1-3,4</b>	<b>0,045</b>
Edad <60 años	26 (38%)	1,5	0,8-2,7	0,235
<b>Consumo habitual de alcohol</b>	<b>31 (45%)</b>	<b>2,6</b>	<b>1,4-4,7</b>	<b>0,002</b>
Consumo de tabaco	12 (17%)	1,8	0,8-4,2	0,204
<b>No comorbilidades</b>	<b>27 (39%)</b>	<b>2,4</b>	<b>1,2-4,4</b>	<b>0,008</b>
<b>No polifarmacia</b>	<b>48 (70%)</b>	<b>2,5</b>	<b>1,3-4,6</b>	<b>0,004</b>
<b>¿Cuándo se siente mal, dejan de tomar medicamentos?</b>				
n=87				
Sexo masculino	43 (49%)	1,5	0,8-2,6	0,157
<b>Edad &lt;60 años</b>	<b>35 (40%)</b>	<b>1,9</b>	<b>1,1-3,5</b>	<b>0,033</b>
Consumo habitual de alcohol	33 (38%)	1,7	0,9-3,1	0,074
Consumo de tabaco	12 (14%)	1,2	0,5-2,7	0,793
No comorbilidades	25 (29%)	1,1	0,6-2,1	0,721
No polifarmacia	53 (61%)	1,5	0,8-2,6	0,165

Fuente: elaborado por los autores.

## DISCUSIÓN

En la literatura se ha reportado<sup>(9-12)</sup> que la prevalencia de falta adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT es variable, pero en promedio no supera al 50%. En un estudio de corte transversal realizado por Bertoldo y colaboradores (2013), registraron que el 38% de los pacientes presentaron incumplimiento al tratamiento farmacológico<sup>(13)</sup>, mientras que Mora et al (2017), documentaron que el 55% no tenían adherencia medicamentosa<sup>(14)</sup>; además, la OMS estimó que un 50% de la población mundial con enfermedades crónicas no toman la medicación prescrita<sup>(6)</sup>, estos estudios no coinciden con los resultados de esta investigación, ya que la prevalencia encontrada fue mayor en el 75%.

Los hallazgos de esta investigación muestran que el sexo femenino representó la mayoría de los casos con ECNT, la media de edad fue de 65,5 años, la mayor ocupación son las actividades del hogar, el estrato socioeconómico más frecuente fue el dos y el nivel de educación más común fue la primaria completa, lo que concuerda con el estudio observacional realizado por Pérez (2021), demostrando que estas enfermedades tienen una alta asociación con el envejecimiento, es más frecuente en mujeres y afectan más a la población socialmente desfavorecida, es decir, a quienes tienen menos ingresos económicos, educación y apoyo laboral<sup>(15)</sup>.

Entre los resultados de este trabajo, se encontró que la HTA sistémica y la DM tipo 2 fueron las ECNT más frecuentes, no concordando con la revisión sistemática realizada por Gomez y colaboradores (2019), quienes registraron la prevalencia de HTA sistémica en un rango del 13% al 70% y DM en el 8%<sup>(16)</sup>; en los hallazgos de la investigación también se documentó que el 73% de los casos presentaron comorbilidades, probando que estas son frecuentes y aumentan con la edad, esto es sostenido por el trabajo realizada por Akker et al (1998)<sup>(17)</sup>. En el estudio europeo SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe), se observó que entre el 26 al 40% de

los adultos mayores presentaban polifarmacia, un porcentaje menor al de esta investigación (45,3%), el cual mostró que esta es más frecuente en mujeres, en edad avanzada y mayor número de ECNT<sup>(18)</sup>.

En los resultados del estudio, el principal factor asociado a la falta de adherencia farmacológica según el test de Morisky-Green, fue el consumo de tabaco con un OR de 3,8 (IC 95% 1,5-9,6), no coincidiendo con la investigación realizada por Llorca et al (2021) que mostraron un OR menor a 1,22 (IC 95% 1.04-1,43), lo que refleja que estos pacientes deben de ser identificados para evitar complicaciones, no solo por el consumo de tabaco sino por las consecuencias de la falta de adherencia<sup>(19)</sup>. Algunos autores<sup>(20,21)</sup>, han señalado que, a mayor número de medicamentos formulados es más probable el incumplimiento farmacológico, no concordando con este trabajo, ya que se observó la asociación de la no polifarmacia con la falta adherencia.

Durante la realización de la investigación se evidenciaron limitaciones tales como la falta de medición de otras variables que pudieran afectar la adherencia farmacológica, no contar con investigaciones previas de pacientes con ECNT de la institución elegida, y la poca literatura científica que presenten resultados importantes por cada una de las preguntas del test de Morisky-Green, aspecto innovador de esta investigación y de utilidad para el abordaje del paciente no adherente al tratamiento medicamentoso.

## CONCLUSIÓN

En la investigación, la no adherencia farmacológica en adultos con enfermedades crónicas presentó una alta prevalencia del 75%, cifra alarmante, la cual está por encima de los datos registrados en la literatura científica que incluye la información suministrada por la OMS. Los resultados de este estudio mostraron que la mayoría de los casos con ECNT fueron de sexo femenino, adulto mayor, baja escolaridad, estrato socioeconómico bajo, pacientes con HTA sistémica, DM tipo 2 y no

polimedicados; y los factores asociados a la falta de adherencia farmacológica según el Test Morisky-Green fueron el consumo habitual de alcohol, no polifarmacia, sexo masculino, no comorbilidades, edad menor a 60 años y el de mayor asociación fue el consumo de tabaco.

El test de Morisky-Green, siendo una herramienta práctica para la evaluación de adherencia farmacológica en pacientes con ECNT, debería ser implementado de manera rutinaria en la práctica médica diaria en todos los niveles de atención, con el fin de identificar a los pacientes no adherentes y reforzar las estrategias e intervenciones tales como información, comunicación y educación, mejorando la adherencia terapéutica y obteniendo un buen control de las patologías crónicas, disminuyendo el riesgo de morbimortalidad, discapacidad y costos sanitarios. Los resultados obtenidos de este estudio proporcionan conocimientos para nuevas investigaciones.

#### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los investigadores declaran no tener conflicto de interés.

#### AGRADECIMIENTOS

Se agradece al grupo de residentes de la tercera cohorte de medicina familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, por participar en la recolección de datos y gestionar con el comité de ética de la institución elegida.

#### FINANCIACIÓN

Los autores no reciben financiación de ninguna institución o empresa, asumen los costos totales de la elaboración y publicación del trabajo de investigación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases [internet]. [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
2. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega Juan. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd Grupo Ángeles. 2018;16(3):226-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases [internet]. 2023 [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones No Fetales 2022 [internet]. [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2022>
5. Gobernación de Boyacá - Secretaria de Salud. Análisis de situación de salud del departamento de Boyacá [internet]. 2022 [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/analisis-situacion-de-salud-de-los-municipios-de-boyaca-en-el-ano-2022/>
6. Pan American Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003 [internet]. [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>

7. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
8. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. [citado Diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
9. Kim S, Bennett K, Wallace E, Fahey T, Cahir C. Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018;74(3):357–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2388-y>
10. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open [Internet].* 2021;11(9):e044987. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044987>
11. Cheen MHH, Tan YZ, Oh LF, Wee HL, Thumboo J. Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract.* 2019;73(6):e13350. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13350>
12. Cáceres C, Lora AJ, Villabona SJ, Rocha MC, Camacho PA. Cumplimiento del tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas no transmisibles en la población colombiana: revisión sistemática y metaanálisis. *Biomédica.* 2023;43(Supl.3):51-65. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.7077>
13. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana de Farm.* 2013;47(4):468–74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
14. Mora G, Verdecia K, Rodríguez T, del Pino B, Guerra C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2017 Sep; 33(3): 270-280. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000300001&lng=es)
15. Pérez M. Características sociales, demográficas y de morbilidad de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo-Antioquia 2015-2019. Universidad de Antioquia; 2021, Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/19519>
16. Gómez LF, Mora M, Riascos S, Parra D. Prevalencias de diabetes e hipertensión en Colombia: Una revisión sistemática. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2019 Jan 30;37(1):87–95. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a13>
17. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(5):367–75. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00306-5](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00306-5)
18. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;78:213–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018>
19. Llorca CVY, Castell EC, Casado JMR, Ramos P de L, Ayestarán JLC, Blanco AC, et al. Factors Associated with Non-Adherence

to Drugs in Patients with Chronic Diseases Who Go to Pharmacies in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4308.  
Disponible en:  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18084308>

20. Hernández RB, Alonzo LE, Aguirre Pulido DD. Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de 20-60 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2, centro de salud Perla María Norori, año 2021. Repositorio Institucional, UNAN-León.  
Disponible en:  
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9150>

21. Alvarado-MendietaAJ, Cedeño-Laz JA, Gálvez-Mantuano SA, Mendoza-Arteaga KE, Ponce-Alencastro JA. Therapeutic adherence and complications of polypharmacy in the elderly: A literature review. *J. Microbiol Health Educ*. 2023;5(2):224-234.  
Disponible en:  
<http://journalmhe.org/ojs3/index.php/jmhe/article/view/46>

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: CARACTERIZANDO UNA POBLACIÓN POCO EXPLORADA

*Descriptive study of adults with type 1 diabetes: Characterizing an underexplored population.*

Autores: VIBOUD ARAMENDI, Clara<sup>1</sup>; REBECCHI, Pilar<sup>2</sup>; AMI, María Victoria<sup>3</sup>; TRAVERSO, Hector Luis<sup>4</sup>; GRANDE RATTI, María Florencia<sup>5</sup>; RUSSO, María Paula<sup>6</sup>; BURGOS, Mariana Andrea<sup>7</sup>; PERONI, María Leticia<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> Médica residente, Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires

<sup>2</sup> Médica residente, Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-9211-0247>

<sup>3</sup> Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-4140-4573>

<sup>4</sup> Médico, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires

<sup>5</sup> Médica, Área de Investigación en Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires. Investigadora Asociada CONICET, Argentina. Investigadora Asistente IUHIBA (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires), Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

<sup>6</sup> Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0297-7750>

<sup>7</sup> Médica, Área de Investigación en Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-6161-9147>

<sup>8</sup> Médica, Área de Investigación en Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-6937-3874>

## Contacto:

maria.peroni@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 15/09/2023

Aceptado: 20/06/2024

## RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica autoinmune, con una incidencia creciente a nivel mundial. Los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de los últimos años prolongaron la esperanza de vida, aumentando así el número de adultos con DM1.

