

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 21 | NÚMERO 3 | NOVIEMBRE 2024



ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 21 | NÚMERO 3 | 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 3. 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. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

EDITORAS ASOCIADAS

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

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

EDITORES EJECUTIVOS

Patricio Jorge Cacace, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, 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, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Sofía Cabral, Médica de Familia. Asamefa, Salta, Argentina.

Agie Echavarría, Médica, Sanatorio Guemes. Buenos Aires, Argentina.

COMITÉ EDITORIAL

Humberto Jure, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

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

Pedro Silberman, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

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.

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, Bahía Blanca, Argentina.

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

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.

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

Guillermo Gorgo, Médico Especialista En Medicina Familiar y General. Coordinador e Instructor en Residencia de Medicina General y Familiar de Ospecon-Construir Salud.

Andrea Pérez, Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Universidad Nacional de Córdoba.

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, Argentina.

DISEÑO GRÁFICO

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

EDITORIAL

El año 2024 se ha convertido para nosotros, y probablemente también para nuestros lectores, en el año de la inteligencia artificial. La IA ha comenzado a formar parte de nuestras vidas, y es crucial que encontremos la manera de integrarla en nuestro trabajo (o al menos conocerla porque el entorno profesional ya la ha integrado).

En el primer número del año, Patricio Cacace reflexionaba sobre la inteligencia artificial en el ámbito de la atención primaria⁽¹⁾. Se presentó a la IA como una herramienta valiosa para los diversos campos de acción en los que se desempeñan los médicos de familia. Destacó que, a menudo, las innovaciones tecnológicas llegan al primer nivel de atención por un efecto de "derrame", después de haber sido diseñadas y probadas en otros sistemas de atención.

En julio, Florencia Grande Ratti⁽²⁾ abordó las cuestiones éticas en la atención primaria de la salud, ilustrando con ejemplos cómo la IA puede afectar aspectos críticos como la privacidad, la responsabilidad, la equidad y la transparencia en el ejercicio clínico. También señaló el impacto que puede tener en la relación entre profesionales de la salud y consultantes.

En el congreso de la FAMFyG que se llevará a cabo este mismo mes, donde se publica este número, el eje central de la discusión se encuentra en el ejercicio de la medicina familiar en la era de la inteligencia artificial. La voz escrita de esta editorial busca integrarse a la conversación que se desarrolla en Tucumán, optando por una reflexión que invita a la comunidad a ponderar el impacto de esta nueva realidad en nuestra profesión.

Históricamente, el uso de la escritura ha marcado hitos trascendentales para la humanidad. Irene Vallejo, en su magnífico libro *El infinito en un junco*, expone cómo el salto del frágil papiro a la perdurable textura del pergamino fue fundamental para la creación de los primeros libros, los cuales poseen una mayor longevidad y potencia la influencia de ciertos relatos⁽³⁾. Aunque existen debates sobre cuál se considera el primer libro —y no, no es la Biblia de Gutenberg— lo realmente significativo es la esencia de la palabra en sí: aquella que trasciende el momento presente y transforma la realidad de quienes la reciben.

Hoy en día, nos encontramos en la encrucijada de un nuevo cambio paradigmático: la incursión de la inteligencia artificial en la redacción académica. Este

fenómeno nos lleva a preguntarnos: ¿podemos equiparar esta contribución a lo que históricamente consideramos una revolución técnica en la comunicación humana?

Algunos autores consideran la inteligencia artificial como una "revolución en vivo", especialmente con el apogeo de nuevos modelos de lenguaje como ChatGPT. Indican que podría deteriorar la escritura científica y manipular el sistema editorial⁽⁴⁾, lo que obliga a establecer directrices adecuadas para los procesos editoriales, pero sin un consenso hasta el momento⁽⁵⁾.

Otros, afirman que nos encontramos apenas en las etapas iniciales de la revolución de la IA, una tecnología con "el potencial de transformar la comunicación científica", particularmente por el avance en el procesamiento del lenguaje natural, que ha hecho accesible al público una tecnología antes restringida a programadores y que ha despertado tanto interés como preocupación en el ámbito académico, llevando a algunos a abogar por sanciones o prohibiciones en el campo de la redacción médica⁽⁵⁾.

Pero lo planteado no es el único cuestionamiento en relación a la escritura académica y la IA. Esta editorial, por ejemplo, ¿quizás fue elaborada por una IA? Si así fuera, ¿perdería el contenido su validez? ¿Deberíamos considerar a la IA como coautora de este texto?

La aparición de la IA plantea interrogantes sobre la autenticidad y la validez de los mensajes que se generan. Es necesario tener en cuenta que detrás de las herramientas de IA que escriben textos hay un equipo creativo que diseña y entrena el modelo de la IA, por lo que citar la herramienta da crédito a sus creadores y contribuyentes; sin embargo, estas tecnologías no deberían ser reconocidas como autoras, pues la autoría se reserva para quienes realizan una contribución intelectual importante para el trabajo, como el diseño, ejecución análisis, revisión y escritura de la investigación⁽⁶⁾. Además, la IA requiere supervisión humana para garantizar la precisión y ética de los trabajos⁽⁷⁾, lo que impide considerarla un autor independiente con ideas propias y aportes genuinos. Por último, las revistas científicas requieren que los autores de manuscritos firmen un formulario de declaración de autoría y responsabilidad de sus contribuciones, algo que las herramientas de IA no pueden hacer, ni pueden aceptar ser coautores o asumir la responsabilidad por las afirmaciones del manuscrito⁽⁵⁾. La introducción de la IA en nuestros procesos de escritura ofrece tanto oportunidades como desafíos que debemos enfrentar.

La posibilidad de una colaboración entre humanos y máquinas puede enriquecer nuestra forma de comunicar y compartir conocimientos, pero también nos obliga a reflexionar sobre la naturaleza de la autoría y la autenticidad en un mundo cada vez más automatizado.

Pensamos que la IA es una herramienta que cambiará significativamente la escritura tal como la conocemos. La autoría es un hecho profundamente humano, y somos

nosotros quienes deberemos establecer las reglas de juego para incorporar los límites del uso de la IA en el proceso de producción de los textos académicos. Invitamos a todos los participantes del congreso a unirse a esta reflexión y explorar juntos el camino que se abre ante nosotros en el ejercicio de la medicina familiar, un campo que no solo debe adaptarse a las innovaciones tecnológicas, sino que también debe cuestionar su papel y su ética en un entorno transformado por la tecnología.

Ana Carolina Godoy

Angie Echavarría

Equipo Editorial Revista

Archivos de Medicina Familiar y General

BIBLIOGRAFÍA

1. Cacace PJ. La Inteligencia Artificial en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. Arch Med Fam Gen [Internet]. 3 de marzo de 2024 [citado 19 de octubre de 2024];21(1). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/273>

2. Ratti MFG. La ética en el ámbito de la Inteligencia Artificial en Atención Primaria de la Salud. Arch Med Fam Gen [Internet]. 17 de junio de 2024 [citado 19 de octubre de 2024];21(2). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/296>

3. Vallejo, Iren. EL INFINITO EN UN JUNCO: LA INVENCION DE LOS LIBROS DEL MUNDO ANTIGUO. 2019.

4. França TFA, Monserrat JM. The artificial intelligence revolution... in unethical publishing: Will AI worsen our dysfunctional publishing system? J Gen Physiol. 4 de noviembre de 2024;156(11):e202413654.

5. DiazMilianR, MorenoFrancoP, Freeman WD, Halamka JD. Revolution or Peril? The Controversial Role of Large Language Models in Medical Manuscript Writing. Mayo Clin Proc. octubre de 2023;98(10):1444-8.

6. Arumugam B, Murugan A, S K, Rajamanickam S. The Syntax of Smart Writing: Artificial Intelligence Unveiled. Int J Prev Evid Based Med. 29 de marzo de 2024;1-3.

7. Vito E de. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CHAT-GPT. ¿USTED LEERÍA A UN AUTOR ARTIFICIAL? Rev Argent Med. 11 de julio de 2023;11(2):133-133.

XXII CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL.

Del 6 al 9 de noviembre del corriente año se llevó a cabo en la Provincia de Tucumán el XXII CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL. Un evento anual que reúne a los equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Durante el mismo tuvieron lugar el IX Congreso Nacional de Profesores y la XXII Jornada de Residentes de Medicina Familiar.

Bajo el lema “Redescubriendo la Medicina Familiar en la Era de la Inteligencia Artificial” se dieron cita más de 500 profesionales en las instalaciones de la Universidad San Pablo T de dicha provincia. Este congreso tiene la impronta de ser LIBRE DE HUMOS DE LA INDUSTRIA por lo que supone un gran esfuerzo económico para los organizadores y los asistentes y denota un fuerte compromiso con la ética de los profesionales.

Se contó con la participación de destacados disertantes entre los que se mencionan la Dra. Viviana Martínez Bianchi (Médico de familia argentina radicada en EEUU - presidenta electa de CIMF); la Dra. Paola Rava (MF de Uruguay - referente de Wonca en Salud Planetaria); la Dra. Sánchez Cabeza (Presidenta de la Asociación Argentina de Salud Pública); el Dr. Camilo Torres Contreras (Chile - especialista en educación médica); el Dr. Rafael Bravo Toledo (España - MF), Alejandra Leon Solarte (Colombia - MF movimiento Waynakay). Y entre los asistentes extranjeros contamos con profesionales de Uruguay, México, España y EEUU.

Se realizaron 5 teleconferencias con referentes de la especialidad desde Colombia, Chile, España y Buenos Aires, 26 talleres, 21 conferencias, 7 mesas panel y 1 conversatorio. Además, se realizó la reunión de la Federación Argentina de Medicina Familiar, General y Comunitaria.

Tuvieron lugar dos plenarios donde se abordaron los temas “¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? El rol del Médico de Familia en la era de la Inteligencia Artificial” – a cargo de la Dra. Viviana Martínez Bianchi y la Dra. Karin Kopitowski (presidenta de Famfyg) y “La Inteligencia Artificial en la Cotidianidad de nuestra Profesión” – por el Dr. Abel Novillo y Alejandro Chamatropulos (médico gastroenterólogo y abogado especialista en IA respectivamente).

Certificaron como especialistas 17 colegas y recertificaron 15 quienes recibieron su título el sábado al final de las actividades.

Se recibieron 80 trabajos científicos de los cuales se presentaron durante el congreso 30 cuantitativos, 6 cualitativos, 44 relatos de experiencia y 49 actualizaciones breves.

La salud planetaria ocupó un lugar preponderante con la Conferencia de la Dra. Paola Rava titulada “Salud Planetaria: la medicina familiar y comunitaria como agente para la necesaria transformación”.

La Revista Archivos de Medicina Familiar y General también estuvo presente con un taller de lectura y revisión de artículos científicos en Medicina Familiar.

Estamos orgullosos de haber podido crear este espacio de intercambio en el que cada asistente pudo nutrir su práctica, compartir su trabajo y exponer su visión, porque estamos convencidos de que la única manera de progresar es trabajar juntos compartiendo vivencias que nos hagan crecer y fortalecernos. Es el llamado aprendizaje social: aprender con y de los demás y construir conocimiento juntos.

María Valeria Santillán - Presidenta del XXII Congreso de Medicina Familiar y General - Editora Asociada Revista Archivos de Medicina Familiar y General.

ÍNDICE



ARTÍCULO ORIGINAL

“IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA”.
ÁLVAREZ, R C.....PÁG. 6 - 18

ARTÍCULO ORIGINAL

SALUD DIGITAL Y AUTONOMÍA. LAS BRECHAS DIGITALES DESDE UNA PERSPECTIVA DE CUIDADOS Y VIVENCIAS DE PERSONAS MAYORES CÓRDOBA ARGENTINA 2023.
CABALLÉ, M D R.....PÁG. 20 - 30

RELATO DE EXPERIENCIA

OFICINAS REGIONALES DE INTEGRACIÓN SANITARIA EN CÓRDOBA: EXPERIENCIA PARA FORTALECER LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.
HERRANDO, P.....PÁG. 31 - 36

ENTREVISTA

ENTREVISTA A MARÍA FLORENCIA GRANDE RATTI.
AGUILERA H, de OpenCiencia.....PÁG. 37 - 41

RESEÑA

RESEÑA DEL MANUAL DE SALUD PÚBLICA: UN MOSAICO DE CONOCIMIENTOS Y REFLEXIONES.
GODOY, A C.....PÁG. 42 - 43

“IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA”

"Implementation of the voluntary interruption of pregnancy in a hospital in cordoba".

Autores: Álvarez, Rocio Cruz^a; Astegiano, Cecilia^b; Gallina, Flavia Alejandra^c; Castillo, Héctor Sebastián^d

^a Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Docente del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9362-0584>

^b Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Nacional de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

^c Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Magister en Efectividad Clínica Hospital Municipal Príncipe de Asturias.

^d Médico Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Municipal Príncipe de Asturias, Córdoba Capital.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
mail: alvarezrociocruz@gmail.com

Conflicto de intereses: las autoras y el autor declaran no tener conflicto de intereses con este artículo.

Recibido: 29/05/2024

Aceptado: 13/07/2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Este artículo examina la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en un hospital de Segundo Nivel de Atención de la ciudad de Córdoba, Argentina, tras la promulgación de la Ley Nacional 27.610.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, analítico y de seguimiento longitudinal. Se incluyó a todas las personas que consultaron por IVE entre enero y junio de 2021.

RESULTADOS: Se realizaron 109 acompañamientos, de los cuales 69 fueron ambulatorios con misoprostol y 40 fueron instrumentales con Aspirado Manual Endouterino (AMEU). La totalidad de la muestra fueron mujeres cisgénero. La mayoría de las usuarias que recibieron tratamiento con Misoprostol consultaron espontáneamente, mientras que las que recibieron AMEU fueron en su mayoría derivadas de otros Centros de Salud. Las tasas de efectividad de ambos tratamientos fueron similares a las descritas en la bibliografía, mientras que las tasas de complicaciones fueron más bajas. La mayoría de las usuarias tuvo acceso a la práctica en un plazo de 10 días y a un método anticonceptivo post-evento obstétrico, siendo el DIU el más elegido.

Las usuarias se caracterizaron por ser una población joven (Edad Promedio: 27,3). El 75,23% reportó no haber tenido abortos inducidos previos. Además, el 75,23% estaba utilizando una práctica anticonceptiva.

CONCLUSIONES: Los resultados resaltan la importancia de una implementación equitativa y de calidad de la IVE para garantizar los derechos de las personas gestantes. Se requieren estudios con mayor casuística que permitan estandarizar los circuitos de atención y, a su vez, evaluar la satisfacción de las usuarias.

