FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 16 | NÚMERO 1 | MAY 2019

ISSN 1668-8341
CÓRDOBA - ARGENTINA

Editorial

"…un método inspirado en la rueda de samba, donde cada uno entra con su predisposición y habilidad sin alterar el ritmo colectivo…"
Sousa Campos, 2000

Cuando publicamos el último número de 2018, muchos compañeros nos felicitaron por "tomar la posta". La imagen inmediatamente nos lleva a una carrera, a un juego compartido. ¡Y cuanto de compartido tiene la Medicina Familiar!

La metáfora de la rueda de samba (que a algunos nos enseño por primera vez el querido Mario Acuña) para hablar de construcciones de colectivos, nos enseña que podemos ir en el mismo sentido, pero con talentos diferentes. ¿Y cuál es ese sentido compartido? Revisando los primeros documentos de la FAMFyG, encontramos la referencia a que los y las especialistas en medicina familiar y general tienen un profundo compromiso con la solución de las inequidades en salud.

Estamos convencidos que las publicaciones que se muestran en nuestra revista son fiel reflejo de ese posicionamiento, obteniendo una gran diversidad entre los temas que nos proponen los diferentes autores:

• En primer lugar, un grupo de trabajo nos muestran los resultados de un estudio que buscó analizar la percepción en torno al colectivo LGTBIQ, con el propósito de generar sensibilización en el sector salud en pos de una sociedad más inclusiva.

• Profesores de nuestra especialidad nos muestran el aporte de la Medicina Familiar en el desarrollo de competencias desarrolladas por estudiantes de medicina.

• Un equipo de residentes analizan la percepción de los pacientes extranjeros respecto de su vínculo con el sistema de salud en Argentina, considerando su cultura de origen y el proceso migratorio.

• Una colega nos acerco un artículo de reflexión para pensar la categoría espiritualidad en nuestras prácticas.

Como no podía faltar, dedicamos un espacio de homenaje al Dr. Agustín Gonzalez Calbano, quien dedicó sus esfuerzos al desarrollo de la Medicina Familiar, y fue responsable editorial de esta revista entre 2017 y 2018.

La revista recupera en este númeo una vieja sección: "Entrevistas", un espacio destinado conocer más sobre el trabajo de Médicos de Familia que se destacan en diferentes ámbitos. En este caso, realizamos una serie de preguntas al Prof. Dr. Adolfo Rubinstein, quien fuera fundador y primer presidente de la FAMFyG, y que actualmente se desempeña como autoridad sanitaria argentina desde el año 2017, al frente de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Como ven, muchas personas ejerciendo sus habilidades y predisposiciones, desde diferentes lugares, en pos de mejorar nuestra especialidad. Nosotros, desde este año encaramos un nuevo momento editorial de esta revista. Con vistas a incluir más asociaciones miembro, hemos abierto la convocatoria para rearmar el equipo editorial.

Nos acercamos a los 20 años de historia de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Parte de esa historia es esta revista. Parte de esa historia, son también, nuestros colegas. Algunos, haciendo sus pasos en investigación. Otros, llegando a ocupar lugares centrales en el desarrollo de la salud pública nacional. Otros, que ya no nos acompañan, siguen dibujando a través del tiempo sus ideas y aspiraciones.

Para todos, este espacio en forma de revista, espera ser un instrumento en donde se amplifiquen sus discursos y experiencias en lo que nos convoca: trabajar en pos del derecho a la salud.

Deseamos estar a la altura.

Ana Carolina Godoy, Patricio Jorge Cacace
y María Valeria Santillán

Índice

INVESTIGACIÓN ORIGIAL

LGBTIQ, Pensar La Diversidad
CEJAS, G.....PAG. 4-9

Aportes de Medicina Familiar en el desarrollo de las competencias profesionales de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
BUFFA, G.....PAG. 10-14

MIGRACIÓN Y SALUD: Una cuestión intercultural. 2018
MENDIONDO, M. F.....PAG. 15-23

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
APORTES DE LA LOGOTERAPIA, LA PSICOTERAPIA DEL SENTIDO
DUCOIN, F. E.....PAG.24-27

IN MEMORIAM

“Agustín y algunos de sus libros favoritos”. EN MEMORIA DE NUESTRO COMPAÑERO MARCELO AGUSTÍN GONZÁLEZ CALBANO.
CHAVEZ, P.....PAG. 29-30

ENTREVISTA

Argentina necesita claramente médicos de familia y generalistas.
Entrevista al Dr. Adolfo Rubinstein, Secretario de Gobierno de Salud.
CACACE, P.J.....PAG. 31-35

XVIII CONGRESO Nacional de la FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

FORMANDONOS para decidir,
DEBATIENDO para acordar y
GESTIONANDO para incluir.

La Asociación Cordobesa de Medicina Familiar **(ACOMFYG),** miembro de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General **(FAMFyG)** invitan a participar del próximo Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

Recibimos las propuestas para las presentaciones o actividades en el congreso **hasta el 15 de mayo** en el formulario web que encontrarás en **http://congreso.acomfyg.com.ar**

25 al 28 de SEPTIEMBRE de 2019 - Villa Carlos Paz - Córdoba - Argentina

ORGANIZA

Federación Argentina de Medicina Familiar y General

ACOMFyG

LGBTIQ, Pensar La Diversidad

LGBTIQ, Thinking About Diversity

Autores: Cejas, Gabriel.[a]; Antivero, Ariel.[b]; Buero, M.[c]; de Serranos, D.[d]; Deguer, S.[e]; del Castillo, G.[f]; Kaplan, L.[g]; Larriera, F.[h]; Lopez, M.[i]; Latorraca, M.[j]; Mendiondo, F.[k]; Perini, L.[l]; Polzella, M.[m]; Rentería, F.[n]; Suarez, M[o].

a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l,m,n,o: Residencia de Medicina Familiar y General – Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.), Sede Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Autor de correspondencia:
Gabriel Cejas.

e-mail: gabicejas04@hotmail.com

Conflicto de intereses:
los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno respecto de la presente investigación.

Fuentes de financiamiento:
los investigadores declaran que la presente investigación no tiene financiamiento de industria y que la misma será autofinanciada por los declarantes.

Recibido: 27/02/2019
Aceptado: 30/04/2019

RESUMEN

Con el objetivo de analizar la percepción acerca del colectivo LGBTIQ por parte del personal de salud, administrativos y usuarios del sistema de salud en CeMAP CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) OsPeCon, así como identificar la discriminación, sus causas y consecuencias, se realizó un estudio cualitativo, de caso, etnográfico.
Se realizaron cinco grupos focales y se analizó la información siguiendo los pasos de la teoría fundamentada.
En los grupos focales surgieron dudas acerca de la definición de orientación sexual y las siglas I-Q. Se reconocieron prejuicios relacionados al VIH/SIDA, ETS y adicciones como base de la discriminación y la estigmatización. Se evidenció la persistencia de creencias populares como origen de la orientación sexual.
Se vio reflejada la heteronormatividad como característica social y la diferencia generacional como postura negativa.
Se identificó como forma de discriminación a la violencia verbal y el rechazo al contacto, teniendo como consecuencia depresión, consumo de sustancias y suicidio.
Las cuestiones de géneros son temas en continua evolución en la sociedad, por lo que creemos importante estar informados, con una visión empática y de respeto para brindar una atención adecuada a las personas LGBTIQ, teniendo un rol que nos permite deconstruir los estereotipos.

PALABRAS CLAVE: Género y Salud, Identidad de género, orientación.

ABSTRACT

This qualitative ethnographic case study analyzes perceptions of the LGBTIQ community held biomedical professionals, administrative staff and patients in the Health center of OSPeCon, CABA.
The purpose of this analysis is to identify discrimination, its causes and consequences
Five focus groups were carried out and the information was analyzed according to the grounded theory.
Major themes that emerged from focus groups included confusion regarding the definition of sexual orientation and the acronym I-Q Beliefs related to HIV/AIDS, STD and addiction were noted to be the foundation for discrimination and stigmatization. Other beliefs identified included heteronormativity, which was more prevalent in older generations. The use of popular beliefs to explain the origin of sexual orientation was often justification for discrimination
Means of discrimination included verbal violence and rejecting personal contact. Consequences of discrimination identified included depression, substance abuse and suicide. Gender issues continue to evolve and we hope to analyze our own beliefs, deconstruct stereotypes, and educate ourselves in the development of an empathic and respectful attitude to this vulnerable population.

KEYWORDS: Gender and Health, Gender Identity, Orientation.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es aspecto central del ser humano, y abarca sexo, género, identidades, roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en múltiples dimensiones que, a su vez, se ven influenciadas por la interacción de factores biopsicosociales y espirituales[1]. La sigla LGTBIQ es un acrónimo para designar colectivamente a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexual y queer[1] cuya sexualidad no se corresponde con la hegemónica (heterosexual cisgénero).

En la actualidad, la sexualidad sigue siendo un ítem clave al hablar de discriminación, cuya base suele encontrarse en los estereotipos. Las personas LGBTIQ padecen de discriminación en distintos ámbitos representándolas como antinaturales, enfermas, desviadas, generando un estigma, que, a veces, se transforma en autoestigma. Este hecho, sumado a la invisibilidad y la desvalorización social puede ocasionar problemas de salud mental, como el consumo de drogas[6], la depresión y el suicidio[4].

En un intento por caracterizar a las personas con prejuicio hacia la comunidad, Herek indica que estas poseen actitudes tradicionales sobre los roles de género, tienen más amistades que manifiestan actitudes negativas, son mayores en edad, tienen menos educación formal y son conservadoras en asuntos religiosos, siendo las personas transgénero las más afectadas[4].

Los inicios de la lucha por la reivindicación de los derechos de los homosexuales empiezan a finales del siglo XIX y tras una larga lucha, el 17 de mayo de 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)[8], y la reconoció oficialmente como una variación natural de la sexualidad humana. Este hecho fue un gran avance para desenmarcar las sexualidades del paradigma biomédico y su signo patologizante[9]. Otros hechos que representan avances en materia de derechos en Argentina son la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618)[10] en 2010, y dos años más tarde la Ley de Identidad de Género (Ley 26.743)[11].

Partimos de la premisa que las percepciones y representaciones están sujetas a un constante proceso de construcción y deconstrucción, que responde a múltiples causas sociopolíticas, económicas y culturales; Sin embargo, la sociedad sigue siendo fuerte y persistentemente heteronormativa, lo que conduce a perpetuar la homofobia[3].

A partir de esto nos propusimos profundizar el conocimiento acerca del modo en que el fenómeno de la discriminación sobre el colectivo LGBTIQ se encuentra inmerso en nuestras formas culturales y subjetivas de relacionarnos con los otros para generar desde nuestra posición como profesionales de la salud sensibilización en pos de una sociedad más inclusiva.

OBJETIVO PRIMARIO

- Analizar la percepción acerca del colectivo LGBTIQ en el Centro Médico de Atención Primaria (CeMAP) de la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, haciendo foco en aspectos discriminatorios.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer las ideas acerca del colectivo LGBTIQ en la población que asiste o trabaja en nuestro CeMAP.
- Identificar las distintas formas de discriminación, los ámbitos donde se producen y sus posibles causas.
- Identificar creencias acerca de las posibles consecuencias de la discriminación en este grupo poblacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, valiéndonos del método etnográfico en el encuadre de un estudio de caso. El universo de estudio fueron personas mayores de 18 años, usuarios o personal del CeMAP Ciudad Autónoma de Buenos Aires seleccionados de forma intencional y por conveniencia. Se realizaron cinco grupos focales, dos de profesionales de la salud y dos de usuarios del CeMAP con cinco participantes en cada uno y uno de personal administrativo con siete participantes. Las sesiones fueron audiograbadas y luego transcriptas. Se realizó simultáneamente el análisis de la información a los fines de detener la recolección de datos cuando estos estuvieron saturados.

Se analizó siguiendo los pasos de la teoría fundamentada, que permitió acercarnos a las respuestas de los interrogantes planteados. Se procedió a la lectura de las transcripciones realizadas con identificación de códigos que fueron reducidos para la elaboración de categorías de jerarquía creciente hasta lograr elaborar una hipótesis.

Consideraciones éticas: se solicitó a cada participante el consentimiento informado de manera oral y escrita. La información fue confidencial, anónima y no se usó para otro propósito. No hubo fuentes de financiamiento externas y los participantes no recibieron remuneración por su colaboración.

RESULTADOS

A partir del análisis de los datos obtenidos, se obtuvieron los siguientes hallazgos de campos.

Etiquetando

En relación a las orientaciones sexuales de las que se tenían conocimiento no solo surgió la duda acerca

de la definición en los tres grupos, sino también la percepción de desconocimiento por ser un tema en permanente cambio.