Se realizó un corte transversal que incluyó 201 personas adultas con diagnóstico de DM1, afiliados activos a la prepaga institucional de un hospital de alta complejidad de Argentina a Marzo de 2020. Se consignaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, presencia de complicaciones, control glucémico y tratamiento farmacológico.

Hubo un porcentaje similar de hombres y mujeres (51,2%), con una mediana de edad de 45 años (IIC 31-59). Un tercio de la población era mayor de 65 años. La mediana de evolución desde el diagnóstico fue de 14,5 años, y la mediana de último valor de hemoglobina glicosilada fue de 7,9%. Entre las complicaciones microvasculares más frecuentes se mencionan pie diabético (18%), retinopatía (6%) y nefropatía (2%). Un 4% presentó enfermedad cardiovascular (infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y/o enfermedad vascular periférica). El 88% recibía tratamiento con esquema intensificado de insulina y 6% usaban infusores de insulina. En relación al tratamiento con antidiabéticos orales, solo 11% recibían metformina, mientras que el uso de otros antidiabéticos orales fue inferior al 4%.

En conclusión, este estudio proporciona valiosa información sobre las características de los adultos con DM1, dado que no hay demasiados estudios que aborden esta población.

**PALABRAS CLAVES:** Diabetes Mellitus Tipo 1, Epidemiología Clínica, Complicaciones de la Diabetes

## ABSTRACT

Type 1 diabetes mellitus (T1DM) is a chronic autoimmune disease, with an increasing incidence worldwide. Advances in diagnosis and treatment in recent years have extended life expectancy, thus increasing the number of adults with T1DM.

A cross-sectional study was conducted, including 201 adult individuals diagnosed with T1DM, active members of the institutional health plan of a high-complexity hospital in Argentina as of March 2020. The following variables were recorded: age, gender, comorbidities, presence of complications, glycemic control, and pharmacological treatment.

There was a similar percentage of men and women (51.2%), with a median age of 45 years (IQR 31-59). One-third of the population was over 65 years old. The median duration since diagnosis was 14.5 years, and the median of the last glycated hemoglobin value was 7.9%. Among the most frequent microvascular complications, diabetic foot (18%), retinopathy (6%), and nephropathy (2%) were mentioned. 4% had cardiovascular disease (acute myocardial infarction, coronary artery disease, stroke, and/or peripheral vascular disease). 88% received treatment with intensified insulin regimens, and 6% used insulin pumps. Regarding treatment with oral antidiabetic drugs, only 11% received metformin, while the use of other oral antidiabetic drugs was less than 4%.

In conclusion, this study provides valuable information about the characteristics of adults with T1DM, as there are not many studies that address this population.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus Type 1, Clinical Epidemiology, Diabetes Complications

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica, autoinmune, de etiología multifactorial, caracterizada por la destrucción de las células beta pancreáticas, que se acompaña de una pérdida progresiva de la capacidad de secreción de insulina y una consecuente hiperglucemia. La hiperglucemia crónica genera daño en múltiples órganos y tejidos, causando una elevada morbimortalidad<sup>(1)</sup>. Dado que el daño de las células beta es permanente, estos pacientes requieren tratamiento con insulina y monitoreo de glucosa de manera crónica<sup>(2)</sup>. Esto afecta considerablemente su calidad de vida y aumenta los costos, tanto para el paciente como para el sistema de salud<sup>(3,4)</sup>.

Hay escasos datos sobre la incidencia y prevalencia de DM1 en el mundo y una gran variación entre países, razas, edad, sexo, entre otros factores<sup>(5,6)</sup>. En Argentina, 4 centros participaron del estudio DIAMOND donde se reportó una incidencia de 6,89/100.000/año en 1985, y un aumento de la misma a 7,59/100.000/año en 1990<sup>(1)</sup>. Además, si bien la DM1 puede presentarse a cualquier edad, tradicionalmente el debut ocurre en la infancia, por lo que la mayoría de los estudios describen la prevalencia e incidencia en dicho grupo etario. Por ende, resultan escasos los datos epidemiológicos de DM1 en adultos pese a que el diagnóstico se ha incrementado considerablemente en esta población<sup>(3,4,7)</sup>.

Clásicamente la DM1 se presenta como un cuadro clínico caracterizado por poliuria, polidipsia y pérdida de peso. Si bien pueden darse cuadros severos como la cetoacidosis que lleva al coma, en general el daño de órganos y tejidos se produce luego de años de mal control de la glucemia generando ceguera, amputaciones, enfermedad cardiovascular y, eventualmente, la muerte<sup>(7)</sup>. Estas complicaciones, macro y micro vasculares, son las que, entre otros factores, reducen la expectativa y la calidad de vida de los pacientes y generan grandes pérdidas

económicas, tanto por aumentar los gastos en salud, como por la pérdida de productividad y jubilación temprana de los pacientes<sup>(1,4)</sup>. La situación es aún más crítica en los países de menores ingresos donde la morbimortalidad es mayor<sup>(3,4)</sup>.

En las últimas décadas, la expectativa de vida de los pacientes con DM1 ha crecido considerablemente debido a cambios en la accesibilidad a servicios de salud, medicamentos y tecnología sanitaria<sup>(1)</sup>. Sin embargo, no hay publicaciones locales que reflejen esta tendencia en América Latina.

Dado el considerable impacto de esta patología, tanto en los pacientes como en el sistema de salud, y los escasos datos disponibles en adultos, surge el propósito de realizar este estudio con el objetivo de describir las características de una población de adultos, con diagnóstico de DM1, que reciben atención en un centro de salud de alta complejidad ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Argentina.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal, en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Este es un centro de alta complejidad, de tercer nivel de atención. El estudio se realizó durante el mes de Marzo de 2020.

Se incluyeron todos los pacientes adultos (mayores de 18 años), con diagnóstico de DM1, afiliados activos a la prepaga institucional (Plan de Salud) a Marzo de 2020. No hubo criterios de exclusión.

Se utilizaron bases de datos secundarias, de alta calidad, para la recopilación de los datos. El investigador principal realizó la validación de los datos mediante la revisión manual de la historia clínica electrónica.

Las variables más relevantes que se recolectaron fueron: la presencia de comorbilidades, de complicaciones microvasculares (neuropatía, retinopatía y nefropatía)

y macrovasculares (enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular), parámetros del último laboratorio que se había realizado el paciente y el tratamiento farmacológico con el que se encontraba al momento de ser incluido en el estudio.

El análisis estadístico se realizó con el software STATA 17.0 (Stata Corporation, College Station, TX). Se utilizó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y el desvío estándar (DE), o la mediana y el intervalo intercuartílico (IIC) según su distribución; mientras que las variables categóricas se describieron mediante la frecuencia absoluta y frecuencia relativa en porcentaje.

## RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 201 pacientes. La mediana de edad fue de 45 años (IIC 31-59). El 37% tenía menos de 38 años y un tercio era mayor de 65 años. En relación al sexo, el 51% eran mujeres. Respecto a las comorbilidades, la mayoría de los pacientes presentaba normopeso con una mediana de Índice de Masa Corporal (IMC) de 24,4 kg/m<sup>2</sup> (IIC 22-28), y sólo 5,47% tenía obesidad. A su vez, el 30,35% presentaba hipertensión arterial (HTA), el 7,46% dislipidemia, el 21,39% fumaba activamen-

te, y el 1,49% tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Por otro lado, el 6,47% padecía depresión, y 2 pacientes tenían deterioro cognitivo.

En relación a la DM1, la mediana de años de evolución de la enfermedad fue de 14,5 años y la mediana de último valor de HbA1c fue de 7,9%, no obstante solo el 74% de los pacientes tenían evaluación de HbA1c en el último año. Se brindan detalles adicionales sobre las características de los pacientes en la **Tabla 1**.

La frecuencia de complicaciones tanto micro como macrovasculares, en general, fue baja. Las complicaciones microvasculares más frecuentes fueron pie diabético, seguidas de retinopatía y nefropatía con un 18,4%, 6,5% y 2,5% respectivamente. Respecto a las complicaciones macrovasculares, la enfermedad coronaria fue la más frecuente con una frecuencia de 3,48%. En relación al tratamiento de la DM1, el 88% recibía insulina y el 6% usaban microinfusores. Como terapias diferentes de la insulina, el 11% tenían indicado metformina, y 4% algún inhibidor del cotransportador sodio glucosa tipo 2 (SGLT2). A su vez, el 25% recibían estatinas. Se brinda información detallada en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Características clínicas. Se describen las características clínicas de los pacientes con DM1 que se incluyeron en el estudio.