PALABRAS CLAVES: Aborto Legal, Misoprostol, Legrado por Aspiración

ABSTRACT

INTRODUCTION: This article examines the implementation of Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) in a second-level hospital in Cordoba, Argentina, following the enactment of National Law 27.610.

METHODS: Descriptive analytical study with longitudinal follow-up. All patients who consulted for abortion between January and June 2021 were included.

RESULTS: 109 abortions were performed, of which 69 were outpatient with misoprostol and 40 were instrumental with Manual vacuum aspiration (MVA). The entire sample was cisgender women. Most of the users who received misoprostol treatment consulted spontaneously, while those who received MVA were mostly referred from other health centres. Effectiveness rates for both treatments were similar to those described in the literature, while complication rates were lower. The majority of users had access to the practice within 10 days and to a post-obstetric contraceptive method, with the IUD being the most commonly chosen.

The users were characterized as a young population (mean age: 27.3). 75.23% reported no history of previous induced abortions. In addition, 75.23% were using a contraceptive practice.

CONCLUSIONS: The results highlight the importance of equitable and quality provision of abortion to guarantee the rights of pregnant women. Studies with a larger number of cases are needed to standardize care circuits and also assess user satisfaction.

KEYWORDS: Legal Abortion, Misoprostol, Vacuum Curettage.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende caracterizar la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), regulada por la Ley Nacional 27.610, en un Hospital Municipal de Segundo Nivel de Atención de la ciudad de Córdoba, a partir de la sistematización de los acompañamientos tanto medicamentosos como instrumentales.

Los abortos, a pesar de constituirse como un problema de salud prevalente, fueron invisibilizados y criminalizados en Argentina, lo cual repercutió en los Procesos-Salud-Enfermedad-Atención de las personas con capacidad de gestar y abortar (Mujeres, lesbianas, intersex, no binaries, varones trans).

A nivel mundial, existe amplia bibliografía que caracteriza a los países con legislaciones más restrictivas como aquellos que tienen más cantidad de abortos. La mayoría de estos resultados son inseguros⁽¹⁾. De acuerdo con la OMS, en América Latina y el Caribe solo 1 de cada 4 abortos se realiza de forma segura⁽²⁾.

Previamente a la sanción de la Ley Nacional 27.610, en nuestro país existía el acceso a las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) por causales, de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal y ratificado por el Fallo FAL en 2012⁽³⁾. El acceso a los Servicios de Salud Sexual y (no) Reproductiva se considera un derecho humano de acuerdo con nuestra Constitución Nacional y pactos internacionales, sin embargo no se garantiza de manera homogénea. "Los contextos y la calidad de atención de los servicios de ILE son diversos. Los hospitales públicos de tercer nivel son los que mayores déficits presentan en términos del cuidado emocional de las mujeres, especialmente cuando se trata de internación, mientras que las experiencias más satisfactorias se dan en espacios de atención ambulatoria tanto del sector público como del privado"⁽⁴⁾. Respecto a los conocimientos y percepciones de los Equipos de Salud, una investigación realizada previa sanción de la Ley de Aborto Voluntario reportó que más del

30% de las personas encuestadas desconocía la normativa que regulaba el acceso al aborto y solo el 66% planteó que realizaría la práctica de IVE si estuviera permitida⁽⁵⁾.

Por otra parte, investigaciones en materia de la accesibilidad al aborto en nuestro país describen miedo y desconfianza por parte de las usuarias "ya sea por malas experiencias previas, por temor a ser juzgadas ó sufrir maltrato ó a ser atendidas por médicos que no están a favor del aborto"⁽⁶⁾. También se problematiza la provisión de atención en espacios compartidos inadecuados como salas de partos que "afectan a las mujeres negativamente y contribuyen a despertar sentimientos de culpa, arrepentimiento y malestar"⁽⁷⁾.

En Argentina existen experiencias previas de servicios de salud orientados a garantizar los derechos sexuales y (no) reproductivos, como el ejemplo de las políticas de salud pública aplicadas en la ciudad de Rosario, donde se aplica el aborto por causales desde 2007 y donde no se han registrado casos de muertes maternas por abortos desde 2012⁽⁸⁾. Sin embargo, dado que la IVE se constituye como una práctica relativamente nueva (sanción de la Ley 27.610 en Diciembre de 2020), no se cuenta con investigaciones que avalen estándares y normativas que garanticen un proceso de acompañamiento de calidad de forma igualitaria para todas las personas que solicitan la práctica.

Con respecto a la prevalencia, el Ministerio de Salud de la Nación reportó la realización de 73.487 IVE/ILE en todo el territorio nacional hasta el 31 de diciembre de 2021, de las cuales 2.844 corresponden a la provincia de Córdoba y 1.179 específicamente a la ciudad de Córdoba. Esto resulta en una casuística inferior si lo comparamos con otras provincias con menor población que registraron más acompañamientos como Santa Fe (4.383), Mendoza (2.916) y Tucumán (4.162)⁽⁹⁾.

Por fuera del sistema de salud público se han realizado y se siguen realizando abortos autogestionados. Las sistematizaciones anuales de Socorristas en Red informan

que en Argentina se han acompañado 7.280 interrupciones en 2018, 12.575 en 2019, 8.867 en 2020 y 5.614 en el primer semestre del 2021⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. De este último año, el 57,2% sabía de la existencia de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y solo el 22% de las personas que se comunicaron decidieron que se las acompañara en el sistema de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la implementación de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), tanto medicamentosas como instrumentales (AMEU), en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias, Ciudad de Córdoba en el período enero-junio 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar el perfil de usuarias acompañadas en el Hospital.

Comparar los resultados de los tratamientos efectuados por vía medicamentosa con Misoprostol y por vía instrumental mediante la técnica de Aspirado Manual Endouterino (AMEU).

Relacionar edad, edad gestacional y días de efectivización del procedimiento según IVE medicamentosa/IVE instrumental.

Analizar la relación entre edad, edad gestacional y días de efectivización del procedimiento en función de las complicaciones.

Evaluar la anticoncepción previa y la anticoncepción post aborto de las usuarias.

MÉTODOS

Diseño y población: Esta investigación consistió en un estudio descriptivo analítico de seguimiento longitudinal. Se incluyeron todas las personas que consultaron por la práctica de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias, ciudad de Córdoba, Argentina, dentro del período comprendido entre enero y junio de 2021.

Los criterios de inclusión fueron: todas aquellas usuarias de 15 a 45 años de edad que solicitaron un aborto espontáneamente ó por derivación, con una edad gestacional desde 5 semanas hasta 13,6 semanas y que finalmente fueron asistidas en la misma institución, ya sea por tratamiento medicamentoso ó por AMEU.

Se excluyeron de este análisis a las usuarias que solicitaron un aborto con la edad gestacional mayor a 13.6 y por tanto fueron derivadas a otra institución de mayor complejidad. También se excluyeron a aquellas personas que consultaron para solicitar información pero decidieron no interrumpir. Se excluyeron aquellas personas que consultaron por abortos espontáneos o incompletos derivadas desde otras instituciones.

Se realizó muestreo no probabilístico, consecutivo según el orden de atención.

Procedimiento: Los datos se recopilaron a partir de las Historias Clínicas de las personas atendidas y fueron registrados en una base de datos especialmente diseñada para la investigación en Excel® 2010, versión 16.4.

Las usuarias que solicitaron IVE recibieron una consulta inicial por parte del equipo de Medicina Familiar, teniendo también la posibilidad de consultas interdisciplinarias con los servicios de Trabajo Social y Psicología. En esta instancia de consulta inicial presencial se efectuaron anamnesis completa, ecografía ginecológica, asesoría respecto del marco legal argentino incluyendo la firma del consentimiento informado luego de la explicación detallada de las opciones de tratamiento disponibles, resultados esperados, beneficios, efectos adversos y complicaciones, como así también se trabajó el derecho al acceso a un método anticonceptivo posterior. Las mujeres fueron quienes tomaron la decisión final sobre la modalidad de su tratamiento. En todos los casos se brindó un turno de control posterior, ya sea en la misma institución o referido al Centro de Atención Primaria de la Salud correspondiente. Aquellas mujeres que concurrieron al control en el hospital tuvieron

una consulta de seguimiento con examen físico, control ecográfico y recibieron nuevamente atención para garantizar una práctica anticonceptiva. Fueron también las mujeres quienes eligieron ó no el uso del método.

Las mujeres que realizaron tratamiento medicamentoso con Misoprostol recibieron la indicación recomendada por la Organización Mundial de la Salud de 800 mcg de Misoprostol por vía sublingual/bucal/vaginal cada 3 horas, 3 dosis en total.⁽¹²⁾

Las mujeres que realizaron el procedimiento de Aspiración Manual Endouterina fueron sometidas a un laboratorio previo con citológico completo, APP y KPTT para valorar la coagulación y detectar anemia previa. La preparación preoperatoria consistió en la ingesta de 400 mg de Ibuprofeno para el manejo del dolor, 500 mg UD de Azitromicina para profilaxis antibiótica y 400 mcg de Misoprostol sublingual para la preparación cervical. El equipamiento empleado para la técnica fueron las cánulas EasyGrip y la jeringa de aspiración Ipas Plus⁽¹³⁾.

Variables: Las variables estudiadas fueron: edad (en años), gestas previas (nuligestas, primigestas, secun-trimigestas, multigestas), número de partos vaginales previos, número de cesáreas previas, número de abortos previos, tipos de abortos previos (aborto espontáneo, legrado, aborto autoadministrado), uso de práctica anticonceptiva previa, en adelante PAC (si/no), tipo de PAC (anticoncepción oral, anticoncepción inyectable, método de barrera, método de los días, otros –parches, DIU, implante subdérmico–).

Con respecto al circuito de atención se sistematizaron las variables de modo de ingreso (espontáneo, o derivado desde otro servicio del hospital, socorristas, organización barrial, de otro hospital y desde un centro de salud de primer nivel de atención). La edad gestacional (tiempo de gestación del embrión según ecografía en semanas gestacionales) de la usuaria en la primera consulta y la edad gestacional al momento de garantizar el tratamiento, la cantidad de días de efectivización de la práctica (momento en que se efectiviza el procedimiento abortivo desde el momento de la primera consulta, medido en días).

En cuanto al tratamiento, se estudiaron también la vía de misoprostol elegida, ya sea en primer ó segundo tratamiento medicamentoso, esta puede ser sublingual, bucal, vaginal, y para los casos de doble tratamiento las combinaciones resultantes.

Prosiguiendo con el circuito de atención, se estudió el acceso a control posterior, cantidad de días hasta la consulta de control, realización de la práctica anticonceptiva post evento (si, no) y el tipo de PAC post evento elegido (DIU, implante subdérmico, anticoncepción oral, anticoncepción inyectable, barrera, quirúrgico, parches, doble método, abstinencia).

En cuanto al resultado de la intervención, se estudiaron para los casos de tratamiento medicamentoso las variables de resolución (aborto completo, aborto incompleto y falla) como así también su forma de resolución (uso de 800 mcg de Misoprostol, realización de segundo esquema completo de misoprostol, AMEU) y sus complicaciones posteriores.

Para los tratamientos realizados con AMEU se estudiaron las variables de resultado de procedimiento (evacuación completa y evacuación incompleta), complicaciones durante el procedimiento (sin complicaciones, desgarro uterino, hemorragia, infección), resolución de complicación durante procedimiento (Misoprostol 800 mcg, legrado, tratamiento antibiótico) y las complicaciones posteriores al procedimiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó una descripción general de los datos utilizando Media, Mediana y Desvío Estándar para las variables continuas, y Tablas de Frecuencia para las variables categóricas y dicotómicas. Se realizó un análisis bivariado, utilizando t-test para las variables continuas de distribución normal, y Ranksum test para las variables continuas de distribución no normal.

Se realizó test de χ^2 para proporciones para las variables categóricas. El nivel de significancia fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el período enero-junio 2021 se realizaron 109 Interrupciones Voluntarias del Embarazo, de las cuales el 63,3% correspondió a tratamiento medicamentoso y el 36,7% a AMEU. (Tabla 1)

Tabla 1. Frecuencia IVE (n=109)			
Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
Misoprostol	69	63.3%	63.3
AMEU	40	36.7%	100
Total	109	100%	

PERFIL DE LAS USUARIAS:

La totalidad de las personas que consultaron fueron mujeres cisgénero. La edad promedio de las pacientes fue de 27,3 años con una desviación estándar (DE) de 6,5.

Con respecto a la paridad de las usuarias, el 37,61% fue nuligesta, seguido del 29,36% de secundi-trigestas y un 10,9% de multigestas. El 75,23% reportó no haber tenido un aborto previo y el 22,94% reportó haber tenido aborto espontáneo.

El 75,23% de las usuarias estaba empleando algún método anticonceptivo. Los más utilizados fueron los métodos de corta duración: barrera con 32,11% seguido de ACO con 26,61%. Un 5,5% de las usuarias utilizaba el método de control de los días. (Tabla 2)

Tabla 2. Tipo de PAC previo (n=109)			
	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
No usaba	27	24.77%	24.77
ACO	29	26.61%	51.38
ACI	7	6.42%	57.8
Barrera	35	32.11%	89.91
Otros*	5	4.58%	94.5
“Método de los días”	6	5.5%	100
Total	109	100%	

*Otros: DIU, Implante Subdérmico, Parches.

ATENCIÓN:

Con respecto a la forma de ingreso a la consulta, se pudo observar que el 40.37% de las usuarias consultó espontáneamente, un 35.78% fue derivado de otro Centro de Salud, un 15.6% fue derivado por activistas feministas socorristas, un 5,5% desde otro Hospital y el 1,83% desde otro servicio del mismo Hospital.

La edad gestacional promedio en la primera consulta fue de 8,8 semanas con una DE de 2,3 siendo un 93,8% menores a 13 semanas, mientras que la edad gestacional promedio en el momento de resolución de la práctica fue de 9,5 semanas con una DE de 2,11.

La efectivización promedio de la práctica fue de 4 días con una DE de 5,2. Del total de las prácticas, el 89.52% fue garantizado dentro de los 10 días.

TRATAMIENTO:

Misoprostol: De las 69 usuarias que realizaron tratamiento medicamentoso con Misoprostol, el 98,55% optó por la vía sublingual y solo 1,45% eligió la vía bucal. No se reportó uso de vía vaginal.

El resultado de los tratamientos medicamentosos efectuados fue un 71.01% de abortos completos, 10.14% abortos incompletos y otro 10.14% de fallas de tratamiento.

La resolución final se realizó al 10.14% con Misoprostol 800mcg para abortos incompletos y de las fallas se resolvió un 8.7% con AMEU y el 1.45% con un segundo esquema completo de Misoprostol.