"Hay como mucho nuevo igual, lo que pasa que a veces no sé cómo se llama"

"Una persona que es varón y se siente mujer, eso no sé, también depende de su elección, no sé cómo se la cataloga"

En cuanto al acrónimo LGBTIQ solo las primeras 4 letras eran de amplio conocimiento; a su vez las siglas IQ generaban incertidumbre, no identificándolas.

"L lesbiana, G gay, B bisexual, T transexual… y creo que hasta ahí llegamos"

"I de indefinido por ahí…y Q?"

Una cuestión de elección

Al expresar ideas acerca de LGBTIQ se revela el concepto de elección como un acto deliberado entre diferentes opciones, acompañado de una postura de respeto. Sin embargo, en algunos de ellos esto adquiere un marco en donde se respeta el accionar del otro siempre y cuando se "respete mi límite", siendo más frecuente en los grupos de pacientes y personal administrativo, al igual que se demuestra tolerancia en una minoría de casos.

"Yo creo que tiene que ver con la elección, con lo que te haga sentir más cómodo, con lo que vos te sentís que sos más vos digamos"

"Respeto la orientación sexual de cada persona, de ahí a que yo acepte o esté a favor, no"

"Me ha pasado de que por ahí otro tipo en la calle se me acercara, me quería tocar, o sea no soy de esa elección, respetame también"

Los profesionales de la salud perciben la sexualidad y sus expresiones de género y orientación como una parte de la personalidad, como algo que forma parte del ser. No obstante, pudieron reconocer prejuicios y estigmas de la sociedad. Algunos de los reconocidos fueron los relacionados al VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual y las adicciones.

"Su elección sexual no deja de ser una sola parte de… de lo que es toda su personalidad, puede ser lesbiana como juez"

"Cuando aparecieron todos los casos de HIV estaban relacionados solamente con pacientes que eran homosexuales, y eso quedo como: "¡uh estos que son homosexuales se enferman!", y la gente estigmatiza también en ese sentido"

Tapate que me molesta

En la lectura de los grupos focales de pacientes, aparecían cuestiones referidas al "exhibicionismo", demostraciones afectivas y de comportamiento de las personas LGBTIQ en público, consideradas como algo molesto e innecesario, acrecentado en el grupo de personas trans, hacia quienes expresaban una incompleta comprensión de su forma de ser y vivir la sexualidad, cuestionando su causa y su naturaleza patológica.

"Porque la sexualidad tiene que ver con la intimidad y el hetero no anda haciendo cosas así en la calle, desnudo"

Buscando la raíz

Las creencias sobre el origen de la orientación sexual aparecieron en forma recurrente en el grupo de pacientes. La mayoría mencionaban como causa a una cuestión hormonal, pero al mismo tiempo sin entender el porqué. Otros participantes la explican como un problema psicopatológico, como consecuencia de una causa externa o vivencia personal, diferenciando entre orientación sexual e identidad de género, dudando si se nace o se construye a lo largo de la vida.

"Eso para mí es un problema psiquiátrico"

"Eso es lo que yo pienso, no sé, pero mi pensamiento creo que pasa por ahí, por un tema hormonal y no porque están mal de la cabeza"

"Quizás esa persona nació así y dicen "no seguramente de chico alguien le hizo algo", "se abusó", y por ahí nació así porque nació así"

Inconsciente Colectivo

Se identificó en el discurso de los pacientes a la heteronormatividad como mandatos sociales instalados describiéndolos como cultura machista.

"Hay parámetros sociales que te condicionan y dentro de esos parámetros no va a ser fácil; [...]…"los nenes con los nenes y las nenas con las nenas". ¿Y no al revés, es así no? Y esta eso metido en la sociedad."

"…no somos una sociedad abierta como para entenderlo... y es normal que te resulte rechazo, curiosidad... cualquier cosa que sea diferente a la costumbre te puede causar todo eso."

A su vez, desde la mirada de pacientes y administrativos se mencionó a la iglesia como institución que legitima y preserva la heterosexualidad.

"Y no te olvides que somos una sociedad mayormente

cristiana y son cosas que te enseñan desde chico".
"Los preceptos de la iglesia, fíjate que los mayores abusadores son los curas"

Grieta generacional

Al avanzar en el análisis del trabajo se refleja una brecha generacional en cuanto a la aceptación social, entendiendo que las personas más jóvenes naturalizan la diversidad sexual mientras que generaciones anteriores tienen un pensamiento más conservador que puede estar asociado a una crianza diferente, dando lugar a una mayor libertad de expresión.

"Mi hijo reproduce comentarios en el colegio, ¿eso de dónde lo escucharon? De los padres que son de mi generación"

"porque por ahí nuestra generación… nacimos más, nos curtimos más en estas cosas. Ponele mi viejo tiene 52 años y le re molesta, pero es entendible, son otras costumbres, otras épocas"

Criterio de exclusión

En los grupos focales analizados se reflejaron distintas formas de discriminación como la violencia verbal, expresada como insultos, bromas y comentarios homofóbicos. Otra forma observada fue el rechazo a relacionarse o estar en contacto con personas con otras orientaciones. Los ámbitos en que se reflejaron estas actitudes fueron: laboral, escolar y medios de comunicación.

"Insultos entre pibes, es 'dale no seas maricón', 'no seas puto'"

"En el poco acceso laboral que tienen, sobre todo los trans"

"En la escuela peor porque los chicos son más crueles, dicen cosas más hirientes, por ahí es más difícil en la escuela"

La libertad se paga hasta con la vida

En el espectro de las consecuencias de la discriminación hacia las personas LGBTIQ, se pusieron en palabras el sufrimiento o dolor, dando como resultado el aislamiento y la soledad más acentuada en el ámbito familiar; así como el ocultamiento de su sexualidad por miedo a ser discriminado, lo que puede conllevar a trastornos psicológicos como depresión y consumo de sustancias, llegando incluso al suicidio.

"Introversión, depresión, hay mucha gente que no puede terminar de poder disfrutar de su sexualidad, porque no se anima a compartirlo, y a la gente que se lo dijo la hace a un lado, muchas veces en la misma familia"

"Tuvo que llegar a la instancia de llegarse a suicidar para que los padres vieran que él tenía un problema"

La unión hace la fuerza

En el grupo de los profesionales de la salud se hizo referencia a los logros y retrocesos de esta minoría. Por un lado, las manifestaciones como expresión social y el cambio de identidad de género como positivo y por otro lado refirieron las dificultades a la hora de adquirir un trabajo calificado.

"Algunos tienen profesiones, se han recibido de enfermeros nadie los toma"

"Porque también puede cambiarse el documento hoy por hoy, sin operarse"

En el grupo de los administrativos la mayoría se notaba informada acerca de las diferentes leyes que los respaldan, destacando el comienzo de diferentes asociaciones y organización de marchas para poder exigir derechos comunes para todos como el cambio de DNI y el matrimonio igualitario.

"…es que también empiezan a haber comunidades, asociaciones de gay a favor de… o sea eso también como que bueno, nos separaron, nos aislaron, bueno juntémonos para hacer fuerza en común entre todos"

"Claro, vamos a pedir nuestros derechos, por ejemplo, eso de cambiarse el nombre del DNI, del casamiento"

El grupo de pacientes se manifestó informado acerca de las leyes activas haciendo énfasis sobre el apoyo y confección de más leyes que amparen a estas personas, pero también expresando disconfort sobre su ejecución. Mientras que una minoría manifestó respeto por la orientación sexual, pero consideraba que no deberían tener más o menos derechos por esa condición, refiriendo que todos somos iguales más allá de la expresión sexual.

"Habría que tener más leyes. No es solamente darles un documento donde diga soy mujer. Igual, no pasa por eso solo. Es solo un papel, hay más cambios por hacer"

"Tampoco pienso que porque sos gay o lesbiana o lo que fuera tenes que tener más derechos o menos derechos que el resto de nosotros, tu elección sexual me parece perfecto, no creo que deberías tener leyes de apoyo ni en contra, si lo vamos a hacer igual, somos todos iguales y no tenes que andar publicándolo tampoco"

DISCUSIÓN

Siendo la sexualidad un aspecto central, desde la diversidad que implica la aceptación del otro, nos

propusimos ahondar sobre esta temática en nuestro lugar de trabajo para conocer las ideas acerca del colectivo LGBTIQ, partiendo de la creencia de la existencia de discriminación.

En nuestro análisis se halló un conocimiento incompleto por el constante avance del tema. En cuanto al acrónimo LGBTIQ[1] se encontró un desconocimiento parcial respecto al del significado de sus siglas.

Se reveló el concepto de la orientación sexual como una elección, encontrándose diferentes posturas que varían desde el respeto a la libertad de expresión hasta la intolerancia. Esto coincide con lo encontrado en la bibliografía, donde la intolerancia se manifestaba en sentimientos de incomodidad al relacionarse con las personas LGBTIQ, lo que se vio destacado hacia las personas trans, en concordancia con lo citado en el marco teórico[4].

Los profesionales de la salud reconocieron prejuicios y estigmas de la sociedad hacia las personas LGBTIQ, coincidente con esto los autores reconocen otros prejuicios como base de la discriminación que llevan a la estigmatización de las personas[3,4].

A pesar de haber sido eliminada la homosexualidad como una enfermedad por la OMS[8], aún persiste en las creencias populares explicaciones patológicas acerca del origen de la misma.

En nuestro trabajo se reflejó que pese al avance en el respeto de los derechos la sociedad, esta sigue teniendo como paradigma a la heteronormatividad, que establece como normal la sexualidad cis heterosexual que asociadas al machismo que establece como superior al género masculino sobre otros géneros[12] y la iglesia como fomentadora de estos modelos[12] da lugar a perpetuar la homofobia[3].

Dentro de las formas y ámbitos de discriminación se identificó de manera unánime violencia verbal, así como también rechazo al contacto con personas pertenecientes al colectivo, siendo manifestadas en distintos ámbitos. Consecuencia de esta discriminación se expresó el sufrimiento, el aislamiento y la soledad que pueden llevar a la depresión, el consumo de sustancias y el suicidio. Esto también es referido por diversos autores, encontrando como diferencia a las agresiones físicas como forma de discriminación que no fueron dichas por nuestros participantes[3, 4].

En el pasado la homosexualidad era penalizada, con el correr de los años y las luchas surgieron organizaciones y marchas como manifestaciones sociales por los derechos que permitieron diversos logros, como en nuestro país la ley de matrimonio igualitario, de identidad de género, la adopción por parejas homoparentales[7, 10, 11]. Esto es respaldado por la normativa internacional que tiene como principios básicos de los derechos humanos la igualdad y la no discriminación[12].

En los grupos se manifestó conocimiento acerca de la legislación vigente destacando la importancia de seguir luchando por la misma.

CONCLUSIÓN

Las cuestiones de géneros son temas en continua evolución en la sociedad con repercusiones en nuestra población, motivando el presente trabajo de investigación. El machismo y la heteronormatividad aparecen como los sustentos ideológicos que avalan la discriminación hacia las personas según su identidad de género y orientación sexual, lo que conlleva a grandes consecuencias en la salud individual y colectiva de la población; afortunadamente las nuevas generaciones se encuentran en proceso de apertura y sensibilización al tema, siendo en gran parte estimulado el cambio por la lucha del colectivo LGBTIQ por sus derechos.

Dentro de la práctica de la medicina familiar es de relevancia trabajar con un abordaje interdisciplinario, estando debidamente informados, y una visión empática, de respeto, para brindar una atención adecuada al colectivo LGBTIQ; además se cuenta con un rol privilegiado en la sociedad, que permite mediante un enfoque biopsicosocial deconstruir los estereotipos que avalan y perpetúan la discriminación hacia las personas LGBTIQ como una forma de prevención primaria de las barreras que sufren. Debido al impacto de las consecuencias es necesario incorporar herramientas que permitan desarrollar en la entrevista clínica una atención integral de las personas respaldados en el modelo clínico centrado en la persona (MCCP). Para lograr esto es importante en primera instancia un trabajo introspectivo con los prejuicios para evitar la invisibilización de la problemática que permite su perdurabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Organismo del Estado Nacional para la protección y promoción de derechos de la población LGBTI. Argentina Inclusiva - Guía de términos y conceptos sobre diversidad. Ciudad Autónoma de Bs. As. : Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Dirección de Prensa y Comunicaciones, 2015.

2. Dirección de Sida y ETS. Guía básica sobre diversidad sexual. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2016.

3. Ibáñez, Jorge Gracia. La discriminación por motivo de orientación sexual e identidad de género. Tiempo de los derechos. [En línea] [Citado el: 16 de Febrero de 2017.] Disponible en: http://www.tiempodelosderechos.es/docs/may12/homofobia.pdf.

4. (FRA), Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Homofobia y discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género en los Estados miembros de la Unión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2009.