<i>Características clínicas</i>	<i>Medida de frecuencia (n: 201)</i>
Edad (años) mediana - IIC	45 (31-59)
Años de evolución de DM1 <sup>1</sup> (años) mediana - IIC	14,5 (8-24)
Sexo femenino %(n)	51,24 (103)
IMC <sup>2</sup> mediana - IIC	24,4 (22-28)
HTA <sup>3</sup> %(n)	30,35 (61)
Tabaquismo %(n)	21,39(43)

Dislipidemia %(n)	7,46 (15)
Depresión %(n)	6,47(13)
Obesidad %(n)	5,47(11)
EPOC <sup>4</sup> %(n)	1,49(3)
Deterioro cognitivo %(n)	1,00 (2)
ICC <sup>5</sup> %(n)	0,50 (1)
<b>Complicaciones microvasculares</b>	
Pie diabético %(n)	18,41(37)
Retinopatía %(n)	6,47(13)
Nefropatía %(n)	2,49 (5)
<b>Complicaciones macrovasculares</b>	
Enfermedad coronaria %(n)	3,48(7)
ACV <sup>6</sup> %(n)	1,99(4)
EVP <sup>7</sup> %(n)	1,0 (2)
ECV <sup>8</sup> establecida %(n)*	4,5(9)
<b>Aspecto metabólico</b>	
Triglicéridos - Evaluación en el último año %(n) - Valor (mg/dL) mediana - IIC	70,65 (142) 79,00 (60-118)
HDL <sup>9</sup> - Evaluación en el último año %(n) - Valor (mg/dL) mediana - IIC	72,14 (145) 55,00 (45-65)
LDL <sup>10</sup> - Evaluación en el último año %(n) - Valor (mg/dL) mediana - IIC - Total - Con ECV diagnosticada - Sin ECV diagnosticada	70,65 (142) 98,00 (78-114) 62,00 (46-110) 98,00 (80-114)

HbA1c <sup>11</sup>	
- Evaluación en el último año %(n)	74,13 (149)
- Valor (%) mediana - IIC	7,90 (7,1- 8,9)
<b>Tratamiento farmacológico de DM1</b>	
Insulinoterapia (basal y/o rápida) %(n)	88,06(177)
Infusores de insulina %(n)	5,97 (12)
Metformina %(n)	10,95(22)
iSGLT2 <sup>12</sup> %(n)	3,98 (8)
Gliptinas %(n)	2,49 (5)
Liraglutida %(n)	1,99(4)
Pioglitazona %(n)	1,49(3)
<b>Otros tratamientos farmacológicos</b>	
Estatinas %(n)	25,37 (51)
IECA <sup>13</sup> %(n)	13,43(27)
AAS <sup>14</sup> %(n)	13,43(27)
Betabloqueantes %(n)	12,94(26)
ARA2 <sup>15</sup> %(n)	10,95 (22)
Ezetimibe %(n)	4,98 (10)
Tiazidas %(n)	4,48 (9)
Furosemida %(n)	2,49 (5)
Fibratos %(n)	1,49 (3)
Ahorradores de K %(n)	0,50 (1)

\* Antecedente de IAM, ACV y/o EVP - Abreviaciones: 1 - DM1: Diabetes Mellitus tipo 1; 2- IMC: Índice de Masa Corporal; 3- HTA: Hipertensión Arterial; 4- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; 5- ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva; 6- ACV: Accidente Cerebro Vascular; 7-EVP: Enfermedad Vascular Periférica ; 8 - ECV: Enfermedad Cardiovascular establecida; 9 - HDL: lipoproteína de Alta densidad; 10 - LDL: Lipoproteína de Baja densidad; 11 - HbA1C: hemoglobina glicosilada; 12-iSGLT2: Inhibidores del Cotransportador Sodio Glucosa tipo 2; 13 - IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina; 14 - AAS: Ácido Acetil Salicílico; 15 - ARA2: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina tipo II.

## DISCUSIÓN

Tradicionalmente se consideró a la DM1 como una enfermedad de comienzo en la infancia y adolescencia, motivo por el cual, la mayoría de los estudios epidemiológicos tienen su foco en ese grupo etario disponiéndose de pocos datos en adultos. Nuestro estudio, incluyó una población predominantemente adulta cuya mediana de edad fue de 45 años (+/- 10 años), ligeramente superior a la edad de la población incluida en otro estudio nacional, realizado en Mendoza en 2019, que tenía una mediana de 34,8 años<sup>(8)</sup>. Un tercio de la población de nuestro estudio tenía más de 60 años al momento de la inclusión, esto condice con la tendencia a nivel mundial observándose una proporción cada vez mayor de personas mayores de 60 años con DM1<sup>(9)</sup>. El hecho de que la población de nuestro estudio sea mayoritariamente adulta puede deberse a múltiples factores. En primer lugar, al tratarse de un centro de tercer nivel, de alta complejidad, el seguimiento de los pacientes es realizado por un equipo multidisciplinario. Por otro lado, se trata de una población de clase media alta, con buen nivel educativo, que dispone de una obra social o prepaga para afrontar el cuidado de su salud. Todo esto podría favorecer un mejor control metabólico en este grupo de pacientes reduciendo así la frecuencia de complicaciones y disminuyendo la morbimortalidad.

En relación al sexo, en nuestro estudio, el 51,2% eran mujeres, similar al estudio realizado en Mendoza que incluyó un 52% de mujeres<sup>(8)</sup> y similar a un estudio multicéntrico realizado en Argentina, en 2014, que incluyó un 55% de mujeres<sup>(10)</sup>. Si bien existen diferencias poblacionales, la información disponible muestra que los hombres serían afectados con mayor frecuencia por esta enfermedad<sup>(11)</sup>, así lo evidencian datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) que informa que la prevalencia de diabetes en mujeres entre 20-79 años es ligeramente menor que en los hombres (10,2% versus 10,8%)<sup>(9)</sup>. Se suele ver un ligero aumento de la prevalencia en hombres en países europeos y una mayor prevalencia en mujeres en

poblaciones originarias de Asia y de África<sup>(11)</sup>. No hallamos evidencias fisiopatológicas que justifique estas tendencias, creemos que este ligero incremento en el porcentaje de mujeres pueda deberse a que en la población Argentina en general y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en particular, hay más mujeres que varones, según los datos reportados por el último censo nacional<sup>(12)</sup>.

En relación a las comorbilidades, 5,5% de nuestros pacientes presentaban obesidad, este valor se encuentra dentro del rango reportado en otros estudios que informan tasas de obesidad en paciente con DM1 que se encuentran entre el 2,8% y 37,1%<sup>(13)</sup>. En relación a estudios realizados en nuestro país, fue menor a lo reportado en el estudio realizado en Mendoza que describe un 10% de pacientes con obesidad<sup>(8)</sup>, mientras que en el estudio multicéntrico realizado en Argentina en 2014, la mayoría presentaba sobrepeso, reportando una media de IMC de 25,1<sup>(10)</sup>. Respecto a la HTA, se observa una gran variabilidad en la prevalencia e incidencia en relación a la edad, la raza, años de evolución de la DM1, tratamiento, control metabólico y complicaciones macro y micro vasculares<sup>(11)</sup>. Nosotros hallamos que el 30,4% de nuestros pacientes presentaban HTA. Esto es ligeramente superior a lo reportado en uno de los primeros estudios que se realizó al respecto que fue el estudio EURODIAB IDDM, realizado en 16 países Europeos, en el año 1999. En este se informa una prevalencia de HTA del 24,3% en pacientes con DM1<sup>(12)</sup>. Investigaciones más actuales reportan prevalencias entre 35% y 45%, resultados similares a nuestros hallazgos<sup>(11)</sup>. Por otro lado, en el trabajo de Mendoza, se reporta una prevalencia de HTA entre el 16,4% y 53,6% siendo mayor en pacientes con sobrepeso y obesidad<sup>(8)</sup>. En relación a la dislipidemia, importante factor de riesgo para el desarrollo de ECV, hallamos que el 7,5% de nuestros pacientes la presentaban. La mayoría de los estudios que evalúan prevalencia de dislipidemia en pacientes con DM1 fueron realizados en niños y adolescentes. Así, un reciente estudio realizado en el Sur de India, reporta una prevalencia del 67,3% de dislipidemia en niños y adolescentes<sup>(13)</sup>. No encontramos reportes en estudios locales.

El antecedente de tabaquismo activo fue del 21,4%, valor que resulta similar al 20,2% informado en el estudio multicéntrico Argentino de 2014<sup>(10)</sup>, y consistente a lo reportado en un estudio realizado en el mismo año, en Estados Unidos, que informa un 20%<sup>(14)</sup>, a su vez es superior a un estudio realizado en Italia, en el año 2019, que reporta una prevalencia entre el 10 y 16%<sup>(15)</sup>.

En relación a la DM1, la media de años de evolución de la enfermedad en nuestra población fue de 14,5 años, ligeramente inferior al estudio argentino multicéntrico que informa una media de 17,4 años<sup>(10)</sup>. En relación al control glucémico, la mediana de Hb1AC en nuestro estudio fue similar a la del estudio multicéntrico Argentino de 2014 que informa una media de Hb1AC de  $8,0 \pm 1,5\%$  <sup>(10)</sup>.

En relación a las complicaciones micro y macrovasculares, en nuestra población fueron menos frecuente que lo informado por el estudio multicéntrico Argentino, que reportó 19,3% de neuropatía, 23,4% de retinopatía, 15,8% de nefropatía, y 4,3% de enfermedad coronaria<sup>(10)</sup>. Esta diferencia podría deberse a la forma en la que fueron recolectados los datos. Mientras que en el estudio argentino multicéntrico se hizo una recolección primaria prospectiva de los datos, en nuestro estudio fueron recolectados retrospectivamente, mediante revisión de la historia clínica, pudiendo haber un subregistro de estas complicaciones. A su vez, muchos pacientes de nuestro estudio no tenían la correspondiente valoración de daño de órgano blanco lo cual podría subestimar los resultados.

Al analizar el tratamiento, encontramos que la población de nuestro estudio usaba más tratamiento intensificado de insulina que lo reportado en el estudio multicéntrico Argentino (88% vs 75,1%), menos infusores de insulina (6% vs 8,6%), y menos metformina (11 vs 15,4%)<sup>(10)</sup>.

no pudimos recuperar. No obstante, es importante aclarar que la historia clínica electrónica de nuestra institución proporciona datos de alta calidad. También debemos

considerar que la validez externa de nuestros resultados puede verse limitada dado que la población del estudio incluyó pacientes de clase media-alta, que cuentan con una obra social o prepaga como cobertura de salud. y que viven, mayoritariamente, en Capital Federal, lo cual facilita el acceso a una amplia gama de tratamientos y controles. Por último, debemos tener en cuenta que, para determinar el control glucémico de los pacientes, no es suficiente el nivel de Hb1AC, sino que, también debería considerarse el tiempo en rango y los eventos de hipoglucemia, datos que no disponemos.