El 92.75% no presentó complicaciones. El 4,35% presentó hemorragias.

AMEU: Se obtuvo como resultado el 97,5% de evacuaciones completas y 2,5% de evacuaciones incompletas.

De los 40 aspirados efectuados, el 92,5% fue realizado sin complicaciones. Se produjo 1 evacuación incompleta que debió ser resuelta con legrado. En cuanto a complicaciones durante el procedimiento, se produjo 1 desgarro de cuello uterino y 1 diagnóstico de infección pelviana que fue abordado con tratamiento médico. Las 2 hemorragias durante el procedimiento se resolvieron con 800mcg de Misoprostol.

Tabla 3. Tipo de PAC posterior (n=109)

	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
No eligió	4	3.6%	3.6
DIU	42	38.53%	42.2
Implante subdérmico	12	11.01%	53.21
ACO	22	20.18%	73.39
ACI	11	10.09	83.49
Quirúrgico*	2	1.83%	85.32
Barrera	2	1.83%	87.16
Parches	1	0.92%	88.07
Doble método	3	2.75%	90.83
Abstinencia	2	1.83%	92.66
Referido	3	2.75%	95.41
No vino a control	5	4.95%	100
Total	109	100%	

*Quirúrgico: ligadura tubaría, vasectomía.

No se reportaron complicaciones posteriores al procedimiento.

SEGUIMIENTO:

Del total de las usuarias que solicitaron IVE, el 73.39% realizó efectivamente su control en el Hospital, el 22.02% fue referido a su Centro de Salud y el 4.59% no concurrió al control de seguimiento.

El promedio de días de control posterior fue de 11,79 días con una DE de 5,3.

En cuanto a la anticoncepción post-IVE, se encontró que el 88,08% de las usuarias inició una práctica anticonceptiva, ya sea en la primera consulta o en el seguimiento.

La tabla 3 de PAC post-IVE muestra que el DIU fue el método más elegido (38.53%) seguido de ACO (20.18%), Implante subdérmico (11.05%) y ACI (10.09%) respectivamente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Como puede observarse en la Tabla 4, el promedio de edad de las pacientes que recibieron IVE medicamentosa fue de 26,87 años mientras que el promedio para las que recibieron IVE por AMEU fue de 28,05 años, siendo esta diferencia no significativa ($p=0,36$). El 85,32% fue menor de 21 años y solo un 2,75% fueron menores de 18 años (3 adolescentes).

Con respecto a las gestas previas en las pacientes que recibieron IVE medicamentosa fue de 1,28 vs. 1,55 en las que recibieron IVE por AMEU. Esta diferencia no fue significativa.

La mayoría de las pacientes no tuvieron abortos previos. No hubo diferencia significativa entre el grupo que recibió tratamiento medicamentoso (78,26%) y el grupo que recibió AMEU (80%) ($p=0.05$).

Tabla 4. Perfil usuarias y modalidad de ingreso

	Misoprostol (n=69)	AMEU (N=40)	valor de p
Edad	26,87	28,05	0,36
Gestas previas	1,28	1,55	
Abortos previos	78,9%	80%	0,05
Modalidad de ingreso			
Consulta espontánea	50,72%	22,5%	0,0038
Derivado de Centro de Salud	14,49%	72,5%	0,000
Edad gestacional en 1° consulta (Promedio, DE)	8,05 +/- 1,79	10,19 +/- 2,49	0,000

Al estratificar la modalidad de ingreso según fuera consulta espontánea, se puede observar que el 50,72% de las pacientes que recibieron IVE medicamentosa consultaron espontáneamente mientras que esta modalidad de consulta fue del 22,50% para quienes recibieron AMEU, siendo esta diferencia significativa $p=0,0038$. Por lo tanto, las usuarias que realizaron tratamiento medicamentoso para IVE presentan una mayor frecuencia de consulta espontánea que las que realizaron AMEU.

Al realizar la misma estratificación según fuera derivada de un Centro de Salud, se observa que el 72,5% de las pacientes que recibieron AMEU fueron derivadas desde un Centro de salud mientras que las que realizaron medicamentoso fueron derivadas en el 14,49% de los casos. Esto también se constituye como una diferencia significativa con una $p=0,000$.

Al analizar la variable edad gestacional en la primera consulta, se encontró que el promedio de edad gestacional es mayor en el grupo de AMEU siendo esta diferencia significativa ($p=0,000$).

No se encontraron diferencias significativas entre IVE medicamentosa e IVE AMEU con respecto a los días de efectivización de la práctica y la multiparidad.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:

La tasa de falla de IVE medicamentosa registrada fue de 20,19% (14 casos). Al analizarla con las otras variables, no se relacionó de manera significativa con la edad de la paciente, edad gestacional de la primera consulta, vía de administración del misoprostol o multiparidad.

La tasa de falla tampoco se relacionó con los días de efectivización del tratamiento.

El promedio de días de efectivización fue mayor en el grupo con falla (5,85 días con DE de 8,53) a comparación del promedio del grupo sin falla (3,2 días con DE de 4,47) siendo esta diferencia no significativa ($p= 0.1508$).

El porcentaje de pacientes asistidas después de los 10 días fue del 12,77% en el grupo que no tuvo falla y del 15,79% en el grupo con falla, pero dicha diferencia tampoco fue significativa ($p=0,1050$).

Solo se reportaron como complicaciones 3 casos con hemorragia correspondientes al 4,35%.

La Tasa de Complicaciones no pudo ser relacionada con el antecedente de abortos previos ($p=0,619$), el número de gestas previas ($p=0,57$), el antecedente de PAC previo ($p=0,4$).

Tampoco se relacionó con la derivación desde el Centro de Salud ($p= 0,9$), la edad gestacional en la primera consulta ($p=0,72$) ni con el número de días posteriores al control ($p=0,41$).

El promedio de edad de las pacientes con complicaciones fue francamente menor (20.66 DE 0.88) al promedio de las pacientes sin complicaciones (27.15 DE 0.8), sin embargo, esta diferencia fue no significativa ($p=0,09$).

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL CON AMEU:

La tasa de falla de IVE por AMEU encontrada fue de 2,5%.

No pudo ser relacionada con edad de la paciente ($p=0,93$), edad gestacional de la primera consulta ($p=0,6335$), días de efectivización ($p= 0,3131$), abortos previos ($p=0,613$) o multiparidad ($p=0,671$).

Como se observa en la Tabla 5, la tasa de falla del procedimiento fue del 20,29% para tratamiento medicamentoso con misoprostol y de 2% para el tratamiento instrumental con AMEU, siendo esta una diferencia significativa ($p=0,009$).

Por otra parte, al comparar la tasa de complicaciones, esta fue del 4,35% en el grupo que recibió Misoprostol vs. el 10% del grupo que realizó AMEU, siendo esta diferencia no significativa ($p=0,246$).

Tabla 5. Comparación Fallas de tratamiento y complicaciones			
	Misoprostol (n=69)	AMEU	valor de p
<i>Tasa de falla de tratamiento</i>	20,29%	2,5%	0,009
<i>Tasa de complicaciones</i>	4,35%	10%	0,246

DISCUSIÓN

El perfil de población que consultó solicitando IVE se caracterizó por ser joven. El 85,32% fue menor de 21 años y solo un 2,75% fueron menores de 18 años. Esta casuística es francamente menor en edad si observamos los datos de los primeros años de implementación de la IVE en Uruguay, donde un 1% corresponde a adolescentes de 10 a 14 años y un 17% a adolescentes de 15 a 19 años. También es menor si la comparamos con las ILE garantizadas en CABA en 2019⁽¹⁴⁾, donde el 14% fue menor de 20 años y la sistematización de Socorristas del mismo año que reportaron 15% de acompañamientos a la misma franja etárea⁽¹⁵⁾. Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría de las usuarias (75,23%) refirió no haber tenido abortos previos a pesar de que el 62,39% tuvo gestas previas. Esto puede deberse al subregistro de abortos inducidos realizados en contextos de clandestinidad.

Los resultados muestran que las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas tanto con tratamiento medicamentoso ambulatorio como instrumental con AMEU constituyen opciones seguras frente a los embarazos no intencionales. Las tasas de efectividad son similares a las descritas en la bibliografía.

La tasa de efectividad del Misoprostol reportada fue del 79,71% que es similar a la tasa reportada por una revisión sistemática de 42 estudios que dio como resultado un 78%⁽¹⁶⁾.

Las tasas de fallas y complicaciones no pudieron relacionarse significativamente con ninguna variable. Esto puede deberse a la limitación de la muestra y la baja frecuencia reportada de estas fallas y complicaciones. En otros estudios pudo encontrarse relación con otras variables como con una edad gestacional de menos de 7 semanas⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾, vías no orales de administración⁽¹⁹⁾ y el tiempo de seguimiento temprano de los prestadores⁽²⁰⁾.

La tasa de efectividad de AMEU de 97,5% se asemeja a la reportada en otros estudios⁽²¹⁾, mientras que la tasa de complicaciones fue un poco más alta en comparación con otros estudios. En una revisión sistemática de 57 estudios con una casuística total de 337.460 aspiraciones manuales endouterinas se encontraron con $\leq 0.1\%$ de complicaciones⁽²²⁾. Esto probablemente pueda deberse a la baja casuística (n=40). Esta tasa no pudo ser relacionada significativamente con ninguna variable. En otros estudios que se efectuaron anteriormente tampoco pudieron encontrarse relaciones entre la tasa de falla y otras variables como la capacitación del equipo⁽²³⁾ ó comorbilidades⁽²⁴⁾.

La modalidad de recepción de pacientes desde otros centros de salud y otros espacios de referencia como organizaciones barriales y activistas socorristas da cuenta de la articulación intersectorial y pone en relieve la importancia de la articulación de los niveles de atención de salud. El tratamiento medicamentoso ambulatorio puede garantizarse en gran parte los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Córdoba mientras que la práctica de AMEU se encuentra más

restringida a pocos espacios en la ciudad, incluso dentro de la provincia de Córdoba.

No se encontraron diferencias significativas en el perfil de las usuarias que solicitaron IVE, ya sea medicamentosa o AMEU. La edad gestacional diferenciada entre ambos grupos de pacientes podría explicarse por la derivación desde los centros de salud y la realización de tratamientos medicamentosos previos en el Primer Nivel de Atención.

En cuanto respecta a la variable de días de efectivización, se pudo corroborar mediante la revisión de las historias clínicas que en aquellos casos donde se tardó más de 10 días como estipula la ley, se debió a dificultades particulares de las usuarias.

Al revisar los hallazgos de anticoncepción, la mayoría de usuarias que consultaron en el Hospital utilizaban un método anticonceptivo (75,23%). Esta es una cifra francamente mayor a la reportada para nuestro país donde el 72,2% de las mujeres y personas gestantes con embarazos no intencionales no utilizaban ningún PAC⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.

La tasa de anticoncepción posterior fue de 88,08%, lo que demuestra un aumento significativo. En otras bibliografías se caracterizaba el aumento del uso de un método anticonceptivo, en especial de larga duración, si se brinda AIPEO (Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico), ya que aproximadamente el 45% de las usuarias no regresan⁽²⁸⁾.

La tasa de uso de DIU previo al aborto encontrada fue baja, aún más que la media nacional de 9,2%⁽²⁹⁾. Sin embargo, al evaluar la anticoncepción posterior, pudo observarse un aumento de la elección de este método anticonceptivo de largo plazo, siendo el más elegido con un 38,53%.

Según los datos de la OMS, "el 95% de las mujeres que cursan períodos de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes pero el 70% no usan métodos anticonceptivos"⁽³⁰⁾. Se destaca entonces la importancia de garantizar el acceso

a un método anticonceptivo después de un evento obstétrico para prevenir los embarazos no intencionales y las complicaciones que acarrea franca morbimortalidad en las mujeres y personas con capacidad de gestar, además de reforzar las garantías de derechos humanos.

La muestra de este trabajo constituye un corte inicial de los primeros seis meses de implementación de la ley 27.610. Se realizó un acompañamiento longitudinal de las usuarias respetando los principios rectores de la ley expresados en el artículo 5: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información, y calidad conforme a los estándares de la Organización Mundial de la Salud y en el marco de los derechos humanos⁽³¹⁾. Asimismo, se garantizó un método anticonceptivo posterior para prevenir los embarazos no intencionales. Se destaca además la importancia del acceso a un control posterior, el cual fue realizado en el mismo servicio o bien contrarreferenciado al Centro de Salud correspondiente.

CONCLUSIÓN

Las Interrupciones Voluntarias del Embarazo constituyen un motivo de consulta prevalente. En el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias se dio respuesta a ellas de acuerdo con la reglamentación de la Ley Nacional 27.610, que entró en vigencia en enero de 2021. Para ello, se ofrecieron a las usuarias que así lo solicitaron dos opciones terapéuticas: tratamiento ambulatorio medicamentoso o bien tratamiento instrumental ambulatorio (AMEU), siguiendo los estándares de calidad de la OMS.

El proceso de atención se enmarcó en un paradigma de seguimiento longitudinal, situado e integral de las usuarias como sujetos de derechos, propiciando la autonomía en las decisiones concernientes a sus Procesos Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado.

En el período enero-junio 2021 se realizaron 109 acompañamientos, de los cuales 69

fueron medicamentosos ambulatorios y 40 fueron instrumentales (AMEU). Se registraron principalmente 2 modalidades de ingreso a la consulta. La mayoría de las usuarias que recibieron tratamiento con Misoprostol consultaron espontáneamente mientras que aquellas que recibieron AMEU fueron en su mayoría derivadas de otros Centros de Atención Primaria de la Salud. Las tasas de efectividad de ambos tratamientos fueron similares a las descritas en la bibliografía. Las tasas de complicaciones fueron más bajas en comparación con otros trabajos. La mayoría de las usuarias tuvo acceso a un seguimiento de control en el lapso de 10 días como estipula la ley; y a la garantía de acceso a un método anticonceptivo post-evento obstétrico, siendo el DIU el más elegido (38,53%).

Las usuarias acompañadas en el Hospital se caracterizaron por ser una población joven (edad promedio de 27,3 años), sin embarazos previos (37,61%). El 75,23% reportó no haber tenido abortos inducidos previos y el 22,94% refirió haber tenido aborto espontáneo. Además, el 75,23% estaba utilizando una práctica anticonceptiva, siendo los métodos de corta duración los más elegidos: barrera con 32.11% seguido de ACO con 26.61%.