978-92-9192-298-7 doi: 10.2811/43181.

5. Dirección de Sida y ETS. La reducción de la discriminación y la homofobia como estrategia preventiva para el VIH. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

6. Birkett M., Newcomb M.E., Mustanski B. Does It Get Better? A Longitudinal Analysis of Psychological Distress and Victimization in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. s.l.: J Adolesc Health, 2015. 56:280–285.

7. Comunidad Homosexual Argentina. Comunidad Homosexual Argentina. [En línea] [Citado el: 8 de Enero de 2017.] Disponible en: http://www.cha.org.ar/cronologia-glttbi/.

8. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. [En línea] [Citado el: 8 de Enero de 2017.] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10964%3A2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges&Itemid=1926&lang=es.

9. Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo (INADI). 17 de mayo: Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia. [En línea] 17 de mayo de 2015. [Citado el: 16 de febrero de 2017.] Disponible en: http://www.inadi.gob.ar/archivo/?p=26938.

10. Figari, Carlos. Movilizaciones, protestas e identidades políticas en la argentina del bicentenario. Buenos Aires: Nueva Trilce, 2010. I.S.B.N: 9789872497668.

11. Dirección Nacional del sistema Argentino de Información jurídica. SAIJ.gob.ar. [En línea] Ministerios de Justicia y Derechos humanos - Presidencia de la Nación. [Citado el: 8 de Enero de 2017.] Disponible en: http://www.saij.gob.ar/buscador/leyes-nacionales-vigentes.

12. “Domestic Violence between Same-Sex Partners. Implications for Counselling”. Peterman, L.M., Dixon, CH, G. s.l.: Journal for Counselling and Development, 2003, Vol. Vol. 81. p. 40-47.

Aportes de Medicina Familiar en el desarrollo de las competencias profesionales de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Contributions of Family Medicine in the development of professional competences of the medical career of the Faculty of Medicine of the National University of Córdoba.

Autores: Ciuffolini Beatriz[a], Buffa Barrera Gabriela[b], D´Angelo Eliana[c], Didoni Marisa[d], Ducoin Florencia[e], Lucero G. Darío[f], Quattrini Gloria[g], Marrone Andrea[h], Perez Andrea[i].

a,b,c,d,e,f,g,h,i: Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Autor de correspondencia:
Gabriela Buffa.

Dirección postal: Caseros 827, torre 1, Dpto 2D. CP: 5000; Córdoba, Argentina.

E-mail: gabybuffa@gmail.com

Recibido: 20/01/2019
Aceptado: 23/04/2019

RESUMEN

Medicina Familiar constituye un espacio de integración curricular en la Práctica Final de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Objetivo: identificar aportes de la asignatura para adquisición de competencias según resolución CONEAU N° 1314. Material y método: Estudio descriptivo cualicuantitativo, transversal. Período 2016 – 2017. Encuesta de autoevaluación y test de observación directa al inicio y al final del cursado. Se realizó análisis de contenido. Resultados: Autoevaluación inicial y final: competencias de alto impacto (investigación de la dolencia, búsqueda de opinión y acuerdo en tratamientos, investigación contexto). Competencias de bajo impacto (identificación motivo de consulta, explicación al paciente que se lo va a examinar, uso racional de métodos complementarios). Análisis cualitativo competencia "Búsqueda de acuerdo y consenso", categorías: explicar el problema, diagnóstico, alternativas de tratamiento; consultar comprensión del problema, dudas, preferencias. Competencia "Investigación contexto social, categorías: estructura familiar; condiciones laborales; contexto. Evaluación competencias pre y pos cursado (observación directa): impacto intermedio, valoraciones satisfactorias sin modificaciones significativas pre y post. Comparación percepción de los alumnos/ nivel de desarrollo de competencias: mayor divergencia ("organización de entrevista", "claridad para realizar examen físico", "precisión para definir los problemas", "selección de tratamientos según efectividad"). Conclusión: se logró el afianzamiento de competencias relacionadas con la entrevista y el abordaje integral.

PALABRAS CLAVE: Medicina Familiar y Comunitaria, Educación Basada en Competencias, Educación de Pregrado en Medicina.

SUMMARY

Family medicine constitutes a space of curricular integration in the final practice of the career of medicine of the National University of Córdoba.
Objectives: to identify the contributions of the subject in the acquirement of competence according to CONEAU´s resolution N° 1314.
Material and methods: transversal descriptive cuali-cuantitative study. During the period of the years 2016-2017. Self-evaluation survey and a direct observation test in the begging and the end of the classes. Analysis of the data: SPSS statistics and analysis of the content.
Results: Initial and final self- evaluation: High impact competences (inquiry of the disease, search for opinions and agreements about the treatments, investigation of the social and family context and support network). Low impact competences (identifying reason of the consultation, explaining to the patient that they were going to be examined, rational use of complementary methods). Qualitative competence analysis "Search for agreements and consensus", categories: to explain the problem, diagnosis, treatment alternatives; consultation about (consult of) the comprehension of the problem, doubts and preferences. Competence "Investigation of the social context", categories: family structure, working conditions, neighborhood context, family relationships. Evaluation of the competences pre and post taking classes (direct observation): intermediate impact: satisfactory evaluations without significant modification pre and post. Student perception and level of competence development comparison: grater divergence (" organization of the interview", "clarity to do a physical exam", "precision to define problems", "chose of treatments according to effectiveness"). Conclusion: Family medicine managed to secure professional´s competences related to clinical interview and integral approach of the person.

KEYWORDS: Family Practice, Competency-Based Education, Education, Medical, Undergraduate.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de la Salud (APS) postula que los recursos humanos (RRHH) constituyen un componente estructural de los sistemas de salud y que su formación es esencial para el cumplimiento de los objetivos de dicha estrategia. Las metas establecidas por OPS en materia de RRHH en salud para el período 2007-2015 definen el perfil del egresado de medicina como *"un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social-ambientalista, con la APS como estrategia y eje transversal de su formación"*[1].

En contraposición con estas premisas, el modelo de formación de recursos humanos en salud dominante está fuertemente signado por la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud-enfermedad como una mercancía[2]. El cuestionamiento a este modelo de formación, sucedido a partir de la década del 70, posibilitó el surgimiento de nuevas propuestas de formación sustentadas en un paradigma crítico que propicia la comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). De esta forma se conceptualiza al PSEA como un proceso social e histórico, donde el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales[3]. En este marco las innovaciones en los procesos de formación en salud procuran atender a los principales cuestionamientos realizados al modelo de formación dominante (hospitalocéntrico, biologicista y tecnocrática, con procesos de enseñanza centrados en el docente y la transmisión de conocimientos), propiciando el desplazamiento de los escenarios de formación desde los hospitales de alta complejidad hacia los efectores de primer nivel y sus comunidades, el desarrollo de contenidos que pongan énfasis en las prioridades sanitarias locales, el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, la promoción del aprendizaje activo y la organización de programas y sistemas de evaluación por competencias[4].

En Argentina la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) en el año 2007, mediante la resolución 1314/07 establece los contenidos curriculares básicos para la carrera de Medicina y las competencias a desarrollar por el futuro médico organizadas en cuatro dimensiones (Práctica Clínica, Pensamiento científico e investigación, Profesionalismo y Salud poblacional y sistemas sanitarios). Este perfil del egresado postula el desarrollo de una práctica clínica centrada en la persona, la familia y la comunidad; la adquisición de un pensamiento científico y la promoción de actividades de investigación como así también el profesionalismo. Con actitud ética y crítica de la práctica profesional y actualización permanente. Además de que el estudiante debe adquirir competencias relacionadas con la Salud Poblacional y los Sistemas de Salud generando acciones de prevención y promoción como así también de mantenimiento de estilos de vida saludables[5].

El concepto de competencia hace referencia a "una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo, o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo"[6,7]. Como indica Bisquerra[8], *"la competencia en educación se podría concretar como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia. En la competencia se destaca la relación entre la persona y sus atributos, por un lado y, la situación o contexto profesional en la que se desarrolla, por otro"*[9].

El Año de Práctica Final Obligatoria, en el ámbito de carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) constituye la actividad curricular prevista para capacitar en servicio a los estudiantes que hubieran concluido el cursado de los cinco primeros años de la carrera[10]. En ese marco se inserta la materia Medicina Familiar la cual constituye un espacio de integración curricular. Mediante la implementación de diversas estrategias de articulación teórico-práctica se procura la incorporación de herramientas conceptuales y metodológicas que faciliten un abordaje de los problemas de salud centrado en la persona y la familia, el desarrollo de acciones integrales de cuidado de la salud con eje en las necesidades de la comunidad y en los perfiles epidemiológicos locales. La propuesta metodológica pretende promover la reflexión crítica en el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante la presentación de situaciones problemáticas frecuentes en escenarios reales de la práctica médica, de manera que los alumnos puedan ponderar el nivel de desarrollo de sus competencias, recuperar y poner en juego los conocimientos previamente adquiridos, valorando sus alcances y la necesidad de incorporar nuevos conocimientos. A tal fin se desarrollan actividades presenciales (actividades en centros asistenciales, seminarios de integración, tutorías presenciales) y no presenciales (tutorías virtuales, análisis de situaciones problema, reflexión y búsqueda bibliográfica).

El presente estudio se propone indagar cuáles son los aportes de Medicina Familiar en el desarrollo de las competencias profesionales de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

OBJETIVOS

- Identificar la percepción de los alumnos sobre el nivel de desarrollo de las competencias profesionales

al inicio y al final del cursado de Medicina Familiar.
- Evaluar el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia.
- Comparar la relación entre percepción de los alumnos y el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo cuali-cuantitativo, transversal. El período de implementación abarcó de mayo 2016 a diciembre 2017. Se incluyeron la totalidad de los alumnos que cursaron Medicina Familiar en el período de estudio. Se elaboraron dos instrumentos de evaluación: una encuesta de autoevaluación y un test de observación directa aplicados al inicio y al final del cursado. El diseño de los mismos se realizó considerando las cuatro dimensiones de competencias establecidas por CONEAU previamente descriptas. Validados mediante análisis bibliográfico y series de consultas a expertos.
La encuesta de autoevaluación de carácter anónimo, autoadministrada, con ítems estructurados con escala de Likert y preguntas abiertas, destinada a valorar la percepción de los estudiantes acerca del nivel de desarrollo de las competencias profesionales. El test diagnóstico estructurado aplicado por los docentes en observación directa de la práctica de los alumnos.
Se confeccionó además un instructivo de implementación y se llevaron a cabo instancias de capacitación y supervisión presenciales y virtuales con los tutores-docentes a cargo de su aplicación.
El tratamiento estadístico de los datos cuantitativos se realizó mediante el programa estadístico SPSS. Se aplicó estadística descriptiva (medidas de posición y relación entre estadísticos).
El análisis de los datos cualitativos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.

RESULTADOS

En relación al objetivo *"Identificar la percepción de los alumnos sobre el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia"*, se presentan los resultados de mayor relevancia. Se obtuvieron 277 respuestas iniciales y 281 finales. Los resultados comparados de las autoevaluaciones iniciales y finales se presentaron en tres categorías en referencia al impacto del cursado (variación entre las valoraciones iniciales y finales): alto impacto (valores menores o iguales a 0,8), impacto intermedio (valores de 0,81 – 0,89) y bajo impacto (valores iguales o mayores a 0,9).
Obtuvieron alto impacto las competencias *"Investigación de la dolencia de la persona"* (0,79) y *"Búsqueda de la opinión y acuerdo con la persona para la realización de tratamientos"* (0,78) (Dimensión "Práctica Clínica").
Las competencias *"Investigación del contexto social en relación al motivo de consulta"* (0,74); *"Averiguar aspectos familiares en la consulta"* (0,74) y *"Consideración de la red de apoyo"* (0,71), siendo éste último valor el que mayor impacto refleja (Dimensión "Salud Poblacional y Sistemas de Salud").
A fin de caracterizar la competencia *"Búsqueda de acuerdo y consenso"* (Dimensión "Práctica Clínica"), se analizó el contenido de la pregunta abierta referida al "cómo" procuran los estudiantes dicho acuerdo en el ámbito de la consulta. En cuanto a las respuestas, las categorías con mayor frecuencia mediante la valoración previa y posterior a la intervención hicieron referencia en primer término a "explicar" (explicar el problema, el diagnóstico, las alternativas de tratamiento, las ventajas y desventajas del mismo), en segundo lugar hicieron mención a "preguntar" (consultando sobre comprensión del problema, dudas, preferencias, disponibilidad) y por último propusieron como estrategia de consenso "escuchar, dialogar, procurar empatía".
Para evaluar la valoración de la competencia *"Investigación del contexto social"* (dimensión "Salud Poblacional"), se analizó el contenido de la pregunta abierta referida a "cómo lo investigaban" dicho contexto en el ámbito de la consulta. Las categorías utilizadas con mayor frecuencia en la evaluación inicial y final fueron las siguientes, registrando además la misma frecuencia de aparición: Estructura familiar; Condiciones laborales; Contexto barrial; Relaciones familiares (vínculos, roles, conflictos) y Redes y grupos de apoyo. En relación a esta misma competencia dos categorías mostraron una valoración más relevante en la evaluación final en referencia a lo consignado previamente: la valoración de la situación socioeconómica y el acceso a actividades recreativas.
Las competencias identificadas de "impacto bajo", correspondieron a: "*Identificar motivo de consulta"* (0,92), *"Explicar al paciente que se lo va a examinar"* (0,92), *"Uso racional de métodos complementarios"* (0,90), *"Conciencia de las propias limitaciones"* (0,96) (Dimensión "Práctica Clínica"), las cuales mostraron muy altas puntuaciones desde el inicio del cursado la Materia.
El resto de las competencias evaluadas tuvieron un rango de "impacto intermedio".
Se destaca el hecho de que la competencia *"Acceso a instituciones y redes"* (Dimensión "Salud Poblacional y Sistemas de Salud"), fue la única con baja puntuación al inicio (1,75) en la cual se percibió sólo un fortalecimiento intermedio al finalizar el cursado (0,81). Con respecto a la "Valoración global" de la adquisición de competencias, la percepción por parte de los estudiantes, fue de un rango intermedio (0,84).