Pese a las limitaciones antes mencionadas, creemos que este trabajo tiene un gran valor dado que describe las características de un grupo de pacientes con DM1 que no suele abordarse en otras investigaciones y del que se dispone poca información local.

## CONCLUSIONES

El panorama de la DM1 en los adultos ha cambiado en el mundo debido a un mejor manejo de la enfermedad y sus comorbilidades, y a la aparición de nuevas terapias. Esto conllevó a un aumento en la expectativa y calidad de vida de esta subpoblación. El valor de nuestro estudio radica en su contribución para llenar un vacío de información sobre las características clínicas de la población adulta con DM1. Estos datos pueden servir como punto de partida para futuras investigaciones y ayudar a diseñar estrategias más efectivas en el cuidado de esta población.

## DECLARACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por el CEPI (Comité de Ética de Protocolos de Investigación) del Hospital Italiano de Buenos Aires. El número de aprobación es 6576. El número de registro en PRIISA es 8710.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los investigadores que han participado en el presente estudio declaran no presentar conflictos de interés.

## FINANCIAMIENTO

No se ha recibido financiamiento externo para la realización del estudio

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Díaz RA, Garibay-Nieto N, Wachter-Rodarte N, Aguilar-Salinas CA. Epidemiology of type 1 diabetes in Latin America. *Curr Diabetes Rev.* 2014 Mar;10(2):75–85.
2. Rafferty J, Stephens JW, Atkinson MD, Luzio SD, Akbari A, Gregory JW, et al. A retrospective epidemiological study of Type 1 Diabetes Mellitus in Wales, UK between 2008 and 2018. *IJPDS [Internet].* 2021 Apr 20 [cited 2023 Sep 25];6(1). Available from: <https://ijpds.org/article/view/1387>
3. Vanderniet JA, Jenkins AJ, Donaghue KC. Epidemiology of Type 1 Diabetes. *Curr Cardiol Rep.* 2022 Oct;24(10):1455–65.
4. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, Wang F, Colagiuri S, de Beaufort C, et al. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 Oct;10(10):741–60.
5. Forga L. [The epidemiology of type 1 diabetes: helping to fit the puzzle pieces]. *Endocrinol Nutr.* 2015 Apr;62(4):149–51.
6. Mobasser M, Shirmohammadi M, Amiri T, Vahed N, Hosseini Fard H, Ghojzadeh M. Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect.* 2020 Mar 30;10(2):98–115.
7. Gomez-Lopera N, Pineda-Trujillo N, Diaz-Valencia PA. Correlating the global increase in type 1 diabetes incidence across age groups with national economic prosperity: A systematic review. *World J Diabetes.* 2019 Dec 15;10(12):560–80.
8. Alejandra Cicchitti 2,3, Celina Bertona 2,3, Joaquín González 1,2,3, Norma Carrasco 2, Leticia Barrera 4, Raúl David 5, Laura Romero 6, Luis Biliato 2, Edgardo Trinajstic 2, Martín Rodríguez 1,2. En representación del Grupo de Estudio MENDODIAB-. SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 [Internet]. [cited 2022 Oct 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.47196/diab.v53i3.171>
9. Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS. Brussels: International Diabetes Federation;
10. Eva López González, María Ruiz Morosino, Alicia García, Silvia Milrad, Ángela Luongo, Solange Houssay, Cristina Varela, Claudio González. TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: ¿QUÉ VARIABLES IMPACTAN EN EL CONTROL GLUCÉMICO? [Internet]. [cited 2022 Oct 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.47196/diab.v48i2.207>
11. Katsimardou A, Imprialos K, Stavropoulos K, Sachinidis A, Doumas M, Athyros VG. Treatment strategies for hypertension in patients with type 1 diabetes. *Expert Opin Pharmacother [Internet].* 2020 Jul 2 [cited 2023 Nov 29]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2020.1729124>
12. Collado-Mesa F, Colhoun HM, Stevens LK, Boavida J, Ferriss JB, Karamanos B, et al. Prevalence and management of hypertension in type 1 diabetes mellitus in Europe: the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabet Med.* 1999 Jan;16(1):41–8.

13. Selvaraj M, Prasad HK, White S, Prasanna B, Sangaralingam T. Prevalence and Determinants of Occurrence of Dyslipidemia in Subjects with Type 1 Diabetes Mellitus. *Indian J Pediatr.* 2022 Apr 2;90(2):118–23.

14. Shah AS, Dabelea D, Talton JW, Urbina EM, D Agostino RB Jr, Wadwa RP, et al. Smoking and arterial stiffness in youth with type 1 diabetes: the SEARCH Cardiovascular Disease Study. *J Pediatr.* 2014 Jul;165(1):110–6.

15. Valerio G, Mozzillo E, Zito E, De Nitto E, Maltoni G, Marigliano M, et al. Alcohol consumption or cigarette smoking and cardiovascular disease risk in youth with type 1 diabetes. *Acta Diabetol.* 2019 Sep 6;56(12):1315–21.

# APORTES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES COMO SUJETO DE DERECHOS DESDE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA.

*Contributions to address the health of adolescents as rights holders from an anthropological perspective.*

*Autora: Ana Florencia Quiroga<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Antropóloga. Doctora en Ciencias Naturales. Grupo de Investigaciones y Etnográficas del Sur (GICES, IIESS - CONICET/Departamento de Economía - UNS). Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires.

**Contacto:** ana.flor.quiroga@gmail.com

Recibido: 02/05/2024

Aceptado: 01/07/2024

## RESUMEN

Este artículo se propone reflexionar en torno al reconocimiento de la condición jurídica de las y los adolescentes como sujeto de derechos en los procesos de atención de la salud de esta población. A partir de la autonomía progresiva y la participación directa entendidos como dos principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), se realiza un contrapunto entre las definiciones presentes en la política de salud en la adolescencia y las prácticas y sentidos puestos en juego por las/os profesionales de la salud. Las reflexiones se basan en el análisis de materiales etnográficos, producidos en una investigación realizada en la ciudad de Bahía Blanca, desde una perspectiva antropológica, centrada en la definición social de las edades. Para cerrar, se plantea una síntesis de algunos aspectos con el propósito de contribuir a la problematización de las nociones de adolescencia desde las cuales se brinda atención sanitaria de esta población. Y de favorecer el abordaje de la salud de las y los adolescentes como sujeto de derechos.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescencia, Atención de la salud, Antropología.

## ABSTRACT

This article aims to reflect on the recognition of the legal status of adolescents as subject of rights in the health care processes of this population. Starting from progressive autonomy and direct participation understood as two guiding principles of the Children's Rights Convention (CRC), a counterpoint is made between the definitions present in health policy in adolescence and the practices and meanings put into play by the health professionals. The reflections are based on the analysis of ethnographic materials, produced in an investigation carried out in the city of Bahía Blanca, from an anthropological perspective, focused on the social definition of ages. To close, a synthesis of some aspects is proposed with the purpose of contributing to the problematization of the notions of adolescence from which health care is provided to this population. And to promote the approach to adolescent health as a subject of rights.

**KEYWORDS:** Adolescence, Health care, Anthropology.

## INTRODUCCIÓN

En este artículo se presentan algunas reflexiones en torno al reconocimiento de la condición jurídica de las y los adolescentes como sujeto de derechos en los procesos de atención de la salud de esta población. A partir de los principios generales de autonomía progresiva y participación contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN), se realiza un contrapunto entre las definiciones sostenidas en las políticas de salud (específicamente el Programa de Salud Integral en la Adolescencia) y las nociones y valoraciones puestas en juego en las prácticas desplegadas en la atención sanitaria del grupo referido.

En primer lugar, se señalan como punto de partida algunas precisiones conceptuales para explicitar la posición y el enfoque sobre el cual se sustenta este trabajo. Luego se revisan críticamente las definiciones y prácticas en torno a la cuestión de la autonomía progresiva y la participación de las y los adolescentes. Y enseguida, se ofrece una concepción al respecto, considerando los sentidos asociados a la adolescencia como categoría social. Finalmente, se señalan algunas implicaciones de la posición sostenida para el abordaje de la salud de dicha población.

## APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Desde una mirada antropológica, niñez, infancia, adolescencia, juventud, entre otras, son categorías construidas socialmente. Esto implica que los sentidos ligados a esas categorías no son fijos e inevitables, sino que son variables a lo largo de la historia y en diversos contextos socioculturales. Tales sentidos se enmarcan en procesos y esquemas clasificatorios del curso de la vida en los cuales se atribuyen características particulares a cada etapa de la vida. Diferentes autores<sup>(1-8)</sup> han señalado que, todos los grupos humanos segmentan el curso vital en períodos a los que atribuyen ciertas propiedades, lo que sirve para categorizar a los sujetos y pautar su comportamiento en cada etapa.

En torno a cada una de esas edades (también referidas como grados o categorías de edad) se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias, actividades “adecuadas” para cada una de ellas e instituciones encargadas de controlar, normalizar ó eliminar desviaciones a las mismas. Las formas en que estos períodos, categorías y pautas se especifican culturalmente son muy variadas. Ni las fases en que se segmenta el curso de la vida humana, ni los contenidos culturales atribuidos a cada una de estas fases son universales, sino que tienen un carácter relativo en la medida en que difieren a lo largo de las coordenadas espacio y tiempo. A este tratamiento que cada grupo hace de las edades biológicas y cronológicas se denomina procesamiento social de las edades<sup>(5)</sup>, y es una demostración de que las edades se construyen. Asimismo, con el fin de aprehender la variabilidad de formas de las categorías de edad, algunas autoras<sup>(9)</sup> proponen articular al menos tres dimensiones: además del abordaje de la diversidad en términos de diferencias culturales; la dimensión de la desigualdad social fundada en la existencia de clases sociales, es decir, los condicionamientos derivados de la posición de los sujetos en la estructura social; y la dimensión de género.

