# Medicina familiar

Volumen 1 Número 1 2004
ISSN XXXXXXXXX

Editor
Carlos Eduardo Jurado Moncayo
carlos.jurado@medi.legis.com.co

Consejo Editorial
Armando Estefan Jassir
Andrés Barragán
Carmen Alicia Cardozo de Martínez
Sofía Jácome Liévano
Maria Clara Rangel
Gabriel Castro Delgado
Luz Karime Sánchez

Jefe de producción
Mauricio Reyes Ariza

Diseño gráfico
Yeny Julieta Acevedo C.

Fotomecánica e impresión:
LEGIS S.A.

Gerente
Fernando Marín Ruíz
fmarin@legis.com.co

Director Comercial
Ricardo Restrepo
ricardo.restrepo@legis.com.co

Asesoras Comerciales
María Fanny Rodríguez L. (cel. 315 315 9214)
fanny.rodriguez@medi.legis.com.co
Clara Inés González Monroy (cel.315 319 3336)
clara.gonzalez@medi.legis.com.co

PBX 425 5255 ext. 552 y 262 Directo 425 5262, Bogotá

Presidente
Juan Alberto Castro Flórez

Av. Eldorado Nº 81-10, Bogotá, D.C., Colombia
PBX 425 5255 exts. 503 y 262 FAX 425 5316
Directo 425 5262
Fuera de Bogotá 01 8000510444
Suscripciones 416 2302, 425 5255 ext. 503 y 262
Correo-e: medilegis@legis.com.co

Córdoba 12 de julio de 2003

Estimados colegas y amigos:

Como presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General y en nombre de todos los colegas que la integran, saludo y celebro este primer número de nuestra Revista y felicito especialmente a los responsables del Comité Editorial por el compromiso asumido y a todos los que de una u otra manera colaboraron en este emprendimiento tan anhelado.

Sin lugar a dudas, será esta publicación una herramienta fundamental como medio de intercambio y comunicación entre las 18 Asociaciones Provinciales que integran nuestra Federación y entre todos los equipos de salud comprometidos con la transformación de nuestra realidad sanitaria.

Esta iniciativa nos permitirá contar con un marco adecuado para la discusión de nuestra compleja realidad, el intercambio de conocimientos científicos, la actualización en temas de interés y el relato de nuestras experiencias cotidianas en el campo de la Medicina Familiar y General, desde una perspectiva integral e integrada que tenga como eje la salud y no la enfermedad.

La FAMFyG sostiene que el Médico de Familia o Médico General, integrado en una equipo interdisciplinario trabajando en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, es el recurso adecuado que nuestro país necesita para enfrentar la crítica situación por la que atraviesa el sector Salud.

En este contexto nacional, si bien observamos una progresiva mejoría en los índices de empleo y pobreza, estos continúan siendo elevados, con efectos negativos directos sobre las condiciones de vida de nuestra población en general y de los grupos más desfavorecidos en particular.

Nuestra Federación entiende como imperiosa la necesidad de sumar esfuerzos para desarrollar una estrategia sanitaria que procure mejores condiciones de salud para la población vulnerable, y que tienda a resolver el serio problema de la inequidad, poniendo énfasis en la implementación de propuestas locales de salud que garanticen la activa participación de la comunidad, y prioricen acciones de prevención y promoción extendidas a todas las etapas del ciclo vital familiar, contemplando los aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales del proceso salud-enfermedad.

A partir de hoy esta revista será nuestro espacio de actualización y comunicación para que nuestro intercambio contribuya al fortalecimiento de una red que tienda al progreso de la Medicina Familiar y General, y para que juntos aunemos esfuerzos en un proyecto común que dé respuestas a las necesidades de salud de nuestra población, respetando la historia y trayectoria de todos y cada uno, de nosotros? En comunidad de ideales,

---

*Humberto Jure*
*Presidente de la Federación Argentina*
*De Medicina Familiar y General*

# Bienvenida a una nueva revista en el campo de la Medicina de Familia

*Manuel Gálvez Ibáñez*[1]

Hace algunas semanas se me pidió que escribiera una editorial para el primer número de la revista Archivos de Medicina Familiar y General. Mi respuesta inmediata fue positiva, y hoy les doy la bienvenida, ante todo con palabras de profundo respeto y agradecimiento por la invitación.

El nacimiento de una nueva revista en el ámbito de la Medicina de Familia y General es algo que debe llenarnos de legítimo orgullo a los médicos de familia de todo el mundo, en especial a los de habla hispana.

Y ello por varios motivos: 1) no abundan las publicaciones en lengua castellana y la primacía de las publicaciones en lengua inglesa es abrumadora: 2) no abundan las publicaciones de calidad en el ámbito de la Medicina de Familia; 3) tampoco abundan las publicaciones que discutan la efectividad de las intervenciones y las problemáticas a nivel local.

Sí, la mayoría de nuestras hermanas mayores nos indican lo que dice la literatura, lo que se extrae de los ensayos clínicos, pero ¿qué pasa cuando esas recomendaciones se tratan de implementar a nivel local? ¿quién nos informa de las dificultades de cualquier tipo que nos encontramos en nuestro ámbito específico? ¿nos lo estamos comunicando entre nosotros, o chocamos todos y cada uno cada nueva vez con la misma piedra? ¿qué pasa en Argentina, que pasa en una localidad, pueblo o provincia al tratar de abordar los problemas comunes del la práctica clínica habitual de esos lugares? ¿son aplicables a nuestro ámbito las pulcras recomendaciones internacionales?

Lo anterior pretende ser una justificación de las publicaciones de ámbito menor, es decir las que al menos en un principio recogen los trabajos científicos de un ámbito territorial mas reducido. Estas revistas deben comportarse como el viento que recoge los pólenes allí donde se producen y los diseminan por todas partes para que encuentren la fecundidad allí donde existan las condiciones para ello.

Hemos de poner el empeño en contarnos lo que hacemos, las dificultades que encontramos, acabar con el Médico de Familia ágrafo, que hace cosas que sin duda nos enriquecerían a todos, pero que nunca se sienta a escribirlas. Debemos invitarlos y estimularlos a plasmar por escrito sus experiencias. Algunos encuentran que los papeles científicos les constriñen como un corsé. Desde nuestras publicaciones de ámbito menor debemos prestarle los foros necesarios en donde sus experiencias tengan cabida. Por otra parte, una nueva revista no puede, de ninguna de las maneras, renunciar a priori a atraer las publicaciones relevantes y de calidad que a día de hoy remiten los autores seniors a las mas renombradas revistas de la nación, e incluso internacionales. Este empeño debe constituir otra de las prioridades. Y para ello hemos de ofrecerles, calidad, prestigio y rigor desde el principio. Esa calidad debe ser percibible y reconocida.

Pero esa visión del ámbito menor no es una renuncia a hablarle al mundo desde nuestra aldea, hemos de ser capaces de pensar a nivel general y actuar a nivel local. Y es mas, este actuar a nivel local es el que va a enriquecer la teoría, el que va a hacerla más útil y más ajustada a la realidad. Nosotros corregimos la teoría con nuestro quehacer cotidiano.

El nacimiento de una nueva revista plantea no pocos retos, conocidos por tantas revistas que ven la luz para desaparecer a los pocos años, y aún meses.

El primer reto es el de la continuidad. Debe ponerse todo el esfuerzo en asegurarla, de otra manera, la ilusión inicial se convertirá en fuente de frustración y baja autoestima. Deben sopesarse cuidadosamente los recursos financieros ¿Cómo se financiará al menos en los próximos cinco años? ¿está todo previsto o estamos dando un salto al vacío? Aquí tal vez merezca reflexionar que está por demostrar que dar un salto

1. Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Profesor Visitante de la Universidad de Valparaíso de Chile. Director de la Revista "Medicina de Familia. Andalucía". Representante de los Médicos de Familia españoles en el Centro Iberoamericano de Medicina de Familia.

al vacío sea negativo en sí mismo. Grandes avances de la humanidad se han producido de ese modo. A veces los procesos sólo se ponen en marcha cuando los aglutina la ilusión del comienzo. Pero cabe seguir recordando que debe ponerse mucho empeño en asegurar la continuidad en el tiempo, las personas, los que nos sustituirán cuando desfallezcamos los que dimos el empujón inicial.

Hemos hablado de los recursos financieros y de las personas, pero una publicación se nutre de artículos, éstos pueden ser variados, pero debe asegurarse antes de empezar la existencia de unos mínimos, bien por encargo, bien porque ya hemos sido capaces de atraer los más relevantes y de calidad que se producen en nuestro ámbito.

Si para mantener la continuidad y la calidad hemos de sacrificar la periodicidad, debe hacerse. Debemos asegurarnos de que nuestros socios esperan recibir un nuevo número de la revista para leerlo, no para tirarlo a la basura o simplemente para dejarlo sobre la mesa. Si para ello podemos sólo con dos números pues ese debe ser el reto. Importante es también definir la población diana, los destinatarios de nuestra publicación: a todos los trabajadores de la Atención Primaria de Salud.

He dejado para el final el punto de la independencia editorial, no por ser el menos importante, sino por ser uno de los mas importantes. Es preciso asegurar las vías de financiación, las personas, la calidad necesaria, pero una nueva revista comporta también un compromiso ético con la Medicina con mayúsculas, con nuestros lectores, con las normas internacionales de las publicaciones biomédicas. La revista una vez nacida se convierte en independiente incluso de la propia sociedad científica que la acoge, por supuesto dentro de los márgenes previamente negociados con ella. Sería tambien saludable que sea independiente de la administración sanitaria o cualquier otro tipo de empleador de los médicos y también de sus patrocinadores, a quienes debe dejárseles claro que sus aportaciones no deben intentar influir en la línea editorial de la revista.

En cualquier caso todas esas recomendaciones imperativas que he enunciado no pasan de ser un desideratum que debe vivir en el mundo de la realidad. De lo que se trata es de que la realidad que creamos se parezca lo más posible a nuestros sueños y a nuestros deseos.

A los principales responsables de la nueva publicación les deseo toda clase de suertes en su nueva andadura, al tiempo que perseverancia en el empeño, ya que el camino probablemente no será fácil.

A las sociedades científicas que un día imaginaron la publicación les felicito y les pido el apoyo a los que la harán día a día. Y a todos mis colegas médicos de familia argentinos, desde la publicación hermana: Medicina deFamilia.Andalucía (http://www.samfyc.es/Revista/portada.html) también una publicación periférica pero ambiciosa que me honro en dirigir, les doy mi sincera enhorabuena en nombre de todo nuestro consejo editorial, y les animo a estrechar los necesarios lazos que sin duda conducirán a un enriquecimiento colectivo de los médicos de familia de habla hispana. Recordar también aquí a nuestra hermana mayor, la revista Atención Primaria (http://www.atencionprimaria.com) ya incluida en Medline y que prepara el salto, con un factor de impacto de 0,7, al Science Citation Index. No estamos solos en el empeño.

*¡¡Enhorabuena por la iniciativa!! ¡qué sea útil!*

# ¿Necesitamos una publicación modelo de artículos originales del campo de la Atención Primaria de la Salud?

## Do we need a model of an original articles publication in the field of Primary Health Care?


### Resumen

En este artículo editorial se describe una de las trampas en las que se encuentra atascada la generación y difusión de conocimientos científicos en el mundo subdesarrollado. Además de la escasez de financiamiento y de las dificultades para acceder al mismo por parte de los investigadores locales, estos privilegian el envío de sus manuscritos a publicaciones internacionales, quedando las revistas locales condenadas a recibir lo que ha sido rechazado del exterior. Se investiga poco, se publica menos y se encuentra lo publicado para su aplicación local, menos aún. La política del CONICET, que privilegia a los investigadores con publicaciones en revistas internacionales de alto impacto, estimula el mantenimiento de este círculo vicioso.

A través de este artículo, los miembros del comité editorial de la revista "Archivos de Medicina Familiar y General" dan la bienvenida a sus futuros lectores y a los futuros investigadores que, esperamos, envíen sus trabajos con el objetivo de que sus conocimientos puedan ser difundidos donde sea útil su aplicación.

### Summary

This editorial describes one of the pitfalls where the development and diffusion of scientific knowledge is clogged in the underdeveloped countries. In addition to the lack of financial support and to the difficulty of the local investigators to accede to it, they privilege the submission of their manuscripts to international journals, being the local journals condemned to receive what has been rejected by the foreign journals. Little is investigated, less is published, and even less of what has been published has a local application. The policy of CONICET, which privileges those investigators with works published in high-impact international journals, enhances the perpetuation of this vicious circle.By means of this article, the members of the Editorial Board of "Archivos de Medicina Familiar y General" (Archives of Family and General Medicine) welcomes the future readers and investigators who -as it is our hope - will send their works with the objective of the diffusion of their knowledge where its application is most useful.



Palabras claves: publications; peer review; research; financing, organized; indexing.


Para intentar responder esta pregunta comenzaremos diciendo que las deficiencias en Argentina, Latinoamérica y el mundo subdesarrollado en general, respecto de la llamada "literatura gris" -la que no llega a publicarse- es muy grande. Esta enorme cantidad de información proveniente de todo el país jamás llega a ser conocida por otros investigadores, decisores en salud y menos aún, pacientes.

Existen encomiables esfuerzos por superarlo como la creación de la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS) dependiente de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Se trata de un conjunto de unidades de información que actúan de forma descentralizada en el procesamiento de material e integran y coordinan recursos y servicios a lo largo del país.

Sin embargo estos esfuerzos se potenciarían si actuáramos un escalón antes, garantizando la existencia de publicaciones nacionales indizadas en las principales bases de datos electrónicas nacionales e internacionales.

Por otro lado una de las principales barreras con las que nos topamos, surge de los propios profesionales

de la salud, paradójicamente unos de los principales beneficiarios del acceso a la información médica local. Este tipo de dificultades fue reflejada por una interesante nota editorial de un matutino local titulada "Publicar o perecer[1]" y las respuestas que se generaron en parte de la comunidad científica incluyendo la mesa redonda "El sistema de evaluación de los trabajos publicados en relación con el futuro de las revistas científicas" durante las XIX Jornadas Argentinas de Botánica (San Luis, Octubre, 2003). En la misma se hace referencia a la famosa frase repetida entre los investigadores angloparlantes que sintetiza las presiones que imperan en el mundo de la ciencia: publicar o perecer (del inglés "publish or perish"). Esta frase refleja que la única manera de existir y de acceder a las alturas del sistema científico, es publicando regularmente trabajos de investigación.

Claro que no cualquier órgano de difusión "vale" lo mismo. En Argentina, para que un investigador pueda dirigir a un becario, tener subsidios o ser promovido en el escalafón del CONICET, debe tener publicaciones en revistas con "impacto". Es decir, que figuren en el Science Citation Index (SCI), un banco de datos internacional que registra artículos de aproximadamente 3 300 de los alrededor de las 70 000 publicaciones científicas de todo el mundo. El SCI es producido por el Institute for Scientific Information (ISI), una compañía privada con base en Filadelfia y que exige de las publicaciones que incluye en su registro, entre otras cosas, el pago de una suscripción anual de varios miles de dólares.

Este sistema de evaluación que rige el trabajo de los científicos argentinos toma en cuenta, casi excluyentemente, las publicaciones en revistas internacionales. Una reciente estadística de artículos publicados en las principales revistas -del hemisferio norte, que son las que integran los índices más requeridos- es bastante elocuente: el 30% de los artículos corresponde a autores norteamericanos, el 8% a Japón y el 7% al Reino Unido. Los artículos locales representan el 0,35% del total.

Por supuesto, esta situación plantea algunos problemas para quienes defendemos la necesidad de otorgar a las publicaciones científicas locales la importancia que merecen. Al elegirse publicaciones extranjeras de mayor impacto que las locales se promueve, desde hace años, la transferencia gratuita al exterior de los conocimientos que se generan aquí y se hiere de muerte a nuestras revistas ya que únicamente pueden publicar los trabajos rechazados en el exterior. Además debe considerarse que para encontrar información relevante local habrá que adquirirla afuera del país y traducirla, lo cual resulta casi aberrante o, por lo menos, poco económico.

La editorialista se pregunta: ¿es conveniente someter automáticamente la producción científica local a los criterios de pertinencia y excelencia imperantes en otras comunidades de recursos, tamaño, y problemáticas económicas y culturales diferentes? ¿pierden nuestros científicos libertad creativa? ¿es posible -y conveniente- promover publicaciones regionales?

La política de desaliento de las publicaciones locales es nefasta no sólo para la cultura, sino también para la posibilidad de despegue del país. El absurdo ha llegado a su límite al colocar al Science Citation Index (SCI) como criterio de evaluación de las humanidades, lo cual es a todas luces inaplicable.

Sin embargo existen otros índices como Latindex, Citeseer, Citebase y Crossref, que el CONICET no utiliza. En INTERNET hay una serie de sitios que ofrecen indexación y publicación online, se describen en el cuadro 1.

Ya no se trata de publicar o no, sino de cómo o dónde. Los franceses, alemanes y muchos otros no han sido muy exitosos en la batalla por sus revistas nacionales, tratando de mantener el idioma y eso mismo ha pasado y pasa con revistas las argentinas y latinoamericanas.

No sólo se trata de una desafortunada elección de los investigadores en cuanto al modo de dar a conocer nuestros resultados, sino también de la escasez de resultados, publicaciones, datos, financiamiento, etc., producidos por la ciencia y la tecnología de nuestros países que nos alejan de la posibilidad de imponer nuestro idioma y nuestras revistas.

Por otro lado, una fracción importante de la actividad científico-tecnológica nacional realizada por imperio del "publicar o perecer" no conviene al desarrollo nacional ni se orienta a resolver los problemas de nuestros sectores sociales, económicos o productivos ya que se adecua a la posibilidad de aceptación en publicaciones extranjeras. Pero si se eligen temas con el mero objetivo de ser aceptados en publicaciones extranjeras serán estas y no nuestras temas de interés local las que orienten nuestra investigación.

El tema también fue extensamente tratado en el número 4 del volumen 63 de 2003 de la revista Medicina (Buenos Aires) en tres editoriales: primero en una transcripción de un artículo de dos directores de Elsevier Science sobre "Los factores de impacto: uso y abuso[2]" un segundo editorial titulado "El real valor de los factores de impacto[3]" y un tercer editorial "Priorizar la creatividad sobre el factor de impacto[4]". El Dr. Christiane (Investigador emérito del CONICET y autor del último de los editoriales) afirma que el investigador trabaja y sus resultados deben publicarse donde más pueden

alcanzar a los que trabajan en temas similares y para eso es muy útil el ISI (Institute of Scientific Information) en base al cual se calcula el Factor de Impacto de todas las revistas incorporadas en su sistema. La revista "Medicina" (Buenos Aires, Argentina) está incorporada en ISI desde 1972 y tiene un factor de impacto de 0,45. Dicho factor es comparativamente bajo; de ahí que los investigadores del CONICET sean reacios en remitirle sus trabajos. Sin embargo, dicha publicación es la única de su especialidad incorporada en SciELO, la biblioteca virtual en Red con Bireme y Medline. Pero, por más impacto que tenga la revista, el real valor del trabajo está en su contenido, como bien dice P.A. Lawrence, nada menos que el editor de Nature, la revista que tiene uno de los factores de impacto más altos: Deberíamos dejar de medir el éxito por dónde publican los científicos y emplear criterios diferentes, tales como, si el trabajo es original, inspirador y correcto.