En respuesta al objetivo de *Evaluar el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia,* los resultados comparados de los test diagnósticos iniciales y finales mostraron que para la mayoría de las competencias el impacto fue intermedio, registrándose valoraciones satis-

factorias de las mismas desde el inicio del cursado (medias superiores a 2,5), sin modificaciones significativas en la evaluación posterior al cursado.

Con respecto al objetivo de *Comparar la relación entre percepción de los alumnos y el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia*, al cotejar los resultados de ambos instrumentos (autoevaluación y test diagnóstico), se identificaron: valores convergentes (cercanos a 1), es decir que ambas respuestas mostraban escasa o nula diferencia; y valores divergentes (distantes de 1) significando altas diferencias en las respuestas.
Los valores que registraron "mayor divergencia" fueron relacionadas a las siguientes competencias: *"Organización para realizar la entrevista"* (0,88), *"Claridad para realizar el examen físico"* (0,94), *"Precisión para definir los problemas"* (0,92), *"Selección de tratamientos según criterios de efectividad"* (0,92) (todos dentro de la Dimensión "Práctica Clínica").
La competencia que mostró "menor divergencia" fue *"El reconocimiento de redes familiares e instituciones para la resolución de los problemas."* (Dimensión "Salud Poblacional") Vale destacar que fue la menor valorada en la autoevaluación (2,14) al igual que en la evaluación docente (2,20), constituyéndose en la competencia valorada más deficientemente.

DISCUSIÓN

En la literatura si bien existen numerosos estudios vinculados a la evaluación de competencias en la carrera de grado de Medicina algunos se centran en aspectos concretos de algunas asignaturas en particular y en competencias específicas. Sin embargo, no existen estudios que busquen analizar el proceso general de aprendizaje y la adquisición de competencias que brinda la Medicina Familiar y tampoco una visión general de la carrera de Medicina.
Algunos autores (11) plantean que el modelo educativo por competencias profesionales en educación médica procura incrementar la calidad de los procesos formativos, teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad, del desarrollo de la profesión y del trabajo académico. Por otra parte manifiestan que al orientar de este modo el proceso de enseñanza, las Facultades de Medicina deben redefinir sus proyectos educativos y promover de manera congruente acciones en los ámbitos pedagógicos que se traduzcan en modificaciones reales de las prácticas docentes.
Un estudio realizado en la Universidad Nacional del Nordeste[12] señala que *"cuando los graduados evalúan las competencias clínicas adquiridas en la carrera de grado, tienden, en general, a sostener que fueron mejor capacitados en un conjunto de competencias que podrían asociarse más claramente con un modelo médico tradicional y en cambio, se consideraron menos capacitados en las nuevas competencias que hoy se exigen a los médicos y que están más vinculadas con las dimensiones sociales y humanas de la profesión médica."* Estos resultados encuentran profundas coincidencias con los datos obtenidos en nuestro trabajo.
Otro aspecto de singular interés es la baja puntuación encontrada en los test de autoevaluación de la competencia "Acceso a instituciones y redes familiares para la resolución de los problemas de salud", lo que podría interpretarse como un reflejo de lo que sucede en la práctica médica habitual, donde por circunstancias variadas, los procesos de atención se sustentan mayoritariamente en una perspectiva de abordaje individual y fragmentado.
En consonancia con un estudio realizado en Cataluña (España) en el año 2004 (9) nuestra investigación muestra que la utilización de un instrumento de evaluación sobre la percepción de competencias logradas por alumnos y la percepción de los docentes, mediante un proceso de autoevaluación resulta de sustancial interés al estar vinculado con el aprendizaje autónomo, propiciando una visión más completa de la realidad ya que considera la mirada de ambos actores.
Las deficiencias encontradas entre los resultados, particularmente las vinculadas a la aplicación del test de evaluación (observación directa) nos generan nuevos interrogantes en relación a la existencia de limitaciones en el proceso de diseño y validación del instrumento como así también a la heterogeneidad de las competencias docentes para su aplicación y a las condiciones de los contextos de práctica.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta estas consideraciones y el perfil profesional abogado por la Medicina Familiar, adquiere especial significación el alto impacto encontrado en lo que se refiere a aquellas competencias relacionadas a la perspectiva de abordaje que propicia la especialidad, con los cuales los alumnos no habían tenido contacto en otras instancias de su formación de grado. Particularmente las referidas al PCCP (investigación de la dolencia de la persona, la búsqueda de la opinión y acuerdo para la realización de tratamientos, la investigación del contexto social relacionado con el motivo de consulta, la investigación de aspectos familiares y la consideración de la red de apoyo). Siendo de un impacto no tan significativo las competencias vinculadas al método clínico (identificar el motivo de consulta, explicar al paciente que se lo va a examinar, uso racional de métodos complementarios); adquiridas a lo largo de la carrera durante la formación clínica.
En conclusión, la propuesta de la materia permitió el afianzamiento de competencias profesionales relacionadas con la entrevista clínica y con el abordaje integral de la persona y la determinación social de la salud.
Teniendo en cuenta que es de suma importancia continuar estudiando la temática es que nos planteamos a futuro próximas investigaciones que aporten

más claridad y den una respuesta más acabada a la compleja problemática de la educación médica en nuestra Universidad y nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Planes decenales de recursos humanos en salud: hacia una visión común. VIII Reunión Reg. de los Observatorios de RR HH para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima; nov 2006.

2. Almeida Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología, Buenos Aires, Ed Lugar. 2000

3. Feuerwerker L, De Sena R. La construcción de nuevos modelos académicos de atención a la salud y de participación social. En Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, editores. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Tomo 1. Coedición: Hucitec, Lugar Editorial, Editora DA Uel. ISBN: 85-271-0510-1. San Pablo, Brasil. 1999.

4. OPS/OMS. La renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la (OPS/OMS). Washington, DC; 2007

5. Comision Nacional de Evaluacion y Acreditacion Universitaria (CONEAU), año 2007, resolución 1314/07. http://www.coneau.gob.ar/CONEAU/

6. Benzanilla M. El proyecto Tuning y las competencias especificas. Seminario internacional. Orientaciones pedagogicas para la convergencia europea de Educacion Superior. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

7. Zabala M. La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas. Madrid: Narcea; 2002.

8. Bisquerra R. Educacion emocional y competencias basicas para la vida. RIE. 2003;21:7-43.

9. Ros Martrat Eulalia. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: Una mirada desde tutores y residentes. Educ. méd. [Revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2015 Dic 15] ; 7(4): 29-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000600009&lng=es.

10. Departamento de Enseñanza Práctica. Práctica Final Obligatoria. UNC. FCM. http://pfo.webs.fcm.unc.edu.ar/

11. Lafuente José-Vicente, Escanero Jesús F., Manso José Mª, Mora Sergio, Miranda Teresa, Castillo Manuel et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educ. Méd. [Revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Dic 15]; 10(2): 86-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300004&lng=es.

12. Espínola Blanca H. de, Bluvstein Samuel, Melis Ingrid G., González Marcelo A.. La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, UNNE, Argentina. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2015 Dic 15] ; 8(1): 31-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000100008&lng=es.

MIGRACIÓN Y SALUD: Una cuestión intercultural. 2018

INTERCULTURALITY IN PRIMARY HEALTH CARE CENTER. 2018

Autores: Mendiondo, M. F.[a]; Antivero, A.[b]; Buero, M.[c]; CamporaPerez, M.[d]; Cejas, G.[e]; de Serranos, D.[f]; Janse, C.[g]; Kaplan, L.[h]; Larriera, F.[i]; Latorraca, M.[f]; Lopez, M.[g] ; Perini, L.[h]; Polzella, M.[i]; Rasgido, D.[j]; Rentería, F.[k]; Suarez, M.[l].

a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l: Residencia de Medicina Familiar y General – Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.), Sede Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Autor de correspondencia:
Mendiondo, M. F.

E-mail: mfmendiondo@hotmail.com.

Conflicto de intereses:
Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno respecto de la presente investigación.

Fuentes de financiamiento:
Los investigadores declaran que la presente investigación no tiene financiamiento de industria y que la misma será autofinanciada por los declarantes.

Recibido: 08/03/2019
Aceptado: 03/05/2019

RESUMEN

Se realizó un estudio cualitativo, etnográfico para conocer y analizar la percepción de los pacientes extranjeros respecto de su vínculo con el sistema de salud en Argentina, considerando la cultura de origen y proceso migratorio mediante trece entrevistas semiestructuradas. Se incluyeron pacientes extranjeros mayores de 18 años que consultaron a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CeMAP) de un agente del subsitema sanitario de la seguridad social argentina. Los mismos fueron seleccionados de manera intencional y por conveniencia. Las transcripciones se analizaron según la teoría fundamentada. En las entrevistas se destacó una relación médico-paciente más estrecha en comparación con la del país de origen, destacándose la calidez, compromiso y mayor comunicación con el binomio paciente-familia, siendo notables estas diferencias en la etapa del embarazo y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Se han hallado diferencias sustanciales con el país de origen en temáticas como control prenatal y acompañamiento del parto, alimentación, medicinas tradicionales, accesibilidad al sistema sanitario, siendo influyente el tiempo de residencia en Argentina para lograr el empoderamiento en relación con el sistema de salud. Esto nos estimula a seguir trabajando en la cultura y proceso migratorio de los pacientes, explorar su cosmovisión, para propiciar un enfoque intercultural que permita adquirir herramientas para la atención de dicha población.

PALABRAS CLAVES: Competencia Cultural, Atención primaria de Salud, Análisis Cualitativo.

ABSTRACT

A qualitative, ethnographic study was carried out to identify and analyze the perception and beliefs of foreign patients, regarding their experiences in Argentina´s healthcare system, taking into consideration their culture of origin and migratory process through semi-structured interviews. It're included foreign patients over 18 years of age who consulted at a Primary Health Care Center (CeMAP) of an agent of the Argentine social security health system. They were selected intentionally and for convenience. Thirteen semi-structured in-depth interviews were recorded and the transcripts were analyzed according to the Fundamental Theory. In the interviews, a closer patient-physician relationship stood out when compared with the country of origin, highlighting the warmth, commitment and greater communication with the patient and its family, these differences were more notable during prenatal, reproductive and sexual care. Substantial differences have been found with the country of origin in topics such as prenatal post-partum care, nutrition, traditional medicines, and accessibility to the health system. There was a positive impact of length of residency in Argentina on patient empowerment within the healthcare system. This is an estimate to continue working on the culture and the migration process of patients, to explore their worldview, to propose an intercultural approach that allows us to acquire tools for the care of this population.

KEYWORDS: Cultural Competency, Primary Health Care, Qualitative Analysis.

MARCO TEÓRICO

Los siglos XIX y XX fueron el escenario de las grandes migraciones humanas de la historia mundial, lo que ha llevado a cambiar no sólo la composición demográfica de las sociedades actuales, sino que también han producido importantes transformaciones en el ámbito laboral, social y, especialmente, en el cultural[1].

Latinoamérica no ha sido ajena a estos procesos. La Argentina, especialmente, ha sido, a lo largo de su historia, destino de múltiples oleadas migratorias, primero desde Europa y luego proveniente de otros países latinoamericanos, llegando, en la actualidad, a ser el país de América del Sur con más inmigrantes [2].