## ADOLESCENCIA, SENTIDOS Y PRÁCTICAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

La CDN implicó un cambio radical en la forma de concebir la niñez. Su incorporación en la Constitución Nacional en 1994 planteó un nuevo marco jurídico que promovió un giro conceptual para las normas y políticas públicas: el reconocimiento de los niños, las niñas y adolescentes (en adelante NNA) como sujeto titular de derechos. De esta manera, se transformó el abordaje de la legislación al incorporarse el paradigma de la protección de derechos, sustituyendo al paradigma tutelar (representado en la Ley n° 10.903 conocida como “ley del patronato” ó “ley Agote”) del sistema de minoridad. NNA dejaron de ser considerados como un seres inacabados y mero objeto de disciplinamiento, protección, asistencia, control, etc.; ya no se definen a partir

de lo que les falta en relación a la persona adulta, sino que son sujetos con iguales derechos más una consideración especial de acuerdo al momento de desarrollo en que se encuentran<sup>(11)</sup>.

La CDN señaló principios generales que son las bases del paradigma de protección integral. Son derechos en sí mismos y asimismo guían la interpretación y ejercicio de los demás derechos establecidos. Este trabajo se enfoca en dos de estos principios rectores, que establecen un límite a las decisiones que las personas adultas toman sobre NNyA: el principio de autonomía progresiva planteado en el artículo 5 y el principio de participación directa contenido en el artículo 12 de la CDN que prescribe el derecho del niño a formarse un juicio propio, a expresar su opinión y ser oído.

En el artículo 12.1 la CDN<sup>(12)</sup> establece que: *"los Estados Parte garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez del niño"* (UNICEF, 2006, p. 13).

El efectivo ejercicio de este derecho es un reconocimiento de NNyA como sujetos activos de derechos que tienen la capacidad, la titularidad y la agencia para influir en temas relevantes para sus vidas, y no como meros receptores pasivos de la protección de las personas adultas. Según UNICEF<sup>(13)</sup>, el reconocimiento constitucional de este derecho, en conformidad a la CDN, implica garantizar la participación de NNyA en las decisiones que les afectan. La participación no solo es un derecho, sino también un principio general de la CDN para la realización de todos los demás derechos consagrados, y que no puede lograrse a menos que efectivamente NNyA se involucren directamente en los asuntos que les afectan.

Cabe destacar algunos aspectos enunciados en el derecho referido. Al establecerse, en el artículo 12 de la CDN, la obligación de

participar "al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio", el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (en adelante Comité) afirma en la Observación General n°12<sup>(14)</sup> párrafo 20 que, estos términos no deben verse como una limitación. Los Estados partes no pueden partir de la premisa de que un niño es incapaz de expresar sus propias opiniones. Al contrario, deben dar por supuesto que el niño tiene esa capacidad, reconocer que tiene derecho a expresarlas; es decir, no corresponde al niño probar primero que tiene esa capacidad. Asimismo, en el párrafo 21 el Comité hace hincapié en que el artículo n°12 no impone ningún límite de edad al derecho del niño a expresar su opinión y desaconseja a los Estados partes que introduzcan por ley ó en la práctica límites de edad que restrinjan el derecho del niño a ser escuchado en todos los asuntos que lo afectan.

Cuando se afirma que debe tenerse "debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez del niño", el Comité afirma en la Observación 12 párrafo 29 que, el artículo 12 deja claro que la edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. Establece que los niveles de comprensión de NNyA no están ligados de manera uniforme a su edad biológica y que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de su capacidad para formarse una opinión.

El principio de autonomía progresiva, plasmado en el artículo 5 de la CDN, afirma el derecho y la responsabilidad de padres, madres y cuidadores en general de proveer dirección y orientación apropiadas para que NNyA ejerzan los derechos reconocidos en la Convención "en consonancia con la evolución de sus facultades"<sup>(12)</sup>. Según UNICEF<sup>(13)</sup> la CDN reconoce la importancia de que las personas adultas transfieran el sentido de responsabilidad en la toma de decisiones a NNyA a medida que adquieren mayores niveles de competencia, de forma que sean cada vez menos dependientes de las personas adultas.

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (en adelante PNSIA) fue creado en el año 2007 con el propósito general de promover la salud integral de las y los adolescentes, contemplando estrategias que fortalezcan la calidad de los servicios de salud disponibles para esta población. Enmarca sus acciones en la CDN, así como en la Ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (ratificada en el año 2005). Entre las varias acciones que propone una refiere al proceso de capacitación con los equipos de salud para incorporar en su práctica cotidiana los marcos legales que garantizan el derecho a la salud dicha población. En este sentido desarrolló documentos tendientes a difundir los lineamientos referidos tanto al marco normativo como a su aplicación.

El PNSIA sostiene que el principio de la autonomía progresiva remite al reconocimiento de que la niñez y la adolescencia son periodos de la vida en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Ésta se define como la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente tomar decisiones. En los lineamientos para equipos de salud<sup>(15)</sup> destaca que la capacidad de discernimiento se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales: *“Es un proceso que se inicia a temprana edad y no guarda relación directa con la edad ni con los tiempos transcurridos sino con las características individuales, contextuales y sociales”* (Ariza Navarrete, 2015, p. 9). Y agrega que: *“Por ello no se deben aplicar límites etarios fijos para el ejercicio de derechos o el acceso a beneficios, ya que ello no se ajusta a la realidad de todos/as los/as NNyA y por tanto resulta arbitrario”* (Ariza Navarrete, 2015, p. 20). Este reconocimiento implica la sustitución del concepto de incapacidad por la consideración de que todas las personas son capaces y pueden ejercer sus derechos de forma directa, pero algunas requieren un acompañamiento (asistencia) adecuado a su capacidad de discernimiento individual.

Además de la flexibilización de los límites por edad para el ejercicio de derechos, de acuerdo con la CDN, el PNSIA propone que se deben desarrollar mecanismos para permitir que NNyA participen de forma significativa, de acuerdo con su autonomía progresiva. Y que para garantizar la participación efectiva se debe asegurar: que cuenten con la información necesaria para tomar decisiones además del acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. La necesidad de este acompañamiento decrece de acuerdo con el aumento del grado de autonomía de NNyA, es decir se transforma de dirección y orientación en recordatorios y consejos y más adelante en un intercambio en pie de igualdad; de manera tal que en la infancia se requerirá un mayor acompañamiento y en la adolescencia tardía se puede prescindir completamente de este para la toma de decisiones.

Si bien la política de salud refleja la normativa vigente e incluye la condición jurídica de NNyA como sujeto de derechos, en las prácticas desplegadas en la atención sanitaria persiste una visión tutelar de las y los adolescentes como objetos de protección por parte de las personas adultas. Esta visión se vincula a la representación de las y los adolescentes como personas inmaduras e incompletas, que posterga su derecho a la participación en los asuntos que les conciernen.

Entre los sentidos asociados a las y los adolescentes un relato común en las entrevistas realizadas a profesionales de la salud es la referencia a la “falta de madurez” que caracteriza a este grupo. Esta noción implica: la falta de responsabilidad en la toma de decisiones, la ausencia de inhibición de respuestas inapropiadas hacia otras personas, la falta de planificación de la acción, la incapacidad de ponerse en el lugar del otro, y de discernir entre lo que está bien y mal.

Explican que la inmadurez se vincula con el incompleto desarrollo del sistema neurológico que finaliza a la edad de 20 años y es entonces cuando la persona adquiere la capacidad de discernimiento. En palabras de una interlocutora clave entrevistada: *“El cerebro se va desarrollando desde el nacimiento hasta los*

20 años. Recién a los 20 años se completa la madurez del sistema neurobiológico, y la persona adquiere la capacidad del juicio crítico (...)" (10, m, p.m., g)<sup>2</sup>.

De esta manera, la (in)madurez y el incompleto desarrollo de la capacidad de tomar decisiones de las y los adolescentes es reconocida como resultado de un proceso natural, inscripto en la biología. Lo cual contrasta con los dispositivos de la política de salud que plantean que el desarrollo de la capacidad de discernimiento se relaciona con factores contextuales sociales además de las características individuales. Asimismo, el establecimiento de un límite fijo de edad, que sitúa a las y los adolescentes como incapaces de tomar sus propias decisiones difiere de los principios internacionales y constitucionales sobre los derechos de NNyA<sup>3</sup>.

La idea de inmadurez impregna los procesos de atención de la salud de las y los adolescentes. Sobre la base de la idea del incompleto desarrollo de su capacidad de discernimiento, las y los profesionales de la salud asumen la decisión sobre las cuestiones de salud en nombre de las y los jóvenes, prescindiendo de su intervención, como se advierte en el siguiente relato: "...cuando me traen a la chica de 14, y su mamá me dice: 'decile todo', ¿para qué digo yo? Si le va a entrar una parte y lo otro no lo va a comprender... porque está en una etapa de desarrollo. Los adultos solemos darles una autoridad y jerarquía a los adolescentes, que no la tienen por maduración. Es lo mismo que les pasa a los pediatras con los bebés, y te dicen: '¡me tomó el pelo! No duerme porque es caprichoso. Pobre chico, ¿qué sabe? si solo tiene 3 meses... Uno no puede entrar a discutir vos que quieres, es como el nene chiquito cuando va a poner los dedos en el enchufe. Si el niño va a explorar, la madre va a decir '¡no!' " (9, m, p.m., g)

Permea también el trato recibido por las y los jóvenes al acudir a un servicio de salud para solicitar atención, marcado por la reprimenda por parte del personal de salud. Una joven de 17 años entrevistada lo explicaba así: "cuando te ven en la guardia (se refiere a la guardia médica de 24 horas en centros de salud y hospitales), lo

primero que hacen es cagarte a pedos (se refiere con este término al acto de reprender a alguien, en este caso el/la profesional a la joven), después te atienden, pero ya porque sos joven no más, como que se creen con ese derecho de cagarte a pedos y después te atienden" (10, BR, 17, m)<sup>4</sup>.