Por otro lado aun cuando un investigador del campo de la Atención Primaria decida publicar su trabajo en una revista nacional como Medicina es posible que nunca sea leído por colegas del mismo campo de acción si no es una publicación que circule ampliamente entre los mismos. Una publicación de referencia de Atención Primaria con investigaciones locales de buena calidad en dicho campo aumentaría rápidamente su factor de impacto y la trascendencia internacional que podría romper el círculo vicioso al que hacía referencia la

## Cuadro 1: Sitios que ofrecen indexación y publicación online.

| |
|---|
| Latindex (http://latindex.unam.mx) sistema regional de información en línea para revistas de América Latina, Caribe, España y Portugal. El CONICET es uno de los socios de LATINDEX, sin embargo no lo toma en cuenta. |
| SciELO (http://www.scielo.br/ ) Scientific Electronic Library Online - biblioteca electrónica que abarca una colección selecta de revistas científicas Brasileñas. |
| Bioline International ( http://www.bioline.org.br/ ) provee acceso a revistas de calidad publicadas en países en desarrollo. Es un esfuerzo colaborativo de University of Toronto Libraries, Canada, el Reference Center on Environmental Information, Brazil y Bioline/UK. |
| CiteSeer ( http://citeseer.nj.nec.com/cs ) indexa artículos de investigación Postscript and PDF y provee el Autonomous Citation Indexing (ACI), un índice de citación automática que puede ser usado para búsqueda de literatura y evaluación. |
| Citebase (http://citebase.eprints.org/) es un servicio que utiliza Open Archives Initiative y según los expertos parece muy promisorio. Es considerado como el Google de la literatura científica. A su vez OAI es una iniciativa que consiste en el depósito de trabajos de investigación académica en servidores accesibles via Internet. |
| DOAJ, Directory of Open Access Journals, ( http://www.doaj.org/ ), de la Universidad de Lund, Suecia, cubre actualmente 541revistas que proveen acceso libre, texto completo y calidad controlada. Entre ellas está Adansonia (Francia) |
| OpCit Open Citation Project http://opcit.eprints.org/ brinda acceso abierto a trabajos de investigación arbitrados. Propone que cada institución guarde los trabajos en servidores en archivos con formato OAI metadata, que pueden ser indexados por servicios como Citebase. |
| EPT Electronic Publishing Trust for Development http://www.epublishingtrust.org facilita acceso abierto a la literatura académica mundial y publicación electrónica de revistas arbitradas de biociencia. |
| PloS Public Library of Science http://www.publiclibraryofscience.org/ , es una organización de científicos y médicos dedicada a convertir la literatura científica y médica en un recurso de uso público, esto es con acceso total, ilimitado, a la investigación de última generación. Publica PloS Biology, revista electrónica de biología. |
| DLESE, http://www.dlese.org/new_dlese/ Digital Library for Earth System Education, soporta la enseñanza y aprendizaje sobre el sistema terráqueo en todos los niveles. Provee servicios para crear, usar y evaluar recursos digitales de aprendizaje así como interfaces para explorar los datos disponibles |
| JISC http://www.bbc.co.uk/education/betsie Joint Information Systems Committee, subsidiado por fundaciones del Reino Unido para apoyar la educación universitaria y de postgrado. Provee ICT (Information and Communications Technology) como soporte de la docencia, del aprendizaje, investigación y administración. |
| CrossRef http://www.crossref.org , un consorcio al que se han adherido 99 editoriales, es un servicio de enlace referencial colaborativo que permite al usuario hacer un click sobre una cita y llegar directamente a su contenido. Cada referencia se identifica con el DOI, Digital Object Identifier, creado para identificar cada pieza de propiedad intelectual en INTERNET. |

"El conocimiento es parte de un patrimonio colectivo, la ciencia es parte del patrimonio intelectual y cultural de la nación, debemos tomar conciencia de lo que significa la ciencia como bien social, particularmente en los países en desarrollo. Es una necesidad ineludible promover la publicación de las revistas nacionales, consolidando un espacio de legitimación de la actividad científica[7]".

editorial "publicar o perecer".

El Dr. Ariel Sánchez (Director de la Revista Médica de Rosario) destaca: El problema de la producción científica valiosa que se publica en idiomas distintos del inglés y que no alcanza, por esa razón, suficiente difusión, no es nuevo, pero alcanza dimensiones cada vez más preocupantes. Algunos países han resuelto el problema con la edición de sus revistas científicas en inglés. Por ejemplo, hace años todos los países escandinavos hicieron confluir sus revistas médicas nacionales en "Scandinavian Journals", de diversas especialidades, que han tenido y tienen una honrosa repercusión en la comunidad médica internacional. En Brasil se publica el "Brazilian Journal of Medical Sciences", que seguramente tiene mayor repercusión que si los mismos artículos aparecieran en portugués. Una solución a esta cuestión sería que se mantuvieran las revistas científicas nacionales en papel y en castellano -en el caso de la Argentina, claro- pero que al mismo tiempo hubiera una publicación virtual de los mismos artículos en inglés, en un sitio de la Red (Internet) donde podrían ser consultados por cualquier científico del mundo y "bajados", sin cargo, a cualquier computadora para ulterior referencia. El costo de mantenimiento de esta biblioteca virtual sería mínimo y podría (debería, en realidad) ser asumido por el Estado por medio de la Secretaría de Ciencia y Técnica. La calidad de la versión inglesa de los trabajos aceptados para publicación en las revistas tradicionales sería de responsabilidad compartida de los autores y de los comités editoriales de las mismas revistas que, por otra parte, serían las únicas encargadas de "subir" los trabajos a la Red.

Consideramos que todas las estrategias tendientes a lograr que nuestros investigadores publiquen sus trabajos originales en revistas nacionales: indización en reconocidas bases de datos electrónicas, calidad creciente de los trabajos, amplia circulación de la publicación e incluso la traducción al inglés son ejemplos válidos para crear un círculo virtuoso que salve y prestigie nuestras publicaciones y la investigación local que en ella se publica.

Hace mucho tiempo que oímos decir que debería existir en Argentina una revista dedicada a temas de medicina familiar y general (MFyG). Hace tres años intervenimos en estas conversaciones que se reactivan en cada Congreso de MFyG. Recordamos que en 2001, luego del de Huerta Grande (Córdoba) se formó un grupo con la motivación para iniciar este proyecto. Este germen fue abatido en el contexto de pesimismo, mal humor y desesperanza generalizada que explotó a finales de ese año y que continuó durante el 2002.

Sin embargo, luego del congreso de Salta (2003) y en un contexto nacional algo más optimista esa semilla encontró un mejor medio para germinar. Al grupo inicial se sumaron varias personas de todo el país que con entusiasmo formaron el primer comité editorial de la revista "Archivos de Medicina Familiar y General" que hoy tiene el orgullo de dar la bienvenida a sus lectores y a todos los colaboradores del país interesados en participar de esta iniciativa, remarcando el carácter inclusivo y pluralista que tiene y tendrá este emprendimiento.

El principal motivo que nos ha movilizado a emprender esta tarea es que en los últimos congresos hemos observado innumerables trabajos de investigación, relatos de experiencia, trabajos comunitarios, etc., la mayoría hechos "a pulmón" y que han culminado en el póster o presentación oral del congreso[1]. Por un lado celebramos tal profusión de trabajos, sin embargo es una lástima que dicho esfuerzo allí se termine ya que para que la investigación se vuelva útil para nuestra comunidad no sólo es necesario generarla, sino también difundirla y ponerla al alcance de quien pueda necesitarla[5].

Desde la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) y la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF) impulsamos la creación de los Archivos de Medicina Familiar y General incorporando estas consideraciones con el objeto de dar cabida a toda las publicaciones importantes del campo de la atención primaria en la región, no sólo por ser la primera específica en esta área sino que por el nivel y relevancia (y en segundo término por su impacto) llegue a ser una publicación de preferencia para nuestros investigadores.

Consideramos que, al igual que en otras áreas del conocimiento y de la ciencia en Argentina y en el mundo subdesarrollado en general, gran parte de la información generada en los congresos y foros de discusión es "inencontrable" a través de búsquedas

sistemáticas- transformándola en inaplicable.

Sin embargo coincidiendo con la Investigadora del Conicet SD Matteucci[6] esto será en vano si no fuera acompañado de un golpe de timón de la política científica nacional apuntando a:

- Incentivar la selección de temas de investigación que surjan de las necesidades locales.
- Promover el enfoque de las investigaciones hacia objetivos más que hacia disciplinas.
- Reconocer que los contenidos y la relevancia de los trabajos es más importante que el número.
- Estimular y facilitar la difusión local de estos hallazgos.
- Contribuir a la democratización del conocimiento científico.

Los organismos de gestión y promoción de la ciencia y la tecnología tienen deberán aplicar las herramientas para promover el cambio, los científicos aportar la fuerza para movilizarlo y los grupos editoriales nacionales sostener los espacios apropiados para difundirlo.

*Dr. Agustín Ciapponi y Sergio Terrasa*

*Editores de Archivos de Medicina Familiar y General.*

## Referencias


1 Quienes han estudiado el destino de los resúmenes de los Congresos Científicos, han usado la posterior tasa de publicación en "Journals" revisados por pares, como una medida de la calidad de dichos eventos. Las tasas de publicación en el mundo desarrollado oscilan entre el 34 y el 77%, seguramente mucho más altas que en nuestro medio.

1 Nora Bär. Publicar o Perecer. LA NACION | 11.02.2004 | Página 10 | Ciencia/Salud http://www.lanacion.com.ar/04/02/11/sl_572089.asp

2 Amin M, Mabe MA. Los factores de impacto: uso y abuso. Medicina (B Aires). 2003;63(4):347-54.

3 Puche RC. El real valor de los factores de impacto. Medicina (B Aires). 2003;63(4):355-7.

4 Dosne Pasqualini C. Priorizar la creatividad sobre el factor de impacto. Medicina (B Aires). 2003;63(4):358-60.

5 Carrol A, Sox C, Tarini B, Ringold S, Christakis D. Does presentation format at the Pediatric Academic Societies´ Annual Meeting predict subsecuent publication? Pediatrics 2003; 112:1238-1241.

6 Matteucci SD. La investigación en países en desarrollo Política de ciencia y tecnología 2001;1-2.

7 Rietti, Sara. 2001. "Rol en la implementación de una política académica y Científico-tecnológica de las universidades, en el marco de la integración regional". En "Evaluación de las actividades científicas y Tecnológicas". Universidad de Buenos Aires (SECYT). Pp: 53-58.

# Entrevista clínica: Algunas herramientas

*Lila Dupuy*[1] *y Alejandrina Losasso*[2].


## Resumen

Las entrevistas clínicas son uno de los momentos de encuentro más importante entre médicos y pacientes. En su transcurso se sientan las bases de la relación, se recolecta la información necesaria para los diferentes diagnósticos, se deciden estrategias terapéuticas y se da consejo. Aún así, la mayoría de las veces los profesionales de la salud tenemos escasa información y formación en relación a estrategias útiles para que esta herramienta sea lo más efectiva posible.

Este artículo describe un modelo llamado entrevista semiestructurad que se divide en dos partes: 1) exploratoria (saludo y delimitación del/los motivos de consulta); 2) resolutiva (examen físico y definición conjunta de los problemas, objetivos y plan a seguir).

Para lograr una buena organización de la entrevista que permita establecer una relación médico paciente efectiva se describen algunas estrategias comunicacionales a las que cualquier médico puede recurrir. Se describen técnicas de escucha activa y apoyo narrativo en relación al lenguaje verbal y no verbal, formas de prevención del "by the way" (ya que está...), tipos de pregunta para la exploración del síntoma guía, detección del punto de fuga y utilización de frases puentes.

También se describen las interferencias y las barreras, que pueden tener diferentes orígenes (afectivos, culturales, generacionales), planteándose la importancia de diagnosticarlas y tenerlas en cuenta al organizar cualquier estrategia junto a un paciente y su familia.


**Palabras clave:** interviews, clinical competente.

## Introducción

En este artículo describiremos algunos aspectos de un tipo de entrevista clínica denominado semidirigida o semiestructurada, muy utilizado en atención primaria ya que se adapta a los tiempos "reales" de trabajo en este ámbito. Los contenidos de este tipo de entrevistas están parcialmente determinados por el profesional de la salud, brindando a su vez, un espacio para la narración libre del paciente.

Básicamente, podemos dividir a la entrevista en dos fases: exploratoria y resolutiva.

## Fase exploratoria de la entrevista clínica

Esta fase comprende la delimitación de los motivos de consulta, su adecuada valoración y la exploración física o procedimientos técnicos derivados de ellos.

### Entrada del paciente

Se invita a entrar al paciente, se lo saluda y se le ofrece tomar asiento.

Saludo: durante el primer encuentro ("consulta de primera vez") el saludo incluye la presentación mutua y el contacto físico con una expresión corporal acorde (tono amable y respetuoso que intentará sentar el marco de la entrevista) tratando de integrar la comunicación verbal y la no verbal.

Si la consulta está encuadrada dentro de un sistema que permite una atención longitudinal, esta primera entrevista puede determinar en gran parte si el paciente retornará o no a una próxima. Este factor no es menor dado que cualquier tratamiento tiene más posibilidades de éxito si está sostenido por una relación médico paciente.

Introducción del acompañante: si hubiera un acompañante del paciente (habitualmente un familiar o un amigo) o del profesional de la salud (enfermero, trabajador social, alumno, etc.) se lo presentará (nombre y relación con el consultante o con entrevistador) y en ocasiones se explicitará el motivo de su presencia en la entrevista. Este último punto es particularmente importante en la presentación de los acompañantes del profesional de la salud, especialmente si están por una razón que excede lo asistencial (ej. docente, de control o auditoría, etc.).

1 Médica de Familia.
2 Residente en Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires.

### Delimitación del motivo de consulta

Se intentara delimitar el motivo de la consulta a través una pregunta abierta con escucha activa e intentando prevenir el "ya que está" (en inglés: "by the way") cuyo significado desarrollaremos con más detalle más adelante.

### Organización de la consulta

Teniendo en cuenta que el tiempo disponible es siempre limitado, para la organización de la consulta se hará uso de la estrategia de apoyo narrativo que intentará, a través de una escucha activa, arribar a un punto de fuga de la consulta.

La exploración del síntoma guía se hará a través de preguntas abiertas (ej. -¿Qué lo trae por aquí?) recomendándose dejar hablar al paciente libremente por lo menos, por aproximadamente un minuto (el 80% de los pacientes logra sintetizar el motivo de su consulta en un minuto).

Inmediatamente después del saludo, se invitará al paciente a que exponga los motivos de la consulta. Así definimos la relación como un encuentro profesional y fijamos los temas a tratar en la entrevista.

La sensación de que el tiempo ha sido suficiente está más relacionada con el tipo de atención, que el paciente recibe del profesional que con el tiempo empleado en la visita. Dicho de otro modo, la sensación depende más de la calidad de ese lapso que de la real duración de la entrevista.

Los datos aportados por el paciente son muy vulnerables a la influencia del médico, por lo que durante esta fase es muy importante utilizar un estilo lo más abierto posible. Se deben evitar preguntas demasiado dirigidas al principio de la entrevista y, si la historia empieza a parecer desordenada, es importante resistirse a la tentación de organizarla mediante preguntas específicas. Las preguntas más específicas que permiten explorar el síntoma deben dejarse para después del relato del paciente. Luego y, especialmente si notamos que el paciente tiene dificultades para sintetizar lo que lo condujo a esa consulta y su discurso tiende a dispersarse comenzaremos a valernos de preguntas más cerradas ("menú de sugerencias").

Las frases puente nos ayudarán a cambiar los focos de atención durante el desarrollo de la entrevista, por ejemplo antes de la exploración física.

## Fase resolutiva de la entrevista clínica

La fase resolutiva de la entrevista se inicia en el preciso instante en que el entrevistador se ha formulado una idea de aquello que le pasa al paciente; o bien, de la conducta más adecuada para llegar a un diagnóstico y/o a la prevención o tratamiento de sus problemas.

Los objetivos fundamentales de esta fase son determinar en forma conjunta el o los problemas, los objetivos y las estrategias diagnósticas, de tratamiento y de seguimiento. Se hará hincapié en la comprensión global del paciente de lo acontecido en la consulta.

Para resumir, diremos que en la fase resolutiva se definen conjuntamente los problemas, los objetivos y el plan a seguir; intentándose dar una guía anticipatoria de lo que probablemente ocurrirá.

## Estrategias comunicacionales

### Prevención del "ya que está" (by the way)

By the way es el nombre inglés para denominar las "demandas adicionales", las "consultas del picaporte", el "ya que está doctor", el "-¿No me atendería también a mi...?" ( el "dos por uno") y muchas otras situaciones que distorsionan la relación asistencial.

Lamentablemente muchas veces, lo que realmente preocupa al paciente (y aunque no el más explícito, el verdadero motivo de consulta) es ese último planteo que realiza antes de salir del consultorio.

La intencionalidad de este tipo de herramientas, más que evitar las demandas adicionales, es conseguir que el paciente las haga explícitas. Describimos varias recomendaciones:

- Delimitar lo más precisamente posible los motivos de consulta.
- Hacerlo durante la fase exploratoria y antes del examen físico.
- No dar por supuesto el motivo de consulta.
- Iniciar la entrevista con una pregunta abierta.
- Si fuera necesario, emplear técnicas de apoyo narrativo.
- Una vez que el paciente haya expresado lo pertinente al motivo de consulta, preguntar por otros nuevos (ej. -¿Hay algo más que me quiera preguntar?).
- Prestar especial atención a la comunicación no verbal ya que puede estar "diciendo" con el cuerpo que todavía no contó el verdadero motivo de consulta.

Inicialmente se había pensado al "by the way" como un problema exclusivo del paciente, pero consideramos que también existe un "ya que está" del profesional. Esto se fundamenta en que, como médicos de familia,

debemos agregar otros nuevos problemas, por lo general derivados de nuestra función como especialistas de atención primaria, que no figuraban en la agenda inicial del paciente (ej. –Podemos aprovechar que vino ya que quería comentarle que estoy preocupado por su esposa...).

Es muy importante explicitarle al paciente que además de sus motivos de consulta nosotros querríamos dedicarnos además a por ejemplo algunas prácticas preventivas o a hablar de tabaquismo. En general no es posible abordar todos los motivos de consulta del paciente y simultáneamente abordar lo que se llama "agenda médica". Qué temas se abordarán en esta y en subsiguientes consultas debe ser una negociación entre el médico, el paciente y su familia.

## Escucha activa

La escucha activa puede llevarse a cabo mediante conductas verbales y no verbales. Tiene por objetivo responder de forma apropiada al paciente, establecer un diálogo verdadero, animarlo a expresar su problema, mostrar respeto hacia él como persona, hacer que se sienta escuchado, estimular su autorreflexión, su responsabilidad y su participación.

Describimos, a continuación las conductas verbales y no verbales que puede utilizar el entrevistador.

## Conductas verbales

Hay varios tipos de conductas verbales que pueden ser llevadas adelante:

Los mensajes verbales cortos y ocasionales, o exclamaciones: -Ahá, así..., uhm...

Las paráfrasis o frases por repetición (repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido). Cuando el paciente nos cuenta que desde que murió su padre empezó con ciertos síntomas, respondemos -"...así que desde que murió su padre...".

Las clarificaciones verbales son preguntas sobre expresiones que no entendemos o que resultan vagas. Ejemplo: -"Explíqueme un poco mejor lo que quiere decir tener adormecido el brazo..."

Puede hacerse referencia a afirmaciones anteriores: -"Recuerdo que esto mismo ya me lo dijo usted la consulta anterior" o citas textuales. En general sirven para mostrarle al paciente que recordamos lo que nos ha contado en otras ocasiones, reafirmándole la sensación de longitudinalidad de los cuidados.

Los silencios funcionales implican la ausencia de comunicación verbal y tienen por efecto el proporcionar un tiempo de meditación para el paciente, ayudar a su concentración, o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales.