Dado que es una práctica que está en reciente desarrollo en nuestro país, se requieren estudios con mayor casuística que puedan estandarizar los circuitos de atención, y a su vez que permitan evaluar la satisfacción de las usuarias para brindar la mayor calidad a la garantía del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020;8(9):e1152–61. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6).
2. Organización Mundial de la Salud. Abortion [Internet]. Who.int. [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
3. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2022.
4. Szulik D, Zamberlin N. La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sex Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2020;(34):46–67. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/S7TPHSF96ZHKVTK7wsnphNf/abstract/?lang=es>
5. Berra A, Amantea R, et al. Estudio sobre los conocimientos y opiniones de las/los profesionales de salud en torno al acceso a la interrupción legal del embarazo en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXVII,. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429047/html/>
6. Ramos S, Romero M, Michel AR, Tiseyra MV, Ortiz MV. Aportes al debate por la despenalización del aborto [Internet]. *Cedes.org*. 2020. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4580/1/Barreras%20ILE%2030%2011%202020.pdf>
7. Tiseyra MV, Vila Ortiz M, Romero M, Abalos E, Ramos S. Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colect* [Internet]. 2022;18:e4059. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4059/es>

8. Municipalidad de Rosario. Informe de gestión Mónica Fein: 2011-2019. 2019. p. 68.
9. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610 Informe Anual 2021. Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2022. p. 34.
10. Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red (feministas que abortamos) durante el primer año por pandemia Covid-19. Socorristas en Red, Argentina. 2021
11. Socorristas en Red. Info acompañamientos a abortar realizados por SenRed durante el primer semestre del 2021. Socorristas en Red, Argentina. 2022.
12. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un Aborto Seguro [Internet]. Who.int. [cited 2024 Jul 9]. 2014. p.22 Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf
13. Frankel N, Mariana Abernathy. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®: folleto instructivo. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2004. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/322/IPAS%20AMEU%20Plus.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
14. Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud, GCBA. Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. 2021. Situación y Respuesta. 2022. p.34 Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires%20Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20%28actualizaci%C3%B3n%202021%29.pdf>
15. Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar realizados en el año 2019 por Socorristas en Red (feministas que abortamos). Socorristas en Red, Argentina. 2020.
16. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):137-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003017>
17. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT., Arustamyan K, Cabezas E., Gomez M et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *Lancet [Internet]*. 2007;369(9577):1938–46. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60914-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60914-3)
18. Zikopoulos KA, Papanikolaou EG, Kalantaridou SN, Tsanadis GD, Plachouras NI, Dalkalitsis NA, Paraskevaides EA. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Hum Reprod.* 2002 Dec;17(12):3079-83. Disponible en: doi: 10.1093/humrep/17.12.3079.
19. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):137-147. Disponible en: doi: 10.1097/AOG.0000000000003017.
20. Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A, David E. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception.* 2000 Jan;61(1):47-50. Disponible en: doi: 10.1016/s0010-7824(99)00116-x.
21. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;84(6):460–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460
22. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration

abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2015 Nov;92(5):422-38. Disponible en:
doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.013.

23. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, Drey EA. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *Am J Public Health*. 2013 Mar;103(3):454-61. Disponible en:
doi: 10.2105/AJPH.2012.301159.

24. Guiahi M, Schiller G, Sheeder J, Teal S. Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*. 2015 Nov;92(5):453-7. Disponible en:
doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.005.

25. Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF. Registro de nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística. 2017. Disponible en:
<https://www.unicef.org/argentina/informes/registro-de-nacimientos-en-argentina>

26. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). "Estadísticas vitales. Información básica. Secretaría de Acceso a la Salud, Argentina, 2018.

27. Secretaría de Gobierno de Salud. 2018." Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) Indicadores básicos 2017". República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación

28. Ardila Torres OP, Castillo Espitia PA. Anticoncepción posterior a interrupción voluntaria del embarazo en un servicio ambulatorio de ginecología en Yopal, Casanare, Colombia. Febrero 1 de 2017-Febrero 1 de 2018. *Sociedad Española de Contracepción*. 2018. Disponible en:
https://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/IVE/Ardila_Torres_Castillo_Espitia_Memoria.pdf

29. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAda). Comité de Opinión sobre Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCS)". *Revista Amada*, 2018 vol. 14, núm. 2. Disponible en:
<https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-antiguos/volumen-14-n-2-2018/51-revista-revista-n2-2018/262-comite-de-opinion-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-larcs-amada-2018>

30. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. *Salud Sexual y Reproductiva*. 2014

31. Boletín Oficial de la República Argentina. Legislación y avisos oficiales. (15 de 1 de 2021). Obtenido de Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

ACCEDÉ A NUESTRO SANATORIO FINOCHIETTO



Asociate hoy con descuento por un año

Medifé
estamos con vos

SALUD DIGITAL Y AUTONOMÍA. LAS BRECHAS DIGITALES DESDE UNA PERSPECTIVA DE CUIDADOS Y VIVENCIAS DE PERSONAS MAYORES CÓRDOBA ARGENTINA 2023.

Digital health and autonomy. Digital gaps from a perspective of care and experiences of older people Córdoba Argentina 2023.

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

^a Médica de familia. Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7261-6094>.

^b Lic. Relaciones Internacionales, Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

^c Lic. Trabajo Social, Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

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

^e Estudiante de Medicina, Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

^f Abogada, Investigadora Universidad Siglo 21 y Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps). Córdoba, Argentina.

CONTACTO

María del Rosario Caballé.

MAIL: rosariocaballe@gmail.com

Recibido: 28/04/2024

Aceptado: 27/07/2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Salud Digital es la práctica relacionada con la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud. En Argentina, prepagas y obras sociales ofrecen el uso de credenciales virtuales mediante aplicaciones. Sin embargo, cambios tan profundos y veloces llevan a preguntarnos si todas las personas experimentan estos beneficios. Este artículo busca analizar el impacto de la implementación de las nuevas tecnologías en el acceso a las prestaciones de salud y los cuidados de las personas mayores desde su relato experiencial como personas que habitan y transitan una sala de espera. **MÉTODOS:** Investigación cualitativa interaccionista con entrevistas a personas usuarias de PAMI y APROSS. **RESULTADOS:** Las respuestas se centraron en sentimientos principalmente de frustración frente a: Credenciales digitales y tokens, recetas electrónicas, compra de medicamentos y necesidad de acompañamiento a la consulta. **CONCLUSIONES:** Las vejezes en el sistema de salud se ven afectadas por la brecha digital, lo que refleja desigualdades en el acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación en salud. La digitalización podría reproducir desigualdades, limitar la autonomía y acentuar las exclusiones, así como crear nuevas demandas de cuidados que recaen en las familias y sobre las mujeres, quienes frecuentemente asumen estas responsabilidades. Tanto el Estado como el mercado deben contribuir a una distribución equitativa, reconociendo que el cuidado de las personas mayores es una responsabilidad social. En conjunto, estas acciones pueden contribuir significativamente a mejorar el bienestar de las personas mayores en la era digital.

PALABRAS CLAVES: Salud digital, salud de la persona mayor, derechos de género.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Digital Health is the practice related to the use of digital technologies to improve health. In Argentina, prepaid and social insurance companies offer the use of virtual credentials through applications. However, such profound and rapid changes lead us to wonder if all people experience these benefits. This article seeks to analyze the impact of the implementation of new technologies on access to health benefits and care for the elderly from their experiential story as people who inhabit and move through a waiting room. **METHODS:** Qualitative interactionist research with interviews with people from PAMI and APROSS in a waiting room. **RESULTS:** The responses focused on feelings mainly of frustration regarding: Digital credentials and tokens, electronic prescriptions, purchase of medications and the need for accompaniment to the consultation. **CONCLUSIONS:** Old age in the health system is affected by the digital gap, reflecting inequalities in access to and use of information and communication technologies in health. Digitalization could reproduce inequalities, limit autonomy and accentuate exclusions, as well as create new demands for care that fall on families and women, who frequently assume these responsibilities. Both the state and the market must contribute to an equitable distribution, recognising that care for the elderly is a social responsibility. Together, these actions can make a significant contribution to improving the quality of life and well-being of older people in the digital age.

KEYWORDS: Digital health, health of the elderly, gender rights.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es analizar el impacto de la implementación de las nuevas tecnologías en el acceso a las prestaciones de salud y los cuidados de las personas mayores, desde su relato experiencial como personas que habitan y transitan cotidianamente una sala de espera.

La Salud Digital⁽¹⁾ comprendida como el conocimiento y la práctica relacionada con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud, abarca el uso de internet, la inteligencia artificial, los macrodatos y la robótica.

La Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025, OMS⁽²⁾ sostiene que la expansión de las tecnologías de la información, las comunicaciones y la interconexión mundial brinda grandes posibilidades para acelerar el progreso humano, superar la brecha digital y desarrollar las sociedades del conocimiento. La digitalización de los procesos y la inteligencia artificial son sólo algunos de los múltiples ejemplos de avances tecnológicos que complejizan las dinámicas sociales, culturales, políticas y ambientales⁽³⁾.

Se ha observado^(4,5), que nuestra región, y por ende Argentina, se encuentra atravesando un proceso de rápido envejecimiento demográfico. La feminización del envejecimiento⁽⁶⁾ es un fenómeno de proyección demográfica donde se observa de manera universal que las mujeres cis género viven mayor cantidad de años que los varones cis género. Aunque las mujeres alcanzan en mayor número las edades más avanzadas (81,4 años) que los varones (74,9 años)⁽⁷⁾, lo hacen en situaciones de mayor vulnerabilidad social, económica y cultural, siendo las más afectadas por las implicancias perjudiciales de sus trayectorias personales y laborales precarias, debiéndose, en gran parte, al trabajo de cuidados que ha recaído sobre ellas a lo largo de sus vidas⁽⁵⁾.

En los últimos años, en Argentina, diversas prepagas y obras sociales han comenzado a ofrecer la utilización de una credencial virtual, un documento digital al que se puede acceder

mediante el uso de aplicaciones. Se encuentra alojada en un sistema digital propio de la institución y es utilizada para que las personas puedan acceder a los diversos servicios y prestaciones de cobertura como, por ejemplo, la validación de turnos para especialidades médicas, el retiro de medicamentos en farmacias, la realización de trámites web y presenciales. Esta nueva herramienta surge como alternativa al carnet en formato físico y es planteada como una innovación enmarcada en un esquema de “modernización y digitalización de servicios”⁽⁸⁾. Los “tokens” o código de seguridad, por lo general consisten en un número de varios dígitos que cambia cada pocos minutos y permite que la persona afiliada sea identificada de forma inequívoca y en tiempo real al momento que se pretenda acceder a las diferentes prestaciones de salud⁽⁹⁾.

Dentro de las instituciones que adoptaron estas medidas, a nivel nacional, el PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) es la obra social que brinda asistencia médica a las personas mayores más grande de Latinoamérica y representa a unos 5 millones de personas jubiladas, sus familiares a cargo y pensionados⁽⁸⁾. A nivel de la provincia de Córdoba, APROSS (Administración Provincial del Seguro de Salud) posee más de 600.000 personas afiliadas y es otra de las más grandes proveedoras de servicios de salud ya que cubre a personas en actividad y pasividad del sector público⁽¹⁰⁾. Una institución prestadora de estas obras sociales, es el Hospital Italiano, y su servicio de Neumonología y Tórax, donde fue realizada la investigación, atiende pacientes con enfermedades de carácter respiratorias⁽¹¹⁾.

Cambios tan profundos y veloces en los modelos de gestión de la salud llevan a preguntarnos si todas las personas experimentan estas transformaciones bajo las mismas condiciones. La llamada Brecha Digital⁽²⁾ hace referencia al desequilibrio que existe entre quienes tienen acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones modernas (teléfonos inteligentes, televisor, computadoras personales e internet) y quienes tienen un acceso limitado o carecen de él. Las desigualdades de género y socioeconómicas, a su vez, atraviesan y complejizan esta brecha.

Ahora bien, ¿Qué sucede cuando la teoría no se traduce en la práctica cotidiana? ¿Es por situaciones como estas que muchas veces las personas mayores tienen que ir acompañadas a la consulta médica? ¿Se ven forzadas a pedir apoyo? ¿Y si carecen de una red social de contención y cuidado que las asista en este proceso?

Dada la importancia de la temática, la necesidad de su análisis en ámbito de la salud y su escasa información en nuestro medio, el presente trabajo busca conocer, desde la perspectiva de cuidados, cómo afecta la brecha digital en el acceso a los servicios de salud de personas mayores como usuarias -y como *pacientes*- de PAMI y APROSS en tanto si promueven o no su autonomía. Conocer qué relación hay entre el derecho al cuidado *en tanto es condición para el acceso a la salud* y la alfabetización digital, los obstáculos o posibles limitaciones a la autonomía de las personas y sus cuidadoras en estas circunstancias.

MÉTODOS

Diseño: Investigación cualitativa de naturaleza exploratoria y descriptiva desde la perspectiva interaccionista. Se trata de un análisis (estudio de caso) de entrevistas en profundidad sobre experiencias y significados situados en torno a las brechas en el acceso a la salud de personas adultas mayores.

Metodología utilizada para recoger y analizar los datos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad realizadas a 14 personas: 8 mujeres y 6 varones entre 69 y 85 años, usuarias de PAMI y APROSS de la provincia de Córdoba, Argentina. Durante 3 meses, se mantuvieron conversaciones con diferentes personas en la sala de espera del Hospital Italiano en B° General Paz, Ciudad de Córdoba.

Tabla 1

Diseño inicial	
Muestra	8 mujeres y 6 varones usuarias de PAMI y APROSS del Hospital Italiano ciudad de Córdoba, perfil variado.
Aspectos éticos	Se solicita acuerdo de colaboración con las personas entrevistadas.
Técnica cualitativa de elección	Entrevistas en base a categorías previas.
Estrategia metodológica	Perspectiva etnográfica, observación participante, entrevistas semidirigidas.

Método: Desde una perspectiva etnográfica⁽¹²⁾, el trabajo de campo se centró en conversaciones con personas usuarias de PAMI y APROSS: Se utilizaron como técnicas de producción de datos, la observación participante⁽¹³⁾ y la realización de entrevistas semidirigidas⁽¹⁴⁾ en profundidad⁽¹⁵⁾, y notas de campo⁽¹⁶⁾. Se planteó una pregunta al inicio, de tipo abierta para no intervenir en la respuesta.

Categorías: Las categorías de preguntas en las que se basó la interpretación y el análisis posterior que permitiera recuperar las experiencias y significados de la brecha digital en salud para las personas adultas mayores que allí transitan fueron:

Tabla 2

Categorías	
1	¿Qué cambió dentro del sistema de salud en los últimos tiempos?
2	¿Cree que esos cambios tienen un impacto en su vida?