En este nuevo orden mundial fueron necesarias buscar estrategias de control y adoctrinamiento en pos de homogeneizar a una población diversa culturalmente. Para este propósito, como plantea Foucault, se valió de la creación de las diferentes instituciones del Estado que encuadran la vida cotidiana de la población.

La medicina cumplió y cumple un rol importante en la normalización y corrección de los hombres[3] donde, con el correr del tiempo, se fue constituyendo en el ejercicio de las ciencias médicas; lo que Menéndez denominó *Modelo Médico Hegemónico*, término que engloba al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina-científica que ha ido logrando establecer como subalternas a las prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado[4].

A partir de este modelo, el médico desarrolla su aprendizaje profesional y no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que no sean los paradigmas biológicos, donde los procesos psicológicos, sociales y culturales son meramente anecdóticos. Este carácter dominante y excluyente del aporte de otros saberes y culturas reproduce la idea de un sólo modo de mirar el Universo o lo que podríamos denominar la *unicuturalidad* en el pensamiento, que tiende a homogeneizar e igualar a los individuos desproveyendo los de su singularidad y de su cultura de pertenencia [5].

Ante este escenario, como profesionales de la salud, intentamos ejercer una medicina crítica de este paradigma y entendemos a la medicina familiar como un proceso que se forma a partir de las necesidades y características de nuestra población. Es por esto que elegimos pensar una práctica médica que reconozca y respete la subjetividad de cada individuo y su comunidad propiciando un enfoque intercultural que incluya las diferencias propias de cada cultura.

Concebimos, entonces la interculturalidad como el proceso de interrelación entre culturas a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos, incluyendo características de confianza, comunicación efectiva (comprender al “otro” desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias. Se trata de una construcción colectiva, un proceso dinámico que no se restringe tan solo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio[6, 7, 8].

Llevada al campo de la salud, la interculturalidad es el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de la salud[9], e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad [10].

Lo primero a asumir es que los procesos interculturales son permanentes y tienen profundidad histórica. Si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, inicialmente hay que detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos y no sólo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales[11].

Su utilidad en medicina reside en revalorar la medicina tradicional y el impacto de su práctica en la población, empoderar a la población respecto a sus derechos humanos en salud al reconocer y respetar su cultura, dotar al personal de salud con herramientas que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado, propiciar vínculos afectivos y de comprensión de los pacientes, mejorando la relación y las prácticas propuestas desde los servicios de salud[12].

Hoy en día se estima que el 4.6% de la población total en Argentina es extranjera y en su mayoría proveniente de países limítrofes como Paraguay, Bolivia y Chile [13]. La mayoría de los extranjeros que llegan al país tienen entre 15 y 64 años de edad[14], y se instalan en Provincia de Buenos Aires (52%) y en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (21%) atraídos por motivos laborales e idealizando un modelo de vida que supere la pobreza a pesar del desarraigo familiar y social (2). La presencia de grupos culturalmente distintos no solo plantea múltiples desafíos en el sistema sanitario público, sino también en nuestra obra social que se caracteriza por ser una gran receptora de esta población migrante. Por esto, el propósito de este trabajo basado en dos tradiciones de investigación cualitativa (método etnográfico y teoría fundamentada) es entender y analizar la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio para que nos permita como equipo de salud comprender la subjetividad de nuestra población destinataria y así poder generar herramientas y habilidades para el trabajo intercultural en el ámbito de la salud que se traduzcan en una mejor calidad de atención.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura

de origen y su proceso migratorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Explorar, a partir de las características culturales de origen de los pacientes extranjeros, las posibles barreras en la accesibilidad percibidas en la consulta médica.
2) Relacionar al vínculo de los pacientes con el sistema de salud considerando el tiempo de residencia en Argentina.
3) Conocer la percepción del paciente extranjero sobre las intervenciones del equipo de salud, teniendo en cuenta sus características culturales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, siguiendo el método etnográfico. La población de estudio fueron pacientes extranjeros afiliados a la Obra social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.) mayores de 18 años seleccionados de forma intencional y por conveniencia. Se efectuaron trece entrevistas abiertas semiestructuradas (Ver Anexo 1), individuales, en profundidad hasta la saturación de los datos. Luego se llevó a cabo el análisis según los pasos de la teoría fundamentada, para lo cual se procedió al análisis y codificación de los textos, lo que permitió acercarnos a las respuestas de los interrogantes planteados. A tal efecto se comenzó con la lectura de las transcripciones realizadas, con identificación de códigos que fueron reducidos para la elaboración de categorías de jerarquía creciente hasta lograr elaborar una hipótesis acerca de la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a cada participante el consentimiento informado de manera oral y escrita. La información fue confidencial, anónima y no se usó para otro propósito. No hubo fuentes de financiamiento externas y los participantes no recibieron remuneración por su colaboración.

HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

En total se realizaron 12 entrevistas. En cuanto al país de origen, 3 participantes eran de Bolivia, 3 de Paraguay y 2 de Perú. La nacionalidad de los otros 4 participantes fue de: Colombia, República Dominicana, México y Chile.
Se realizó la lectura de los textos obtenidos por desgravación de las entrevistas, con la posterior codificación de los datos primarios verificando la saturación de los mismos. Luego, se los jerarquizó en categorías en orden creciente para responder a nuestros interrogantes iniciales. En la Tabla 1 se especifican las categorías utilizadas.

CATEGORÍA AXIAL: UN TEMA PERSONAL

Cuando los participantes compararon la atención médica entre el país de origen y Argentina, destacaron la calidad humana, el compromiso y apertura de la misma. Esto ha generado la sensación de un vínculo estrecho entre el médico y el paciente, que sobrepasa el mero hecho de la atención de una enfermedad.

"Acá te explican [...] Tratan de hacer el control, de tocarle, medirle, pesarle, preguntarte si haces esto o lo otro…"
"¿Hay algo que te gusta de la consulta de Argentina?"
"Sí, que son muy abiertos, que escuchan, que te dan consejos, que te hablan como si te conocieran, que no son extraños a ti. Eso es lo que me gusta [...] te da confianza y le puedes hacer más preguntas."

Destacaron una percepción positiva en la comunicación entre el médico y el paciente como así también con su familia, siendo algo nuevo y distinto a lo que

Tabla 1- Categorías y definiciones operativas.

Tipo de categoría	Nombre de la categoría	Contenido al que hace referencia la categoría
CATEGORÍA AXIAL	UN TEMA PERSONAL	Relación Médico - Paciente
CATEGORÍAS SECUNDARIAS	SEXO & TABÚ	Salud sexual y reproductiva
	ALUMBRANDO EN EL DESCONOCIMIENTO	Atención prenatal y del parto
	CULTURALMENTE RICO	Alimentación
	PRIMERO LO CASERO	Medicinas tradicionales
	CARRERA DE OBSTÁCULOS	Accesibilidad al sistema de salud
	UNA CUESTIÓN DE TIEMPO	Vínculo con el sistema de salud según el tiempo de residencia

sucedía en su país de origen.

"Te preguntan por qué está así, cómo está... No sé si para conocerlo más a uno o quizá lo preguntan para ayudarme a encontrar la salida para eso."

Este aspecto fue particularmente notable en la atención del embarazo donde la desinformación se ve compensada en las culturas de origen con el intercambio de conocimientos y experiencias dentro del entorno familiar.

"Le hice despertar a mi pareja, le digo, oye me parece que rompí bolsa, ¿en serio?, claro en la forma que me explicó tu hermana, pienso que es eso."

Estas diferencias en lo comunicacional impresionaron estar relacionadas a una mayor distancia en la relación médico-paciente, dada por una mayor jerarquía social de la profesión médica.

"Si lo que pregunta es si es como acá, no, la atención no es igual [...] acá [...] no se hacen el diferente: "yo soy el médico, vos la paciente. Hacé lo que te digo o arreglatelas"

"Acá me han atendido algunos médicos como que los veo más distraídos como que no se comprometen mucho con el paciente, cómo que no quieren ver más allá"

SEXO & TABÚ

En las entrevistas surgieron diferencias culturales sobre temas relacionados a la sexualidad, así como se evidenció poca educación en lo referente al desarrollo sexual, en todos los ámbitos. En la actualidad esa diferencia en el conocimiento de estos temas estaría aminorada.

"Recién el tercer curso, que sería noveno grado, se hablaba de sexualidad, de cómo prevenir embarazo. Antes mi mamá me decía: "vos te besas y quedás embarazada" (41 años)
"…Mi mamá por ejemplo lo que era período menstrual no nos hablaba entonces era una sorpresa… Yo así de chusma no más escuchaba que mis padres hablaban de violación y que sangraba todo, y yo de eso deduje algo y cuando por primera vez me bajó […] llegué a mi casa y le dije a mi mamá que me violaron, porque yo no sabía qué es lo que era […] Se armó un lío" (41 años)

La experiencia también se tornó dispar al hablar de medidas preventivas como el PAP, siendo en algunos lugares una práctica frecuente y en otros, considerada como una novedad en relación con su cultura de origen.

"Yo a mi amiga le dije andate al hospital [...] ella nunca se hizo hacer, no saben ni lo que qué es una mamografía, un PAP... nada"

ALUMBRANDO EN EL DESCONOCIMIENTO

La experiencia de gestar y dar a luz se encontró marcada por la tradición cultural de cada sociedad. Aparecieron diferencias según el origen, dadas por barreras en la accesibilidad geográfica o de cobertura. Sin embargo, la diferencia es más notoria en cuanto a los controles prenatales que difieren en la periodicidad con la que se realizan en Argentina.
"Acá sí, es distinto, desde que estás embarazada, te hacen los controles, hasta el mismo médico está sobre vos, te dice que te tienes que hacer"
"... No es como acá... que tenés que irte todos los meses… allá te va lo básico... hacerte el control… yo tampoco no sabía… Ellos mismo no te decían tampoco que tenías que volver"

En la evolución del hombre, el dar a luz pasó de la cueva primitiva a la intervención tecnificada hospitalaria. Respecto a esto, los entrevistados relataron el parto domiciliario como una vivencia de otras generaciones, ya infrecuente, por lo que no se encontraron diferencias en el tipo de prácticas con las de nuestro país.

"Mi abuela me contaba que antes era así, que había una señora, tenía experiencia y los hacía parir en los hogares, pero ahora ya no, está prohibido eso."
"Yo nací en mi casa, viste la gente del campo que nace en la casa con un partero algo así que me dijeron […] yo a mi hija la tuve en el centro de salud"

Sin embargo, se encontraron diferencias en cuanto a la humanización de la práctica, destacando una mayor información brindada durante el cuidado prenatal y el acompañamiento del trabajo de parto en nuestro territorio. Todo esto, sumado a la posibilidad de incluir en el acompañamiento a la pareja, posiciona a esta etapa de la vida como más positiva en relación a la brindada en su país de origen.

"Nada, me controlaban el latido del bebé, como estaba yo, si aumentaba de peso, si no aumentaba, pero charlas así de partos, nunca me dieron [...] Acá sí, es distinto, desde que estás embarazada, te hacen los controles, hasta el mismo médico está sobre vos, te dice que te tienes que hacer. Acá te explican, te asesoran de todo"

"No todo diferente, ahí no es como acá [...] yo estoy agradecido [...] estuve todo el tiempo, más cuando mi pareja tuvo 2 horas internada yo estuve con mi hija así que bueno le atendieron bien...una experiencia inolvidable para mi" (CITA EL PADRE)

También aparecieron algunas costumbres peculiares de sus culturas de origen en relación con el puerperio.

"En cuanto nacen lo llevan a los cuneros, donde están todos los bebés, están en cunitas y se los llevan cada determinado tiempo, es como cuando le dan de alimentar a los bebés, se los llevan a las mamas y luego se los llevan a los cuneros. Y acá no, acá lo tienes a tu lado al bebé."

CULTURALMENTE RICO

La alimentación es una necesidad primaria de los seres humanos, y como tal constituye un vehículo primordial en la transmisión de cultura. Los entrevistados refirieron que en su país de origen es infrecuente el abordaje sobre alimentación durante la consulta médica, mientras que en Argentina sí han recibido intervenciones.

"Nosotros tenemos la costumbre de comer demasiado picante… me acuerdo que los médicos me dijeron que el picante que tratemos de evitar un poco, a mí me costó cambiar el hábito, a mí me costó muchísimo, claro porque estábamos ya muchos años criados así [...] Nosotros no conocíamos ni lo que era un nutricionista allá"

Entre los entrevistados se admitió una mayor adherencia a las intervenciones si se explican los beneficios en la salud y si se tienen en cuenta las costumbres del país de origen, mientras que las prohibiciones absolutas de comidas típicas no han resultado efectivas.