El señalamiento, también llamado confrontación, pone de manifiesto emociones o conductas. Ejemplo: -"Cada vez que habla de su hija mayor se le ilumina la cara..."; "Desde hace un mes que no se viste más de negro". Este tipo de respuesta hace referencia a los sentimientos, actitudes y valores del paciente; y tiende a favorecer la comprensión de lo que les está pasando. Es frecuente escuchar a la gente hablar sobre lo que piensan o lo que hacen. Al preguntar específicamente sobre las emociones, el médico reconoce y legitimiza este aspecto.

La interpretación es una técnica que debería usarse en muy pocas ocasiones y con mucho cuidado, comenzando siempre con una frase que relativice nuestra valoración: -"Me pregunto si...", "me parece que...". Es importante posibilitar que sea el propio paciente quien la complete. -"Me pregunto si usted piensa que no necesita esas pastillas...", "Parece que cada vez que intentamos hablar de este tema a usted le pasa algo...".

En ocasiones es importante resumir lo que se ha conversado: -"¿Entonces lo que le sucedió fue que..." "¿Me falta algo?".

Muchas de estas opciones permiten asegurarle al paciente que el mensaje que ha enviado ha sido recibido correctamente, permitiéndole una oportunidad de corregir o modificar lo que puede ser una interpretación errónea. Transmiten comprensión, fomentan la autoobservación y constituyen un verdadero estímulo para que el individuo acepte alguna responsabilidad sobre su propia salud.

Son útiles durante las dos fases de la entrevista. En la fase resolutiva de la entrevista puede ser útil animar a los pacientes a que las usen, dándoles la oportunidad para que cuenten lo que han aprendido o comprendido y permitiéndole al profesional de la salud que corrija algunos errores. Esta petición transmite la impresión de que esperamos que los pacientes entiendan el problema y las diferentes formas de tratamiento; y sirve, además, para ajustar el nivel de la conversación a su nivel de comprensión y para explorar sus creencias respecto del tema en cuestión.

## Conductas no verbales

Las conductas no verbales consisten en asentimientos de cabeza, sonrisas, contacto ocular directo, técnica especular (reflejar con el rostro reacciones emocionales similares a las que experimenta el paciente) la adopción

de una postura atenta, el acompañamiento del relato del paciente con gestos alusivos, el cambio de postura al ritmo del relato y la limitación del uso de gestos. Mencionamos también en este apartado a las clarificaciones no verbales (ej. una expresión de extrañeza).

### Punto de fuga

Llamamos punto de fuga al momento de la entrevista clínica en que el paciente explica la razón por la que consulta y/o su punto de vista (elaborado antes de consultarnos) sobre lo que piensa que le ocurre y lo que entiende que puede aliviarle. Se lo denomina "punto de fuga" de la relación asistencial porque permite al paciente expresarse, "fugándose" en cierto sentido de nuestro control.

### Exploración del síntoma guía

La exploración del síntoma guía se inicia con preguntas abiertas. El objeto de las mismas es no "guiar" la respuesta del paciente, sino más bien ser guiados por este. El principal objetivo es recabar la mayor cantidad de datos posibles, observando la forma en que el paciente los expresa. Sería un componente importante de lo que escribiremos en la parte subjetiva de la evolución médica, en nuestro caso la "S" del SOEP.

Luego, en una segunda fase, iremos acotando el espectro hacia el lugar que nos sea más útil y para ello haremos preguntas cerradas.

Las preguntas abiertas o preguntas con final abierto son aquellas que permiten respuestas amplias y que no pueden responderse con un si o un no, o con una sola palabra. Por lo general empiezan con una propuesta para hablar de determinada cosa o con qué, cómo.

Ejemplo: "¿Cuénteme cómo comenzó...?"; "¿Cómo describe el dolor?"; "¿Qué piensa sobre lo que le pasa a su marido?".

Las preguntas abiertas animan a los pacientes a continuar hablando y a dirigir la conversación, favorecen su participación activa en la relación con el médico y aumentan su responsabilidad para la resolución adecuada del motivo de consulta. Son más importantes durante la parte inicial de la entrevista cuando se está evaluando la naturaleza y el alcance del problema que motivó la consulta.

Las preguntas cerradas o con final cerrado pueden responderse con una sola palabra y no dan lugar a contestaciones largas. Por lo general comienzan con dónde, cuando, cuanto. En otras ocasiones la respuesta está contenida dentro de la pregunta.

Ejemplo: "¿Le duele aquí?", "¿Le duele?", "¿Desde cuando le duele?".

Una variedad de pregunta cerrada es el menú de sugerencias. Son preguntas que contienen varias opciones dentro de las cuales se halla por lo general la respuesta. Se aconseja proponer de dos a tres opciones y usarlas cuando el paciente se muestra reticente a responder preguntas abiertas o cuando tiene dificultades para responder concretamente los que le hemos preguntado. Esta estrategia sirve para orientar el sentido de la respuesta del paciente.

Ejemplo: "Cuando le duele la espalda, ¿el dolor se queda ahí o se va para otro lado?"; "¿Empeora con las comidas o es indistinto?".

### Frases puente

Mediante una frase puente participamos al paciente de nuestro plan dentro de la consulta (como si mostráramos nuestras cartas).

Ejemplos: "¿Le parece si primero escribo los resultados y luego se los comento uno por uno?", "Bueno, me parece que lo mejor va a ser que mientras usted lo cambia a su hijo yo le vaya haciendo las recetas", "Antes de revisarlo me gustaría hacerle unas preguntas acerca de su problema"; "...ahora que entiendo bien lo que le pasa voy a revisarlo, luego hablaremos de la radiografía", etc.

En las frases puente informamos sobre nuestra conducta futura y sobre la conducta futura que esperamos del paciente y presentamos una propuesta ya que, en realidad, se trata la mayor parte de las veces de preguntas tácitas. Para ello utilizaremos muletillas como: "le parece", "me gustaría", "si no le molesta" u otras; dependiendo del estilo de cada uno y de la relación que tengamos con el paciente.

Las frases puente también sirven para administrar mejor el tiempo y para definir la estructura de la consulta. Son de gran ayuda para el manejo del tiempo puesto que nos ordenan a nosotros y al paciente, para disminuir los niveles de ansiedad (el paciente no está a la deriva durante la consulta y sabe que aquello que tanto le importa va a tener un espacio) y para compartir la responsabilidad de la consulta.

Dicho en otros términos, no hacemos lo que queremos con el tiempo de una consulta sino que vamos punto por punto por donde tenemos que ir y, a través de las frases puente, podemos mostrarle eso al paciente. Consideramos que esta previsibilidad permite al paciente tener expectativas realistas de lo que puede obtener de una entrevista ya que las consultas no son actuaciones

en las que un mago utiliza el factor sorpresa como parte de la "magia curativa".

### Interferencias y barreras

El médico, el paciente y su familia participan de una relación en dónde confluyen las historias personales y familiares, la organización del sistema de salud, la cultura y la sociedad. Todas estás variables influirán y determinarán de una manera u otra la relación médico paciente y en última instancia, el éxito terapéutico.

Una manera de enfocar el tema de las "interferencias y barreras" durante la consulta es pensarlas como una realidad constante, como un acontecer inevitable con el cual hay que trabajar siempre. Esto se contrapone a la idea de un consultorio aséptico. La asepsia genera resistencia (en las bacterias y en los pacientes).

Una forma de transformar las "interferencias y barreras" en algo positivo es diagnosticarlas, plantearlas abiertamente y hacer algo en relación a lo diagnosticado. El objetivo es introducir el tema de los sentimientos y las percepciones del médico durante la consulta e intentar hacer un diagnóstico de situación desde esa percepción. De aquí surge la posibilidad de un acto terapéutico: no devolver el sentimiento al paciente tal cual fue depositado.

Por ejemplo, es muy común que los pacientes no estén tomando la medicación indicada y aceptada por ellos la consulta anterior o que directamente manifiesten reservas en cuanto a tomar medicamentos, es muy importante entonces preguntarse y preguntar al paciente porqué no querría tomar un medicamento o porqué decidió no tomarlo. Las respuestas no siempre son las mismas y sólo sabremos cómo intervenir si conocemos las barreras. No es lo mismo que un paciente refiera antecedentes en su familia de efectos adversos, a que en realidad piense que tomar medicamentos es "tapar" la enfermedad, o que querría encontrar otras maneras de solucionar el problema antes de recurrir a algo "de afuera"... (por citar algunas respuestas con las que nos encontramos cotidianamente). Cada caso entonces, a pesar de que el problema inicial parecería similar, invita al médico a discutir con su paciente diferentes aspectos del acto de tomar medicamentos y lo que eso implica.

## Conclusiones

Somos profesionales de la salud y realizamos entrevistas clínicas una y otra vez. Si bien no consideramos que las herramientas que hemos descripto deban utilizarse en forma rígida, el pensar en este tipo de formato puede ayudarnos a ordenar nuestros encuentros con los pacientes para ser más efectivos en sus cuidados y para, a su vez, cuidarnos nosotros.

## Bibliografía recomendada


Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Editorial Libros Básicos; 1961.

Borrelli Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Madrid: Harcourt-Brace; 1992.

Buber M. Yo y tú. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1994.

Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. 4ta ed. Madrid: Siglo XXI España Editores; 2000.

Fuentes Vigil J y Alonso Arias S. El acompañante. Sección de Entrevista clínica de FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria (106). p. 58-9.

Fuentes J. Las demandas adicionales. Sección de Entrevista clínica. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. p. 464-5.

García-Shelton L. Técnicas de entrevista y comunicación. Medicina familiar: Principios. Capítulo 6.

Neighbour. La consulta interior. 1ra ed. Barcelona: Semfyc; 1998.

Siede J. y Roa R. Proceso clínico centrado en el paciente. Programa de Educación Continuada en Medicina Familiar. Construir Salud; 1999. Modulo 3.

Watzlawick P., Beavin J. y Jackson D. Teoría de la comunicación humana. 9na ed. Barcelona: Editorial Herder; 1993.

# Conocimiento y patrón de recomendación de prácticas preventivas entre médicos de atención primaria de Argentina

## Pattern of knowledge about preventive measures

*Ciapponi A, Rubinstein F[1].*


### Resumen

Objetivos: determinar el grado de conocimiento de médicos de atención primaria sobre prácticas preventivas (PP) recomendadas para adultos asintomáticos, el grado de acuerdo con estas recomendaciones y el desempeño reportado.

Materiales y Métodos: estudio de corte transversa a través de una encuesta anónima autoadministrada a 119 médicos de familia, clínicos y generalistas de Capital Federal (n=52) y del interior de Argentina.

Resultados: el 95% de los médicos indica frecuentemente el control periódico de salud, en el 73% de los casos con una periodicidad anual. El 23% nunca leyó guías de cuidados preventivos. La media de respuestas correctas sobre 64 PP fue solo del 56,4+14%; y menos aún sobre examen físico (45%) y el "chequeo médico" (44%). Sólo 34% alcanzaron un conocimiento apropiado (≥65% de respuestas correctas). En el análisis multivariado pertenecer un centro público/no-académico se asoció independientemente a no alcanzar un conocimiento apropiado (OR 0,06 IC95% 0,02- 0,24, p< 0,0001) y ser médico de familia/general a un mejor desempeño preventivo mínimo (OR 4,45; 1,95-10,17, p< 0,0001).

Conclusión: el conocimiento y el desempeño de PP son bajos aún entre MAP participantes de estudios sobre prevención y el desacuerdo con las recomendaciones no parece ser el principal problema. Los médicos de centros académicos parecen tener un mayor conocimiento apropiado y los médicos de familia/generales un mejor desempeño preventivo mínimo.

### Substract

Objectives: To determine the level of knowledge of primary care physicians about preventive measures (PM) recommended for asymptomatic adults, the level of agreement with these recommendations and the reported performance.

Materials and Methods: A cross-sectional study through an anonymous self-administered survey applied to 119 family, clinic and generalist physicians from Buenos Aires (n=52) and inner Argentina.

Results: 95% of the physicians usually indicated regular correct answers over 64 PM was only 56.4 ± 14%, and this value was even lower for physical examination (45%) and "health control" (44%). Only 34% showed an adequate level of knowledge (65% of correct answers). Multivariate analysis showed that working at a public / non-academic health center was independently associated with non-attainment of an adequate knowledge (OR 0.06; 95%CI 0.02-0.24, p < 0.0001), and being a family / general physician was associated with a better minimal preventive performance (OR 4.45; 95%CI 1.95-10.17, p < 0.0001).

Conclusion: Knowledge about PM and performance are still low in primary care doctors participating in studies about prevention, and disagreement with current guidelines does not appear to be the main problem. Physicians from academic centers seem to have a more appropriate knowledge and family / general physicians, a better minimal preventive performance.


**Key words:** "Preventive Medicine", "Physician's Practice Patterns","Evidence-Based Medicine", "Guideline Adherente".

[1] Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Introducción

Las recomendaciones de la Fuerza de Tareas Canadiense (CTF)1 y la Norteamericana (USPSTF)2, 3 representan la mejor evidencia proveniente de países desarrollados disponible sobre prácticas preventivas (PP) ya que utilizan una rigurosa valoración científica de la bibliografía para formular sus recomendaciones. Ya el primer reporte de la CTF en 19794 recomendó que el "chequeo" anual único fuera reemplazado por un grupo de PP específicas según edad, sexo y factores de riesgo. En personas asintomáticas, en lugar de un interrogatorio general, un examen físico de pies a cabeza ("completo") e innumerables estudios complementarios, debería realizarse un conjunto limitado de PP respaldadas por evidencia de que mejoran la morbimortalidad general o, por lo menos, específica por dicha condición clínica enfermedad.

Los niveles de cumplimiento con las recomendaciones son, en general pobres5, 8, aún cuando el grado de acuerdo con las mismas sea alto9. No hemos podido identificar estudios que hayan evaluado en nuestro medio el conocimiento, acuerdo y patrón de recomendación de PP en adultos asintomáticos. El presente tiene por objeto evaluarlos entre médicos de atención primaria (MAP) de distintos centros de Argentina.

# Material y métodos

Se realizó una encuesta durante el segundo semestre de 1997 entre Médicos de Familia, Clínicos y Generalistas de centros invitados a participar en un estudio multicéntrico de recordatorios de PP. Ver cuadro 1.

Muestra de conveniencia de centros convocando sin distinción a representantes de todo el país en Congresos de Clínica Médica y Medicina General previos al período de la encuesta.

Encuesta autoadministrada que insumía 22 ± 5 minutos en ser contestada. Evaluaba variables demográficas, de formación (años de graduado, especialidad, condición de médico de planta o residente, año de residencia) de volumen laboral (número de pacientes atendidos semanalmente por el médico) y de actitud frente al control periódico de salud (CPS) como frecuencia y periodicidad de su indicación y lectura de guías de cuidados preventivos).

Medición de resultado Principal: conocimiento, grado de acuerdo y desempeño de 64 PP en relación con recomendaciones de la USPSTF o CTF.

Conocimiento: se consideró respuesta correcta si coincidía indistintamente con las recomendaciones de la USPSTF o la CTF. Se las dividió en prácticas preventivas no recomendadas (PPNR) y recomendadas (PPR) ya sea en forma universal (PPRU) o selectiva (PPRS) por sexo edad o factores de riesgo. Cuando había más de una respuesta posible se la definió como opcional y se consideró correcta cualquiera de esas dos posibilidades.

Se definieron los siguientes indicadores: a) acuerdo (porcentaje global de acuerdo con las 64 PP entre los médicos que contestaron correctamente, asumiendo de esta forma que conocían lo recomendado por la literatura); b) desempeño de PP (puntaje global considerando integralmente el grado de indicación de las PP recomendadas y de la no indicación de las no recomendadas). El mínimo era cero y el máximo puntaje posible 56, expresándose los resultados como un porcentaje de ese puntaje máximo.

También se analizó el porcentaje de indicación (usualmente o siempre) de las 35 PP recomendadas y el de no indicación (nunca o raramente) de las no recomendadas de para evaluar su contribución individual al desempeño global de PP.

Lugar y Participantes: participaron 119 MAP, 52 de Capital Federal y 67 del interior del país; 73 pertenecientes al sector Público (Pu), predominantemente no académicos y 46 al Privado-Obra Social (Pr-OS).

El análisis estadístico (desvío estándar, test de X2 y regresión logística uni y multivariable) fue hecho mediante el software Stata 6.0.

## Resultados

El cuadro 1 muestra las características demográficas y sintetiza los principales resultados.

La frecuencia reportada de indicación del CPS (usualmente o siempre) en adultos asintomáticos fue 69%. El 73% consideró apropiado realizarlo anualmente y el 77% de los médicos refirió haber leído de guías de cuidados preventivos alguna vez.

Los resultados globales de conocimiento se detallan en el cuadro 2. La media de respuestas correctas por médico fue 56,4 + 14% (rango de 19 a 82%).

Las PP con más porcentaje de respuestas correctas fueron las de doble opción (recomendada o no recomendada) posiblemente, por el aumento de probabilidad de responderlas correctamente (uno en dos ó 0,5).

Las PP recomendadas en forma universal de consejo menos conocidas fueron el consejo sobre sexualidad (58,8% de respuestas correctas) y la protección de la luz solar (38,7%).

Respecto del examen físico, en general se erró por sobrestimación (creer recomendadas algunas prácticas no recomendadas) como el fondo de ojo, autoexamen mamario o tacto rectal; o bien creer universales a las selectivas como el examen cutáneo. Afortunadamente los tres más conocidas son universales y de alto impacto: control odontológico, tensión arterial y medición de altura y peso.

Los estudios complementarios con menor tasa de conocimiento son no recomendados (no están avalados por la bibliografía, pero un porcentaje de los profesionales evaluados creen que sí lo están): radiografía de tórax (35,3%), orina completa (37,8%), colon por enema (37,8%), hemograma (40,3%); o bien recomendados en forma selectiva como la glucemia (38,7%).

Las inmunizaciones menos conocidas son dos de indicación selectiva (vacuna antirrábica y antirrubeólica) y una universal como la doble del adulto o Difteria-Tétanos (64.7%).

Las medidas de quimioprofilaxis menos conocidas son tres no recomen-dadas: suplementos fluorados, vitami-nas y antioxidantes (41, 57 y 74% respectivamente).

Se consideró conocimiento apropiado un 65% de respuestas correctas. Sólo 41 médicos (34%) alcanzaron dicho estándar. El análisis uni y multivariable mostró que trabajar en el sector público/no académico estuvo independientemente asociado a no alcanzar un "conocimiento apropiado" (OR: 0,06 IC95%: 0,02 a 0,24, p< 0,0001).

**Cuadro 1: características de los médicos y de sus centros de atención según su autoreporte.**

| **Características** | | |
|---|---|---|
| **Edad** | | **32,4 + 6,76 años** |
| Sexo | Hombres<br>Mujeres | 63 (53,0%)<br>55 (47,0%) |
| **Años de graduado** | | 6,8 + 6,38 años |
| Cargo | Residentes<br>Instructores<br>Médicos de Planta | 63 (53,0%)<br>4 (3,4%)<br>46 (39,0%) |
| Especialidad | Medicina familiar<br>Medicina general<br>Clínica Médica | 42 (35%)<br>7 (6%)<br>68 (57%) |
| **Pacientes atendidos por semana** | | **55,6 + 42,36** |
| Frecuencia de indicación del CPS | Baja<br>Moderada<br>Alta | 6 (5%)<br>31 (26%)<br>82 (69%) |
| Periodicidad considerada apropiada para la indicación del CPS | Cada 3 a 6 meses<br>Anual<br>Cada 2 a 4 años | 9 (7,5%)<br>87 (73%)<br>23 (19%) |
| Orientación preventiva | Baja<br>Moderada<br>Alta | 1 (1%)<br>25 (21%)<br>93 (78%) |
| Lectura de guías | Nunca<br>Alguna vez | 27 (23%)<br>91 (77%) |
| Tipo de Centro | Privado/Obra social<br>Público | 73 (61%)<br>46 (39%) |
| Ubicación del Centro | Interior<br>Capital | 67 (66%)<br>52 (44%) |

El desempeño medio de PP (indicación de PP recomendadas + no indicación de PP no recomendadas) fue 47,5 + 12%. Ver cuadro 3. Al evaluarlas por áreas, las de menor desempeño son las inmunizaciones (43,3%). Aunque las PP del examen físico están, en general, sobreindicadas, algunas de indicación selectiva como el control de la audición y la visión tienen una regular indicación (32 y 47% respectivamente). Se destaca también la baja indicación de estudios complementarios de indicación selectiva (21%): densitometría ósea (13,4%); rectosigmoideoscopía (15,1%); fibrocolonoscopía; VDRL, rastreo de clamidia, gonorrea (16%) VIH (28,6%) y SOMF (29,4%). Por último cabe destacar la baja frecuencia con que se aconseja contra las adicciones (28%).