De esta manera la noción de inmadurez afecta las posibilidades de brindar una atención a los y las adolescentes como sujetos de derecho. Bajo tal argumento se prolonga en las y los adolescentes la dependencia infantil de las personas adultas y se limita su participación en la toma de decisiones propias sobre los asuntos que les afectan. Hubo profesionales de la salud que identificaron que son las propias representaciones del sector salud las que impiden verlas/os "como sujetos de derecho, que tengan autonomía y participación"; y obturan las posibilidades de "pensar la salud con los adolescentes (en lugar de pensar la salud para ellos".

Entre otros sentidos puestos en juego en las prácticas de atención se destaca la idea de las y los adolescentes como seres incompletos y en preparación para la vida adulta. Durante el trabajo de campo se tuvo la oportunidad de realizar observación participante de talleres de educación sexual en establecimientos educativos de nivel secundario. Por ejemplo, en una de las reiteradas ocasiones una médica le decía al grupo de estudiantes que: "El DIU les va a permitir terminar el secundario, y acceder a estudios terciarios ó universitarios y quedarse tranquilos que nada malo les va a pasar". Explicaciones como esta connota una idea de tiempo unilineal, orientado hacia el futuro. Desde esta imagen del curso de vida y de la adolescencia como etapa particular, un embarazo es un acontecimiento que interrumpe el avance progresivo razón por la cual debe evitarse. Lejos de cuestionar la relevancia y necesidad tanto de desarrollar espacios de consejería y de educación sexual como de abordar el fenómeno de embarazo en la adolescencia, la invitación es a pensar en lo siguiente: ¿Qué idea sobre el curso de vida se pone en juego en esa explicación del uso del dispositivo intrauterino? Esa trayectoria educativa marcada por la educación media

primero y superior después ¿la vivencian de la misma manera todas/os las/os jóvenes?

A partir del relevamiento de los cursos de vida de jóvenes de 15 a 19 años de edad de un barrio de la ciudad de Bahía Blanca<sup>(16)</sup> se pudo identificar que los itinerarios biográficos difieren de la organización tripartita del trayecto de vida (niñez - adolescencia - adultez): los límites entre las edades sociales son difusos, si se miran con el lente del modelo tripartito hegemónico reproducido en el sentido común. En cuanto a la educación media, la escuela no tenía aquella misma valoración como paso previo para la educación superior universitaria transmitida en los talleres de educación sexual. Además, durante las estancias de trabajo de campo, se observó que paulatinamente iba perdiendo centralidad a lo largo de la trayectoria escolar de las y los jóvenes, ante las adversidades que plantean las condiciones de vida. Lo cual no quiere decir que la interrupción resulte en un abandono escolar definitivo, puesto que se han identificado situaciones de re vinculación escolar sobre todo entre las mujeres, entre quienes a partir de un embarazo se resignifica el pasaje por la escuela. De esta manera, en las trayectorias se presencia la interacción entre las condiciones materiales y los elementos subjetivos<sup>(18)</sup>. Entonces, representaciones de la trayectoria educativa como la expresada en la explicación del DIU, soslaya la variedad de experiencias educativas que atraviesan jóvenes de sectores populares, como la que se advierte a través del siguiente relato de una joven de 17 años de edad, las cuales según han observado diferentes autores<sup>(18-19)</sup> no son lineales, ni homogéneas, ni predecibles, e introducen la reversibilidad del tiempo:

*“Me acuerdo de haber participado en charlas, yo ya siendo mamá, y hasta era incómodo para mí misma, porque al momento de enseñar a prevenir ese embarazo en la adolescencia como que mostraban muchas cosas malas, y yo escuchaba y pensaba, pero si no fue así, ¡claro! realmente yo no lo viví de esa manera...decían prevenir el embarazo de joven porque tienes que terminar los estudios... Y si está bien están esas cosas y seguramente no las vas a poder hacer, como dicen ellos. Pero no las vas a poder hacer AHORA, no es que no las vas a poder hacer NUNCA MÁS en tu vida, no es así*

*tan drástico”* (subrayado en mayúscula de la propia interlocutora clave).

Los relatos de las jóvenes, como el recientemente presentado, cuestionan la visión evolucionista del tiempo, orientado hacia un fin único y que no admite alternativas<sup>(17)</sup>. E introducen la existencia de múltiples temporalidades: educativa, laboral, familiar, cada una de las cuales tiene su propio ritmo de cambio, rompiendo con la linealidad de la transición.

### **A MODO DE CIERRE: ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Pese a los marcos normativos vigentes, en las prácticas de atención sanitaria el derecho a la participación de las y los adolescentes es débilmente ejercido; y la noción de inmadurez posterga el ejercicio efectivo de ese derecho. Cabe destacar que, siguiendo a algunos autores<sup>(11)</sup> no se pretende ni disminuir ni mucho menos eliminar la responsabilidad que las personas adultas tienen en el acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. No obstante, el reconocimiento del papel activo de las/os adolescentes en este proceso entraña la diagramación de prácticas más flexibles. En ese sentido se esbozan algunas cuestiones tendientes a favorecer el abordaje de las situaciones de salud de las y los adolescentes como sujeto de derechos. El orden de la presentación de las mismas no sigue ningún criterio de mayor ó menor preponderancia. En definitiva, siguiendo la propuesta de algunas autoras<sup>(9)</sup> apuntan a problematizar las categorías de sentido común.

Primero, entender la adolescencia en términos de construcción no quiere decir que sea ficticia. Sino que se trata de una realidad social y no natural. Considerar algo como natural conlleva que eso está dado y es inmutable; por el contrario, considerarlo como construido socialmente implica que puede ser transformado y habilita el reconocimiento de diferentes formas posibles. La concepción de la adolescencia como mero estadio natural conlleva el problema de ligarnos a cierto modelo de características homogéneas explicables por una condición biológica; en cambio entendida como construcción social posibilita reconocer diversos modos

de vivir la adolescencia como categoría social, en lugar de entenderlas como adolescencias "anormales" ó que no corresponden a lo esperable o incluso como no-adolescencia.

Segundo, ¿Cómo pensamos a las y los adolescentes con quienes trabajamos: desde un "deber ser" (soslayando los condicionamientos socio-culturales), o atendiendo a cómo son? Y si partimos desde un deber ser, un modelo abstracto ¿Qué posición adoptaremos frente a las diferencias? Si el punto de partida es cierto modelo de adolescencia, y lo que se busca es que las y los jóvenes se adecuen de acuerdo a ese modelo, consideremos la posibilidad de que las acciones que propongamos no alcancen los resultados esperados y resulten contrarias a las vivencias de las/os jóvenes, tal como se ilustró con un ejemplo en el apartado anterior. Porque las directrices planteadas en aquel modelo no son las que están pudiendo construir y seguir muchas/os jóvenes con quienes trabajamos. En cambio, el reconocimiento de diferentes experiencias de vida contribuye a despojar nuestras prácticas de una representación abstracta de la adolescencia -y contrarrestar su efecto esencializador y normativo-. Ese reconocimiento involucra, al momento de planificar las acciones, el análisis de coordenadas socio-culturales: de clase social, pertenencia étnica, género, entre otras de manera interseccional<sup>(20)</sup>. Tales coordenadas permiten situar a las y los adolescentes, teniendo en cuenta las realidades de los sujetos sociales involucrados, para plantear acciones e intervenciones con más sustento de acuerdo a las mismas.

Tercero, es diferente la atención de las y los adolescentes según las/os pensemos como personas inmaduras e incapaces y depositarias/os de cuidados solamente ó, como sujeto de derechos que tienen capacidad de pensar, de actuar, e influir en temas relevantes para sus vidas. Y derivado de ahí, se generarán resultados distintos. Por la segunda vía, nuestras acciones e intervenciones las/os van a convocar y así podremos pensar la salud "con" ellas y ellos y no solo "para" ellas y ellos.

Por último, se espera que este punteo sirva de insumo para desarrollar prácticas de aten-

ción de la salud acordes a los estándares de la CDN, que entrañen una reflexión crítica de los propios presupuestos y que sean diferenciales adecuadas a contextos particulares; tanto para las y los trabajadores de la salud como en la formación de estudiantes de la Carrera de Medicina de la UNS en la que la autora se desempeña como docente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Feixa, C. Antropología de las edades. En Pratt, J. y Martinez, A. (editores). Ensayos de Antropología Cultural. Barcelona: Editorial Ariel; 1996. p.319-334.
2. Mead M. Adolescencia, sexo y cultura en Samoa. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1985.
3. Benedict R. Continuidad y discontinuidad del condicionamiento cultural. En: Irving Louis Horowitz (compilador). Historia y elementos de la sociología del conocimiento. Buenos Aires: EUDEBA; 1964. p.147-156
4. Adazsko, A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En Gogna, M. (ed). Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud de la Nación; 2005. 33-67.
5. Chaves, M. Los espacios urbanos de jóvenes en la ciudad de La Plata. La Plata: UNLP; 2005 [consultado marzo 2024]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4485>
6. Szulc, A. Diversidad, educación y niñez. Aportes desde la antropología. Novedades educativas. 2014; nro. 284: 29-39.
7. Colangelo M.A. La crianza en disputa. Medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930. Primera Edición. Los Polvorines: Ediciones UNGS; 2019.
8. Noceti M.B. Niñez en riesgo social y políticas públicas en la Argentina. Primera Edición. Bahía Blanca: EDIUNS. 2008.