"Me preguntó solo una cosa, porque resulta ser que él también era del campo y comía más o menos así cuando era chico así. [...]""¿Entonces usted sintió bien que le dijera eso y que tenga en cuenta de donde usted venía?" "Exacto... si"

",... Yo hago guisos con las salsas de acá y no uso exactamente lo que hay allá, para hacerla… pero sí me la prohibió la comida como guisos, la mayoría. [...] No me preguntó qué era lo que comía, yo le dije y me dijo bueno que cortara con eso y que trate de comer así, comidas más livianas" "¿Y lo dejó de comer entonces?" "Le soy sincera no (risas)"

PRIMERO LO CASERO

El uso de las medicinas tradicionales (MT) estaba ampliamente incorporado en los pacientes entrevistados, recurriendo a las mismas en primera instancia por sobre la medicina convencional, siendo esta última elegida en situaciones de mayor gravedad y transmitidas de manera transgeneracional.

"Si es ulcera, beberé papa rallada y el zumo y eso es lo único, pero a mí no me hagan de beber omeprazol, me dio la receta y la tengo allá."

"Claro, la tradición ahí es que es todo natural, uno tiene que estar ahí ya muy muy grave para que te lleven al hospital"
"Era descendencia de las abuelas, tatarabuelas, no sé de dónde, pero allá teníamos, hasta yo aprendí"

A la hora de hablar sobre estas prácticas con los profesionales de la salud, los pacientes manifestaron percibir una aceptabilidad variable. Sin embargo, en muchos casos el uso de MT apareció como un tema no explorado.

"Me dijo de que no nada de yuyos, nada de yerbas nada de yuyos yo no lo tome a mal porque dije bueno no está en su cultura tener este tipo de yuyos"
"Algunos médicos te dicen sí, a veces las medicinas caseras resultan, y hay otros dicen nooo... estas cosas ya fue, ya dejaron de existir."

CARRERA DE OBSTÁCULOS

Se encontraron diferentes tipos de barreras en los pacientes entrevistados en cuanto a la accesibilidad al sistema de salud. En el país de origen se remarcaron limitantes en relación con los costos en la salud privada mientras que en el subsistema público, con la burocracia administrativa, tiempos de atención y calidad de la misma.

"..., Acá vos te vas a cualquier hospital, bueno un poco más tardan en atenderte, pero te atienden, allá es muy diferente, si vos no tenés dinero, ahí está la calle, y te morís tranquilo, esa es la diferencia que hay" (República Dominicana).
"Para mí la parte profesional ayuda muchísimo, ya desde que, el solo hecho de que haya hospitales municipales ya eso es lo máximo, allá no existen los hospitales municipales,…" (Bolivia).
Por otro lado, en Argentina la accesibilidad al sistema de salud se ve limitada por desinformación acerca de nuestro sistema, por lo que algunos, a pesar de contar con cobertura, recurren al subsistema público el que, debido a su gran demanda, se encuentra saturado y limitado el acceso a la misma.

"Porque no conocía la obra social. Él trabajaba en construcción, pero no sabía que existía la obra social."
"Fue para mí muy feo, porque fui sola, no sabía nada. Fueron muchas vueltas… primero tienes que ir acá, después acá. Hubiera preferido no estar embarazada en ese momento, porque era caminar… Salí a las 5 de la mañana." (en relación al sistema público)

También aparecen limitaciones en el acceso al sistema de salud por "falta de tiempo", por no ser una prioridad y la creencia de que el dolor "se aguanta" entendidas como una característica cultural de los pacientes de origen extranjero.

"La gente de allá también es muy dejada, dicen por falta de tiempo, pero se abocan tanto al trabajo que

ellos mismos se descuidan de su salud, pero yo pienso que el médico no va a ir a su casa a preguntar y darle todo así en una bandeja y decirle mira nosotros somos así...."

UNA CUESTIÓN DE TIEMPO

Respecto al tiempo de residencia en el país los pacientes manifestaron que el hallarse inmersos en nuestra cultura había facilitado su empoderamiento en relación con el sistema de salud.

"No volvía a preguntar o a veces me quedaba con la duda [...] Pensaba que me iban a responder de mala manera" "¿Alguna vez te pasó eso?" "En Bolivia sí. Acá no, pero siempre viví con ese miedo de volver a preguntar algo." "¿Y lo fuiste cambiando eso o seguís teniendo miedo?" "sí, fui cambiando [...] cuando vine a la obra social, dije hasta lo que no tenía que decir. Muy amables."

DISCUSIÓN

Vivimos en un mundo de grandes movimientos sociales, en el que los migrantes se trasladan a zonas urbanas donde muchas veces se vulnera la identidad biológica y sociocultural de las personas. En el permanente quehacer para la protección de la salud, es evidente la necesidad de estrategias para evitar esta problemática, siendo la interculturalidad un aspecto relevante a considerar.

En nuestro análisis se observaron diferencias en los modelos de atención entre los países de origen y Argentina, en donde refirieron una atención más desarraigada según el modelo médico hegemónico que definió Menendez[4].

La literatura menciona que reconocer la diversidad cultural implica dislocar nuestro lugar de saber/poder y considerar, por ejemplo, que para algunas poblaciones la sexualidad es una temática de la que no se suele hablar y que genera pudor y vergüenza[15]. Esto coincide con los hallazgos de campo donde en su país de origen eran evitados o poco abordados.

Entendiendo a la salud reproductiva como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de poder decidir libremente[15], se observó que las experiencias en este aspecto están marcadas por la tradición cultural de cada sociedad, influenciadas por la accesibilidad geográfica o de cobertura y tipos de controles prenatales. Se vió que estas maneras de vivir y cuidar la salud sexual varían entre generaciones y en las diferentes poblaciones, siendo las prácticas de la medicina preventiva frecuentes en algunas culturas y en otras visto como algo novedoso y positivo al llegar a nuestro país. A diferencia de la bibliografía en donde se menciona la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en la población migrante[15], se destacó en nuestro territorio la disposición de información y una atención médica humanizada respetando la intimidad de la pareja.

Dentro de la perspectiva intercultural la alimentación es otro punto a considerar. Se evidenció que el médico en nuestro país indaga al igual que brinda intervenciones. Al ser éstas del tipo directivas y sin tener en cuenta la cultura del paciente, llevan a este a desestimar el saber/poder que la medicina cumple y cumplió en la normalización y corrección de los hombres[3].

Según la OMS la medicina tradicional es la suma de los conocimientos basados en las teorías, creencias y experiencias propias de las diferentes culturas[19]. En referencia a esto en nuestro trabajo se observó que los pacientes recurren a la misma en primera instancia por sobre la medicina convencional[8]. Sin embargo a pesar de esto resulta ser un tema poco explorado y de aceptación variable por parte de los profesionales de la salud.

En cuanto a la accesibilidad al sistema de salud, entendida como la capacidad de utilizar los servicios cuando y donde sea necesario[16], se encontraron distintas barreras. Se observó un conocimiento parcial del sistema de salud en general. Además, la percepción de la salud que poseen los pacientes de origen extranjero genera una tendencia a no priorizar tratamientos o consultas y a considerar las dolencias como algo común y que debe ser tolerado.

Como punto final, pero no menor, el tiempo de residencia en nuestro país como parte del proceso de migración es una etapa de cambios. En nuestro análisis se reflejan las diferencias en el tiempo de estadía, asegurando que a mayor tiempo de residencia mayor facilidad para comprender y acceder al sistema de salud, al igual que lo define Richard Brislin en las etapas del choque cultural[17].

CONCLUSIÓN

Argentina ha sido a lo largo de su historia destino de múltiples oleadas migratorias, llegando a ser, en la actualidad, el país de América del Sur con mayor población migrante[2]. Debido al desafío que esto le genera al sistema de salud nos propusimos investigar acerca de la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto a su vínculo con el mismo, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio. Dicha población migra en su mayoría atraída por motivos laborales, aspirando a un modelo de vida que supere la pobreza a pesar del desarraigo socio familiar. Esto puede llegar a tener un impacto en la salud, la cual es desestimada en pos de abarcar mayor tiempo a lo laboral, generando una falta de acercamiento al sistema de salud. Sin embargo, aquellos pacientes que llegan a la consulta suelen lograr una buena adherencia a las prácticas preventivas, como en las temáticas de salud sexual y reproductiva; marcando una contraposición en cuanto a la falta de acceso a las mismas en sus países de origen. Otras características inherentes a la cultura son las medicinas tradicionales y la alimentación, en relación a la primera son ampliamente utilizadas por los pacientes migrantes y

poco exploradas por los profesionales de la salud; con respecto de la segunda podemos concluir que las intervenciones que se realizan son eficaces cuando se establece una comunicación efectiva con intercambio de saberes y experiencias; ambos tópicos deberían explorarse con mayor énfasis, evitando homogeneizar las recomendaciones y proveyendo singularidad según la cultura de pertenencia. Debemos considerar que la población a la cual se le realizaron las entrevistas corresponde a una población con acceso a una obra social que puede no ser extrapolable a toda la población migrante.

Al finalizar el trabajo pudimos dimensionar la importancia de comprender las barreras que atraviesan los pacientes en la atención de su salud considerando su cultura de origen y su proceso migratorio. Creemos que explorar en mayor profundidad su cosmovisión enriquecería nuestra práctica al reconocer y respetar la subjetividad de cada individuo y su comunidad. Como médicos de familia y puerta de entrada al sistema de salud debemos comprender este contexto que forma parte de las necesidades y características de nuestra población, y buscar estrategias para lograr la mejor atención para nuestra población[11].

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacomba, J. (2008) Historia de las migraciones internacionales. Historia, geografía análisis e interpretación. Madrid: Catarata. Pp 253.

2. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. INADI. Guía temática. Derechos de las personas migrantes. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación. Área Migrantes. 2016.

3. Foucault, M. (1986) Vigilar y castigar. Madrid: Siglo XXI Editores. Pp.86.

4. Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pp. 451-464.

5. Breilh, J. (2003) Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, Colección Salud Colectiva.

6. SERVINDI (Servicios en comunicación intercultural) (2005). Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción. Lima, Perú: SINCO Editores.

7. OPS/OMS. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Serie OPS/FCH/CH/08/02.E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington DC. EE.UU; 2008.

8. Walsh, C. (2006) Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento. Buenos Aires: Ediciones Del Signo.

9. Carreazo Pariasca, J. (2004) Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. Pediátrica Nº 6.

10. Alarcon M, A.M; Vidal H, A y Neira Rozas, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile [online]. 2003, vol.131, n.9, pp.1061-1065. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014.

11. Menendez, E.L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.1, pp.109-118. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015.

12. Almaguer J, González, Vargas V, García H. (2003). El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. Secretaria de Salud de México. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

13. NACIONES UNIDAS. (2015) Trends in International Migrant Stock: The 2015 Revision. United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml

ANEXO 1

ENTREVISTA.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ACERCAMIENTO

Generar clima cálido y de confianza, lenguaje sencillo y claro.

A. Me gustaría que me cuentes un poco de tu lugar de nacimiento/infancia

I. Lugar/región/país

II. Características geográficas físicas

III. Actividades económicas

B. Contame cómo era tu vida ahí.

I. ¿Con quién vivía?

II. ¿A qué se dedicaba?

III. ¿Cómo era su casa?

IV. Costumbres

V. Actividades de recreación

C. ¿Extrañas algo de tu lugar de origen?

2. LA INMIGRACIÓN

A. Me interesa conocer qué hizo que vinieras a Argentina

B. Y contame un poco más acerca de cómo fue venir acá

I. ¿Hace cuánto tiempo?

II. ¿Con quién? Explorar redes (dinámica familiar) / ¿Con quién vivís ahora?

III. ¿Qué impacto tuvo?

IV. Dificultades

3. SISTEMA DE SALUD

A. Me gustaría conocer qué hacías cuando estabas enfermo en tu país

I. Explorar si tenían médico de cabecera, si iban a un centro de salud/hospital, el médico iba a la casa/ se atendía toda la familia o solo a los niños. Tenían curandero/usaban medicinas tradicionales.

B. Desde que llegaste a la Argentina ¿Te enfermaste alguna vez? ¿Qué te pasó? ¿Qué sentiste? ¿Cómo se solucionó?

I. Indagar si fue a un hospital o centro de salud público, si tenía obra social, si siempre se atendía con el mismo médico o tenía médico de cabecera.

II. Diferencia del sistema de salud de su país con el de residencia actual.

C. Me gustaría que me cuentes cómo fue llegar a esta obra social y cómo te sentís

I. ¿Hace cuánto tiempo? ¿Por qué?

II. ¿Se atiende alguien más de la familia en la obra social?

III. ¿Se atiende siempre con el mismo médico? ¿Tiene médico de cabecera?

IV. Explorar diferencias con el médico de su país.

4. COMUNICACIÓN

A. IDIOMA DE ORIGEN:

I. ¿Se hablan otros idiomas en tu país de origen? ¿Lo hablas?

II. ¿Pensas que es muy diferente a como se habla en argentina?

B. DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN:

I. ¿Tuviste alguna dificultad a la hora de expresar lo que te pasaba? ¿Te sentiste comprendido?

5. ALIMENTACIÓN

A. Pasemos ahora a hablar de las comidas, quisiera que me cuentes qué comidas típicas tenías en tu país y que cosas comían en el día a día.