Se consideró como desempeño mínimo un 50% de desempeño en PP (dada la inexistencia de estándares nacionales se tomó un valor algo menor que valores promedios de EEUU10 como valor mínimo): sólo el 42,9% de los médicos lo alcanzó. En el análisis multivariable el único predictor independiente de un buen desempeño mínimo fue ser médico de familia o generalista (OR: 4,45 IC95%: 1,95 a 10,17, p< 0,0001).

### Componentes del "chequeo de salud" y sexo del médico

En el cuadro 4 se ofrece una mirada sobre buena parte de los componentes de lo que la gente y muchos médicos denominan "chequeo de salud". Consistentemente se ve una considerable frecuencia de indicación de las PP no recomendadas que ronda el 50%. El cuadro 5 muestra la frecuencia de indicación de PP según el género del médico. Las médicas indican más frecuentemente las PP de la Mujer y los médicos, las PP del hombre.

## Discusión

### Sobre el diseño

Este estudio está basado en una muestra de médicos invitados a participar de un estudio multicéntrico de recordatorios de PP. Por esta razón y porque los médicos, en su gran mayoría, pertenecen a centros con residencia y estructuras formativas, no pueden considerarse representativos de los MAP argentinos, lo que sobrestimaría el conocimiento y el desempeño de las PP. Además existen evidencias de que las estimaciones autorreportadas de PP, como el rastreo de cáncer de colon, sobrestiman un 10% la verdadera práctica6, no siendo buena la correlación con la historia clínica y con las encuestas a pacientes11.

### Sobre los resultados

Estos valores, no muy satisfactorios por cierto, probablemente representan un valor cercano al techo de todo el universo de MAP argentinos.

Si bien ha sido fuertemente recomendado que el "chequeo anual único" sea reemplazado por PP recomendadas e incorporadas de manera oportunista en cualquier tipo de consulta (incluyendo las no relacionadas4) el 95% de los médicos indica el CPS con moderada o alta frecuencia y en el 73% de los casos, con una periodicidad anual.

Sin embargo no debería desalentarse el CPS, especialmente en pacientes de bajos recursos y aunque sea en forma oportunista, ya que muchas veces resulta la única estrategia factible para que los pacientes reciban PP12,13,14,15. Además, los médicos manifiestan resistencia a abandonar el CPS pues los organiza y contrarresta las barreras a la implementación de PP16. El problema es la alta frecuencia de indicación de PP no recomendadas, que en nuestro estudio fue cercana a 50%.

Médicos de familia dependientes de Universidad de Massachusetts recomiendan el CPS a todas las mujeres mayores de 40 años, a todos los hombres mayores de 50 años y al 90% con edades menores. El CPS es el principal mecanismo para brindar PP para el 80% de los médicos y 90% considera que debería incluir un examen físico "completo" (rango de 11 a 14 maniobras)17.

La tendencia de los médicos a indicar más frecuentemente PP específicas de su propio género es consistente con otros estudios18,19,20,21.

Sólo 34% de los médicos alcanzó un conocimiento apropiado y el 23% reconoce no haber leído nunca guías de cuidados preventivos hallazgos similares a un estudio llevado a cabo en EEUU22.

Se ha reportado el desacuerdo con las recomendaciones preventivas como una barrera mayor a la implementación de PP23. La media de desacuerdo con las PP recomendadas por la bibliografía hallada fue de sólo 14%. Otra encuesta reportó, consistentemente con nuestro estudio, un 12%22 por lo que el desacuerdo no parecería ser la principal barrera que explique el bajo desempeño de PP.

Sólo 42,9% de los médicos alcanzaron una poco exigente PPM, lo que es grave teniendo cuenta el probable mejor perfil preventivo de la muestra con respecto al MAP promedio. A modo de pobre consuelo mencionamos que una encuesta nacional en EEUU concluyó que ningún grupo de médicos de atención primaria brinda

## Cuadro 2:. conocimiento, acuerdo y frecuencia de indicación por práctica preventiva.

| PRÁCTICAS PREVENTIVAS | | Tipo de Recom. | Respuestas correctas (%) | Desacuerdo (%) | Frecuencia de Indicación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Rara | Habitual |
| **Consejos** | | PPRU | | | | |
| 1. | Dietética | | 86,6 | 5,8 | 7,6 | 79 |
| 2. | Actividad física | | 94,1 | 7,1 | 11,8 | 68,1 |
| 3. | Consejo sobre sexualidad | | 58,8 | 7,1 | 25,2 | 45,4 |
| 4. | Prevención de accidentes | | 83,2 | 6,1 | 30,2 | 46,1 |
| 5. | Detección de adicciones | | 63,9 | 6,6 | 37,8 | 42,8 |
| 6. | Refuerzo antiadicciones | | 29,4 | 20 | 52,9 | 27,7 |
| 7. | Protección de la luz solar | | 60,5 | 8,3 | 42 | 30,2 |
| 8. | Prevención de lumbalgia | PPRS | 40,3 | 22,9 | 57,1 | 15,1 |
| **Examen Físico** | | PPRU | | | | |
| 9. | Control odontológico | | 88,2 | 8,6 | 27,7 | 50,4 |
| 10. | Altura y peso | | 81,5 | 8,2 | 13,4 | 73,1 |
| 11. | Tensión arterial | PPRS | 85,7 | 8,8 | 6,7 | 90,8 |
| 12. | Control de visión | | 37,8 | 11,1 | 22,7 | 47 |
| 13. | Control de audición | | 47,9 | 12,3 | 34,4 | 31,9 |
| 14. | Palpación mamaria | | 57,1 | 10,3 | 15,1 | 73,1 |
| 15. | Autoexamen mamario | PPNR | 17,6 | 28,6 | 27,7 | 54,6 |
| 16. | Examen cutáneo | PPRS | 26,9 | 18,7 | 31,9 | 48,7 |
| 17. | Examen de la cavidad oral | PPRU | 69,7 | 9,6 | 26,9 | 51,3 |
| 18. | Palpación tiroidea | PPRS | 38,7 | 17,4 | 37 | 40,3 |
| 19. | Auscultación carotídea | PPNR | 57,1 | 14,7 | 36,1 | 40,3 |
| 20. | Auscultación cardíaca | | 14,3 | 29,4 | 16,8 | 80,7 |
| 21. | Auscultación pulmonar | | 26,9 | 15,6 | 30,2 | 61,3 |
| 22. | Palpación de cuello | | 36,1 | 13,9 | 44,5 | 42 |
| 23. | Palpación testicular | PPRS PPNR | 61,3 | 12,3 | 58,8 | 21 |
| 24. | Autoexamen testicular | | 63,9 | 18,6 | 68 | 17,6 |
| 25. | Tacto rectal | | 25,2 | 20 | 47 | 26 |
| 26. | Palpación abdominal | PPO (NR-S) | 49,6 | 16,9 | 30,2 | 54,6 |
| 27. | Examen pelviano | PPNR | 31,9 | 23,7 | 45,4 | 36,1 |
| 28. | Fondo de ojo | | 16 | 10,5 | 32,8 | 41 |
| 29. | Examen físico “completo” | | 38,7 | 21,7 | 34,4 | 53,8 |
| **Estudios complementarios** | | PPRS | | | | |
| 30. | Mamografía | | 75,6 | 7,8 | 12,6 | 67,2 |
| 31. | Papanicolaou | | 68,9 | 6,1 | 12,6 | 76,5 |
| 32. | Test de función tiroidea | PPO (NR-S) | 91,6 | 7,8 | 51,3 | 30,2 |
| 33. | Colesterol total | PPRS | 46,2 | 10,9 | 10,1 | 78,1 |
| 34. | Hemograma | PPNR | 40,3 | 25 | 33,6 | 49,6 |
| 35. | Glucemia | PPRS | 38,7 | 19,6 | 22,7 | 66,4 |
| 36. | Orina completa | PPNR | 37,8 | 22,2 | 37 | 47,9 |
| 37. | Detección de bacteriuria | PPO (NR-S) | 82,3 | 12,2 | 44,5 | 32,8 |
| 38. | Radiografía de tórax | PPNR | 35.3 | 14.3 | 42.9 | 43.7 |
| 39. | Citología de esputo | | 46.2 | 12.7 | 61.3 | 18.5 |
| 40. | SOMF* | PPRS | 65.6 | 11.5 | 47.9 | 29.4 |
| 41. | Colon por enema | PPNR | 37.8 | 8.9 | 62.2 | 14.3 |
| 42. | Fibrocolonoscopía | PPRS | 64.7 | 10.4 | 61.3 | 16 |
| 43. | Rectosigmoideoscopía | | 66.4 | 10.1 | 65.5 | 15.1 |
| 44. | Endoscopía alta | PPNR | 54.6 | 7.7 | 66.4 | 17.6 |
| 45. | VDRL, Clamidia, Gonorrea | PPRS | 69.7 | 7.2 | 52.9 | 16 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. | VIH* | | 68.1 | 7.4 | 42 | 28.6 |
| 47. | Electrocardiograma | PPO (NR-S) | 68.9 | 7.3 | 33.6 | 44.5 |
| 48. | Prueba ergométrica | PPO (NR-S) | 88,2 | 11,4 | 50,4 | 24,4 |
| 49. | Presión intraocular | PPNR | 45,9 | 11,8 | 66,4 | 11,8 |
| 50. | Antígeno prostático espec. | | 43,7 | 13,4 | 59,7 | 16,8 |
| 51. | Ecografía abdominal | | 60,5 | 15,3 | 63,9 | 17,6 |
| 52. | Densitometría ósea | PPRS | 56,3 | 16,4 | 61,3 | 13,4 |
| 53. | Valoración del status mental | PPO (NR-S) | 81,5 | 17,5 | 50,4 | 29,4 |
| Inmunizaciones | | | | | | |
| 54. | Vacuna doble (dT) | | 64,7 | 11,7 | 34,4 | 45,4 |
| 55. | Vacuna antirrubólica | PPRU | 58 | 17,4 | 47,1 | 36,1 |
| 56. | Vacuna antineumoco | PPRS | 74,8 | 12,4 | 21 | 53,8 |
| 57. | Vacuna antigripal | | 75,6 | 10 | 21 | 63 |
| 58. | Vacuna antihepatitis B | | 65,5 | 10,3 | 26 | 47,9 |
| 59. | Vacuna antirrábica | | 28,6 | 11,8 | 82,3 | 13,4 |
| Quimioprofilaxis | | | | | | |
| 60. | Aspirina | PPO (NR-S) | 87,4 | 10,6 | 41,2 | 42,9 |
| 61. | Suplementos fluorados | PPNR | 41,2 | 26,5 | 74,8 | 15,1 |
| 62. | Hormonoterapia | PPO (NR-S) | 86,5 | 10,7 | 43,7 | 30,2 |
| 63. | Vitaminas | PPNR | 57,1 | 22,1 | 68,9 | 16,8 |
| 64. | Antioxidantes | PPNR | 73,9 | 17 | 85,7 | 6,7 |

Tipo de Recomendación según CTF o USPSTF: [PPNR] PP No Recomendada, [PPR U] PP Recomendada Universalmente, [PPR S] PP Recomendada Selectivamente y [PPO] PP Opcional: PPNR o PPR S. Desacuerdo: porcentaje de médicos que respondieron correctamente y desacuerdan con el tipo de recomendación. SOMF: Sangre Oculta en Materia Fecal. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

PP en niveles adecuados24, con resultados similares en otros estudios15, 28-31.

Hemos decidido evaluar extensamente las prácticas preventivas y no unas pocas centinelas ya que existe evidencia que estas estrategias de evaluación pueden arrojar resultados erróneos25. Respecto de la resistencia a abandonar las PP que demostraron ser ineficaces, en New Brunswick, tres años después de publicada la CTF '79, el 77% de los médicos continuaba realizando radiografías de tórax como rastreo de cáncer de pulmón7 y esta cifra fue de 20% en otro estudio 199325. En el nuestro, el 44% la indica habitualmente en adultos asintomáticos y sólo el 35% conocía que no estaba recomendado hacerlo. Hubo un buen desempeño en la toma de tensión arterial y en el consejo dietético (90 y 80% respectivamente), superiores a encuesta nacional israelí (78 y 68% en iguales ítems) 26.

Se ha descrito entre clínicos un mejor desempeño en el examen físico y estudios de laboratorio que para el área de consejos27, 28. La tendencia a realizar más practicas que las recomendadas también ha sido reportada entre médicos de familia en Ohio9, tal vez porque la Sociedad Americana de Cáncer avala un mayor número de recomendaciones y las publicó varios años antes que la USPSTF. No llama la atención que los médicos con orientación generalista tuvieran mejor desempeño que los provenientes de la medicina interna, hallazgos similares a otros estudios29, 15.

### Sobre las limitaciones de nuestros hallazgos

A través de esta encuesta no puede discriminarse si el reporte de indicación de ciertas PP se relacionaba con la elegibilidad de dichas personas para recibirla. Es decir, cuando un médico respondía que raramente indicaba una PP recomendada en forma selectiva no puede diferenciarse si esto es debido a barreras que se lo impiden o si en su práctica se encuentra con pocos pacientes elegibles para recibirla. De todas formas es poco probable que la población general adulta que atienden los MAP raramente tenga pacientes elegibles para la mayoría de las PP recomendadas en forma selectiva. Además, si sólo consideráramos las recomendadas en forma universal y las no recomendadas (100% de personas elegibles) el desempeño en estas áreas sigue siendo bajo (54 y 51% respectivamente).

Los médicos de centros académicos parecieron tener un mayor conocimiento apropiado y los médicos de familia/generales un mejor desempeño preventivo mínimo pero dado que se trató de una muestra de conveniencia, debemos ser cautos a la hora de evaluar variables predictoras.

## Conclusión

El conocimiento y el desempeño en PP son bajos aún entre MAP dispuestos a participar en estudios sobre prevención.

## Cuadro 3. Conocimiento y perfomance preventiva globales y por áreas

| | Conocimiento medio (% + DS) | Perfomance preventiva (% + DS) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Global | Indicación de PPR | No Indicación PPNR |
| Global | 56.4 + 14 % | 47.5 + 12 % | 45.4 + 21 % | 50.9 + 35 % |
| Consejos | 64.6 + 22 % | 45.6 + 29 % | 45.6 + 29 % | - |
| Examen Físico | 45.0 + 16 % | 45.2 + 13 % | 50.2 + 25 % | 38.6 + 31 % |
| Estudios complementarios | 59.7 + 19 % | 47.4 + 15 % | 21.4 + 12 % | 54.0 + 34 % |
| Inmunizaciones | 61.4 + 28 % | 43.3 + 34 % | 43.3 + 34 % | - |
| Quimioprofilaxis | 69.2 + 28 % | 76.4 + 34 % | - | 76.4 + 34 % |

## Cuadro 4: conocimiento y frecuencia de indicación acerca del "chequeo" de salud.

| Componentes usuales | Respuestas de Conocimiento (%) | | Desacuerdo (%) | Frecuencia de indicación (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Correctas | Incorrectas | | Rara | Habitual |
| Hemograma | NR:40 % | RU: 33,8 % - RS:21 % | 25 % | 33,6 % | 50 % |
| Glucemia | RS:38 % | NR:15%- RU:38 % | 19,6 % | 22,7 % | 66,4 % |
| Colesterol total | RS:46 % | NR:1,7 % - RU:47 % | 10,9 % | 10 % | 78 % |
| Orina completa | NR:38 % | RU: 34,5 %- RS:22 % | 22,2 % | 37 % | 47,9 % |
| Electrocardiograma | 69% (NR: 27- RS: 42%) | RU: 23,5 % | 7,3 % | 33,6 % | 44,5 % |
| Radiografía de tórax | NR:35 % | RU: 29,4 %- RS:32 % | 14,3 % | 42,9 % | 43,7 % |

## Cuadro 5: frecuencia de indicación de PP según género del médico.

| Prácticas preventivas específicamente dirigidas a un sexo | | Porcentaje de indicación habitual según el sexo del médico | |
|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino |
| De la mujer | Palpación mamaria | 68,2% | 80,0% |
| | Autoexamen mamario | 52,4% | 58,2% |
| | Examen pelviano | 33,3% | 40,0% |
| | Mamografía | 63,5% | 72,7% |
| | Papanicolaou | 76,2% | 78,2% |
| | Densitometría ósea | 14,3% | 40,0% |
| | Vacuna antirrubólica | 36,5% | 36,5% |
| | Hormonoterapia | 33,3% | 27,3% |
| Del hombre | Tacto rectal | 30,1% | 21,8% |
| | Antígeno prostático específico | 17,5% | 16,3% |

El desacuerdo con las recomendaciones no parece ser parte fundamental del problema.

No es desconocido que la energía, el tiempo y los recursos son limitados por lo que si esperamos mejorar los estándares de salud de nuestra población deberemos desarrollar estrategias que optimicen la el desempeño en la implementación de prácticas preventivas, aumentando las recomendadas y reduciendo las no recomendadas.