9. Colangelo M.A. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Serie Encuentros y Seminarios. 2004 [consultado en marzo de 2024] p. 1-8. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>

10. Moro, J. Diez años del sistema de promoción y protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: un balance desde el Conurbano Bonaerense. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. 2018; vol. 8 (15): 107-137

11. Moro, J. La participación de niños/as y adolescentes bajo el prisma de la nueva ley provincial y su proceso de implementación. En: Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires). 2014. p. 1-11

12. Naciones Unidas [internet]. UNICEF Comité Español. Convención sobre los Derechos del Niño; 2006, Madrid. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

13. UNICEF [internet] Documento de trabajo nro 2 El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/6581/file/derecho%20a%20ser%20oído.pdf>

14. Naciones Unidas [internet] Comité de los Derechos del Niño. Observación general n° 12 El derecho del niño a ser escuchado. 2009. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7532.pdf>

15. Ministerio de Salud. Banco de recursos. Ariza Navarrete. Línea mientos sobre Derechos y Acceso de los y las adolescentes al sistema de salud, PNSIA. 2015. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>

16. Quiroga A.F. “Nosotros los del medio”. Cuando lo normal no constituye la regla. Una mirada antropológica acerca de la adolescencia. Revista científica de la Asociación Médica de Bahía Blanca. 2021; vol. 31 (1): 10-18

17. Rockwell, R. Temporalidad y cotidianidad en las culturas escolares. Cuadernos de Antropología Social. 2018; 47: 21-32.

18. Fainsod P. Pobreza, adolescencia y escuela media. Algunas reflexiones sobre las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y adolescentes madres en contextos de pobreza. En: VI Jornadas de Sociología, Buenos Aires. 2004. p. 1-18

19. Bracchi C. Descifrando el oficio de ser estudiantes universitarios: entre la desigualdad, la fragmentación y las trayectorias educativas diversificadas. Trayectorias Universitarias. 2016; vol. 2 (3): 3-14

20. Viveros Vigoya, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista. 2016; 52: 1-17

## NOTAS FINALES

<sup>1</sup> Los datos sobre los cuales se basan las ideas desarrolladas en este artículo de reflexión derivan de una investigación cualitativa etnográfica realizada por la autora sobre las representaciones sociales del embarazo en adolescencia existentes entre las y los jóvenes de 15 a 19 años de edad, entre las y los trabajadores de la salud, así como en las políticas de salud en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Se identifican las citas textuales de entrevistas realizadas a trabajadores de la salud de la siguiente forma: número de entrevista, mujer/varón, personal médico / personal no médico, especialidad)

<sup>3</sup> Cabe mencionar que el presente trabajo no contempla la regulación establecida por el Código Civil y Comercial referida a la capacidad de ejercicio de derecho de las personas menores de edad, es decir quienes no han cumplido 18 años. No es la intención en este trabajo comparar las diferentes normativas (internacionales, nacionales, provinciales, municipales. De cualquier manera, tampoco el Código Civil fue referido por parte de las/os trabajadoras de la salud como marco regulatorio de sus prácticas.

# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD BELÉN, LOJA (ECUADOR).

*Primary health care in older adults of the Belén Health Center, Loja (Ecuador).*

Autores: Reyes Pinta, Josselyn Antonieta<sup>1</sup>; Mejía Michay, Sandra Katerine<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Loja, Carrera de Medicina, Loja – Ecuador  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1914-4791>

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Loja, Carrera de Medicina, Loja – Ecuador  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1200-3626>

Contacto: [josselyn.reyes@unl.edu.ec](mailto:josselyn.reyes@unl.edu.ec)

Recibido: 22/04/2023

Aceptado: 17/06/2024

## RESUMEN

La calidad de atención primaria de salud parte desde la perspectiva individual del servicio recibido en cualquiera de los niveles de atención de salud. La presente investigación tuvo como finalidad identificar el tipo de experiencia de los adultos mayores que acuden al primer nivel de atención primaria del Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022. Con un enfoque cuantitativo en una población de 91 adultos mayores, a quienes se aplicó el Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) donde la experiencia en la calidad de atención dentro de la calificación general ( $\geq 6,6$ ;  $< 6,6$ ), obtuvo predominio en el sexo femenino 52,75% (n=48) con respecto al 47,25% (n=43) del sexo masculino. La confiabilidad del cuestionario empleado se midió utilizando la prueba estadística de alfa de Cronbach con un valor de 0.79, considerado aceptable. Con los resultados obtenidos se evidencian que la calificación global de la calidad de atención fue alta sin embargo, existen deficiencias en los atributos de la atención primaria dentro del centro, además de un predominio en la consulta de la población femenina con todos los grupos etarios acude con mayor frecuencia con respecto a la masculina.

**PALABRAS CLAVES:** Primer Nivel de Atención, Centros de Salud, Atención a la Salud.

## ABSTRACT

The quality of primary health care starts from the individual perspective of the service received at any of the levels of health care. The purpose of this research was to identify the type of experience of older adults who attend the first level of primary care at the Belén Health Center in the period June - December 2022. With a quantitative approach in a population of 91 older adults, whom The Primary Care Assessment Tools Questionnaire (PCAT – adult users) was applied where experience ties in the quality of care within the general rating ( $\geq 6.6$ ;  $< 6.6$ ), obtaining a predominance in the female sex 52,75% (n=48) compared to 47.25% (n=43) of the male sex. The reliability of the questionnaire used was measured using the Cronbach's alpha statistical test with a value of 0.79, considered acceptable. The results obtained showed that the overall rating of the quality of care was high, however, there are deficiencies in the attributes of primary care within the Belén Health Center, in addition to a predominance in the consultation of the female population with all the age groups attend more frequently compared to men.

**KEYWORDS:** First Level of Care, Health Centers, Health Care.

## INTRODUCCIÓN

Históricamente el acceso y la calidad de la atención primaria en salud se han catalogado como un problema dentro de los sistemas de salud pública alrededor del mundo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2021 mencionó que la atención primaria en salud en varios países latinoamericanos constituye la base del sistema de salud público, pese a esto alrededor de una tercera parte de las personas (29,3%) reportaron no buscar atención cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso<sup>(1)</sup>, en 2023, según datos publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) muestran que hay 23 médicos y 33 enfermeras por cada 100.000 habitantes en América Latina y el Caribe, estos factores tienen un impacto particular en los países en desarrollo, como consecuencia los grupos más vulnerables los más afectados<sup>(2)</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): La Atención Primaria de Salud (APS) es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos<sup>(3)</sup>.

Entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%, en la actualidad, el número de personas de 60 años ó más ya supera al de niños menores de cinco años, para el 2050 será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, cerca del 65% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos<sup>(4)</sup>.

En Ecuador según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos INEC, según datos de su último censo poblacional contabilizó 1.520.590 personas de 65 años y más y se pudo identificar que hay más mujeres adultas mayores 53.6% (815,136) que 46,4% (705.454) de hombres. Con un incremento

del 6,2% en 2010 al 9% en 2022. Dentro del territorio Loja es la provincia que concentra más adultos mayores con relación al tamaño de su propia población 11,9% (57.799)<sup>(5)</sup>.

En Ecuador, el Código Orgánico de Salud aprobado en 2020 ampara la atención integral a las personas adultas mayores<sup>(6)</sup>. En su último reporte el Ministerio de Inclusión Económica y Social reporta que en Ecuador representan una proporción del 8.03%.

Por tal motivo la presente investigación estuvo dirigida a los estudiantes, personal médico y administrativos de salud, quienes se encuentran íntimamente involucrados en la atención de pacientes dentro del APS, igualmente permitió tener un indicio y una visión amplia de las deficiencias percibidas por los pacientes adultos mayores. Por consiguiente, se involucra a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>(7)</sup>, particularmente relacionado al tercer objetivo Salud y Bienestar. Por lo tanto, nos propusimos determinar el impacto de la APS en la calidad de atención primaria que reciben los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén (Loja, Ecuador).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Belén, ubicado en Loja, una ciudad del sur de Ecuador, que forma parte de los centros de atención de primer nivel del Ministerio de Salud Pública. El Centro de Salud Belén se encuentra ubicado al noroccidente de la ciudad, su área de influencia se extiende entre los Barrios y sectores de Belén, Borja, Clodoveo Jaramillo, el Bosque, San Vicente, San José, Las Pitas (parte alta) y Bolacachi Alto.

El estudio fue un corte transversal observacional de enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos se realizó en una población de 91 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Belén de la ciudad de Loja, a los cuales se les aplicó el cuestionario de Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos).

Este cuestionario fue diseñado por Starfield en los Estados Unidos con el fin de valorar las características de la atención primaria de salud en los servicios del primer nivel de atención. Constituye una familia de instrumentos aplicados en formato encuesta, que se aplican a profesionales de los servicios de salud, gestores o usuarios<sup>(8)</sup>.

Existen numerosos instrumentos que permiten evaluar la atención de la salud, dentro de estos el PCAT ha sido considerado uno de los más completos, ya que fue elaborado sobre la base del modelo antes mencionado permitiendo obtener las valoraciones o puntos de vista de diversos actores del sistema sanitario.

Está formado por cuatro cuestionarios que permiten obtener los puntos de vista de gestores de políticas sanitarias o expertos a nivel de sistemas de salud, gestores de recursos de APS como directores de centros o profesionales en representación de un equipo de salud, profesionales de la salud que pueden informar sobre los servicios específicos que ellos proveen y usuarios que pueden brindar información de gran utilidad en función de sus experiencias con su fuente de servicios de APS. Para el desarrollo de este trabajo se aplicó el cuestionario de PCAT-usuarios adultos (Tabla 1) que proporciona información sobre la experiencia de las personas de la población en cada una de las funciones esperables de los servicios.

**Tabla 1.** Estructura del PCAT según atributos de atención. Categorización según Barbara Starfield y correspondencia con secciones del formulario PCAT.