B. ¿Extrañas alguna comida?

C. ¿Y la comida de Argentina te gusta? ¿Te acostumbraste?

D. ¿Quién cocina en tu casa? ¿En tu trabajo?

E. ¿Podés comer cosas de tu país acá?

F. ¿Alguna vez te indicaron una dieta? Cuándo te la indicaron ¿Tuvieron en cuenta tus costumbres a la hora de comer?

6. SALUD REPRODUCTIVA

A. ¿Tenés hijos? ¿Dónde nacieron?

B. ¿Cómo fue tu experiencia con el control de embarazo y el parto en tu paìs? ¿Y acá?

C. ¿Te cuidás? ¿Cómo? ¿Cómo te informaste sobre que método usar? (Allá y acá)

7. MEDICINAS TRADICIONALES/USOS

A. En todas las culturas existen formas de cura ción más tradicionales, ¿Usabas alguna en tu país?

B. ¿Conoces alguna otra que exista?

C. ¿Acá seguís haciendo uso de estas medicinas? ¿Las tenés al alcance?

D. ¿Qué harías si para una enfermedad un médico te da un remedio y por otro lado hay un método tradicional, cuál preferís? ¿Por qué?

E. ¿Alguna vez le contaste a tu médico que usaste medicinas tradicionales? ¿Qué opinión o reacción tuvo?

Fundación Aequus

Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:

www.facebook.com/aequus

aequusmf

@fundaequus

www.fundacionaequus.com.ar

ESPIRITUALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
APORTES DE LA LOGOTERAPIA, LA PSICOTERAPIA DEL SENTIDO

Spirituality in Family Medicine

Autora: Florencia Elina DUCOIN

Especialista en Medicina General y de Familia y en Salud Social y Comunitaria. Docente de la Carrera de Especialización en Medicina Familiar, Dpto. de Medicina Familiar - Universidad Nacional de Córdoba

Contacto: florducoin@gmail.com

Recibido: 14/04/2019
Aceptado: 13/05/2019

RESUMEN

La espiritualidad es la dimensión humana de la trascendencia, donde residen los valores, la religiosidad y el sentido de la vida. Esta dimensión de la antropología no es tradicionalmente incorporada en la práctica médica. Sin embargo, está ampliamente demostrada su asociación con el mantenimiento y la recuperación de la salud. La logoterapia de Viktor Frankl es una psicoterapia que da elementos concretos para trabajar la espiritualidad desde el análisis y descubrimiento del sentido de la vida. Con esta reflexión se intentará dar un enfoque general de la misma como modo de contribuir a la práctica de una medicina más humanizada.

PALABRAS CLAVES: Espiritualidad. Psicoterapia. Medicina Familiar y Comunitaria.

SUMMARY

Spirituality is the human dimension of transcendence, where values, religiosity and the meaning of life reside. This dimension of anthropology is not traditionally incorporated into medical practice. However, its association with the maintenance and recovery of health is amply demonstrated. Viktor Frankl's therapy is a psychotherapy that gives concrete elements to work on spirituality from the analysis and discovery of the meaning of life. With this reflection we will try to give a general approach to it as a way to contribute to the practice of a more humanized medicine.

KEYWORDS: Spirituality. Psychotherapy. Family Practice.

Tradicionalmente, cuando se habla de espiritualidad en el campo de la atención de la salud se hace referencia a aspectos vinculados a las creencias o prácticas religiosas de las personas. De modo más reciente en la historia de la medicina, la necesidad de atender las necesidades espirituales de los pacientes bajo cuidado médico se fue incorporando en el ámbito de los cuidados paliativos donde se tiene una vivencia cercana al dolor, al sufrimiento y a la muerte.

Sin embargo, si desde la Medicina Familiar pretendemos comprender a la persona de manera integral, debemos saber que la dimensión espiritual nos atraviesa diariamente si le damos lugar.

La *espiritualidad* puede ser entendida de diferentes maneras, pero en general podemos decir que es la dimensión humana de la trascendencia. Es aquella realidad invisible de la persona donde residen los valores, la religiosidad y el sentido de la vida. De la vivencia espiritual de cada uno derivan las respuestas que se obtienen ante las preguntas filosóficas existenciales que la mayoría de nosotros enfrentamos en algún momento de nuestra vida: ¿cuál es el sentido de la vida o de MI vida? ¿existe Dios? ¿qué es la muerte? ¿por qué o para qué existe el sufrimiento? ¿por qué a mí me toca esta realidad? ¿qué es lo más importante de vivir? ¿cómo ser feliz?,etc.

Desde una mirada antropológica bio-psico-espiritual y social se entiende que cada dimensión de la persona no puede ir por separada, sino de manera integrada y dinámica. Incorporar esta manera de entender a cada ser hace que tengamos una práctica, por lo tanto, más humanizada y menos centrada en la dimensión biologicista o cientificista. Juan Gérvas expresa *"lo científico es dudar de las teorías establecidas. Lo médico es escuchar al paciente y ofrecer alternativas a su sufrimiento adaptadas a sus creencias, cultura y espiritualidad. ¡Pobres pacientes cuya espiritualidad se niega en nombre de una diosa insaciable y celosa, la ciencia que no sabe que es pseudociencia! "*[1]

Entonces podemos preguntarnos… *¿el modo de sanar o el modo de enfermar se asocian a la vivencia espiritual de cada persona?*

Cada uno podrá tener diferentes apreciaciones sobre esto, pero no se puede desconocer que la ciencia ha avalado la existencia de una importante asociación entre la vida espiritual y la salud física y mental de las personas.

Diferentes autores se han dedicado a recopilar la experiencia científica sobre espiritualidad. En una de estas recopilaciones se realizo un análisis de más de 1.200 estudios y 400 revisiones que examinan las relaciones entre espiritualidad y religión y variadas condiciones físicas y psíquicas concluyendo que existe entre un 60 y un 80% de relación entre mejor salud y religión o espiritualidad[2]. Señalan además que los beneficios de la espiritualidad son triples: ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento[3].

En relación a la mirada del equipo de salud, un trabajo de investigación brasilero que aborda el tema de la espiritualidad en la medicina y la enfermería pone énfasis en la apertura que debe tener el médico para indagar y aceptar las creencias religiosas de los pacientes desarrollando incluso un cuestionario y pautas para su interpretación[4].

Otra experiencia en este tema es el trabajo de Gimenez Lazcano y Coppolillo, médicos de familia argentinos, que realizaron un estudio de validación del Índice de Bienestar Espiritual (SIWB), cuestionario que fue diseñado para medir el bienestar espiritual subjetivo de la persona y tiene varios ítems relacionados al sentido[5]. En este estudio en el que participaron 215 pacientes (población de clase media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), administrado antes de la consulta con un médico de familia, se encontró un mayor nivel de bienestar espiritual en las mujeres, los menores de 60 años y los que perciben su salud como muy buena y excelente.

Estos autores reflexionan además sobre la falta de formación médica sobre la espiritualidad de los pacientes, y que el mensaje principal de los educadores parecería ser: "no te impliques como persona". La principal barrera del médico a la hora de abordar el tema de las emociones y espiritualidad es el miedo a entrar en contacto con su propia esencia personal muchas veces inexplorada, pero consideran que la dimensión espiritual juega un papel importante en quien desee mirar a la persona de manera holística.

Ellis y colaboradores preguntaron a 170 médicos de familia acerca de sus actitudes con respecto a la espiritualidad y las barreras y frecuencia con que solían discutir asuntos espirituales con sus pacientes[6]. El 96% consideró que el bienestar espiritual era un componente muy importante para la salud. El 86% consideró que el médico debería referir los pacientes con cuestionamientos espirituales a los capellanes; y el 58% consideró que ellos deberían dirigir los asuntos espirituales de sus pacientes. Las barreras para dirigir aspectos espirituales incluyeron: falta de tiempo (71%), entrenamiento inadecuado para tomar historias espirituales (59%), y dificultades para identificar a los pacientes que desearan discutir asuntos existenciales (56%).

¿Qué es la logoterapia y qué puede aportar a nuestra práctica?

La logoterapia, acuñada por Viktor Frankl, es una psicoterapia que considera la dimensión espiritual como pilar en su mirada antropológica de la persona

centrándose fundamentalmente en la pregunta sobre el sentido de la vida.

Es, según mi punto de vista, un marco teórico-práctico que desde sus postulados humanistas, nos brinda un modo particular de "lectura" sobre lo que le pasa al paciente a nivel psicoespiritual y una forma de abordaje integral para cada realidad.

Viktor Frankl, fue un médico neurólogo y psiquiatra que desde joven comenzó a trabajar en el LOGOS, del griego "razón, significado o sentido", como concepto central para los procesos de sanación psicológica. Sus ideas se convertirían luego en la Tercera Escuela Vienesa de psicoterapia, después de Freud con el psicoanálisis y Adler con la psicología individual. Pero fue su supervivencia a *Auschwitz*, campo de concentración nazi, lo que impulsó sus postulados vividos en carne propia y expresados en su trabajo en el best seller "El hombre en búsqueda del sentido"[7]

Frankl sostiene que la salud implica TENSIÓN entre lo que se es y se quiere o se debe ser. Si no tenemos un SENTIDO, caemos en un VACÍO EXISTENCIAL, que es el caldo de cultivo para la depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental.

El sentido no puede "prescribirse", sino que se puede acompañar a la persona para que lo descubra por si misma. Las vías o modos de hallar el sentido para Frankl son tres: 1) "hacer" algo, como una profesión, una misión, servir a Dios, vivir por los hijos, cumplir un proyecto, un sueño, etc. (valores creativos), 2) "experimentar" como quien vive por el arte, la música, la contemplación (valores experienciales) 3) "tener una actitud diferente", cuando la situación que toca vivir no se puede cambiar, lo que puedo hacer es tener una actitud heroica hacia esa circunstancia, como en el campo de concentración o en una enfermedad terminal (valores actitudinales)[8]

A dichos "caminos de sentido" Frankl añade otras dos posibilidades: la auto- trascendencia y la búsqueda de sentido último. La autotrascendencia tiene que ver con salir de uno mismo y con el darse o entregarse a una causa o un OTRO. Esta posibilidad incluye, además, el salir de uno mismo en busca de una realidad superior de tipo espiritual. El sentido último está en conexión con esa búsqueda espiritual y con una explicación de tipo metafísico que supone la exis¬tencia de una realidad superior que or¬dena y da sentido a todo, incluso a lo que no se alcanza a comprender desde la razón[9]

Por otra parte, esta escuela de psicoterapia se autodefine como un complemento para otras terapias, incluyendo aquí la posibilidad de aportar a la medicina y a la relación médico-paciente. Propone varias técnicas y respuestas para atender a cada proceso de sufrimiento psicoespiritual, que pueden ser incorporadas en la consulta médica en tanto se tenga formación adecuada, como son la intención paradójica, la derreflexión, el diálogo socrático, la apelación o el entrenamiento de la voluntad. Pero el principal aporte sería tener una mirada profunda y humanizada del paciente (desde la acepción en latín "patients" que es padecer o sufrir, o sea quien tiene un padecimiento), entendiendo que "lo que cura es el vínculo", más allá de las técnicas que se decidan utilizar[10]

Para concluir, tomamos las palabras de Elizabeth Lukas, conocida logoterapeuta italiana, cuando dice que *"el auténtico médico de cabecera, que hoy todavía, como en otros tiempos, asiste a toda la familia y la ha auxiliado en muchas situaciones de desgracia, es un compañero ideal para una conversación existencial profunda con una persona que necesita ayuda"*[11]

Animarse a incorporar la dimensión espiritual en nuestra práctica, permite que sea cada vez más posible una medicina humanizada y eficiente en su tarea de acompañar las realidades más variadas, en las que existe algún sufrimiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acta sanitaria.com. [internet] Madrid. Actualizado 05 de julio de 2015. Gérvas, Juan. Espiritualidad en Medicina. Disponible en
https://www.actasanitaria.com/si-tener-en-cuenta-la-espiritualidad-del-paciente-es-medicina-alternativa-esta-deberia-ser-central-en-la-medicina-cientifica/

2. Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). Handbook of religion and health. New York, NY, US: Oxford University Press.