Fuente de financiamiento: indirecto de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

*Agradecimientos: los Coordinadores del estudio multicéntrico de valoración de la "Libreta Sanitaria Vital" en la implementación de las practicas preventivas: CEMIC (Dra. Nora Gimpel), Hospital Francés (Dra. Verónica Campana), Sanatorio Municipal Julio Mendez (Dra. Marisa Sanchez), Hospital de la AMBA (Dr. Gerardo Deblawe), Htal. Diego Paroissien (Dr. Alberto Romani), Htal. Diego Funes (Dr. Sergio Torasso) y Hospital Córdoba (Dra. Paula Alba); Hospital Privado de Comunidad (Dr. Carlos Cantale), HIGA de Mar Del Plata (Dr. Joaquín Avervach) y a Mariana Casado (Area informática de la UMFyP, HIBA).*

## Referencias

1. Canadian Task Force On The Periodic Health Examination. The Canadian guide to clinical preventive health care. Otawa: Health Canada; 1994 Cat no H21-117/1994E.
2. Guide To Clinical Preventive Services-2nd. Edition- 1996. Report of the U.S. Preventive Services Task Force.
3. Sox Harold. C.. Preventive health services in adults. N Engl J Med 1994;330(N°22)1589-1595.
4. Canadian Task Force On The Periodic Health Examination. The Periodic Health Examination. Can Med Assoc J 1979;121:1193-1254.
5. Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, et al. Provision of preventive care unannounced standarized patients. Can Med Assoc J. 1998;158(2):185-93.
6. Battista RN. Adult cancer prevention in primary care: patterns of practice in Quebec. Am J Public Health 1983;73:1036-9.
7. BattistaRN, Palmer CS, Marchand BM et al. Patterns of preventive practice in New Brunswick. Can Med Assoc. J 1985;132: 1013-1015.
8. Ho A, Herbert C, Farrall J. Periodic Health Screening: What Members of the Department of Family Practice al Vancouver General Hospital Are Doing? Dept of Family Medicine, U of British Columbia, Vancouver, 1988
9. Zyzanski Stephen J., Stange Kurt C., Kelly Robert, Flocke Susan, Shank J. Christopher, et al. Family Physicians' Disagreement with the US Preventive Services Task Force Recommendations. J Fam Pract 1994; 39:140-147.
10. NCQA's State of Managed Care Quality 1999, Selected National Averages 1996-1998. http://www.ncqa.org/pages/communications/news/99avs.htm
11. Montano DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: a comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey, and chart audit. Am J Public Health. 1995 Jun;85(6):795-800.
12. Flockle SA, Stange KC, Goodwin MA. Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. J Fam Pract. 1998 Sep;47(3):202-8.
13. Stange KC, Flockle SA, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers? J Fam Pract. 1998 May;46(5):419-24.
14. Solberg LI, Brekkle ML, Kottke TE. Are physicians less likely to recommend preventive services to low-SES patients? Prev Med. 1997 May-Jun;26(3):350-7.
15. Sox CH, Dietrich AJ, Tosteson TD, et al. Periodic health examinations and the provision of cancer prevention services. Arch Fam Med. 1997 May-Jun;6(3):223-30.
16. Beaulieu MD, Hudon E, Roberge D, et al. Practice guidelines for clinical prevention: do patients, physicians and experts share common ground? CMAJ. 1999 Sep 7;161(5):519-23.
17. Luckmann R, Melville SK. Periodic health evaluation of adults: a survey of family physicians. J Fam Pract. 1995 Jun;40(6):547-54.
18. Schwartz, JS, Lewis CE, Clancy C, et al. Internists' Practices in Health Promotion an Disease Prevention. Annals of internal Medicine.1991;114:46-53.
19. Rubinstein A., Razé A., Kapitowsky K., Maturi G, Botargues M.,et al. Evaluación del registro de intervenciones en la práctica ambulatoria. No publicado.
20. Lurie N, Slater J, McGovern. Preventive care for women: does the sex of the physician matter? N Engl J Med 1993;329:478-82.
21. Cassard SD, Weisman CS, Plichta SB, Johnson TL. Physician gender and women's preventive services. J Womens Health. 1997 Apr;6(2):199-207.
22. Stange KC, Kelly R, Chao J, Zyzanski SJ, Shank JC, Jaen JR. et al. Physicians Agreement with the US Preventive Services Task Force Recommendations. J Fam Pract 1992; 34:409-16.
23. Battista RN, Mickalida AD,. Integration of preventive services into primary care: a conceptual framework for implementation. In: Goldbloom RB, Lawrence RS, eds. Preventing disease. Beyond the rhetoric. New York, NY: Springer-Verlag, 1990.
24. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. Am J Prev Med. 1999 Jul;17(1):62-72.
25. Smith Hellen E.; Herbert Carol P.. Preventive practice among primary care physicians in British Columbia: relation to recomendation of the Canadian task force on the periodic health examination. Can Med Assoc. J 1993; 149 (12): 1795-1800.
26. Tabenkin H, Yaphe Y, Gross R. Preventive medicine in primary care in Israel: findings from a national survey. Public Health Rev. 1996;24(1):19-35.
27. Lewis CE, Clancy C, Leake B, et al. The Counseling Practices of Internists. Annals of internal Medicine.1991;114:54-58.
28. Romm Frederic J., Fletcher W. Susane and Hulka Barbara S. The Periodic Health Examination: Comparison of Recommendations and Internists' Perfomance. Suthern Medical Journal 1981; 74(3):265-71.
29. Wayland Marilyn T., Culik Diane, Goldsby Christopher, Carion William and Orzane Nilda. Screening by Family Practice and Internal Medicine Residents and the effect of an Intervention Program. J Med Education 1987; 62:519-22.
30. Keim DB, Gomez CF, Wolf AM. The level of preventive services in an internal medicine residency clinic: still only an ounce of prevention? South Med J 1998; 92(4):440-1
31. Kottke TE, Solberg LI, Brekkle, et al. Delivery rates for preventive services in 44 midwestern clinics. Mayo Clin Proc. 1997 Jun;72(6):515-23.

# Uso de medicinas alternativas en pacientes adultos del Seguro Municipal de Salud de bahia Blanca

## Use of alternative medicines in adult patients included in the Municipal Health Insurance of Bahía Blanca

*Speroni M*[1], *Silberman P*[2], *López S*[3], *Ruggero S*[4], *Polla S*[5], *Bugatti F*[6], *Arribas A*[7], *Príncipe N*[8], *Urriaga G*[9].


### Resumen

Objetivos: determinar la prevalencia del uso, las formas y la utilidad atribuida a las medicinas alternativas en la población adulta perteneciente al Seguro Municipal de Salud (SMS) que asiste a los consultorios de Medicina Familiar del Hospital Menor de Ingeniero White.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Muestra probabilística de 278 personas sobre un total 1161 elegibles. Encuesta auto-administrada y voluntaria.

Resultados: se visitaron 278 casas y se entregaron 189 encuestas de las cuales se recogieron 180. El 95% de los encuestados utiliza algún tipo de medicina alternativa (87% usa plantas medicinales sin diferencias significativas entre edad, sexo y escolaridad) principalmente para dolencias gastrointestinales, dermatológicas, del sistema nervioso central (SNC) y metabólicas. Las hierbas más utilizados son aloe vera, manzanilla, boldo, tilo, ortiga, eucaliptos, poléo, malva, ajo, ruda y menta. Los derivados de las abejas (miel, propóleos, jalea real) son usados por el 72% de los encuestados, generalmente para infecciones de la vía aérea alta. El 50% de las personas había acudido a un curandero (80% por enfermedades folklóricas como empacho, culebrilla y mal de ojo) con mayor tendencia en quienes no culminaron estudios secundarios (p=0,009).

Conclusión: en los pacientes del SMS de Ingeniero White se evidencio una alta prevalencia de uso de medicinas alternativas (plantas medicinales y visitas al curandero).

### Summary

Objective: To determine the prevalence of use, types, and perceived usefulness of alternative medicines in the adult population that receives the Municipal Health Insurance (MHI) and attends to the Familiy Medicine Offices from the Hospital Menor, in Ingeniero White.

Materials and Methods: A cross-sectional, descriptive study, with a probabilistic sample of 278 subjects of 1,161 eligible. A volunteer, self-administered survey was used.

Results: 278 homes were visited and 189 surveys were delivered; 180 were returned. 95% of the surveyed subjects used some kind of alternative medicine (87% used medicinal herbs; no significant differences between age, gender and educational level were seen), mainly for gastrointestinal, skin, central nervous system and metabolic disorders. The most frequently used herbs were: aloe vera, camomile,



1 Residente de Medicina Familiar y Salud Comunitaria del Hospital Menor de Ing. White, Bahía Blanca. Revisor de cuentas de la Asociación Bonaerense de Medicina Familiar (ABOMEFyG).
2 Jefe de Unidad de Medicina Familiar. Municipalidad de Bahía Blanca. Presidente de la ABOMEFyG.
3 Especialista en Medicina Familiar. Instructora de la Residencia de Medicina Familiar de Bahia Blanca. Vicepresidenta de la ABOMEFyG.
4 Especialista en Medicina Familiar. Tesorera de la ABOMEFyG.
5 Especialista en Medicina Familiar. Vocal de la ABOMEFyG.
6 Jefe de Residentes de la Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria del Hospital Menor de Ing. White Bahia Blanca. Secretario General de la ABOMEFyG.
7 Especialista en Clínica Médica y en Medicina Familiar. Coordinador Docente de la Beca de Perfeccionamiento en Atención Médica Ambulatoria en el Hospital Glasman de la Asociación Médica de Bahía Blanca.
8 Residente de Medicina Familiar y Salud Comunitaria del Hospital Menor de Ing. White. Docente de Escuela de Enfermería. Vocal de la ABOMEFyG.
9 Residente de Medicina Familiar y Salud Comunitaria del Hospital Menor de Ing. White. Vocal de la ABOMEFyG.

boldo, linden, nettle, eucalyptus, pennyroyal, mallow, garlic, rue, and peppermint. Bee derivatives (as honey, propolis, royal jelly) were used by 72% of the surveyed subjects, usually for upper respiratory tract infections. 50% of the responders had attended to a quack (80% because of popular diseases as indigestion, shingles or "evil eye") and a higher trend was seen in subjects with incomplete high school educational level (p = 0,009).

Conclusion: In patients included in the MHI from Ingeniero White, a high prevalence of alternative medicines use was seen, especially of herbal medicines and visits to quacks.

**Key words:** "complementary therapies", religion, prevalence.

## Introducción

Tras el incesante auge que ha tenido la Medicina Naturista en estos últimos años, cada vez son más las denominadas "Terapias Alternativas" que se abren paso a una nueva forma de concebir la salud. Dentro de ellas existen por un lado, aquellas cuya efectividad se ha comprobado científicamente a la hora de tratar ciertas patologías y, por otro, aquellas relativamente recientes y que aún se encuentran en proceso de investigación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a las Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MT/TCA) como una variedad de prácticas, conocimientos y creencias en materia de salud, que incorpora medicamentos de origen vegetal, animal y/o mineral, terapias espirituales, técnicas y ejercicios manuales. Se los aplica por separado o en forma combinada para mantener el bienestar de la persona, así como también para tratar, diagnosticar o prevenir las enfermedades. Su uso muchas veces se transmite verbalmente de generación en generación[1], [2].

Se conoce una amplia lista de medicinas alternativas: medicina tradicional china, medicina ayurvédica, medicina indígena, homeopatía, quiropráctica, plantas medicinales y medicina herbaria (fitoterapia), acupuntura, masajes, reflexología, reiki, yoga, terapias mentales y espirituales (plegarias, culto, religión)[3],[4],[5].

Existe escasa información confiable acerca del uso de medicinas alternativas en la mayoría de los países del mundo. Uno de los más grandes estudios realizados fue la Encuesta Nacional estadounidense realizada en 1990 por vía telefónica en ese país, que determinó una prevalencia de uso del 34%[6]. En Europa varios estudios determinaron las siguientes prevalencias: 31% Bélgica, 23% Dinamarca, 49% Francia, 46% Alemania, 20 a 25% en Holanda, Suecia y Reino Unido[7]. Un estudio australiano determinó que un 50% de la población de Victoria había usado medicinas alternativas durante cinco años10. En América Latina podemos decir que en Chile el 71% de la población acepta las MT/TCA y en Colombia el 40% de la población utiliza MT/TCA. No hemos encontrado datos de otros países en esta región1.

El propósito de este trabajo es tomar conocimiento de la proporción de pacientes pertenecientes al SMS que utiliza alguna forma de medicina alternativa y, a través de los resultados, elaborar propuestas para implementar en nuestro sistema de salud aquellas que tengan fundamento científico.

## Objetivos

- Determinar la prevalencia de uso de medicinas alternativas en la población adulta pertenecientes al SMS que asiste a los consultorios del Hospital Menor de Ingeniero White (HMIW).
- Conocer las terapias alternativas usadas y las utilidades que se les atribuyen.

## Materiales y Métodos

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Lugar: Consultorios del HMIW, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Criterios de inclusión: adultos mayores de 20 años pertenecientes al SMS que se atienden en los consultorios de Medicina Familiar del HMIW.

Criterios de exclusión: haber participado de la prueba piloto.

Población: se seleccionó una muestra aleatoria de 278 de los 1161 adultos mayores de 20 años perteneciente al SMS del área de Ingeniero White, utilizando la técnica de muestreo probabilístico sistemático.

Encuesta: se desarrolló una encuesta auto-administrada acorde a las recomendaciones vigentes[8],[9]. A tal fin, se realizó una prueba piloto con 20 personas adultas de diferentes edades y grados de escolaridad, de características similares a la población en estudio, en la que se evaluó el grado de entendimiento de cada ítem de la misma (en el consultorio se entregó el sobre

con la encuesta que debía ser completada delante del encuestador, quien registraba el grado de entendimiento, el tiempo necesario para responder, las reacciones del entrevistado, constatando sus críticas y comentarios sobre la encuesta). La versión final consta de tres hojas y se muestra en el Anexo I. Con un vocabulario simple, primero se explica el objetivo del estudio y, dando ejemplos, las definiciones de medicina alternativa. Luego se desarrolla la encuesta propiamente dicha, que consta de once preguntas y de los datos personales (edad, sexo y escolaridad).

La encuesta final se entregó personalmente en el domicilio de las personas seleccionadas para que la contestasen en forma voluntaria (dos intentos) y se la retiró tres días después.

Análisis de datos: se realizó con el programa Stata 7.0.

## Resultados

Se visitaron 278 casas, se entregaron 189 encuestas de las cuales se recogieron 180, 16 no fueron contestadas y de las 164 restantes se extrajeron los resultados (89 personas no recibieron la encuesta: 59 no estaban en su domicilio en el momento de la entrega luego de dos visitas y las 30 restantes no vivían más en el domicilio).

Las características de la población se muestran en el cuadro 1. Se destaca una mayor proporción de mujeres, menores de 60 años (representativa de la población total del SMS el cual cuenta con muy bajo porcentaje de ancianos) y auto-reporte de un buen nivel de escolaridad.

### Prevalencia, tipos de terapias y motivos de su uso

De las 164 personas que respondieron la encuesta, 155 (95%) utilizaban algún tipo de medicina alternativa. Las más utilizadas fueron las plantas medicinales, los derivados de la miel, la espiritualidad y la consulta al curandero. Utilizaban plantas medicinales 142 (87%) sin diferencias significativas entre edad (p=0,648), sexo (p=0,892) y escolaridad (p=0,406). Ver tabla 2.

Los problemas de salud que motivaron su uso fueron, en orden de frecuencia: gastrointestinales (dolor abdominal, vómitos, digestión, constipación); dermatológicos (lastimaduras, quemaduras, hemorroides, caída de pelo); del sistema nervioso central (ansiedad, insomnio, cefaleas); metabólicos (colesterol, obesidad, ácido úrico); parasitosis (intestinales, pediculosis) y respiratorios (vía aérea superior, bronquitis). Las hierbas más usadas fueron: aloe vera, manzanilla, boldo, tilo, ortiga, eucalipto, poleo, malva, ajo, ruda y menta. El 72% de los encuestados utilizaba derivados de la abeja (miel, propóleos, jalea real) en su mayoría para infecciones de la vía aérea superior.

La mitad de las personas encuestadas había acudido a un curandero, sin diferencias significativas en cuanto al sexo y a la edad (p=0,392 y 0,548, respectivamente). En lo que respecta a la escolaridad, existió una mayor tendencia a concurrir al curandero en aquellas personas que no culminaron estudios secundarios (p=0,009). Ver cuadro 3. El 80% había acudido al curandero principalmente por enfermedades folklóricas (empacho, culebrilla, mal de ojo) y el resto, en su mayoría, por problemas dermatológicos.

### Religión

Del total de los encuestados, 132 respondieron pertenecer a alguna religión, 96 (73%) considera que su religión le otorga confort, sensación de bienestar y fuerza para afrontar el sufrimiento físico y psíquico. Los restantes 36 (23%) que respondieron nunca encontrar bienestar practicando su religión pertenecían con mayor frecuencia, y de manera estadísticamente significativa, a la religión católica. Todos los evangelistas encuestados consideraron que su religión les otorga bienestar (p=0,017).

### Terapias menos utilizadas

En relación a las otras terapias alternativas, incluidas en la encuesta, se observó que su uso era limitado: 9 (6%) utilizaron acupuntura (para tratar la alergia o abandonar el tabaco), 11 (7%) reflexología ; 13 (8%) quiropraxia, 7 (4%) músicoterapia, 22 (13%) homeopatía y 20 (12%) yoga o relajación.

Un considerable número de los encuestados desconoce la musicoterapia (66%) y la reflexología (29%).

## Discusión

### Limitaciones del diseño

Debemos tener en cuenta como limitación que la población perteneciente al SMS es relativamente joven (en nuestra muestra el 75% era menor de 50 años).

Nuestra encuesta reveló una alta prevalencia de uso de medicinas alternativas entre los pacientes adultos que asisten a nuestros consultorios de medicina familiar en Ingeniero White.

No hallamos diferencias entre edad, sexo, pero sí una pequeña diferencia en el nivel de instrucción, lo que sugiere que estas terapias son parte de la cultura

**Cuadro 1. Características de la población.**

| VARIABLE | | N (%) |
|---|---|---|
| **Sexo** | Varón | 51 (31) |
| | Mujer | 113 (69) |
| **Edad** | Entre 20 y 40 años | 81 (49) |
| | Entre 41 y 60 años | 68 (42) |
| | Más de 60 años | 15 (9) |
| **Escolaridad** | Primaria incompleta (PI) | 21 (13) |
| | Primaria completa (PC) | 52 (32) |
| | Secundaria incompleta (SI) | 29 (17) |
| | Secundaria completa (SC) | 51 (31) |
| | Terciaria o Universitaria (ToU) | 8 (5) |

de nuestra comunidad, independientemente de las características de la población, transmitiéndose de generación en generación. Sin embargo, hubo una asociación estadísticamente significativa (p=0,009): las personas con alto nivel de instrucción (terciario y universitario) nunca refirieron haber concurrido al curandero. Dado que esta práctica (a pesar de su popularidad) es la menos aceptada por la medicina convencional y podría haber generado vergüenza en los encuestados, no puede descartase cierto sesgo de complacencia con el personal de salud que participó en el estudio. Vale destacar que pocas veces se habla del curandero en la consulta médica ya sea porque se lo considera "prohibido" o por que el sistema de salud oficial no logra comprender que éste forma parte de la cultura de las personas y de sus creencias.

**Cuadro 2. uso de plantas medicinales según las características de los pacientes.**

| VARIABLE | | Uso de plantas medicinales N(%) No | Si | p* |
|---|---|---|---|---|
| Sexo | Femenino | 15 (13) | 98 (87) | 0,892 |
| | Masculino | 7 (14) | 44 (86) | |
| Edad | Entre 20 y 40 años | 10 (12) | 71 (88) | 0,648 |
| | Entre 41 y 60 años | 11 (16) | 57 (84) | |
| | Mayor de 60 años | 1 (7) | 14 (93) | |
| Escolaridad | Primaria incompleta | 3 (14) | 18 (86) | 0,406 |
| | Secundaria incompleta. | 14 (13) | 90 (87) | |
| | Secundaria completa | 3 (11) | 25 (89) | |
| | Terciaria o universitaria | 2 (25) | 6 (75) | |
| Todos | | 22 (13) | 142 (87) | |

* Prueba de chi-cuadrado

Similar a lo que reflejan varios estudios realizados en todo el mundo6,7,[10],[11],[12], las plantas medicinales fueron la terapia alternativa más utilizada por nuestros encuestados (87%). Cada vez son más los trabajos científicos de buena calidad que estudian las diferentes terapias alternativas[13],[14],[15],[16], cumpliendo la fitomedicina un papel muy importante en esas investigaciones, lo que condujo a que, día a día, se incorporen más hierbas naturales a los tratamientos de la medicina oficial[17,18,19,20].

El extenso uso de medicinas alternativas por nuestros pacientes eleva un interrogante: ¿cuáles son las percepciones y las razones de las personas que llevan a utilizarlas?, y ¿cuál es la opinión de los médicos al respecto? Ernst11sugiere que la medicina alternativa provee beneficios que son generalmente deficientes en la relación médico-paciente habitual; incluye tiempo, empatía, personalización, expectativa de cura en enfermedades crónicas, consejos, así como un énfasis general de la salud por encima de la enfermedad. Es responsabilidad de la salud pública determinar a qué costo son obtenidos esos beneficios, así como examinar porqué y cómo la medicina oficial estaría fallando en proveerlos.

## Conclusiones

El 95% de población adulta perteneciente al SMS asistidos por el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Menor de Ingeniero White utiliza medicinas alternativas. Las más utilizadas son las plantas medicinales (87%), los derivados de la miel (72%), la espiritualidad (52%) y la consulta al curandero (50%).