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

Triangulación⁽¹⁷⁾: La coherencia de la fuente se contrasta con la de los datos de otras fuentes y entre teorías.

Reglas de decisión e interpretación⁽¹⁸⁾: Confección de la entrevista y decisión de criterios para el análisis, consentimiento previo con las personas entrevistadas. El análisis consistió en

comparar las diferentes respuestas en relación a las categorías y desde allí extraer aspectos "generales" y sus diferencias.

Descripción de la muestra y los escenarios: Se escogieron personas usuarias de PAMI y APROSS al tratarse de las más grandes prestadoras de salud para personas adultas mayores. El tipo de entrevistas se seleccionó como mejor método para posibilitar la expresión de las personas y así recuperar sus propias representaciones acerca de las vejez para, desde allí, repensar las prácticas de cuidado de las vejez desde una mirada interseccional y de autonomía.

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

RESULTADOS

Las respuestas de las personas en la sala de espera se centraron en tres aspectos principales:

- a) Credenciales digitales e implementación de tokens,**
- b) Receta electrónica y compra de medicamentos en farmacias y**
- c) Necesidad de acompañamiento a la consulta.**

Si bien la digitalización de los métodos de identificación es presentada como una alternativa facilitadora en el acceso, para la mayoría de las personas entrevistadas, se

constituye como el único medio aceptado en distintas instituciones proveedoras de servicios de salud.

¿Cómo se accede al nuevo sistema de credencial digital? Si bien cada entidad tiene sus propias especificaciones, en términos generales se debe:

1. Descargar al teléfono celular una aplicación específica, la cual se encuentra disponible solo para sistemas Android e iOS.
2. Ingresar con los datos de filiación, validar y activar la credencial digital.

Ambos prestadores presentan canales alternativos, como se detalla a continuación.

Tabla 3

¿Cómo obtener el token o la credencial digital?	
APROSS	PAMI
<ol style="list-style-type: none"> 1. A través de CiDi (Portal Ciudadano Digital de la Provincia de Córdoba). 2. Portal de autogestión de APROSS. 3. Atención telefónica. 4. Sede central o subdelegaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Credencial provisoria QR. 2. Credencial provisoria ticket.

Se vuelve necesario aclarar que en el caso de APROSS, para el acceso a la credencial digital, es requisito previo la posesión de una cuenta en una plataforma digital llamada "Ciudadano Digital", que la provincia de Córdoba utiliza como modalidad para el acceso a ciertos servicios. La plataforma cuenta con varios "niveles" de identificación que, a nivel creciente, incluyen mayores requisitos de acreditación de la identidad, como la carga de datos e imágenes del DNI y fotografía

identificatoria. Para acceder a la plataforma de la misma, la persona debe contar con un sistema de seguridad de verificación de segundo nivel, lo cual representa para ciertas personas entrevistadas diversas dificultades en su gestión.

En el caso de APROSS, las alternativas para la obtención de la credencial digital (y por ende los tokens) requiere exclusivamente el acceso a dispositivos electrónicos (opciones

1 y 2 de la tabla 2) si se pretende tenerla de manera permanente y, por ende, a disposición para cuando se la precise. Por el contrario, la posesión de la credencial es de manera temporal (opciones 3 y 4) ya que los tokens otorgados desde estos medios tienen una duración entre 24 y 48 horas. Estas últimas implican que las personas deban gestionar, cada vez que requieran de su uso, nuevamente su credencial ya sea comunicándose por teléfono (opción 3) o trasladándose hacia la sede de la institución (opción 4), lo que representa mayor complejidad y recursos a disposición.

En el caso de PAMI, las dos alternativas que ofrece la institución son temporales. Si bien no se otorgan nuevas credenciales en su formato físico, las que ya fueron emitidas con anterioridad pueden seguir siendo utilizadas por sus titulares.

En el sentido de lo planteado, una usuaria de PAMI expresa que, frente a la implementación de **a) Credenciales digitales y sistemas tokens:**

(...) Tengo miedo de perder la credencial, la cuido como oro. A un par de amigas les pasó que por una cosa o por otra la perdieron o no la encuentran y ya no la dan más en plástico; me cuentan que reniegan un montón (Norma: 79 años, afiliada de PAMI).

Al entablar conversaciones con las personas mayores en las salas de espera, se observó que aparecen expresiones vinculadas a sentimientos de miedo y frustración ante la implementación de estas tecnologías. Estos sentimientos cobran mayor relevancia en personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, debido a que tienen menos o no poseen acceso a dispositivos inteligentes.

Con respecto al empleo de **b) Recetas electrónicas**, las personas entrevistadas expresan sentimientos de incertidumbre al considerar que las posibilidades de acceso a recursos imprescindibles para la atención de su salud dependen exclusivamente de la utilización y manejo de la tecnología.

(...) Salir de la consulta médica con la receta lista es una ruleta rusa: depende de que haya sistema para poder hacerlas, y muchas veces los médicos no las pueden hacer en el momento del turno. Hace poco el sistema para comprar medicamentos de la farmacias estuvo caído una semana: no se podía corroborar la identidad de la persona o si el medicamento que se solicitaba estaba en vademécum y, en caso de que sí, qué descuento correspondía (Micaela, 27 años. Afiliada de Apress).

Ante estos ejemplos se observa que, tanto la utilización de las credenciales y los sistemas tokens como el empleo de recetas digitales, presentan la necesidad de que el sistema de salud ponga en marcha diversas iniciativas o estrategias para ser integradas y resultar verdaderamente eficaces.

(...) “Estuve más de una semana dando vueltas para comprar la medicación, en la farmacia me decían que el sistema estaba caído y no me podían vender. Desde la obra social cuando llamaba insistían en que iban a hacer que los medicamentos se entregasen igual -lo mismo que decían en los noticieros- pero en la farmacia solo me daban la opción de comprarlo y después hacerme el reintegro, pero tenés que tener la plata en el momento para poder hacer eso, y los medicamentos están cada vez más caros, estaba imposible” (Marta: 76 años, afiliada de Apress).

Con respecto a la **c) necesidad de contar con acompañamiento ante las consultas médicas**, las y los pacientes refieren que se enfrentan a una estructura del sistema de salud excluyente debido a la identificación de barreras que solo pueden ser superadas a través del acompañamiento de terceras personas, como familiares y personas vinculadas a las tareas de sus cuidados.

(...) Un martes de febrero, en la sala de espera, veo a una señora mayor ir y venir por el pasillo. Decido acercarme a preguntarle si necesita algo. La mujer me explica que debía esperar que la llamen por su número para que la registren en secretaría para, así, poder esperar su turno. Sin embargo, no encuentra

dónde sacarlo. La acompaño a una máquina mientras explico que ya hace un tiempo el hospital implementó un sistema digital. Me ofrezco a mostrarle su funcionamiento: Ingresar los números del DNI en la pantalla táctil, seleccionar su obra social y finalmente el tipo de gestión. Se imprime el papel con el código. Ya con el papel en mano, la pregunta fue: ¿Y ahora qué hago? (Micaela, 27 años. Afiliada de Apress).

(...) La verdad que ahora todo es mucho más estresante, me piden unos números para registrarme para los controles en el hospital, que cambian a cada rato, no me da ni tiempo de leer. A mi edad ya no estoy para renegar de esta manera, además tengo que molestar a mi hija o a mis nietos constantemente porque con todo eso y que ya hasta para sacar número en la sala de espera es con un aparato que después te llaman por una pantalla. No puedo ir más solo. Me piden esos números también en la farmacia, ni los medicamentos me puedo ir a comprar sin ayuda (Óscar: 83 años, afiliado de Apress).

DISCUSIÓN

Según la presente investigación, los resultados obtenidos coinciden con otros estudios^(19,20) que señalan como factor deshumanizante dentro de la estructura sanitaria a la implementación de tecnologías avanzadas como parte de los esfuerzos de modernización impulsados por las instituciones de salud. Este enfoque podría introducir nuevos desafíos y demandas en la vida de las personas al aplicarse simplemente porque se dispone de ellas y no mediante un análisis previo de las necesidades individuales de quienes transitan esos espacios.

Respecto a la brecha digital, si ponemos la lupa en el Sistema de Salud de la provincia de Córdoba veremos cómo el acceso a las prestaciones médicas está, a un "click" de distancia a partir de la implementación de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC)⁽¹⁹⁾, sin embargo, estos resultados contribuyen a comprender que se vuelve necesario

conocer, desde una perspectiva de los cuidados, los modos en que la aplicación de estas dificultan el acceso a los servicios de salud a personas mayores y limitan su autonomía. Algunos autores⁽²¹⁾ proponen que las mismas también pueden exacerbar las desigualdades económicas o sociales preexistentes, e incluso crear otras nuevas. Los testimonios aquí planteados, plantean que su implementación genera nuevas y mayores necesidades en tanto requieren de otras personas, cuidadoras, que "ayuden" en el acceso al servicio de salud. Quienes poseen una red de cuidados, como familiares, amistades, y posibilidades de acompañamiento, pueden sortear las dificultades que les implican las herramientas de salud digital, pero excluye a quienes no. Esto incrementa las cargas de cuidado de las personas cuidadoras que, no sólo deben resolver los cuidados cotidianos sino, además, sumarle la gestión de los trámites digitales.

La implementación exitosa de las nuevas tecnologías en salud debe estar respaldada por la evidencia existente abordando las potenciales disparidades que este avance podría ocasionar. En este sentido, coincidimos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que propone ocho principios para la transformación digital de la Salud Pública⁽²²⁾ y apunta hacia una salud digital inclusiva protegiendo la dignidad humana⁽²³⁾. La inclusión digital se establece como requisito fundamental para hacer que la implementación de tecnologías en salud sea efectiva y no acreciente la ya existente brecha digital, con el propósito de facilitar su acceso para la mayor cantidad posible de personas. Como mencionan algunas lecturas⁽²⁾, este enfoque integrado exige un desplazamiento del modelo de salud centrado en la enfermedad a otro centrado en las personas. Incluye no solo a los pacientes, familias y comunidades, sino también al personal sanitario encargado de prestar los servicios de cuidado que debe estar preparado para implantar y/o utilizar las tecnologías de salud digital en su trabajo.

Ciertos estudios^(24,25) proponen que la participación social ayuda a las personas mayores en el proceso de transición que

supone pasar de la vida activa o laboral a la jubilación, y es un aspecto que influye también en la integración social y en su desarrollo personal, para alcanzar una mayor autonomía y disminuir los niveles de dependencia.

En coherencia con esta mirada, coincidimos con trabajos de investigación desde el enfoque de la autonomía relacional^(26,27) que permiten hablar de interdependencia y del carácter sociocultural de la vejez: Como “aquella que surge del vínculo entre dos ó más sujetos que interactúan construyendo seres y haceres que no anulen al otro.” A partir de este supuesto, se podrían diseñar e implementar herramientas de salud digital que se dirijan a “la construcción de la participación social, desde el vínculo con las personas mayores” que legitimen “distintas formas de ser viejo/a sin imponer actividades o mandatos (...)”.

Respecto a la necesidad de acompañamiento para la consulta, algunos autores⁽²⁸⁻³¹⁾, proponen visibilizar la existencia de marcadas asimetrías y desigualdades en cuanto a la forma en la que se distribuyen los cuidados, que en general, tienden a estar familiarizados (recaen en las familias) y feminizados (sobre las mujeres), lo que contribuye a que estos cuidados se encuentren invisibilizados y/o precarizados.

Los resultados obtenidos en este trabajo permitieron observar que, el acceso a la salud digital requiere que las personas cuenten con diversos recursos tanto materiales como simbólicos para el uso de las tecnologías de la información y que ello brinde posibilidades reales para la superación de la brecha digital.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran la necesidad de repensar cómo se podría facilitar la convivencia de los avances tecnológicos con las realidades de las personas adultas mayores que necesitan acceder al sistema de salud desde una perspectiva de cuidados y del derecho al cuidado.

Se identificaron como factores contextuales que las personas adultas mayores en el sistema de salud se ven profundamente afectadas por la brecha digital, reflejando las desigualdades en el acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación. En la discusión del artículo, se destaca que la digitalización de la salud podría ofrecer beneficios significativos, pero su implementación sin una planificación adecuada y una evaluación de los elementos que producen y reproducen las desigualdades podría acentuar las exclusiones existentes y, en algunos casos, crear nuevas.

Cuando la credencial digital se convierte en un requisito para acceder a estos tipos de servicios, ésto puede exacerbar las desigualdades preexistentes al relegar a ciertos grupos, como las personas mayores, a una posición de mayor vulnerabilidad. La misma situación puede crear nuevas demandas de cuidado especialmente para las familias y las mujeres, que en general asumen estas responsabilidades.

Desde una perspectiva práctica, se destaca la importancia de considerar los recursos materiales, simbólicos y culturales necesarios para acceder a la salud digital. Esto incluye, no solo dispositivos electrónicos y conocimientos tecnológicos, sino también tiempo, habilidades para transitar por el sistema de salud y redes de apoyo social. Sin estos recursos, las personas mayores corren el riesgo de quedar excluidas del sistema de salud.

La intersección entre las vejez en el sistema de salud y la brecha digital plantea importantes desafíos tanto teóricos como prácticos. Para abordar estas cuestiones de manera efectiva, es necesario reconocer y comprender las complejas interacciones entre la edad, la tecnología y el acceso a la salud, así como desarrollar políticas y prácticas inclusivas que garanticen que nadie quede atrás en la era digital.

Lo anterior, implica diseñar e implementar políticas públicas y programas transversales, sostenibles e informados que promuevan la

participación de diversos actores en el cuidado y apoyo a las personas mayores. Las familias juegan un papel fundamental como red de cuidados principal en muchos casos, por lo que es crucial brindarles el apoyo necesario, para que puedan cumplir con esta importante responsabilidad sin comprometer su propio bienestar.

Desafíos, tensiones y preguntas para futuras investigaciones en el campo

Estas preguntas ofrecen un punto de partida para pensar políticas, programas y prácticas destinadas a mejorar la atención médica y el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores/as principales. Al abordar estas áreas de investigación, podemos avanzar hacia un futuro respetuoso de los derechos fundamentales en el que todas las personas mayores puedan vivir vidas saludables, activas y significativas.