Categoría	Dominios PCAT	Atributos de la atención
Atributos Fundamentales	Acceso a primer contacto	Uso
		Accesibilidad
	Longitudinalidad	Longitudinalidad
	Coordinación	Integración de cuidados
		Sistemas de información
	Integralidad	Servicios disponibles
Servicios prestados		
Atributos complementarios	Orientación Familiar	Orientación Familiar
	Orientación Comunitaria	Orientación Comunitaria
	Idoneidad cultural	Idoneidad cultural

Los ítems del instrumento de evaluación de la APS se responden mediante la siguiente escala de Likert:

- Definitivamente sí = 4 puntos
- Probablemente sí = 3 puntos
- Probablemente no = 2 puntos
- Ciertamente no = 1 puntos
- No lo sé / no recuerda = 9 0 2 puntos

Los valores del 1 al 4 de cada respuesta se utilizan para calcular el Puntaje General de la APS, que se obtiene promediando las respuestas de todos los ítems de la versión reducida del instrumento de evaluación de la atención primaria de salud. Este puntaje muestra valores que van del 1 al 4, constituyendo los valores más altos característicos de servicios más orientados a la APS.

La Puntuación General también se puede transformar a valores que van de 0 a 10, con el fin de facilitar la lectura de los resultados. Otro enfoque también utilizado es la clasificación en:

- Alto (puntaje ≥ 6,6)
- Bajo (puntaje < 6,6)

atributos de la APS, revelando servicios mejor orientados a la APS. El punto de corte de la puntuación de 6,6 refleja respuestas a los ítems del instrumento con al menos la categoría de respuesta 'probablemente sí', asignada al código 3 en la escala original, por lo tanto, las características de los servicios de salud reconocidos como orientados a la APS.

Para transformar el puntaje con valores que van de 0 a 10 se puede calcular para cada ítem, para puntajes de componentes, para puntajes de atributos, así como para el APS Essential Score y el APS General Score.

Para ello se aplica la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{valor mínimo de la escala}}{\text{valor de la escala máximo} - \text{valor de escala mínimo}} \times 10$$

$$= \frac{\text{Puntuación obtenida} - 1}{4 - 1} \times 10$$

Donde, 'Puntuación obtenida' corresponde a la puntuación originalmente en una escala de 1 a 4 que se quiere transformar a valores de 0 a 10.<sup>(9)</sup>

## RESULTADOS

Al Centro de Salud Belén acudió una población de 91 personas adultas mayores de ambos sexos durante el periodo junio - diciembre 2022, se observó un predominio del sexo femenino dentro del grupo de edad de 65 a 69 años 38,98% (n=23) en relación al sexo masculino 31,25% (n=10), además, 52,75 % (n=48) que son atendidos en el mismo manifestaron una alta percepción de experiencia en la atención primaria de salud con valores iguales o superiores a 6,6 dentro de la escala de valoración del cuestionario de calidad de atención Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) mientras que, 47,25% mencionaron baja experiencia en la atención con valores menores a 6,6.

**Tabla 2.** Tipo de experiencia (percepción de la atención) de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio – diciembre 2022.

Tipo de experiencia	Femenino				Masculino				Total	
	65 - 69 %	70 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80 %	65 - 69 %	70 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80 %	F	%
<b>Alta</b>	22,03	8,47	10,17	16,95	9,38	15,63	3,13	15,6	48	52,75
<b>Baja</b>	16,95	10,17	5,08	10,17	21,88	9,38	12,50	12,5	43	47,25
<b>Total</b>	<b>38,98</b>	<b>18,64</b>	<b>15,25</b>	<b>27,12</b>	<b>31,25</b>	<b>25,00</b>	<b>15,63</b>	<b>28,1</b>	<b>91</b>	<b>100,00</b>

La evaluación de los atributos del cuestionario PCAT – usuarios adultos para la APS evidenció una mejor percepción en el atributo de usabilidad de los servicios de salud con media de 8,3 puntos; seguido del atributo longitudinalidad 7,4 (Tabla 3).

**Tabla 3.** Calificación individual de los atributos del Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos).

Atributos de la atención	Calificación					
	Alta >6,6	Var.	DE	Baja <6,6	Var.	DE
Usabilidad	8,3	4,9	2,2			
Accesibilidad				6,3	2,5	1,6
Longitudinalidad	7,4	6,6	2,6			
Integración de cuidados				4	9,3	3
Sistemas de información				3	4,1	2
Servicios disponibles	7,7	4,3	2,1			
Servicios prestados	6,6	5,5	2,3			
Orientación Familiar	6,8	8,3	2,9			
Orientación Comunitaria				4	9,3	3
Idoneidad cultural				4,3	3,3	1,8

Por otra parte, se debe prestar atención a los atributos de Integración de cuidados, sistemas de información y orientación comunitaria que presentaron una calificación baja. Se obtuvo un puntaje de 0,8 considerado como confiabilidad buena según la escala de Cronbach (Tabla 4).

**Tabla 4.** Valoración de la fiabilidad del Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) mediante la prueba de Alfa de Cronbach.

Valor del intervalo	Valoración de la fiabilidad de los intervalos
0 - 0,5	Inaceptable
0,5 – 0,6	Pobre
0,6 – 0,7	Débil
<b>0,7 – 0,8</b>	<b>Aceptable</b>
0,8 – 0,9	Bueno
0,9 - 1	Excelente

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio se contrastan con los obtenidos por Uchoa L. y colaboradores en un estudio realizado en las unidades de Salud Básicas de Macaíba en Brasil en una población de 100 adultos mayores en los que se obtuvo una calificación final baja de 5,7 de percepción de la calidad de atención<sup>(10)</sup>. Los resultados obtenidos en el

presente estudio demuestran una mejor percepción de la calidad de atención global, así mismo en la evaluación individual de cada atributo. La calificación más alta la obtuvo el uso de acceso a primer contacto con 8,3, seguida por servicios disponibles 7,7; mientras que la calificación más baja se dio en los sistemas de información con 3, integración de cuidados con 4 y orientación comunitaria con 4. En el estudio brasilero de Uchoa L. y otros la longitudinalidad del cuidado fue un punto fuerte

7,3; pero integralidad 4,7; orientación familiar 4,1 y accesibilidad 3,8 obtuvieron calificaciones bajas desde la perspectiva del anciano. En otro estudio más reciente de Cunha de Carvalho F. y colaboradores, situado también en una población mixta de 9562 personas de entre 18 y más de 60 años de Brasil, hacen referencia a que la población adulta mayor con 41,67% dieron una puntuación alta para la calidad de atención primaria<sup>(11)</sup>, Sin embargo, la presente investigación evidencia una ligera disparidad en los resultados obtenidos dado que el 52,75% de los adultos mayores calificó con un valor de alto a la calidad de atención.

En relación a la población general, en el presente estudio prevaleció la población femenina 64,84% (n=59), similar al estudio de Pazmiño E. y colaboradores, que presentaron 58,40% de sexo femenino (n=626 de 1218)<sup>(12)</sup>. Las variaciones de los resultados obtenidos de esta investigación con los utilizados dentro de la discusión se sostienen por una diferencia en el total de la población estudiada, su demografía y cultura que respondieron al cuestionario de calidad de atención primaria y el nivel de atención en el cual fue aplicado, pues, los sistemas de salud varían acorde a las necesidades de la población de cada país.

## CONCLUSIONES

Los adultos mayores calificaron como alta la experiencia en la calidad de atención, y la población femenina en todos sus grupos etarios acude con mayor frecuencia a la consulta en los centros de atención primaria, con un predominio de 2 a 1 en relación a la población masculina.

Además, dentro de los atributos de la APS, uso y accesibilidad presentaron una mejor calificación. En base a estos hallazgos, consideramos que la aplicación de forma periódica del Cuestionario PCAT en todas las unidades de atención primaria en los diferentes sistemas de salud, permitirá obtener información valiosa, sirviendo de parámetro para gestores, investigadores y profesionales involucrados en los esfuerzos por mejorar ese componente fundamental de la APS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. 2018 [citado 2023 Mar 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
2. Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo | Publicaciones. publications.iadb.org. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Rumbo-al-futuro-del-personal-de-salud-tendencias-y-desafios-para-el-proximo-tiempo.pdf>
3. World Health Organization. Atención primaria de salud, 15 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=%C2%abla%20APS%20es%20un%20enfoque,que%20va%20desde%20la%20promoci%C3%b3n>
4. World Health Organization. Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuadorencifras.gob.ec. 2023 [citado 2024 abril 22]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/>
6. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Código Orgánico de Salud 24 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.puenteasociados.com/wp-content/uploads/2020/08/Co%CC%81digo-Orga%CC%81nico-de-Salud-Texto-final-para-votacio%CC%81n-25-08-2020.pdf?Fbclid=iwar3jzuo0zmosrqjibqisfvuku7jc7dxlpe1g9booactut7v7ixhig-3Eh4>
7. ONA NUNAZ blog. Estadísticas de salud dental: ¿Sonreímos más o menos? Disponible en: <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>

8. Berra S, Rivadero L, Grupo IA-PCAT, Otros investigadores del Grupo IA-PCAT. Aceptabilidad lingüística en la comprensión de cuestionarios de valoración de servicios de salud en Iberoamérica. *Gac Sanit* 2021;35(4):395–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.019>

9. Ministério da saúde de Brasil. secretaria de atenção Primária à saúde. Departamento de saúde da Família. Manual do instrumento de avaliação da atenção Primária à saúde: PCatool-Brasil – 2020. Disponible en: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento\\_avaliacao\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_atencao_primaria_saude.pdf)

10. Uchoa, L., da Silva, Z., Araujo, F., Viana, H., Medeiros, W., & Batista, H. (2014). Evaluación de la calidad de la atención primaria de salud desde la perspectiva de los ancianos. Scielo - Brasil. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>

11. Carvalho FC de, Bernal RTI, Perillo RD, Malta DC. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2022;25:e220023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>

12. Pazmiño EAJ. Evaluación de la atención primaria en salud y sus atributos en unidades de primer nivel en Quito - Ecuador en el año 2020. Universidad de São Paulo; 2021.