Las razones principales del uso de las plantas medicinales fueron los problemas gastrointestinales, los dermatológicos, los del SNC, los metabólicos, las parasitosis y las dolencias respiratorios.

La mitad de las personas visita al curandero y la mayoría lo hace por las llamadas enfermedades folklóricas como empacho, mal de ojo y culebrilla; problemas dermatológicos simples (verrugas, alergias, caída del cabello) y por parasitosis intestinales.

La mitad de los encuestados considera que su religión le brinda confort, sensación de bienestar y fuerza para afrontar el sufrimiento, tanto físico como psíquico aunque no todas lo hacen en igual magnitud.

Fuente de financiamiento: los insumos básicos fueron aportados por el Hospital Menor de Ingeniero White.

**Cuadro 3: Visita al curandero según las características de la población.**

| VARIABLE | | CURANDERO, N (%) No | Si | p* |
|---|---|---|---|---|
| Sexo | Femenino | 56 (49) | 57 (51) | |
| | Masculino | 26 (51) | 25 (49) | 0,392 |
| Edad | Entre 20 y 40 años | 37 (46) | 44 (54) | |
| | Entre 41 y 60 años | 39 (57) | 29 (43) | 0,548 |
| | Mayor de 60 años | 6 (40) | 9 (60) | |
| Escolaridad | Primaria incompleta | 12 (57) | 9 (43) | |
| | Secundaria incompleta | 47 (45) | 57 (55) | |
| | Secundaria completa | 13 (46) | 15 (54) | 0,009 |
| | Terciaria o universitaria | 8 (100) | 0 (0) | |
| Todos | | 82 (50) | 82 (50) | |

* Prueba de chi-cuadrado

## Referencias


1 División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS. Equipo de Medicina Tradicional, Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas de Medicina, OMS Informe Grupo de Trabajo OPS/OMS. Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas Washington, D.C. nov. 15-16, 1999

2 Division of Health Systems and Services Development Pan American Health Organization World Health Organization Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs. January 2002 Washington, D.C.

3 Mary Anne Graf From The Ireland Report on Succeeding in Women's Health, September/October, 1999.

4 Eskinazi, Daniel P. Factors That Shape Alternative Medicine JAMA 1998;280(18):1621-1623.

5 Sara C. Charles. Handbook of Religion and Health. JAMA 2001;286(4):465-466.

6 Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T. Unconventional medicine in the United States. N Engl J Med 1993;328:246-52.

7 Fisher P. Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. BMJ 1994;309:107-111.

8 Mc Coll E, Jacoby A tt el. Desing and use of questionary: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technology Assessment del 2001. review

9 Abramson J.H, Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Ed. Díaz de Santos 1990

10 MacLennan, Alastair H. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia Lancet 1996;347:569-73.

11 Ernst E. Complementary medicine. Scrutinising the alternatives. Lancet 1993; 341:1626.

12 Risser, Amanda L.; Use of Folk Remedies in a Hispanic Population. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:978-981.

13 The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health. The Alternative Medicine Homepage. [ May 28, 2002 ]

14 Global Strategy for Asthma Management and Prevention National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute 2002;113

15 Elder,NC. Use of Alternative Health Care by Family Practice Patients. Arch Fam Med.1997;6:181-184

16 Andrew Vickers. Complementary medicine. BMJ 2000;321:683-686.

17 Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, at el. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. Arch Intern Med 2001; 161 (8): 1081-1088.

18 Morelli V, Nanquin C. Alternative Therapies for Traditional Disease States: Menopause Am Fam Physician 2002;66:129-34.

19 Adler SR et al. Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter. A qualitative study in women with breast cancer. J Fam Pract. 1999;48:453-8.

20 Burstein HJ et al. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. N Engl J Med. 1999;340:1733-9.

# Urgencias hipertensivas

*Gerardo Torletti*[1], *Javier Fernández*[2] *y Gloria Vega*[3].

## Resumen

Tomando como base la actual clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (emergencias hipertensivas, emergencias clínicas asociadas a hipertensión arterial, hipertensión severa de riesgo indeterminado e hipertensión severa aislada) se describen algunos puntos en contra del uso de bloqueantes cálcicos de acción corta (nifedipina) y de diuréticos del asa (furosemida) para el manejo de los pacientes con hipertensión severa aislada atendidos en los servicios de emergencia, conductas terapéuticas muy populares en nuestro medio.

Se proporciona, además, un algoritmo para ayudar al médico de atención primaria a organizarse en la sala de guardia frente a los pacientes con dicha condición clínica.

**Palabras clave:** hipertensión, classification, "emergency treatment".

## Introducción

En la práctica de los servicios de emergencia suele sobre-valorarse el riesgo que confieren cifras elevadas de tensión arterial, lo que suele conducir a intervenciones para lograr un rápido descenso que no han demostrado ser beneficiosas. Existe en la comunidad médica y en la población general la percepción de que toda elevación de la presión arterial es necesariamente peligrosa y que debe ser tratada agresivamente sin considerar el contexto. De hecho, con frecuencia el médico se ve apremiado por el paciente y/o su familia para una inmediata acción, lo cual no solo resulta inaceptable sino que también se traduce en un significativo riesgo para el paciente (el uso de métodos demasiado expeditivos para reducir las cifras de presión arterial puede conducir, por ejemplo, a un accidente cerebrovascular isquémico). En este artículo intentaremos sistematizar el manejo de la urgencia hipertensiva para el profesional de atención primaria.

## Epidemiología en el Primer Nivel de Atención

La urgencia hipertensiva ocupa el quinto lugar como motivo de derivación de los servicios de emergencias y representa en Argentina el 2% del total de las consultas a los mismos; siendo la proporción entre urgencias y emergencias de nueve a uno.

Tenemos que destacar que en los centros de salud y en los servicios de emergencias que atienden este tipo de consultas, la medicación disponible muchas veces en uso, no es la avalada por la evidencia científica actual y es empleada desde hace años, por transmisión oral o por costumbre (ej. diureticos de asa y nifedipina sublingual).

## Consideraciones farmacológicas

### Nifedipina

A lo largo de las últimas décadas se ha generalizado el uso de drogas antihipertensivas de acción rápida, de las cuales la nifedipina[4], ya sea por vía sublingual u oral, ha ganado la preferencia en la mayor parte de los servicios de guardia. Rehman y col. en un estudio realizado en tres "Hospitales Escuela", comprobaron que el 74% de los pacientes con tensión sistólica y diastólica mayor a 180 y/o 110mmHg, respectivamente, había recibido tratamiento con drogas antihipertensivas inmediatamente después de un único control de la tensión arterial (TA). En el 82% de los casos la droga utilizada fue nifedipina de acción corta, por vía sublingual u oral. En ninguno de estos casos se había indicado reposo ni se había repetido el control de la TA antes de indicar el tratamiento. Vale destacar que un trabajo realizado en servicios de emergencia de Argentina demostró que 30 minutos de reposo tienen una efectividad de 52% para reducir la TA en un 20%.

1 Especialista en Clínica Médica. Servicio de Clínica Médica del Hospital Nuestro Señor del Milagro.
2 Cardiólogo Clínico. Servicio de Cardiología. Hospital San Bernardo.
3 Especilista en Medicina Familiar. Centro de Salud Santa Ana II. Primer Nivel de Atención. Secretaria de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General.

### Furosemida

No está recomendado el uso de diuréticos del asa como tratamiento de primera línea en pacientes con urgencias hipertensivas. Estos fármacos aumentan el "clearence de agua libre" y activan el sistema renina-angiotensina–aldosterona, con el consiguiente efecto aumentador de la TA. Estas condiciones se exacerban en ancianos, en quienes muchas veces la urgencia hipertensiva es secundaria a un vasoespasmo reflejo por deshidratación, lo que empeora con este tipo de fármacos pudiendo conducir a insuficiencia renal prerrenal.

El reposo disminuye la activación adrenérgica y la potenciación del sistema renina-angiotensina–aldosterona.

## Clasificación de las Crisis hipertensivas e implicancias para el manejo

La presencia de una lesión aguda de órgano blanco condiciona la utilización de drogas por vía parenteral y la internación en áreas de cuidados intensivos, mientras que la ausencia de las mismas genera dudas diagnósticas y terapéuticas que no han podido ser resueltas hasta la actualidad. La estimación del riesgo en el corto plazo es difícil, siendo discutible la costo efectividad de un tratamiento hipotensor intensivo.

La Sociedad Argentina de Cardiología propone, en coincidencia con la Organización Mundial de la Salud, la clasificación siguiente.

### Emergencia hipertensiva

Se trata de una situación clínica o subclínica que pone en riesgo inminente la vida del paciente, caracterizada por la presencia de daño agudo de órgano blanco y en la cual, la elevación de la TA cumple un rol patogénico fundamental en la génesis y progresión del mismo, siendo imperativo el descenso de la misma. Dicho de otro modo, la emergencia se define por la gravedad del cuadro clínico, independientemente del valor absoluto de aumento de la TA e incluye las siguientes entidades: encefalopatía hipertensiva, hipertensión maligna acelerada, insuficiencia cardíaca izquierda aguda (edema agudo de pulmón hipertensivo), disección aórtica aguda, síndrome coronario agudo, preeclampsia grave o eclampsia, hipertensión arterial severa intraoperatoria o post operatoria inmediata y crisis hiperadrenérgicas. Si bien las dos últimas entidades pueden presentarse sin lesión de órgano blanco, se incluyen operativamente dentro de las emergencias hipertensivas por el riesgo que implican para la vida del paciente, atribuible fundamentalmente a los niveles de TA. Estos pacientes se internan en unidades de cuidados intensivos.

### Emergencia clínica asociada a hipertensión arterial

Se trata de una situación clínica que pone en riesgo inminente la vida del paciente en la cual la presencia de hipertensión arterial constituye un fenómeno asociado con participación variable en la génesis y en la progresión del cuadro. Sin embargo, en estos casos no existe evidencia clara sobre la necesidad y el beneficio del tratamiento antihipertensivo. Se incluye en este grupo a los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal aguda y las crisis hipertiroideas. Estos pacientes se internan.

### Hipertensión severa de riesgo indeterminado

Incluye un grupo de situaciones en las cuales, debido a la probabilidad de evolución hacia una emergencia hipertensiva o emergencia clínica asociada a hipertensión arterial, se requiere la realización de estudios diagnósticos especiales u observación clínica prolongada. Pueden presentarse como: a) pacientes que presentan HTA severa acompañada por signos o síntomas sin relación definida con la elevación de la TA como cefalea gravativa intensa, vértigo, visión borrosa, vómitos, disnea, precordialgia atípica, etc.; b) pacientes con compromiso previo de órganos blanco que, a juicio del médico actuante, requieran de una observación especial (ej. pacientes con cardiopatía, aneurisma de aorta, tratamiento anticoagulante).

La decisión de internación u observación en guardia suele quedar a juicio del profesional tratante.

### Hipertensión severa aislada

Se trata de pacientes que presentan cifras mayores a 180mmHg de TA sistólica y/o más de 110mmHg de diastólica en forma asintomática o con manifestaciones leves o inespecíficas (inestabilidad, malestar general, mareos, etc.) sin evidencia de compromiso agudo de órgano blanco. Se recomienda repetir los registros de la TA y promediarlos antes de tomar decisiones (dos a tres tomas separadas, al menos, por un minuto).

Luego de un período de observación, estos pacientes suelen ser de manejo ambulatorio.

La figura 1 describe un algoritmo de manejo de la hipertensión severa aislada o sin daño de órgano blanco. En estos casos es posible optar por medicacion oral: beta bloqueantes (50 a 100mg de atenolol, 12,5 a 25mg de carvedilol), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (10 a 20mg de enalapril o lisinopril, 2,5 a 5mg de ramipril) antagonistas de los canales de calcio (5 a 10mg de amlodipina o felodipina; 10 a 20mg de la forma retard de nifedipina de acción prolongada ó 30 a 60mg de la forma OROS).

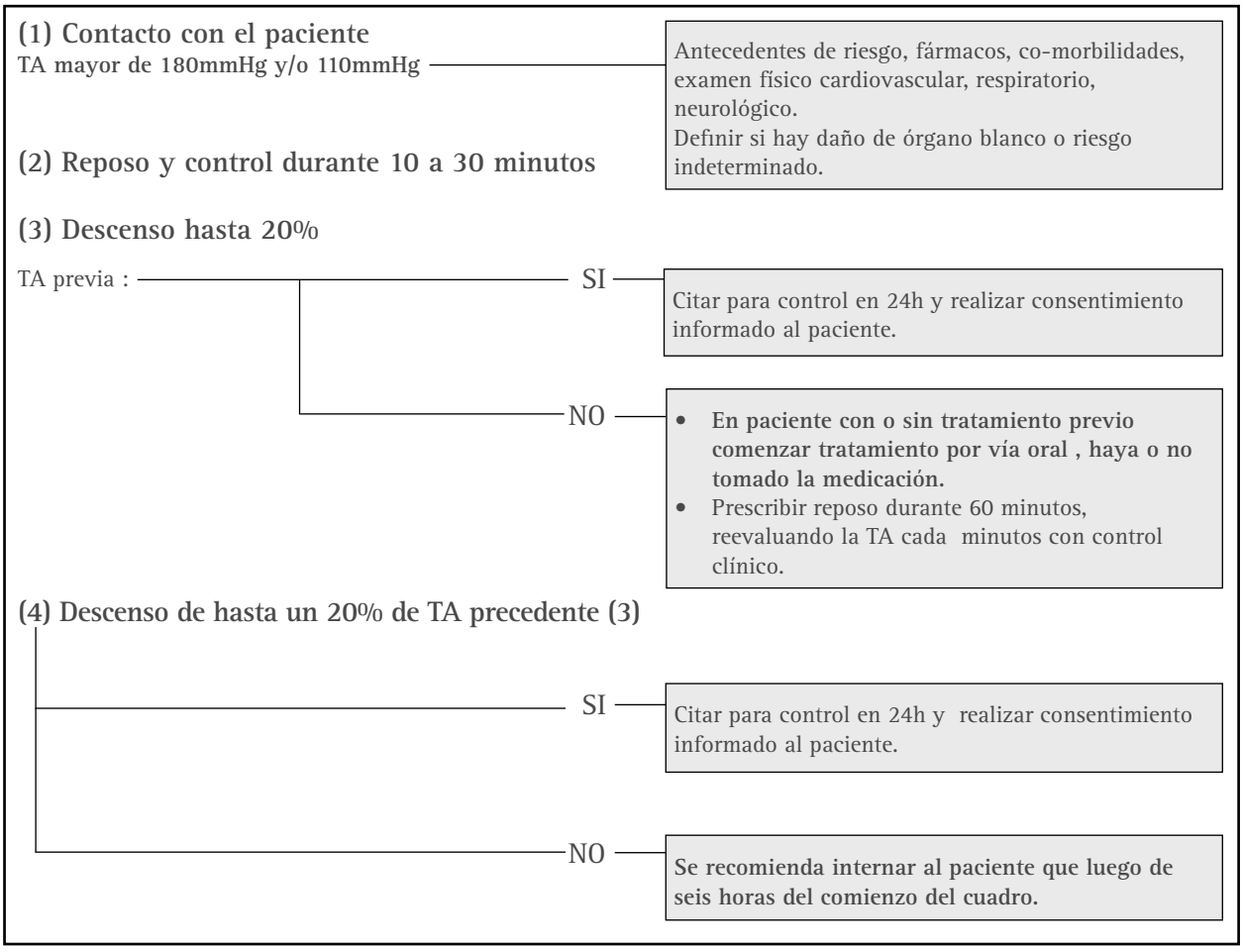



**Figura 1:** algoritmo de manejo de la hipertensión severa aislada o sin daño de órgano blanco.

## Consideraciones Etico-Legales

Durante las urgencias hipertensivas, las decisiones terapéuticas tendientes a aliviar la preocupación del paciente y/o del médico pueden generar implicancias médico legales. Si bien sabemos que es harto difícil de implementar en las condiciones de atención de los servicios de emergencia, algunos expertos recomiendan que los pacientes con urgencias hipertensivas firmen previamente al alta un consentimiento informado en el que se comprometen a realizar un control médico en 24 horas.

## Referencias bibliográficas

Consejo Argentino de Hipertensión Arterial Abril 2003. Normas para el diagnostico y tratamiento de la hipertension arterial en servicios de emergencias. Revista Argentina de Cardiología 2001; volumen 69 (4): 362-376.

Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, Kowey P. Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given in hypertensive emergencies and pseudoemergencies?. JAMA 1996 Oct 23-30; 276 (16): 1328-1331.

Kotliar C. Dos Ramos Farías, Agranatti D. Tratamiento de la HTA severa en servicios de emergencia: es necesario un cambio de rumbo? XVI Congreso Argentino de Cardiología.1999

Rehman F, Mansoor G, White W. "Inappropriate" physician habits in prescribing oral nifedipine capsules in hospitalized patients. Am J Hypertens 1996 Oct; 9 (10 Pt 1): 1035-1039.

Varon J. Diagnosis and manegement of Hypertensive crises. Chest 2000; 118:214-27.

Villamil A, Rodríguez P. Emergencias y Urgencias Hipertensivas. En: Terapia Intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Primera Edición. ED. Panamericana. Buenos Aires. Argentina 1993.

World Health Organization - International Society of Hypertension, Guidelines Subcommittee, 1999. Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999; 17: 151-183.

4 La utilización de nifedipina de acción corta en forma crónica se asocia a un aumento de la mortalidad en pacientes coronarios, probablemente en forma secundaria a la producción de un fenómeno de robo o a la estimulación simpática resultante del descenso brusco de la tensión. La Food and Drug Administration (FDA) recomendó evitar el uso de nifedipina de acción rápida en pacientes con isquemia miocárdica y en aquellos con crisis hipertensivas, lo que no invalida la utilización de nifedipina en sus formas de acción prolongada (ej. retard/oros) que han demostrado ser un instrumento útil y seguro en el tratamiento de la HTA.

*Matoy is toy la piyenhen akueyay*
*Nanuineshu lhaka hunhat*
*"Gracias por extender tu mano,*
*compartimos la misma tierra" (Lengua Wichis).*

# La república de los inocentes

## The republic of the Innocents

*Angeloni J, Arribas G, Tamietto F.*[*]


### Resumen

Introducción: desde 1994, un grupo de amigos médicos nos lanzamos a la aventura y descubrimos "La República de los Inocentes", un pedacito de Monte Chaqueño que albergaba esperanzas y necesidades. El hambre, la sed y las enfermedades asolan a miles de niños Tobas. La mitad tiene Mal de Chagas y enfermedades respiratorias, y tres de cada cuatro adultos, tuberculosis. Las parasitosis, diarreas y desnutrición son causantes de muerte.

Las escuelitas son un refugio. Los niños reciben allí la única porción diaria de comida. En el año 2000 se construyó una en el Paraje de la Reserva, que permitió alimentar a 35 chicos que carecían de escuela, comedor y puesto sanitario.

Objetivos: construir dos escuelas que funcionaran también como comedores, con un abastecimiento básico sostenido en el tiempo.

Relato de la experiencia: los aborígenes realizaron la construcción, concretándola cuatro meses antes de lo previsto. Se inauguraron las escuelitas de Campo Cacique y Chaughue (Cactucito) separadas entre sí por 160 kilómetros de distancia. No solo contaron con su edificio, sino que se equiparon los mismos con bancos, pizarrones y una habitación para el docente.

Resultados: se dictarán clases a 45 niños pero asistirán a comer alrededor de 200 personas. Algunas instituciones se propusieron como padrinos y se encargarán de los materiales didácticos y los alimentos.

Conclusión: estas acciones comunitarias no alcanzan para mejorar las inagotables necesidades de estas poblaciones, pero ayudan a paliar abordan el urgente problema de la infancia.