Las autoras del presente artículo declaramos haber cumplido con los aspectos éticos y ser libres de conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano P. El uso de las tecnologías digitales para la salud - Pedro Soriano [Internet]. Pedro Soriano - Marketing digital sanitario y comunicación en salud. 2022 [citado el 26 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.pedro-soriano.com/blog/uso-tecnologias-digitales-cibersalud/>
2. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 [Global strategy on digital health 2020-2025]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. Hernández M FN, editor. Salud digital: Cuando deja de ser una opción para convertirse en exclusión. Vol. marzo. El entramado; 2023.
4. INDEC. Dossier estadístico en conmemoración del 109° Día Internacional de la Mujer [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M.pdf
5. Borgeaud-Garciandía N. Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En Hirata, H. y Araujo Guimarães N. (Comp.) (1ra Ed.); 2020.
6. Santarelli C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de Investigación Educativa [Internet]. 2006;24, n.o 1,;147–64.
7. INSSJP - Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados [Internet]. Org.ar. [citado el 26 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/historia>
8. Credencial PAMI [Internet]. INSSJP. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/credencial>
9. Qué es el token [Internet]. APROSS. [citado el 2 de invierno de 2024]. Disponible en: <https://www.apross.gov.ar/faq-items/que-es-el-token-o-codigo-de-seguridad/>
10. APROSS [Internet]. APROSS digitaliza su credencial. [citado el 3 de 2024]. Disponible en: <https://www.desuso.apross.gov.ar/226-Apross-digitaliza-su-credencial.note.html>
11. Neumonología [Internet]. Hospital Italiano de Córdoba. [citado el 4 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.hospital-italiano.org.ar/especialidades/neumonologia-y-torax/>
12. Peralta Martínez C, Etnografía y métodos etnográficos. Análisis. Revista Colombiana de Humanidades [Internet]. 2009; (74):33-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515551760003>
13. Retegui L. La observación participante en una redacción. Un caso de estudio Participant observation in a newsroom. A case study en La Trama de la Comunicación. ISSN 1668-5628 - ISSN 2314-2634. Julio a diciembre de 2020;n 24 Número 2,;Páginas 103 a 119. 2020.

14. Bang C. Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral con enfoque en Salud Mental. *scielo.org Psicología de la salud, epidemiología y prevención [Internet].*; Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/anuin/v18/html/v18a36.htm> 2011.
15. Guber R. Capítulo 4 La entrevista etnográfica o el arte de la “no directividad”. La etnografía, método, campo y reflexividad/ Rosana Guber- [Internet]. 2001. Disponible en: https://perio.unlp.edu.ar/catedras/mis/wp-content/uploads/sites/126/2020/04/cap4guber_r._-la_etnografia.pdf
16. Domínguez Mon A. De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición en los registros chiapanecos de Esther Hermitte. *Redalyc.* 2001. Disponible en: https://www.academia.edu/2121118/De_las_notas_de_campo_a_la_teor%C3%ADa_Descubrimiento_y_redefinici%C3%B3n_de_nagual_en_los_registros_chiapanecos_de_Esther_Hermitte
17. Santarelli C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa [Internet].* 2006;24, n.o 1,;:147–64.
18. Schettini P. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa [Internet]. Editorial de la Universidad de La Plata; Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1
19. Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de enfermería*, 18(1), 32-36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext
20. Duarte, E. S. (2008). Las tecnologías de información y comunicación (TIC) desde una perspectiva social. *Revista electrónica educare*, 12, 155-162.
21. Sunkel, Guillermo y Ullmann, Heidi (2019) Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL N° 127*, abril de 2019. Pp. 223-268
22. Agency for Healthcare Research and Quality. Informing Improvement in Care Quality, Safety, and Efficiency [Internet]. Digital Healthcare Research - Archive. Disponible en: <https://digital.ahrq.gov/key-topics/architecture-health-it>
23. Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015)*. Pp. 103-134; 2015.
24. Herranz Aguayo Inmaculada, Lirio Castro Juan, Portal Martínez Esther, Arias Fernández Enrique. La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología [Internet].* 2013 Ago [citado 2024 Abr 28]; 6(2): 13-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1906>.
25. Unger, J. B., Johnson, C. A., & Marks, G. (1997). Functional decline in the elderly: Evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 152–160. <https://doi.org/10.1007/BF02883332>
26. Aguirre Cuns, Rosario y Scalvino, Sol (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay.* Uruguay: Doble click editoras.
27. O'Neill Institute for National and Global Health Law (2024): Aportes al estudio de los cuidados y el apoyo desde una perspectiva de derechos humanos, de conformidad con la Resolución 54/6 del Consejo de Derechos Humanos. Disponible en: <https://oneill.law.georgetown.edu/wp-content/uploads/2024/04/2024.04.12ONeillInstituteInputforHRCResolution-1.pdf>

28. Kimberlé (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez . Recuperado de: <https://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografiando-los-margenes-1.pdf>

29. Razavi, Shahra. (2007). The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options. *Gender and Development*, paper N° 3. Ginebra: UNRISD.

30. Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas 2005 - 2008. [Tesis de doctorado]. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. Recuperado de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/7827>

31. Rodríguez Enríquez, Corina (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *NUSO* N° 256 / MARZO. Recuperado el 14 de diciembre de 2023 de: <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/#:~:text=La%20econom%C3%ADa%20feminista%20se%20caracteriza,la%20reproducci%C3%B3n%20de%20la%20vida>

OFICINAS REGIONALES DE INTEGRACIÓN SANITARIA EN CÓRDOBA: EXPERIENCIA PARA FORTALECER LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.

Regional Health Integration Office in Córdoba: experience to strengthen coordination between levels of care.

Autores: Herrando, Pablo Matías^a; Godoy, Ana Carolina^b; Di Toffino, Laura^c; Ducant, Manuel^d; Alonso, Diego^e.

^a Médico diplomado en Redes de Salud. Maestrando en Informática en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

^b Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. Especialista de Auditoría Médica. Magíster en Salud Colectiva. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

^c Lic. en Gestión Pública. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

^d Lic. en Psicología. Especialista en administración pública. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

^e Abogado. Especialista en Cooperación Internacional. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

CONTACTO: Pablo Herrando.

MAIL: pablomatiasherrando@gmail.com

Recibido: 09/07/2024

Aceptado: 29/10/2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La descentralización de los servicios públicos de salud desencadenó modificaciones significativas en el sistema de salud de la provincia de Córdoba, otorgando a los municipios responsabilidad sobre el primer nivel pero sin garantizar mecanismos de coordinación formales con otros niveles. Córdoba tiene 427 municipios; y 869 establecimientos públicos de salud de distintas dependencias. El programa Redes propuso estrategias para avanzar en la coordinación asistencial. Luego de esa experiencia, y con financiamiento del programa, se crean en 2021 oficinas regionales de integración sanitaria (ORIS) en los hospitales provinciales. **OBJETIVO:** presentar el proceso de diseño e implementación de las ORIS en la provincia de Córdoba de julio de 2022 a agosto de 2023. **MÉTODOS:** Se seleccionaron 18 hospitales. Se conformaron equipos de trabajo y se delimitaron las zonas de integración sanitaria. Los indicadores para el monitoreo contemplan los turnos gestionados por las oficinas, la relación respecto a los programados por el hospital y el ausentismo a los mismos. **RESULTADOS:** se pusieron en marcha 18 ORIS, que involucran a 292 municipios y comunas. Se gestionaron 32.620 turnos durante el periodo analizado (7,2% del total de turnos programados por los hospitales). **DISCUSIÓN:** Es necesario elaborar indicadores que den cuenta de la continuidad del cuidado. Las ORIS son una oportunidad para subsanar los efectos de la descentralización.

PALABRAS CLAVES: Regionalización; atención primaria de la salud; Colaboración Intersectorial; Sistemas Locales de Salud; Córdoba.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The decentralization of Public health services has triggered significant changes in Córdoba Province Health System, giving municipalities full responsibility for primary care interventions without formal coordination mechanisms. Córdoba has 427 municipalities and 869 public health establishments under various jurisdictions. The Redes program proposed strategies to enhance service coordination. Subsequently, with program funds, regional offices for health integration (ORIS) were created in 2021 and set in provincial hospitals. **OBJECTIVE:** To present the design and implementation process of ORIS in the province of Córdoba from July 2022 to August 2023. **METHODS:** 18 hospitals were selected. Work teams were formed, and health integration areas were defined. The indicators for monitoring include shifts managed by the offices, the relationship with those scheduled by the hospital, and absenteeism. **RESULTS:** 18 offices were launched, involving 292 municipalities and communes. A total of 32.620 shifts were managed during the analysed period (7.2% of the total number of shifts scheduled by the hospitals). **Discussion:** Building continuity of care indicators is necessary. ORIS are an opportunity to address the effects of decentralisation.

KEYWORDS: Regionalisation; primary health care; Intersectorial Collaboration; Local Health Systems; Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La descentralización de los servicios públicos de salud inicia en Córdoba en el año 1987 en el marco de la agenda de modernización del estado provincial, y termina de concretarse a finales de 1995 motivada por una crisis financiera y la necesidad de un ajuste fiscal. Así, se transfieren masivamente efectores de baja complejidad desde la jurisdicción provincial a la municipal. Ello desencadenó modificaciones significativas en el sistema de salud provincial: ausencia de mecanismos formales de coordinación interjurisdiccional, sistemas de información desintegrados y herramientas administrativas deficientes ó inexistentes, con la consecuente pérdida de calidad, profundización de la heterogeneidad en las respuestas sanitarias, atomización y fragmentación del sistema. Hacia 1990, la provincia era responsable de la mayoría de los centros asistenciales, a excepción de los grandes municipios (como Capital y Río Cuarto). Hacia 1996 se hablaba de 418 efectores (sobre un total de 467) descentralizados, convirtiendo a Córdoba en una provincia con un alto nivel de involucramiento municipal en la producción de servicios de salud públicos. Los efectos negativos mencionados buscan ser subsanados aún en la actualidad con políticas públicas orientadas hacia la integración del sistema⁽¹⁾.

Actualmente, Córdoba está conformada por 427 municipios y cuenta con 869 establecimientos públicos de salud: 81 provinciales, 781 municipales, 2 nacionales y 5 universitarios. Este escenario plantea la necesidad de coordinar entre niveles de complejidad creciente y entre distintas jurisdicciones. Respecto al ordenamiento territorial, el Proyecto de ORIS ha establecido la generación de Zonas de Integración Sanitaria (ZIS). Las mismas proponen relaciones entre municipios, comunas y hospitales cabeceras de gestión provincial según criterio de proximidad geográfica y accesibilidad vial. Esto también es conocido como corredor sanitario⁽²⁾.

Como antecedente directo, en el año 2009 se lanzó a nivel nacional el programa Redes de

Salud. El mismo transfería financiamiento a la provincia por el logro de hitos vinculados con: la conformación de redes integradas de servicios de salud (RISS), la promoción de la coordinación de los servicios de salud y la continuidad e integralidad de los cuidados de la población⁽³⁾. Para cumplir esos objetivos se crearon 3 nodos de salud en los departamentos del noroeste cordobés (en las zonas de Traslasierra Norte, Traslasierra Sur y Cruz del Eje/Minas). En estos departamentos (que presentaban los mayores porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas y población con cobertura pública exclusiva) se trabajó en mesas para la toma de decisiones consensuadas sobre RISS, y participaron referentes de salud de municipios próximos. Hacia 2018, estas acciones fueron perdiendo impulso entre los equipos del nivel ministerial, demostrando también baja apropiación de los equipos de salud de los territorios. Aun así, la provincia continuó recibiendo fondos del programa Redes para otros hitos priorizados entre los que subyace la coordinación asistencial que dará lugar al Proyecto ORIS.

En 2019 el Ministerio de Salud Provincial (en adelante MSP) integra en una Dirección, la ejecución de los programas provinciales y nacionales, entre ellos el SUMAR (orientado a la cobertura efectiva poblacional en función de prestaciones nombradas) y el Redes de Salud (orientado a integrar y evitar la fragmentación de la atención).

En 2021, utilizando parte del financiamiento obtenido por el desempeño de Redes, impulsamos la propuesta de Oficinas Regionales de Integración Sanitaria (ORIS), con el objetivo de mejorar la comunicación y coordinación de los cuidados de la salud entre el primer nivel municipal y el segundo nivel hospitalario, complementariamente al objetivo de contribuir al fortalecimiento de las RISS en el territorio provincial. Los objetivos incluyeron dimensionar e integrar los servicios disponibles y proporcionados y, por otro lado, coordinar las relaciones y articulación entre prestadores de salud. En términos operativos, la articulación se logra mediante la identificación de servicios, la definición conjunta de criterios de derivación y la gestión de turnos.

En este trabajo presentamos una síntesis y evaluación del proceso de diseño e implementación de las ORIS en la provincia de Córdoba. Se describen los indicadores que se construyeron para su monitoreo en esta etapa inicial, las estrategias de priorización para optimizar el desenvolvimiento y los resultados alcanzados.

MÉTODOS

Para implementar las ORIS se seleccionaron 18 hospitales provinciales (14 del interior y 4 de capital), ya que son de gobierno directo del MSP y funcionan (a diferencia de los municipios) como prestadores regionales. Para la selección de los del interior se analizaron la cantidad de partos reportados al programa Sumar (ya que esta práctica da cuenta del flujo de pacientes hacia el segundo nivel), y se seleccionaron 14 centros. Para el caso de la capital, se incluyeron 3 hospitales generales de fácil acceso geográfico desde el interior y un hospital de adultos de alta complejidad.

En cada hospital se conformó un equipo que incluyera los roles de coordinación, de gestión de información y puestos administrativos.

Para el registro de la gestión de turnos se creó un proyecto específico en una aplicación web de código abierto para la gestión de proyectos. Asimismo, para la medición de indicadores se consultó información disponible en un sistema web de visualización de datos provenientes de distintas fuentes ya existentes del MSP de la provincia⁽⁴⁾.

La construcción de indicadores del proyecto buscó mostrar el avance del fortalecimiento de la red de servicio, y la eficiencia de la gestión turnos, así como el aporte relativo en función del total de turnos otorgados por el hospital. En este sentido, buscan expresar la circulación de pacientes mediadas por el primer nivel de atención (en comparación con la consulta espontánea al hospital o derivada pero sin comunicación previa entre niveles de atención). Los indicadores seleccionados para el monitoreo del proyecto en esta etapa fueron:

- Turnos gestionados por ORIS/ Total de turnos programados otorgados por el hospital por mes
- Turnos gestionados por ORIS/ Total de turnos otorgados por el hospital por mes
- Turnos gestionados por ORIS por servicio/especialidad médica
- Cantidad de municipios y comunas involucrados en la gestión de turnos por mes y por hospital
- Ausentismo a los turnos gestionados por ORIS expresado en porcentaje

Finalmente, fueron priorizados ciertos servicios para el monitoreo, que guardan coherencia con líneas de cuidado priorizadas por el MSP: Cardiología, Diabetología, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Gastroenterología.