### Summary

Introduction: Since 1994, a group of friends, all physicians, ventured ourselves to discover "the Republic of the Innocents", a small area of the Chaco Mount that harbored hopes and needs. Hunger, thirst and diseases devastate thousands of Toba children. Half of them suffer from Chagas' disease and respiratory infections, and three every four adults have tuberculosis. Parasitoses, diarrheas and malnutrition are causes of death. The little schools are shelters. There, the children receive their sole daily portion of food. During 2000, a new school was built in Paraje de la Reserva, which allowed to feed 35 children that were in need of school, dining room and health station.

Objectives: to build two schools that should also function as dining rooms, with a basic sustained supply along time.

Report of the experience: The aborigines constructed the buildings, finishing them four months before the expected date. The schools of Campo Cacique and Chaughue (Cactucito), with a distance of 160 km between them, were opened. Not only the buildings were constructed, but they were equipped with school desks, blackboards, and a room for the teacher, as well.

Results: Lessons for 45 children will be dictated, but about 200 people will attend for lunch. Some institutions have proposed themselves as "godparents" and will assume the cost of didactic materials and foods.

Conclusion: These community actions are not enough for improving the unlimited needs of these populations, but they contribute to palliate the urgent situation of these children.


[*] Médicos Generalistas. Fundación S.O.S. Aborigen. info@sosaborigen.org.ar www.sosaborigen.org.ar

**Palabras clave:** "South America", "Social Work", "Community Medicine", "Indians, South American", "aborigines", "basic supplies", "community actions".

## Introducción

Todo comenzó en 1994, junto a un grupo de amigos que deseábamos ir a África para realizar tareas comunitarias. Este interés nos llevó a informarnos sobre este tipo de misiones y descubrimos para nuestra sorpresa, que no era necesario desplazarnos hacia el otro extremo del planeta para ayudar a alguien.

Así conformamos un grupo de siete personas, con una red social sólida de

aproximadamente 50 personas más, que se encarga de acondicionar la vestimenta

donada y distribuirla para que cada comunidad que se visite reciba lo necesario.

Fue así como nos organizamos y deslumbrados, conocimos "La República de los Inocentes", un pedacito de nuestra Patria ubicada en el Impenetrable Monte Chaqueño, donde sobreviven (lamentablemente esa es la mejor palabra) 8.000 aborígenes. El 70% son niños provenientes de las etnias Tobas y Wichis.

Y cuando hablamos de supervivencia, sólo lo entendimos cuando fuimos hasta Pampa del Indio, porque todo lo imaginable es escaso para ver como hermanos nuestros, sólo conservan su dignidad. El hambre, la sed, las enfermedades que asolan a miles de niños son un cotidiano en la vida de los Tobas. El proyecto inmediato para ello es no morir, proyecto muy diferente a cualquier niño de esta parte del mundo. Están tan alejados de todo, que recuerdan ser parte integrante de un mismo país sólo porque el suelo argentino está bajo de sus piecitos.

En esta región, tan lejos y tan cerca nuestro, con tantas carencias y a la vez tanta reserva humana guardada en cada aborigen conocido, la luz eléctrica aun no ha llegado, al igual que el agua potable. No hablamos de agua corriente, sino "potable".

Los caminos son los trazados desde el alma porque, en verdad, resulta bastante complicado asistir a algunas comunidades, existiendo solo picadas a través del Monte y, en oportunidades las horas pasan, mientras se avanzan apenas unos pocos kilómetros.

La mitad de los niños aborígenes tiene Mal de Chagas y enfermedades respiratorias, y tres de cada cuatro adultos tiene tuberculosis. Las endo y ectoparasitosis, diarreas, desnutrición y enfermedades banales pueden, a pesar de ser prevenibles, ocasionarles la muerte.

De cada diez niños, tres mueren antes de cumplir los diez años. Digamos que a tres les robamos la oportunidad de ser. Lo más terrible es que todo esto sucede en nuestra Patria.

Las escuelitas del Monte no sólo tienen por objetivo la educación sino que son un refugio para las niños. Allí reciben la única porción diaria de alimento. La misma se ofrece a las cinco de la tarde, para que puedan llegar sin tanto hambre hasta el otro día. Algunos, los que corren con más suerte, tomarán a la noche una taza de mate cocido. A los demás sólo les queda soñar que algún día podrán dejar de tener "ruiditos en la panza".

En el monte no hay vacas, ya que al carecer de agua, los animales no pueden vivir. Esto significa que en muchas oportunidades, la única leche llega a esta comunidad es la que llevamos quienes relatamos esta experiencia. Un grupo de 65 niños ha llegado a comer 2,5kg de arroz por día, como única comida.

Como entenderá el lector, la vida en el monte no es fácil, hemos visto sus amaneceres en todas las épocas del año. Allí, los comedores, que son un tablón y dos caballetes debajo de algún quebracho, son una esperanza en la época de clases. Pero también los hemos visto y atendido cuando éstos se encuentran cerrados, cuando el ciclo lectivo concluye, y con ello, la porción diaria de comida. Entonces uno se sienta, mira, observa... la impotencia es el actor fundamental y la ira se desata cuando uno comienza a ver, que chicos y mamás embarazadas pasan dos o tres días sin comer porque, sencillamente, no hay nada.

Si leer estas palabras resulta conmovedor, no podemos explicar lo que es presenciarlo. No hay palabras para manifestar lo que cada uno de nosotros siente en el alma.

Los aborígenes han sido asolados por epidemias que en nuestro medio producirían espanto a los más entrenados estadistas. Pero como el mundo aborigen no genera "marketing" ni "rating", dichas epidemias arrasan con vidas, sin mayor interés para los demás. En el norte argentino la gente realmente se muere de hambre.

Nosotros intentamos aportar con trabajo y compromiso un pequeño horizonte nuevo a esta realidad medio gris. Desde el primer viaje se brindo atención médica primaria a niños, adultos y embarazadas, realizando control clínico. Muchas de esas futuras mamás tuvieron sólo ese control hasta que nació su bebé. También se les

otorgaron medicamentos para tratamientos completos, y algunos otros medicamentos fueron a los puestos sanitarios y al Hospital de Pampa del Indio.

En 1997, este lejano pedacito de Argentina, carecía de agentes sanitarios que hablasen la lengua aborigen. A partir de ese momento, fueron entrenadas ocho personas de la comunidad en las prácticas médicas elementales. Luego fueron ubicados en lugares "clave" del monte como agentes sanitarios con el objetivo de que entregaran medicamentos para la asistencia de los enfermos hasta tanto volviéramos a visitar el monte. Sin embargo, podemos decir que a esta altura, ya no lo "visitamos". Sentimos que "él", es parte significativa de nuestras vidas.

Además de medicación, también entregamos alimentos no perecederos, ropa, calzado, colchones, juguetes, chapas, etc. Las carencias eran tantas y los recursos tan pocos, que nada parecía poder hacerse. Pero el trabajar unidos demuestra que no es así.

Fue así como, de a poco, surgió el proyecto "La República de los Inocentes". El mismo se basó en la experiencia del año 2000, cuando se construyó un edificio para la escuela en el Paraje de la Reserva, comunidad que carecía de institución educativa, de comedor y puesto sanitario. Hoy se enseña allí diariamente a 35 chicos, se les brinda alimentación y se los ayuda a que tengan un espacio que aún les permita creer.

## Objetivos

Construir junto a la comunidad dos establecimientos educativos que funcionaran también como comedores y que éstos contaran con un abastecimiento básico sostenido en el tiempo.

## Relato de experiencia

Convencidos de que el avance de esta civilización debe estar basado en la educación, iniciamos este proyecto en el mes de febrero de 2000, previendo poder levantar dos escuelas en el monte para diciembre de 2001 en sitios donde la "nada"ocupó todo el espacio.

Dimos infinidad de charlas, buscamos materiales para la construcción y, de a poco, fue tomando cuerpo un sueño que sólo tenía en su poder "las ganas".

Quienes realizaron la construcción fueron los aborígenes y así, cuatro meses antes de lo que habíamos previsto y con orgullo, pudimos ver nuestra obra -nuestra, porque así la sentimos.

Los resultaron fueron exitosos. El 10 de agosto se inauguraron las escuelitas de Campo Cacique y el Chaughue (Cactucito) separadas entre sí por 160 kilómetros de tierra. No sólo contaron con el edificio, sino que se equiparon con bancos, pizarrones y una habitación para el docente. Estos saloncitos, que surgieron a partir del sacrificio de todos y que carecen de algunas cosas pero cuentan con el calor humano, son un verdadero refugio para sus habitantes; son el lugar común, el lugar de todos. Estos saloncitos son de ellos.

Pese al esfuerzo, actualmente nos falta algo muy importante: proveerlos de agua. A veces la realidad supera la ficción y mucho más, cuando vemos cómo toman agua de los charcos, compitiendo con los

Alejandro Montagne, actual presidente de la Fundación S.O.S. Aborigen, nos comentó que los Doctores Tamietto y Angeloni aun continúan trabajando en el monte representando a dicha institución. Resaltó la importancia de la educación para los resultados en salud. Por eso, además de realizar giras bimestrales a los puestos sanitarios, han trabajado en la construcción de escuelas rurales en Campo Cacique, La Reserva, El Techaq, La Chougué, Pozo del Algarrobo y El Palomo. En todas ellas se encargan de mantener el comedor los siete días de la semana, aun en los períodos de vacaciones y las proveyeron de aljibes de 15000 litros de agua.

En materia de salud, prepararon en Rosario ocho agentes sanitarios aborígenes y levantaron los puestos sanitarios de El Zanjón y Monte Caseros, que son mantenidos durante todo el año.

Nos aclaró que la fundación se financia con recursos propios y sin aportes gubernamentales. Si bien, además de los humanitarios existen intereses religiosos, básicamente lo hacen porque les gusta.

animales del monte para poder tenerla. Cuando la sequía arrasa, conseguir agua es un imposible. Que en pleno año 2001 un niñito, una mamá, un abuelo no tengan medio vaso para tomar, es demostrar que la miseria humana, hablando de esta parte del mundo, se encuentra presente.

Las escuelitas deberían tener una cisterna de agua, con capacidad significativa (25.000 litros) para poder satisfacer de manera permanente la necesidad de esta población. En la actualidad estamos abocados a terminar con la segunda parte del proyecto, que abarca la construcción de las cisternas, previstas para el año entrante. Las esperanzas no se detienen, porque estos hermanos nos necesitan y al mirarlos a los ojos, sabemos que los desafíos serán respuestas acertadas. Siempre pensamos que el problema de la infancia es de hoy. Mañana será tarde porque ya no serán chicos, serán adultos sin horizontes y aquí en el monte, probablemente mañana no estén.

## Resultados

Aquí enseñaremos primero, segundo y tercer grado. Se dictarán clases a 45 niños, pero asistirán a comer alrededor de 200 personas, contando con la promesa de instituciones que se propusieron como padrinos y que se encargarán de los materiales didácticos y los alimentos para nuestros chicos aborígenes.

## Conclusión

Desde 1994 hasta Diciembre de 2000 fallecieron en el Monte 1497 chicos de enfermedades simples que podrían haber sido evitadas. La pregunta es ¿por qué?. ¿por qué ocurre esto?, ¿porqué la realidad castiga tanto a esta población que lo único que anhela es vivir?.

Quizás tengan hambre, quizás puedan apenas escribir sus nombres, quizás se arrastren para tomar agua, quizás tengan tantas carencias que ya no recuerden lo que es vivir sin ellas, pero lo que no les falta, lo que tienen sobre todo, es Dignidad. La dignidad de un Pueblo, que aún muriendo no bajó los brazos, que siempre estuvo pidiendo "por favor" y agradeciendo cada movimiento que uno hace para su bienestar. Esto no es un problema provincial, ni siquiera de un gobierno. Es la realidad de Argentina y de Latinoamérica, es la verdad que a veces es preferible no ver, es el legado que le dejamos a nuestros hijos.

Esperamos poder continuar por siempre y llevar hasta el Chaco una palabra, un apretón de manos, un abrazo, que tanto expresa y tan poco cuesta. Esperamos que sigan sumándose esperanzas y nuevos sueños y que en algún momento podamos tener el mayor deseo cumplido. Será que nuestros aborígenes puedan vivir tan dignamente, como cualquiera de nosotros, sencillamente, como vos y yo.

Las acciones comunitarias como la relatada no alcanzan para mejorar los inagotables necesidades de estas comunidades. Sin embargo...

*...todo se encuentra en marcha, despacio pero avanzando. Quizás no solucionemos todos los problemas, pero seguramente veremos pequeños milagros: sonrisas reales en la cara de nuestros hermanos Tobas.*

# Implementación del seguro de salud en la provincia de Santa Fe

## Un proceso de reforma incremental originado en el subsector de la salud pública provincial

Rios P[1], Huber R[2].


### Resumen

Se describen las opciones de desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud, sus antecedentes en Argentina y las implicadas en la experiencia piloto de organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud pública en la provincia de Santa Fe.

Esta se basó en la universalidad en la cobertura, el acceso con equidad, la jerarquización del primer nivel de atención y de las acciones preventivas, y la regionalización. Se incorporó el reconocimiento nominal de la población asistida, las herramientas de gestión clínica, la programación local participativa, el pago de incentivos ligado a metas consensuadas, los selección por concurso del recurso humano privilegiando los perfiles de atención primaria, la orientación de los Hospitales hacia la "Dirección por Objetivos", la diferenciación de los roles de financiador y prestador dentro del Estado, la participación complementaria del sector privado y las evaluaciones de calidad.

Destacan los resultados obtenidos a través de esta experiencia: la identificación y el empadronamiento de los beneficiarios; la mejoría de los indicadores de cobertura de atención de la mujer y del niño; el incremento de las consultas ambulatorias de tipo longitudinal y contínuo por equipos de atención primaria con disminución de la atención episódica en guardias hospitalarias; la mejoría en la accesibilidad a medicamentos y la mínima inversión requerida por habitante para implementar estas mejoras ($5,37 por persona por año) ya que las mismas también se tradujeron en un incremento de la eficiencia global del sistema.


**Palabras clave:** "Insurance, Health", "Health Policy" , "Latin America", economics, "Primary Health Care"

## Reformas en el Sector Público de Salud en las Provincias y Desarrollo de Seguros Públicos

En términos generales, es posible identificar al desarrollo de Seguros Públicos de Salud en las Provincias Argentinas con dos modalidades diferentes. Por un lado, el Seguro aparece en algunas provincias integrando las funciones de compra de las principales instituciones aseguradoras que funcionan en esas jurisdicciones (Ministerio de Salud Pública, Obra Social Provincial, etc). En otros casos, el Seguro de Salud Provincial representa una reforma al interior del Sistema Público de Salud explicitando la identificación y cobertura de su población objetivo, y transformando su modelo prestacional. Es en este segundo modelo en el que se encuadra la experiencia santafesina en su experiencia piloto.

A través de este nuevo modelo de organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud pública santafesinos, se hacen más explícitos y visibles algunos viejos principios o compromisos -siempre declamados pero pocas veces garantizados por la Salud Pública Provincial- como por ejemplo, la universalidad en la cobertura, el acceso con equidad, la jerarquización del primer nivel de atención y de las acciones preventivas, así como la regionalización. Por otro lado agrega una nueva visión incorporando instrumentos de gestión modernos como innovaciones organizacionales: reconocimiento nominal de la población que se asiste en la red pública, adscripción de población a los equipos de atención primaria, aplicación de herramientas de gestión clínica y de programación local participativa que promueven la participación ciudadana y la adecuación local de las acciones sanitarias, pago de incentivos económicos para el personal ligado a metas y resultados sanitarios consensuados, procedimientos de selección y

[1] Master en Economía y Políticas Públicas, Universidad Torcuato Di Tella. Coordinador de la implementación del SSP durante la experiencia piloto. Staff Profesional en FAMEDIC, Consultores.

[2] Sub Secretario de Salud de Santa Fe durante el período 2000-2002. Staff Profesional en FAMEDIC, Consultores. Docente y Tutor en la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud en el Instituto Juan Lazarte. Ex Becario del Programa de Fortalecimiento Académico (FEP) del Gobierno canadiense.

concursos del recurso humano privilegiando los perfiles de atención primaria, implementación de compromisos de gestión que permiten orientar a los Hospitales hacia un funcionamiento del tipo de "Dirección por Objetivos" y a diferenciar de los roles de financiador y prestador dentro del propio Estado, participación complementaria del sector prestador privado cuando resulta necesario, evaluaciones de calidad, etc.

El Decreto 1535/01[3] reconoce en sus considerandos la gravedad del problema de la exclusión en salud, lo hace explícito, y procura una respuesta a este problema. En la citada norma legal, se afirma que "... es decisión gubernamental establecer una política de salud que promueva y facilite la accesibilidad a los servicios de salud Pública de Atención Primaria gratuita a las personas y grupos familiares que no cuentan con ningún tipo de cobertura de obra social, seguro o sistema de prepago...".

La provincia, ha tomado al Seguro de Salud Provincial (SSP), como una política pública de salud, considerando que ésta implica la definición de la salud como un problema público en el cuál el Estado asume un rol activo y explícito. El SSP es encarado como un mecanismo de aseguramiento público de los riesgos que, en materia de atención de la salud, tienen que enfrentar aquellos habitantes provinciales que no cuenten con cobertura para los mismos.

La hipótesis de trabajo que compartimos los funcionarios políticos y los equipos técnicos encargados del diseño e implementación de la experiencia piloto del SSP en los Departamentos Garay y San Javier durante el bienio 2001–2002 fue la siguiente: "un proceso de reforma incremental (el SSP) que considere la importancia de un nuevo modelo de organización y de gestión en el Primer Nivel de Atención orientado a garantizar la cobertura de servicios de salud esenciales a toda la población no cubierta[4], a jerarquizar y profesionalizar la tarea del personal de salud que constituye la primera línea de atención[5], y a promover la participación social[6], puede lograr como resultados: mayor adhesión y responsabilidad por parte del personal de salud, mayor eficacia en el alcance de metas sanitarias, mayor aceptabilidad de la población beneficiaria del SSP hacia el sistema de salud público y mayor empoderamiento de la población respecto del cuidado de la salud individual y colectiva".

## Algunos resultados alentadores durante la experiencia piloto:

A un año de la puesta en marcha de la experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier, algunos resultados pueden ser valorados como alentadores.

En principio, absolutamente todos los habitantes de esa región que carecen de cobertura formal por algún otro subsector de la salud (obra social o prepaga) han sido identificados como beneficiarios del SSP y fueron adscritos a un Equipo de Atención Primaria (EAP) por el que optaron. Se ejecutaron actividades de formación continua para que los EAP reafirmen conocimientos, habilidades y destrezas de una práctica clínica ambulatoria de elevada capacidad resolutiva y para que los EAP planifiquen localmente sus actividades.

En cuanto a resultados iniciales –y sólo a modo de ejemplo- se observa un uso más racional de medicamentos en relación a las consultas y a los diagnósticos, y se incrementó el número de actividades sanitarias colectivas y participativas que involucran a la propia población y a reparticiones de las jurisdicciones comunales y municipales de las localidades de la región que tienen responsabilidad en las áreas sociales y de saneamiento ambiental

### En salud de la Mujer:

- Se incrementó en más del doble el número de tomas de muestras para Papanicolau.
- Se incrementó desde un 46% a un 81% el número de embarazadas controladas antes de las 20 semanas.
- 40% del total de parturientas tuvo más de cinco controles prenatales.
- Todas las mujeres en el SSP han tenido acceso a métodos anticonceptivos.