RESULTADOS

Se pusieron en marcha 18 oficinas en hospitales tanto del interior provincial como en la ciudad de Córdoba. Las oficinas están integradas por equipos interdisciplinarios, sumando un total de 72 trabajadores. Se presentaron el proyecto y los equipos ante los distintos servicios del hospital con acompañamiento de las autoridades de cada institución. Para inducir a los equipos, se brindaron, mediante capacitaciones, herramientas para la negociación con los servicios, la gestión de las comunicaciones por correo electrónico y whatsapp, el registro de las gestiones en las plataformas definidas y conceptos generales sobre el abordaje de las líneas de cuidado priorizadas.

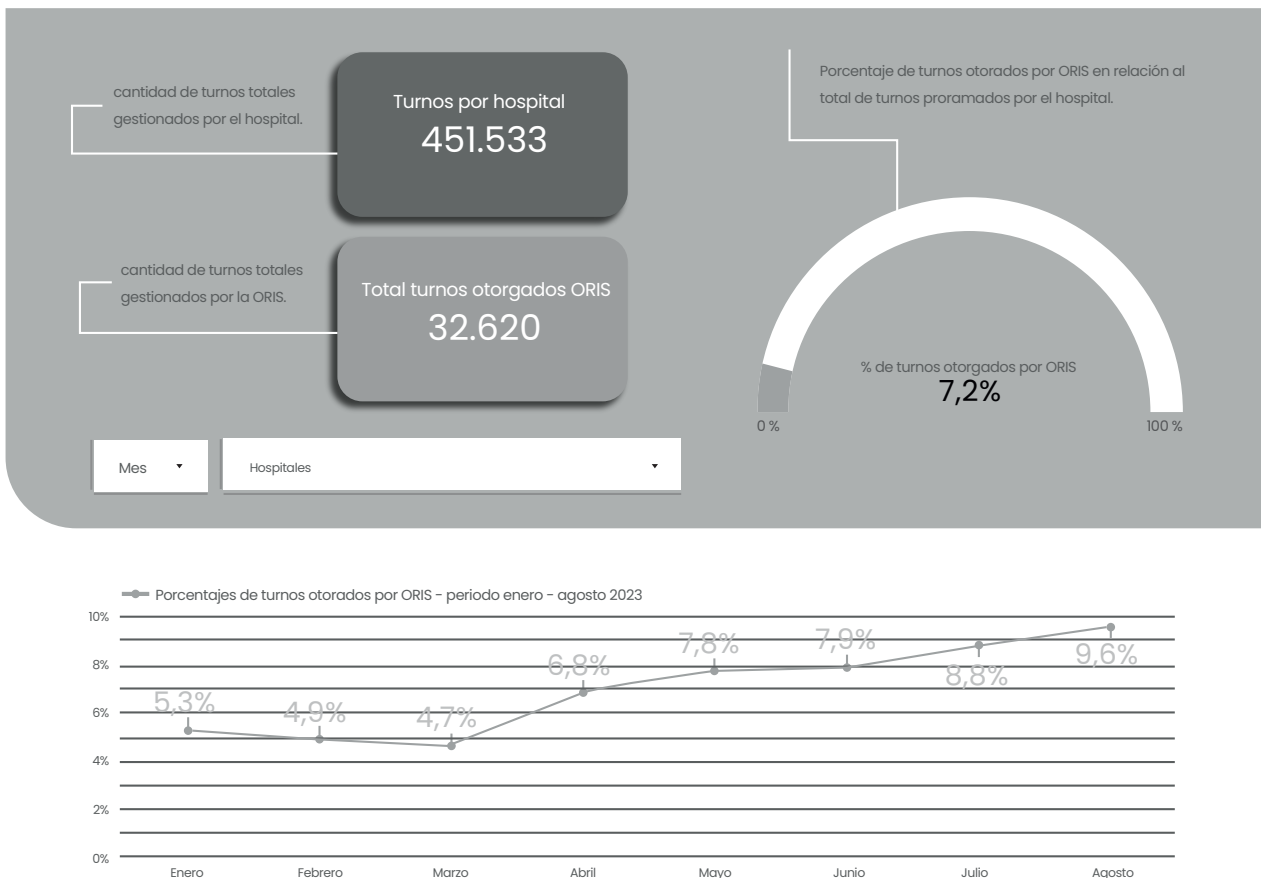
Los equipos delinearon un plan de comunicación el cual establecía un cronograma de encuentros presenciales y virtuales de presentación del proyecto a equipos del primer nivel de atención, definía los canales formales de contacto -mediante correo electrónico y línea de celular institucionales-, e identificaba el contenido y la periodicidad de las comunicaciones con su ZIS.

Considerando las distancias espaciales y temporales al hospital, cada ORIS delimitó su ZIS (conjunto exclusivo de municipios y comunas aledañas) y elaboró su cartilla de servicios, que da cuenta de la disponibilidad de especialidades médicas y métodos complementarios disponibles en cada hospital, con el detalle de horarios de atención y profesionales responsables. Se editaron documentos digitales con la información y se distribuyeron mediante los canales previamente definidos a referentes de los equipos del primer nivel.

Las ZIS establecidas involucran a 292 municipios y comunas, con una media de 20,85 (rango 10-36). Para el caso particular de las ORIS de la Ciudad de Córdoba, se decidió trabajar respetando el criterio territorial preexistente, generado por la propia municipalidad, y según el cual la ciudad se divide en 6 zonas sanitarias.

Se diseñó un visualizador en Google data studio para monitorear los indicadores de turnos del proyecto y compartir información con las coordinaciones de los equipos ORIS (Fig. 1).

Fig.1 Evolución de los turnos gestionados por las ORIS, enero a agosto de 2023.



En el marco del proyecto se gestionaron 32.620 turnos al mes de agosto de 2023, lo cual representa un 7,2% del total de turnos programados por los hospitales según tablero provincial. Durante los primeros 6 meses de implementación, esta proporción fue de 2,4%, y en el siguiente semestre, ascendió a 6,4%. La máxima proporción se observó en el mes de junio de 2023 en un hospital del interior, que alcanzó un porcentaje de 41,8%. Los servicios más demandados fueron los siguientes: diagnóstico por imágenes (6.341), cardiología (2.860), laboratorio (2.438), ginecología (2.228), traumatología (2.170), cirugía (1.711), oftalmología (1.599), neurología (1.521), diabetología (1.438) y pediatría (1.315). El ausentismo fue del 21,9%. A septiembre de 2023, todas las oficinas se mantuvieron en funcionamiento y 5 hospitales más solicitaron la apertura de su propia ORIS, para establecer pautas de trabajo más transparentes con el primer nivel de atención y mejorar el uso eficiente de los recursos. Programas y áreas específicas del Ministerio de la provincia (Remediar, Programa Córdoba Diabetes, Salud Sexual y Reproductiva, Epidemiología, Red Provincial de Odontología, Telesalud, otros) articularon estrategias de abordaje territorial con las oficinas. Entre éstas se incluyeron encuentros regionales de formación y acuerdo de pautas de derivación, comunicación a través de referentes regionales (que anteriormente respondían al programa Sumar) y acuerdos de gestión entre municipios y hospitales.

Se realizaron un total de 50 encuentros de capacitación entre Hospitales Regionales y sus zonas de integración. Los encuentros desarrollaron la propuesta de organización de atención por línea de cuidado, y finalizaron con acuerdos de criterios de derivación y pautas de referencia y contrarreferencia. De los encuentros participaron servicios hospitalarios de 20 hospitales y 349 trabajadores del primer nivel de atención.

Se destacan cambios significativos en los indicadores sanitarios definidos por la cartera de salud provincial. En lo referido a la Diabetes Mellitus 2, se evidencia una marcada diferencia en la cobertura entre los municipios

alcanzados por el proyecto ORIS en 2023, en comparación con aquellos no alcanzados (OR 1,24 [IC95% 1,19-1,29, $p < 0,0001$]). Analizando el comportamiento de los municipios en relación a ORIS con respecto al año 2022, también se observa una variación significativa (OR 1,77 [IC95% 1,70-1,85, $p < 0,0001$]). Estos resultados señalan la contribución del proyecto a los indicadores de Diabetes Mellitus 2, resaltando la importancia de la implementación de ORIS en la mejora de la salud pública.

DISCUSIÓN

Hasta mayo de 2024, y luego de cambios de gestión (tanto provinciales como municipales, incluyendo autoridades sanitarias y directivos de hospitales) se ha sostenido el funcionamiento de las 18 ORIS, se incluyeron 3 más en 2023 y 2 en el primer cuatrimestre de 2024.

Consideramos que esta experiencia, en función de los resultados parciales, logró mejorar la posibilidad de cuidado en las líneas priorizadas en cuanto a la cobertura efectiva. Sin embargo, evaluamos como debilidad de este relato la necesidad de construir indicadores que den cuenta de la continuidad del cuidado. El fortalecimiento de la organización de circuitos de pacientes desde el hospital regional y la comunicación con los municipios aporta a la gobernanza del Ministerio sobre el primer nivel de atención. De este modo, la implementación de las ORIS estimula la integración sanitaria al comunicar municipios con hospitales provinciales, subsanando las dificultades que existen en lo referido a la coordinación asistencial.

Declaración de conflictos de interés: Los autores son parte del equipo de implementación de la experiencia. No existieron intereses comerciales en la realización de la misma.

"Todos los autores han efectuado una contribución sustancial a la concepción o el diseño del estudio o a la recolección, análisis o interpretación de los datos; han participado en la redacción del artículo o en la revisión crítica

de su contenido intelectual; han aprobado la versión final del manuscrito; y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todos sus contenidos han sido adecuadamente investigadas y resueltas."

BIBLIOGRAFÍA

1. Ase I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2): 199-218.
2. Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Manual de Inducción. 2011. Disponible en: <http://multimedia.cba.gov.ar/web/MANUAL%20DE%20INDUCCION%20SALUD.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>.
4. Ducant M, Godoy AC, Alonso DE. Monitor sanitario: experiencia de gestión y monitoreo de líneas de cuidado priorizadas en Córdoba. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2022; 19(3). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/223>
5. Tobar F. Modelos de Gestión en Salud. Buenos Aires, 2002.
6. Chiara M [compiladora]. Gestión territorial integrada para el sector salud. Cuaderno de trabajo. Universidad Nacional de General Sarmiento. 2015.
7. Restrepo M. Comunicación para la dinámica organizacional. Signo y pensamiento. 1995; 26(16): 91-96.
8. Medina A, Nardowski P. La estrategia de redes. Un enfoque político. En: Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud: Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2019. p. 171-182.
9. Rovere M. 1er Encuentro. Reconocimiento; Hacia la conformación de Redes. En: Redes de Salud: los grupos, las instituciones, la comunidad. Córdoba: Segunda Edición corregida y aumentada. Córdoba: El Ágora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte"; 2006. p. 36-58.

ENTREVISTA A MARÍA FLORENCIA GRANDE RATTI *

Nuestra política editorial de Acceso Abierto



*MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA). Project Management Professional (PMI®).

Actualmente se desempeña como Jefa de Sección del Área de Investigación de Medicina Interna, perteneciente al Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

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

El Equipo Editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General participó en una Mesa Redonda del evento “*Problemáticas en Publicaciones de Acceso Abierto*”¹, desarrollado de manera virtual el 12 de Julio 2024; en donde integrantes de revistas científicas procedentes de Argentina, Chile y España recibieron la invitación por parte de OpenCiencia² de este conversatorio.

La presente entrevista pretende hacer una reseña sobre los elementos más sobresalientes para difundir a nuestros lectores.

- Entrevistador (HA): Humberto Aguilera, de OpenCiencia.
- Entrevistada (MFGR): María Florencia Grande Ratti, de Revista AMFyG.

HA: Ante todo, nos da mucho gusto que participaran en esta Mesa Redonda del Evento de OpenCiencia 2024. Es muy enriquecedor para reflexionar juntos/as sobre la Ciencia Abierta.

Como integrantes del equipo editorial, ¿cuáles consideran ustedes que son las prácticas editoriales que más promueven la transparencia?

MFGR: En primer lugar, la Revista Archivos de Medicina Familiar y General (RAMFyG) es el órgano oficial de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG), cumpliendo el viejo anhelo de reunir a las distintas asociaciones provinciales de medicina familiar y/o general de nuestro país (Argentina) en un espacio común.

A pesar de editarse en forma ininterrumpida desde el año 2004, la sociedad científica ha decidido *no tener vínculos ni aceptar financiación que provenga de la industria de productos médicos y/o farmacéuticos* desde el año 2013, evitando así potenciales *conflictos de intereses*, y dando lugar a mayor

¹ Programa Científico 2024: <https://openciencia.org/index.php/ioap/ioap24/schedConf/program>

² OpenCiencia es una organización de profesionales altamente calificados que ofrecen servicios integrales a revistas académicas, investigadores y universidades.
 Disponible en: <https://openciencia.com/es/index.html>

transparencia e independencia relacionada a la producción científica en nuestra especialidad (en Medicina Familiar, Medicina General Atención Primaria de la Salud).

En segundo lugar, dentro de las políticas editoriales alineadas con la Ciencia Abierta, existe un riguroso proceso de *evaluación por pares doble ciego*, en el cual el equipo editorial conoce abiertamente a los/as revisores/as seleccionados/as, pero los/as autores/as no conocen la identidad de los/as revisores/as ni viceversa. Este proceso ayuda a minimizar sesgos y garantiza que las evaluaciones se basen únicamente en el contenido del trabajo (y no la procedencia institucional o filiatoria de autores/as involucrados/as).

En tercer lugar, adherimos a una *política de acceso abierto* inmediato a su contenido, lo que facilita al público un acceso libre a las publicaciones, garantiza un mayor intercambio global de conocimiento científico, y aumenta la transparencia y la accesibilidad para todos/as. Esto incluye que, a pesar de tener números de aparición cuatrimestral (en los meses de marzo, julio y noviembre), incorporamos recientemente en el sitio web un ítem llamado "*avance online*". Esta estrategia, también conocida "early view" ó "ahead of print" ó "online first" en inglés, se realizó para publicar artículos que han sido aceptados y revisados, pero que aún no han sido asignados a un número específico de la revista impresa ó digital.

Por último, sostenemos que la *metodología incluya descripciones detalladas*, permitiendo que se pueda comprender y replicar el estudio, fomentando la transparencia y la reproducibilidad de los trabajos seleccionados.

HA: ¡Muy interesante! Nos interesaría saber también ¿qué tan transparentes son los autores en sus obras con ustedes como editores? ¿Han escondido información para que no los rechacen? ¿Les han mentido?