### En Salud de los niños:

- Al 98% de los nacidos en Hospitales Públicos de la región se les realizó las pruebas de rastreo neonatal que como lo señala la ley.
- El 84% de los niños menores de cinco años está bajo programa de crecimiento y desarrollo.
- Todos los niños con diagnóstico de desnutrición están bajo tratamiento (9,2% del total de niños, 80% de los cuales padecen desnutrición de primer grado)

### En cuanto al acceso:

- Se registró un incremento de 120% de las consultas en Centros de Salud y Consultorios, con una disminución del número de consultas en las guardias hospitalaria, lo que hace suponer que además de registrarse un mejor acceso al primer nivel de atención, se está orientando la demanda hacia la atención contínua y hacia el seguimiento

longitudinal de los pacientes por sus médicos de familia.

- Se registró un incremento del 86% en el número de visitas domiciliarias realizadas por los agentes sanitarios a las familias bajo su responsabilidad.
- Los beneficiarios pueden retirar los medicamentos prescriptos en las farmacias privadas de su localidad con un acceso permenente y contínuo durante las 24h del día, todos los días de la semana.

### Algunos beneficios adicionales para el Sistema de Salud Provincial

- Ahora se cuenta con un padrón activo y actualizado, nominal, de la población bajo cobertura.
- Se implementó y/o mejoró el sistema de información, integrando información clínica, administrativa y económico financiera de la región, permitiendo mejorar la identificación del producto sanitario, utilizando esto como nuevas herramientas para la toma de decisiones y para la negociación presupuestaria entre el Ministerio (financiador) y los EAP y Hospitales (prestadores).
- Se recuperó la regularidad de actividades de formación contínua en servicio que impactan sobre la calidad de los servicios sanitarios brindados a la población.
- Se experimentó en la relación del mix público privado con la incorporación de la red de farmacias privadas, mejorando el acceso y profesionalizando la dispensa de medicamentos con elevada costo-efectividad.
- Se introdujeron modificaciones en la forma de pago a los profesionales y en la negociación de presupuestos con los Hospitales que resultan en incentivos para mejorar la calidad de los servicios.

## Evaluación de costos

El presupuesto específico para la Experiencia Piloto en la Zona de Salud III en el año 2002 fue de $ 150 000 en el año. Casi el total de esta cifra fue destinada a la capacitación de los EAP y al pago de incentivos monetarios establecidos en los Compromisos de Gestión firmados con los EAP y con los Hospitales SAMCo de la región.

Esto significa que para una población de 28 000 beneficiarios del SSS sólo requirieron ser invertidos $ 5,37 adicionales per cápita por año, ya que el resto de la tarea fue la de mejorar la eficiencia asignativa de los recursos presupuestarios correspondientes a los efectores de la Zona de Salud III. Si se pudiera extender el Seguro a toda la población que carece de cobertura explícita en toda la Provincia de Santa Fe (alrededor de 1 500 000 personas) se necesitaría $ 8 055 000 adicionales al año. El Presupuesto del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe fue de $ 220 000 000 para el año 2002. Por lo tanto, para cubrir al total de la población con este Programa de reforma incremental y de reorganización de la gestión desde el primer nivel de atención se necesita un incremento presupuestario mínimo del 3,63%

## Dificultades y desafíos

Entre tanto, desde el inicio mismo de la implementación del programa de reformas caracterizado por la puesta en marcha del SSP, comenzaron a aparecer problemas de distinta índole que dificultaron su operacionalización, destacándose: la crisis de financiamiento que sufrió la gestión ministerial durante todo el año 2002, luego de la brutal devaluación de la moneda argentina que ocurriera en los primeros meses del año y que impactara de manera impresionante sobre los presupuestos públicos de salud; las dificultades para definir y acordar de manera clara las funciones y responsabilidades de los tres niveles de gestión pública en salud (nacional, provincial y municipal); las formas de articulación público/privado en el nuevo modelo de organización de servicios; la resistencia al cambio expresada en la actitud de algunos profesionales que no quieren abandonar una práctica clínica tradicional, curativa, individual, basada en la enfermedad y la atención de la demanda espontánea; la resistencia de algunos sectores de la burocracia profesional que conforma la tecnoestructura del Ministerio que se siente amenazada por los cambios en el modelo de organización y gestión propuestos. Estos problemas, y los que naturalmente surgen de la expansión de la propuesta del SSP a otras localidades y regiones de la Provincia conforman el listado de los nuevos desafíos a resolver.

En el camino de la construcción de un Sistema de Salud más digno para la gente, justo, solidario y equitativo en el alcance de sus acciones, progresista y democrático en su gestión, y eficiente en su administración, la implementación de los Seguros Públicos Provinciales (Santa Fe, Buenos Aires, Río Negro, etc) y/o Nacionales (Seguro Materno Infantil recientemente inaugurado en la Provincia de Jujuy) merecen ser materia de serio y profundo análisis en el campo sanitario, y deben ser temas a tener en cuenta en las agendas técnico-políticas de salud, abonando el debate sobre las necesarias reformas en los modelos de financiamiento, organización y gestión de los servicios de salud que nuestro sistema requiere y que la sociedad reclama como parte de una nueva época.

## Bibliografía recomendada


ABADIE, J.P. Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud. Cuadernos Medico Sociales, 2001; 80: 119-123.

BOBADILLA, J.L. y otros. Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales. Boletín de la OPS. Vol. 118, Nro. 2, 1995. 127-140.

CONTANDRIOPOULOS, A. Entendiendo las transformaciones de los Sistemas de Salud. Una perspectiva canadiense. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal. Año 2000.

CUNILLERA GRAÑO, R. La incentivación económica de los profesionales de Atención Primaria. Cuadernos de Gestión para Profesionales de Atención Primaria, 1998; 3: 157-165.

DAL POZ, M.R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. Gaceta Sanitaria, 2002; 1: 82-88. Editorial Doyma.

GILLES DUSSAULT. La gestión de los servicios públicos de salud: características y exigencias.

LAMARCHE, P y otros. Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation. November 2003.

MARRIOTT, J y MABLE, A. Opportunities and Potential. A review of international literature on Primary Health Care Reform and Models. Publications Health Canada. August, 2000.

MOTTA, PAULO R. Gestao contemporánea: A ciencia é arte de ser dirigente. Record. 1993. Capítulo 4: Gerenciando o futuro: a Conquista da Visao Estratégica.

ROVERE, MARIO. Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Secretaría de Salud Pública de Rosario. 2da Edición. Año 2000.

ROVERE, MARIO. Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional, 30-45. En el libro Prevención en Salud Mental, 2002. Lugar Editorial.

SÁNCHEZ DE LEON, A. y BASCOLO, E. El Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Revista Gestión en Salud, 2002; 3: 86-97.

SÁNCHEZ DE LEON, A. y BASCOLO, E. Reformas en el Sector Público de Salud: ¿Es necesario introducir condiciones de competencia para el desarrollo de un modelo de mercado interno?. Revista Gestión en Salud, 2001; 1: 90-97.

SÁNCHEZ DE LEON, A., MEDINA, A. Las reformas del sector salud en las provincias. Revista Gestión en Salud, 2001; 2: 81-95.

TAMBORERO CAO, G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión para Profesionales de Atención Primaria, 1997; 1: 16-26.

UGALDE, A. Las políticas del BM: una revisión crítica. Cuadernos M - Sociales 1998, 73: 45-60.

VAN DE VEN, W. Reformas de la atención médica orientadas al mercado: Tendencias y opciones futuras. Cuadernos Medico Sociales, 1998; 74: 61-78.

WAGNER DE SOUSA CAMPOS, GASTON. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. Editora Hucitec. Sao Pablo, 1992; 4: 133-211.

WAGNER DE SOUSA CAMPOS, G. La gestión como componente estratégico para la implantación de un sistema público de salud. Cuaderno Médico Sociales 1991; 54: 33-42.

WAGNER DE SOUSA CAMPOS, G. Subjetividade e administracao de pessoal: consideracoes sobre modos de gerenciar o trábalo em equipes de saúde. En Agir em Saúde, um desafío para o público. Editora Hucitec. 1997. Pág. 229-266.


[3] El SSP incorporado como norma sanitaria mediante Decreto del Poder Ejecutivo Provincial Nro. 1535/01 de Junio del 2001, ratificado luego por la Ley Provincial Nro. 12030 de agosto del 2002, requirió varias normas reglamentarias básicas adicionales (resoluciones y disposiciones ministeriales) que constituyen en su conjunto, el digesto normativo del proceso de reforma implementado.

[4] Identificación nominal de la población no cubierta y adscripción a los Equipos de Atención Primaria. Explicitación de un conjunto de servicios esenciales de salud garantizados. Desarrollo de vínculos de atención personalizados, continuos e integrales.

[5] Gestión colegiada, autonomía de las unidades de trabajo (EAP), comunicación directa y horizontal entre los EAP, evaluación de calidad y resultados, incentivos positivos, capacitación continua, etc.

[6] Capacitación y aplicación de Programación Local Participativa (PLP) y/o Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

# Promoción de la lactancia materna en la provincia de Salta

Jiménez, M[1], Moi de Segal A; Machuca de Stele M, Mosqueira R.

## Resumen

En este artículo, los autores describen las actividades de capacitación, educación, difusión y legislación implementadas en la provincia de Salta desde fines de los años noventa con el objetivo de promover la lactancia materna, así como los alentadores resultados obtenidos.

**Palabras clave:** "Breast Feeding", "Health Promotion", "self-help groups".

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un millón y medio de lactantes mueren cada año por no haber sido amamantados.

El Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta responde a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) a través de diversos programas. Entre ellos, el Programa Materno Infantil desarrolló acciones tendientes a la promoción de la lactancia materna (LM) en las distintas Áreas Operativas dependientes de este Ministerio.

Una de estas estrategias fue la creación en 1997 de la Comisión Provincial de Lactancia Materna, con el objetivo de coordinar las actividades referidas a su promoción y mantenimiento, realizadas por organizaciones no gubernamentales (ONG), sociedades científicas, así como equipos de salud privados y públicos. De esta manera, se logró incrementar la prevalencia y duración de la LM, en especial la exclusiva hasta los seis meses, adoptándose como meta la propuesta por organismos internacionales y nacionales: "que el 60% de los niños de seis meses sean exclusivamente amamantados".

## Actividades desarrolladas

### Actividades de capacitación

Talleres de entrenamiento para 2 020 agentes de salud: miembros del equipo de salud, estudiantes de medicina y enfermería, rotantes, pasantes, residentes, farmacéuticos y monitores de guarderías infantiles; integración de contenidos de LM a proyectos de capacitación para madres adolescentes; invitación a desarrollar talleres de capacitación en el marco del Encuentro Provincial de Atención Primaria de la Salud (2002) y del Congreso de Medicina Familiar y General (Salta 2003), y participación en Congresos Nacionales de Pediatría Social y en el Simposio de Lactancia Materna; participación en diferentes cursos de capacitación en LM en Buenos Aires, Salta, Corrientes y Santiago de Chile; entre 1993 y 2002.

### Actividades de difusión

Participación en programas de radio, televisión, diarios locales, afiches, folletería, rotafolio, material didáctico para pre-escolares y cartillas.

### Actividades de investigación

Trabajos sobre: 1) oportunidades perdidas en LM; 2) influencia de la capacitación en LM a puérperas internadas en el Hospital Privado Materno Infantil; 3) encuestas anuales provinciales de prevalencia de LM.

### Iniciativa "Hospital amigo de la madre y el niño"

Se basa en la iniciativa "Hospitales Amigos de los Niños" (UNICEF y OMS) y promueve que hospitales, servicios de salud, padres y madres estén convencidos de que el amamantamiento proporciona el mejor comienzo posible para la vida del bebé. Trasciende el tema de la LM, extendiendo su accionar a la

[1] Comisión Provincial de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta; Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta (Argentina).

promoción del parto humanizado y al seguimiento de la puérpera y el recién nacido.

En Salta existen dos Hospitales Amigos: 1) Hospital Corbalán de Rosario de Lerma; 2) Hospital Fernández de Molinos. Trabajan además en la Iniciativa el Hospital de La Viña y el Hospital Villagrán de Chicoana; y lo harán el el futuro el Nuevo Hospital del Milagro (con énfasis en atención perinatal), el Hospital Materno Infantil y el Hospital Privado Materno Infantil (los tres de Salta Capital) y el Hospital Joaquín Castellanos (General Güemes). También forman parte de este proyecto 10 de los 62 Centros de Salud que existen en el área capital.

### Código de comercialización de sucedáneos de la leche materna

Representa un esfuerzo para proteger y promover la LM en todo el mundo. Restringe la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna cuando se pretende su sustitución parcial o total. La Asamblea Mundial de la Salud lo adoptó en 1981, lográndose la adhesión de Salta en 1999 y realizándose actividades de capacitación en relación a este tema.

### Formación de grupos de apoyo a la lactancia materna

Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando o lo han hecho, que se reúnen periódicamente con los siguientes objetivos: compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la LM, así como favorecer y exigir el cumplimiento de la legislación existente en cuanto a los derechos de la mujer y del niño y a la comercialización de los sucedáneos de la LM. A partir de 1999 se organizaron encuentros provinciales con el propósito de compartir experiencias y afianzar vínculos entre grupos de madres de distintas zonas geográficas de Salta, donde hay 14 grupos constituidos.

### Semana mundial de la lactancia materna

Se celebra desde 1998 la primera semana de agosto. Durante dicha semana se llevaron a cabo encuestas provinciales con el objetivo de monitorear el avance de la meta "lograr que el 60% de los niños de seis meses sean amamantados exclusivamente" y conocer la prevalencia y evolución de los índices de LM. Se entrevistó a madres, padres o acompañantes de niños menores de dos años que concurren a los servicios de salud o son controlados durante la visita domiciliaria. Se recabó información demográfica, tipo de alimentación y frecuencia de la introducción de alimentos semisólidos por edad.

## Resultados

La evolución de los indicadores de la lactancia materna en los niños de seis meses de edad en la Provincia de Salta entre 1998 y 2002 se describen en el cuadro 1.

**Cuadro 1: evolución de los indicadores de la lactancia materna en niños de seis meses de edad en la Provincia de Salta entre 1998 y 2002.**

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Variación 1998 a 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad de niños de menores de dos años | 2 755 | 4 774 | 5 651 | 5 948 | 4 192 | |
| Porcentaje controlado de los niños | 6% | 12% | 14% | 14,4% | 10% | |
| Áreas operativas de la provincia involucradas | 23 | 24 | 32 | 27 | 18 | |
| Agentes de salud que participaron | 174 | 302 | 372 | 393 | 290 | |
| Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida | 11,4% | 13,2% | 25,1% | 27,5% | 31,0% | Aumento de 172% |
| Porcentaje destetado al sexto mes de vida | 22,0% | 16,8% | 13,2% | 10,0% | 8,0% | Disminución de 64% |

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en 2002 representan una mejoría en relación a años anteriores, lo que muestra que el esfuerzo y la dedicación de los integrantes del equipo de salud de las áreas operativas de la provincia, sumados al trabajo de la comunidad, fueron altamente efectivos en la promoción de la LM.

Se confirma la importancia y la necesidad del compromiso del equipo de salud y de que esta comisión asuma el constante desafío que implica la tarea emprendida: lograr un aumento en sostenido de la práctica de la lactancia natural.

## Bibliografía recomendada


Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS- 1981

Código Alimentario Nacional, Argentina 1997

Comisión Provincial de Lactancia Materna- Ministerio de Salud Pública de Salta- Encuestas Provinciales de Prevalencia de Lactancia Materna. Años 1998, 1999, 2000, 2001 y 2002

Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño - Metas y líneas de acción, Ministerio de SALUD Y Acción Social de la Nación, UNICEF, 1991

La salud de las madres, los niños y las niñas: una propuesta para la vida, Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, Secretaría de Atención Sanitaria, 2000

Lawrence, Ruth. Lactancia Materna. 4ta. Edición. Mosby -Madrid 1996

Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Propuesta Normativa Perinatal Tomo III- Promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna. Buenos Aires 1996

UNICEF - Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna- Argentina- 2001

UNICEF - Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Argentina- 1994

Waisman M., Política institucional sobre lactancia materna, criterios básicos para una propuesta modelo. Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, UNICEF, 1996

# El síndrome del nido vacío

## *Mirá lo que son las cosas*
**(Argentino Luna)**

*Mirá lo que son las cosas, nos vamos quedando solos.*
*Cada rincón de la casa se va muriendo en silencio.*
*Los hijos se hicieron grandes entre penas y alegrías*
*y alrededor de la mesa nos quedan sillas vacías.*
*Mirá lo que son las cosas, después de los casamientos*
*nos dejan cuartos vacíos y fotos para el recuerdo.*
*Imágenes del pasado, una muñeca un balero,*
*la angustia del primer chirlo, la pena del primer reto.*
*Mirá lo que son las cosas, nos está sobrando casa,*
*nos está sobrando tiempo y aquí hay demasiada calma.*
*Los hijos se fueron yendo, cada uno con su ilusión*
*aunque partieron alegres, hay pena en mi corazón.*
*Mirá lo que son las cosas, cumplimos nuestro destino*
*el tiempo pasó y ahora estamos como al principio.*
*Yo se que fue duro a veces, no es fácil criar los hijos*
*pero entre aciertos y errores, mirá que final más lindo.*
*Mirá lo que son las cosas, ayer domingo vinieron.*
*Cuanto bullicio en la casa y cuanto ruido que hicieron.*
*La mesa estuvo de fiesta con los hijos y los nietos,*
*Mirá lo que son las cosas, que pronto que pasa el tiempo.*

*Argentino Luna*
*1997, EPSA MUSIC S.A.17002*

## *Juán Chifla*
**(Mario Bofill)**

*Se quedó recostado junto al horcón*
*más cansado y canoso con este adiós.*
*La volanta doblaba el polvaredal*
*con el último hijo que les quedó.*
*Todos fueron despacio de aquel lugar*
*como el llanto en la pieza junto al altar.*
*El busca los naranjos,*
*donde encuentra su respaldo*
*en un chamamé.*
*Tiene que andar sufriendo mucho Don Juancito,*
*tan sólo chifla cuando le duele el corazón.*
*Ni los azahares le dan la paz que necesita*
*Por eso siempre chifla un chamamecito medio cangué.*
*Ya se acercan las fiestas y ellos vendrán*
*a saciar la nostalgia del viejo hogar*
*ocupando lugares que antes tenían*
*en la mesa grandota bajo el parral.*
*La escoba de pichana que limpia el patio*
*les recuerda la infancia de andar descalzos.*
*Y los nietos que se imitian*
*el cananá bolita en el pastizal.*
*Tiene que andar sufriendo mucho Don Juancito,*
*tan solo chifla cuando le duele el corazón.*
*Y así las fiestas se van y los hijos se pierden*
*Juan seguro se muere si es que no chifla su chamamé.*
*Recitado: No vaya a llorar Rosita, ya una vez te dije que los hijos no son para uno. Ya van a volver otra vez para las fiestas y entonces vamos a estar juntos como ahora. Por eso dejame así...*

*Mario Bofill*
*Abraham Melo Producciones Fonográficas.*
*Reflejando lo nuestro, volumen 1. Material que integra el Diario "El territorio".*

[1] Herscovici P, Kopitowski K. Ciclo vital familiar y crisis. En. Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubisntein E, Carrete P. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Capítulo 24. Pp. 181-193.

*En nuestro canto popular, el síndrome del nido vacío ha sido magníficamente retratado por un bonaerense (Argentino Luna) y por un correntino (Mario Bofill) en estas dos hermosas canciones.*
*Desde el momento en que los hijos dejan de convivir definitivamente con los padres se constituye esta etapa del ciclo vital familiar. La familia vuelve a ser una pareja, pero en este caso retirada. Esta etapa del "nido vacío" se asocia en con un tono triste relacionado con el hecho de que los padres se quedan a solas y "desocupados". Sin embargo puede ser una etapa fructífera si los cónyuges capitalizan la historia pasada y se proyectan hacia un desarrollo personal y conyugal construyendo una nueva relación y llenando el nido vacío*[1].

*Sergio Terrasa*
*Secretario de Redacción de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General.*