MFGR: Quizás soy algo incrédula ó poco desconfiada, pero creo que las situaciones

comunes de falta de transparencia por parte de los/as autores ocurren simplemente por omisión y por falta de conocimiento, sin intencionalidad.

Por otro lado, considero que la transparencia es fundamental para la confianza en la investigación científica, y que en ese sentido, nuestras prácticas editoriales robustas y la vigilancia constante son esenciales para mantener la integridad y la credibilidad.

Como parte de nuestra normativa, adherimos a:

1. Solicitud de aprobación ética del proyecto y/o inclusión del apartado sobre consideraciones éticas relacionadas a los artículos originales de investigación;
2. Revisar la eventual omisión de conflictos de interés (ej: autores han recibido financiamiento para el proyecto y no lo han declarado correctamente);
3. Plagio y autoplagio, presentando un trabajo publicado anteriormente como nuevo u original (doble publicación) y violando los principios éticos. Como estrategia de gestión editorial, se revisan las citas bibliográficas rigurosamente, y puede hacerse uso de herramientas ó softwares de detección de plagio. Hoy en día, nos encontramos trabajando activamente en este punto, incluso haciendo redes colaborativas y sinérgicas con el equipo editorial de Revista Evidencia³;
4. Políticas claras para la retractación y la corrección de artículos en caso de descubrirse errores significativos ó mala conducta.

Por último, probablemente otra maniobra frecuente por parte de autores/as es "esconder" ó la estrategia de selección selectiva de datos, presentado sólo los resultados que apoyan su hipótesis, y omitiendo aquellos negativos o no concluyentes. Pero eso, en la práctica logística y operativa de trabajo, es muy difícil de detectar... tanto como evaluador/a y como editor/a. Se puede buscar la publicación del protocolo ó plan de trabajo, si existe en algún repositorio de acceso público.

³ Revista Evidencia: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/about>

HA: Muy valioso este aprendizaje. Por otro lado, ¿qué tanta confianza consideran ustedes que investigadores y lectores tienen en los productos de investigación publicados en su revista?

MFGR: Nuestra revista se edita en forma ininterrumpida desde el año 2004 y es el órgano oficial de la sociedad científica FAMFyG. Por ende, creo que su larga trayectoria y su tradición académica... debido al contenido temático y las líneas editoriales seleccionadas, transmiten de por sí confianza a los/as investigadores/as y a los/as lectores/as.

Adicionalmente, las publicaciones en una revista científica dependen de varios factores que reflejan la calidad y la integridad del proceso editorial. Por ende, consideramos que aumentan la confianza: el proceso de evaluación por pares, la política de acceso abierto, la declaración de conflictos de intereses, y la indexación en bases académicas como Lilacs, Latindex y Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (CAICYT). Como deseo pendiente, estamos trabajando en lograr la indexación en otras bases académicas (ej: como Scielo).

HA: Gran trayectoria académica y laboral por parte del equipo editorial. Si ustedes fueran los investigadores, ¿consultarían su revista y citarían trabajos de ella?

MFGR: Es una pregunta tramposa para una integrante del equipo editorial, porque definitivamente sí. De hecho, yo también soy autora de algunas publicaciones. Y bajo mi rol de docente y mentora, difundo la revista como opción en

nuestro rubro y ámbito, y fomento a que la consideren como alternativa en el radar.

Por otro lado, este es el segundo año que se apoya el dictado de un curso de investigación que patrocina la sociedad científica, donde el equipo editorial está colaborando activamente como docentes o codocentes... con el fin último de ayudar a los/as autores/as a mejorar sus producciones científicas para las postulaciones en el congreso nacional y/o su posterior publicación (¡ojalá que en nuestra revista!). Incluso, en las consignas de tareas o ejercicios prácticos, solemos utilizar ejemplos propios ó nuestras directrices para autores.

Por último, estamos haciendo uso de las redes sociales y noticias ó boletines para promover los artículos publicados, lo que definitivamente fomenta la visibilidad y la probabilidad de que sean consultados y citados.

HA: Y con respecto a los pares evaluadores, ¿qué tan transparentes son en sus dictámenes con ustedes (como editores)? ¿Han escondido información? ¿Les han mentado?

MFGR: En general, consideramos que la mayoría de los/as revisores actúan con honestidad y profesionalismo. Hacen una labor inmensurable, y sin remuneración, probablemente ocupando tiempo libre por las noches y/o los fines de semana.

Sin embargo, existen situaciones problemáticas frecuentes y las correspondientes medidas para gestionar la falta de transparencia. Voy a mencionar algunos ejemplos.

Problemática	Medidas editoriales
Un/a revisor/a podría tener una relación profesional ó personal con los/as autores/as, ó tener intereses financieros en los resultados del estudio, y no lo declara.	Evaluación ciega (desconocimiento de autores/as por parte de revisores/as). Declaraciones de conflictos de interés.
Uso inapropiado de información confidencial. Un/a revisor/a podría utilizar información del manuscrito antes de que se publique.	Normativa con pautas claras de confidencialidad, originalidad y derechos de autor.

<p>Un/a revisor/a podría proporcionar comentarios vagos o insuficientes, posiblemente porque no ha leído el manuscrito con detenimiento (revisiones superficiales, insuficientes, inapropiadas ó erróneas).</p>	<p>Proporcionar directrices detalladas para realizar una evaluación completa y objetiva.</p> <p>Elaborar plantillas que guíen una estructura sistemática para lectura crítica y feedback, variable según el diseño del estudio.</p> <p>Implementar herramientas para rastrear el historial de revisores/as, puntuados/as en base a su desempeño (como reseña de 1 a 5 estrellas), y detectar posibles patrones de comportamiento inapropiado ó sesgado (dejar comentario en plataforma OJS).</p>
---	--

HA: Para ir concluyendo, ¿qué prácticas editoriales consideran que son importantes de mejorar para favorecer la transparencia?

MFGR: Creo que son pocos los “enemigos” en el proceso editorial, pero definitivamente están relacionados a tres aspectos primordiales:

1. La *ausencia de registro de estudios observacionales y/o ensayos clínicos* (en plataformas como Registro Nacional de Investigaciones en Salud, ClinicalTrials.gov o Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de Buenos Aires), lo que podría facilitar cambios no declarados en los objetivos y métodos de la investigación, afectando la validez de los resultados.

2. Los *potenciales conflictos de interés* por parte de autores/as en las investigaciones, definidas como situaciones en las que los intereses personales, financieros o profesionales pueden influir de manera inapropiada en la realización, análisis, interpretación ó presentación de los resultados de una investigación. Creo que hay cierta resistencia a la declaración, miedos que conllevan a cierta falta de compromiso y a la no transparencia. Son necesarias e imprescindibles estas declaraciones, para evaluar si pudieron comprometer la objetividad y credibilidad del estudio, o no (porque también existen honorarios docentes o por consultorías que no tienen relación alguna con el proyecto en sí, sino con la expertise del investigador/a).

3. *La falta de aprobación ética* de los proyectos ó planes de investigación, lo que conlleva varias implicancias:

a. Sin una revisión ética, los proyectos pueden no identificar adecuadamente los riesgos potenciales para los participantes, lo que podría resultar, eventualmente, en daño físico, psicológico o social de participantes.

b. Los proyectos podrían no cumplir con principios éticos fundamentales como el respeto por la autonomía de los participantes, la justicia y la beneficencia.

c. Las agencias de financiamiento y las organizaciones que otorgan subvenciones como patrocinantes suelen requerir la aprobación ética como condición para la financiación. Sin ella, los proyectos pueden perder apoyo económico.

d. Muchas revistas académicas y conferencias requieren prueba de aprobación ética antes de aceptar artículos para su publicación, siendo incluso motivos de rechazos.

e. La falta de cumplimiento con los estándares éticos puede dañar la reputación de los investigadores y sus instituciones, afectando futuras oportunidades de colaboración y desarrollo profesional.

El primer paso es reflexionar sobre lo que disponemos y los puntos en los que deberíamos mejorar ó cambiar, como un diagnóstico situacional:

¿Qué disponemos?	¿Sobre qué podríamos reflexionar/mejorar?
Declaración obligatoria de conflictos de interés	Revisión por pares abierta
Publicar los artículos en acceso abierto y facilitar el acceso a los datos y materiales complementarios	Exigir que los estudios sean registrados en una base de datos pública antes de comenzar.
Revisión rigurosa y estandarizada, con directrices claras y detalladas para los revisores, y asegurar que las revisiones sean exhaustivas y constructivas.	ORCID de todos/as los/as autores/as
Uso de tecnologías de detección de plagio	DOI
Capacitación para revisores y autores	Revisión de código y análisis
Revisar periódicamente las políticas editoriales y hacer ajustes según sea necesario para mejorar la transparencia.	Publicación de bases de datos

Indudablemente, este trabajo pendiente requiere de un equipo editorial presente, con comunicación fluida, que lleve a cabo reuniones periódicas y toma de decisiones compartidas. Todo este enfoque multifacético promueve la transparencia, la integridad y la calidad en todo el proceso de publicación.

En el último año, nuestras prioridades han sido asegurar la calidad del proceso editorial a través de entrenamiento/capacitación de autores/as y revisores/sa, seleccionar revisores/as con experiencia y credenciales adecuadas (bajas en la plataforma OJS, e invitación a expertos/as para incorporarse), y realizar evaluaciones periódicas del proceso editorial (ej: revisar normativa y eventuales modificaciones necesarias).

Nos encontramos en un contexto socioeconómico donde es necesaria la apertura mental hacia la colaboración entre revistas y equipos editoriales... para compartir mejores prácticas y recursos. Sin duda, la formación de redes colaborativas facilita el intercambio de problemáticas y soluciones, ayuda a entender y acelera procesos.

HA: Tenemos que hacer sinergia para trabajar en recuperar la confianza y tal vez presionar a los autores (ej: protocolos, reproducibilidad estadística). ¡Muchas gracias por tu tiempo y experiencia compartida! Y esperamos reencontrarlos en algún otro próximo evento.

Humberto Aguilera, Ph.D.

haguilera@openciencia.com

CEO de OpenCiencia, Guatemala

<https://orcid.org/0000-0001-6716-8172>

Reseña del Manual de Salud Pública: Un Mosaico de Conocimientos y Reflexiones.

Título: Manual de Salud Pública. Conceptos y herramientas para futuros sanitaristas.

Autores: Nicolás Kreplak y Yamila Comes

Año 2024

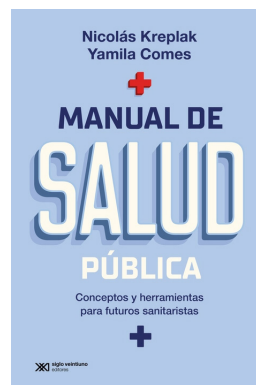
Siglo XXI Editores

304 páginas

Comenta Ana Carolina Godoy^a

^a Médica de Familia y Mg en Salud Colectiva.
<https://orcid.org/0000-0003-4073-1951>

Contacto: anacgodoy@yahoo.com.ar



El manual destinado a estudiantes de la salud (incluidos profesionales o interesados en el área), presenta importantes aportes en el ámbito de la salud pública. Se adentra en la conexión entre las discusiones públicas en torno a la salud y la mirada política que se tiene sobre la cuestión. En su presentación, Mario Rovere parafrasea enunciando: "Cuando nace una tecnología, nace un derecho", invitándonos a reflexionar sobre la intrínseca relación entre innovación y justicia social, un tema crucial en el desarrollo de políticas de salud desde la perspectiva de los autores.

A lo largo del texto, se proporcionan generalidades y conceptos relevantes para cualquier profesional del área de la salud, enriquecidos con anécdotas de la realidad argentina que aportan validez y contexto a la teoría. Las pequeñas viñetas que se incluyen no solo ejemplifican situaciones prácticas, sino que también estimulan la reflexión y la discusión sobre los desafíos actuales del sistema de salud.

El manual está organizado en nueve secciones, que abordan conceptos clásicos del campo (como el concepto de salud-enfermedad, la historia de la epidemiología o la descripción del sistema de salud argentino), enfoques pertinentes a los movimientos de la medicina social

latinoamericana o la salud colectiva (como las teorías de campo y actores de Bourdieu, las discusiones en torno al derecho a la salud) y aspectos más recientes que impregnan muchas de las discusiones contemporáneas (como la salud feminista o el uso de la web para resolver consultas médicas).

Uno de los aspectos más valiosos de este manual es la diversidad de niveles de lectura que ofrece. Para aquellos que son nuevos en el campo, el texto se presenta como un recurso accesible y comprensible, cubriendo una amplia gama de temas de manera clara. Por otro lado, para educadores, es un recordatorio útil de autores y conceptos clave que pueden enriquecer la enseñanza. Las viñetas y anécdotas sirven como herramientas para inspirar debates y reflexiones en el aula.

Para los más experimentados en gestión de salud, este manual no sólo resuena con los principios que fundamentan su trabajo, sino que también los invita a reevaluar sus enfoques respecto a cómo se entienden y gestionan los sistemas de salud. En este sentido, el texto se convierte en un espejo que refleja la relación entre la salud pública y la concepción de un país, una provincia, o una población.

Al principio, se mencionó que el manual está destinado principalmente a estudiantes, pero la gran verdad es que todos los que abrazamos la salud pública estamos en situación de aprendizaje constante. Este manual es un excelente compañero en ese viaje, enriqueciendo tanto a quienes inician su camino en la salud como a aquellos que buscan renovar su comprensión y compromiso con el ámbito de la salud pública.

En resumen, este manual no solo es un libro, sino un recurso invaluable que potencia el aprendizaje continuo y la reflexión crítica, convirtiéndose en una herramienta esencial para todos los trabajadores de la salud interesados en hacer una diferencia en su comunidad.

¹ Comes, Yamila, Kreplak, Nicolás. Manual de salud pública – Siglo XXI Editores. Argentina, año 2024.

Noticias



Participación del Equipo Editorial en Webinar “Desafíos Regulatorios de la IA en Salud”

El equipo asistió al webinar "IA en Salud", destacando privacidad, ética, equidad y marco regulador. Se debatirá más en el Congreso en noviembre.



Participación del Equipo Editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General en Webinar del CAICYT sobre DOAJ

El equipo editorial participó en el webinar de CAICYT sobre el DOAJ, reforzando su compromiso con la difusión y mejora de las prácticas de acceso abierto.



Participación del Equipo Editorial de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General en Mesa Redonda sobre Publicaciones de Acceso Abierto

El equipo editorial de FAMFYG participó en la Mesa Redonda de OpenCiencia sobre acceso abierto, apoyando la ética y la visibilidad en publicaciones científicas.