3. Salgado, AC. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores
Propósitos y representaciones, (2014) págs. 121-159 Disponible en:
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5475193

4. Lucchetti G , Lamas Granero A, Modena Bassi R, Latorraca R , Aparecida da Ponte Nacif S, Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. Associação Médico-Espírita de São Paulo, SP Rev Bras Clin Med 2010;8(2):154-8

5. Giménez Lascano, Gustavo; Coppolillo Fernando Enrique. Bienestar Espiritual. Investigación con cuestionarios en Medicina Familiar. Revista Archivos de Medicina Familiar y General [internet] (2010) Vol.7nº1 http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/issue/view/11

6. Ellis, M.R., Vinson, D.C. y Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients, Journal of Family Practice, 48(2), 105

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10037540

7. Frankl, V. El hombre en busca de sentido. Barcelona, España: Herder, 1946

8. López J, Rodríguez MI La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer . Psicooncología. [internet] (2007) Vol. 4, Núm. 1, , pp. 111-120
https://www.academia.edu/11498641/la_posibilidad_de_encontrar_sentido_en_el_cuidado_de_un_ser_querido_con_c%c3%81ncer

9. Frankl VE. El hombre en busca de senti¬do último, Barcelona: Paidós, 1999

10. Yalom ID. Psicoterapia existencial, Barcelona: Herder 1984

11. Lukas, Elizabeth También tu vida tiene sentido. Ed. LAG,2003.

PROFAM

PROPUESTA ACADÉMICA

30 años
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria
HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

- **Curso superior universitario de Medicina familiar y práctica clínica ambulatoria** - Modalidades presencial, semipresencial y a distancia.
- **Curso universitario de Medicina familiar y práctica clínica ambulatoria** - Modalidad a distancia.
- **Curso de Demanda espontánea** - Modalidades presencial y a distancia.
- **Curso PROFAM Niños** - Modalidades presencial y a distancia.
- **Curso de intervenciones en cesación tabáquica** - Modalidades presencial y a distancia.
- **Curso de Cuidados paliativos en atención primaria** - Modalidad a distancia.
- **Jornada de actualización en atención primaria de la salud.**

www.fundacionmf.org.ar | profam@hospitalitaliano.org.ar | Tel. (011) 4959-0381

EN MEMORIA DE NUESTRO COMPAÑERO MARCELO AGUSTÍN GONZÁLEZ CALBANO.

Escribe Pablo Chavez

"Agustín y algunos de sus libros favoritos"

Cuando fui convocado para compartir un escrito en clave de *homenaje* sobre Agustín, mi primera sensación fue en el gran desafío que representaba. No es fácil hablar de un amigo, mucho menos producir un texto en el que el afecto se trame con observaciones, reflexiones, críticas, provocaciones, que caracterizaron su palabra, y que puedan tener alguna relevancia para las lectoras y los lectores de esta revista. Lo propuesto fue partir de las experiencias compartidas y, por sobre todas las cosas, de las largas horas de debate y discusión que vivimos juntos. Estas discusiones se encuadraban de manera casi exclusiva en los procesos de salud y sus determinaciones, y siempre giraban en torno a ciertos temas asociados que nos preocupaban. Parecía que detrás de cada discusión se alojaba la intención de alterar algún orden, cuestionando constantemente nuestras propias estructuras y asumiendo la responsabilidad que conlleva reconocer los momentos y los intersticios donde lo establecido, lo hegemónico, insiste.

Quizá el interés de estas líneas no radique en reponer esas discusiones, hacerlas presentes de alguna manera con la ilusión -vana- de extraer de ellas un pensamiento más o menos sistemático, sino más bien en dar cuenta de una práctica (y de una posición subjetiva concomitante) que asumió hasta sus últimas consecuencias el imperativo de modificar las estructuras y los hábitos que condicionan nuestra manera de intervenir en los procesos de salud.

Principalmente, las discusiones y debates se sostuvieron desde un principio sobre aquello que llamamos *Salud Colectiva* donde el punto de partida (a veces más explícito, a veces menos, pero siempre presente) era la pregunta en torno de los modos concretos en los que el ideal de la democratización del acceso se articula con las prácticas concretas de los agentes sanitarios. En este marco, lo que siempre emergía como disparador de la polémica era el vacío conceptual acerca de la subjetividad del médico en sus intervenciones en los procesos de Salud; es decir, ¿de qué forma impacta en la clínica la subjetividad y el vivenciar del médico? Y, junto con ello ¿de qué manera incide la formación académica en el despliegue de la subjetividad del futuro profesional?

Compartimos y revisamos algunos documentos, libros y artículos, que en un primer acercamiento parecían ocuparse de lo mencionado anteriormente, pero al explorarlos más detenidamente, nos encontrábamos solo con propuestas o movimientos procedimentales y/o técnicos, que no cuestionaban o problematizaban realmente el posicionamiento ético del médico en la práctica, lo que siempre nos recordaba la frase de Franco Basaglia: el poder, puede tolerar los cambios, siempre y cuando no generen confusión y puedan ser absorbidos, racionalizados por la estructura dominante. Vinculado a esto, hay unas palabras de Agustín que lo esclarecen:

"La clave, es discutir cómo nos formamos en "esos contenidos" y si realmente son contrahegemónicos. Contrahegemónico, lo que se dice contrahegemónico, es lo que estamos haciendo ahora: contar lo que nos pasa a nosotros, los seres consultados, acerca de la clínica sobre los seres consultantes"[1]

En relación a esto, su paso por la experiencia de Cuidados Paliativos dio fuerza a una idea que solíamos

[1] Palabras de Agustín extraídas de una conversación por Whatsapp

comentar en alusión a la Clínica Ampliada: la Clínica Ampliada debería ser 'subjetivar al médico'.

Así solían armarse las discusiones con Agustín, sus ideas latentes y siempre en movimiento. No era extraño recibir un mensaje con una reflexión intempestiva estimulada por alguna situación particular, acompañada de un dejo de enojo y hasta, a veces, indignación, lo que encendía la discusión a la distancia y marcaba, seguramente, un punto que sería retomado ni bien nos encontráramos.

Agustín era muy crítico con las miradas asistencialistas en Salud, y con aquellas que, sorprendentemente aún hoy, reducían el cuidado de la salud al biologicismo médico y a una lógica de consumo que evalúa la calidad de los servicios en relación a los medicamentos entregados o estudios realizados (aunque no fueran necesarios): "salen de la sala sin nada y se van al hospital porque ahí les sacan placas y les dan pastillas". Por esta razón considero que Agustín fue tan comprometido y querido en la Unidad Sanitaria de Barrio Saladero: él 'ponía el cuerpo´ en cada intervención y planificación, para que los vecinos no deban entregar sus cuerpos a la lógica biomédica y medicalizante.

Agustín hacía hincapié constantemente en la responsabilidad y la implicancia del médico de familia en la dinámica sociopolítica de los procesos de salud, por lo que su compromiso social y político siempre fue destacable: eso también es Salud. Cualquier debate o análisis que proponía estaba siempre atravesado por una multiplicidad de factores sociopolíticos, culturales, económicos que los enriquecían enormemente y de lo cual uno aprendía de manera constante.

La docencia, la militancia, el trabajo en territorio, el trabajo en equipo: de una u otra forma, todo estaba marcado por su concepción de 'el otro', y el reconocimiento de la insuficiencia del saber técnico para definirlo de manera completa; por eso el encuentro, el contacto, el intercambio constante. Una cita de Dussel aplica a esto:

"El aceptar una Otredad distinta, no construida necesariamente a partir del Uno, supone admitir formas totalmente otras y supone también, y necesariamente, el diálogo y la relación con ese Otro en un plano de igualdad basado en la aceptación de la distinción y no en la semejanza o complementariedad."

Es esto lo que hacía que su práctica y la reflexión acerca de ella fuera tan interesante; consciente del *trabajo vivo* y de su implicancia inevitable como médico de familia, lograba no ser absorbido por la estructura dominante, aunque esto le trajera 'más de un dolor de cabeza'.

¿Qué aprendí con Agustín? Que la Salud se milita, que atraviesa como causa y efecto todos los procesos sociales y que no hay realidad que no pueda modificarse, aunque "lo que no puede predecirse es el cambio"[1] aprendí el valor de la Planificación Estratégica, de las formas y usos del poder; aprendí que hay que hablar menos y hacer más y que, por sobre todas las cosas, hay que problematizar la Salud y todos sus atravesamientos de manera constante.

En lo personal, Agustín te sostenía, te movilizaba y después te dejaba andar con tus ideas firmes, seguras. Así es que uno puede ir haciéndose, cuando al lado hay un otro que confía y te muestra que encuentra en uno eso que 'no hay' donde le gustaría. Generar, alterar algún orden, desnaturalizar, buscar la grieta por donde entrar e intentar transformar.

Quizás este caos en la escritura responda a lo difícil que se hace ser claro y conciso sobre un amigo, donde hacerlo letra también es pecar de insuficiente y hasta equivocado. No podría teorizarlo porque la amistad tiene ese defecto. Lo importante, para mí, era retratarlo; seguro queden muchas cosas en el tintero y seguro se seguirá dibujando a través del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Campos GWS. (2001). Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E. E. (2006). SALUD:CARTOGRAFIA DEL TRABAJO VIVO . Buenos Aires: Lugar Editorial.

Basaglia, E. (s.f.). Desde la apertura del manicomio a la nueva ley sobre asistencia psiquiátrica. http://www.psicologiagrupal.cl.

Dussel, E. (1974). Método para una filosofía de la liberación. Salamanca: Sígueme.

Argentina necesita claramente médicos de familia y generalistas.

Entrevista al Dr. Adolfo Rubinstein, Secretario de Gobierno de Salud.

Por: Patricio Jorge Cacace, Editor Ejecutivo de la revista Archivos de Medicina Familiar y General.
Contacto: pcacace@gmail.com

El actual Secretario de Gobierno de Salud de la Argentina es médico recibido con honores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1982; graduado como Magister en Epidemiología Clínica en la Escuela de Salud Pública de Harvard en 1996; y Doctor en Medicina con orientación en Salud Pública de la UBA en 2001.

Considerado uno de los pioneros de la Medicina Familiar en nuestro país, fue fundador y Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre 1989 y 2010; y en 2001 fue parte del grupo fundador y primer presidente de nuestra Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG).

En el ámbito académico en el año 2002 fue creador y Director General del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Director de la Maestría en Efectividad Clínica de la Facultad de Medicina de la UBA; y en 2015 fue nombrado por concurso investigador de carrera del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

En el ámbito político se desempeñó como Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación desde febrero a noviembre de 2017, cuando pasó a ser Ministro de Salud, y actualmente es Secretario de Gobierno de Salud.

El cargo de máxima autoridad del sistema sanitario de nuestro país es desempeñado desde 2017 por un médico de familia. Tras haber tenido el privilegio de contar con su presencia en el acto de apertura de nuestro último Congreso Anual en la provincia de San Juan. El Dr. Adolfo Rubinstein nos recibió en su oficina en el Ministerior de Salud y Desarrollo Social de la Nación para compartir una interesante charla sobre diferentes temas vinculados a la salud de nuestro país.

A: ¿Cuáles son, a su modo de ver, los principales desafíos que enfrenta hoy el sistema de salud en la Argentina?

B: Padecemos un sistema de salud con muchísima segmentación, fragmentación y pluralidad en el finaciamiento de la organización, lo que hace mucho más difícil consolidar, integrar y articular políticas públicas. Esto es un tema que se ve en todos los sub-sectores, entonces, el desafío más importante es ver cuáles pueden ser los denominadores comunes desde la base, que pueden empezar a darle cierta consistencia y homogeneidad en la implementación. Uno de los ejes fundamentales de nuestra gestión tiene que ver con la Cobertura Universal de Salud (CUS). Entendida desde el punto de vista conceptual, cobertura universal de salud significa ofrecer los servicios necesarios y apropiados a toda la población sin que eso implique penurias financieras en el punto de atención, es decir, pago de bolsillo o algún tipo de perjuicio financiero que obstaculice la utilización de esos servicios. Esa definición que es global, universal, es el objetivo principal tanto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) de Naciones Unidas (ONU); donde dentro de los 17 objetivos, el número 3 tiene que ver con Salud y Bienestar, y una de las metas es la implementación de la cobertura universal. Cada país tiene que adaptar este concepto a las características propias de su sistema de salud, de su cultura, de su contexto económico, social, político, su historia, etc. En Argentina, uno podría decir que desde el punto de vista funcional que existe cobertura nacional: cualquier ciudadano argentino, cualquier residente, es más, cualquier persona que está de paso, tiene derecho a recibir atención en cualquier efector público, se trate de un hospital o de un centro de atención primaria. Eso es lo que yo definiría como Cobertura Nominal. Y muchas veces tiene acceso a servicios que, en buena medida, son “servicios aspi-

racionales", que uno dice "está todo cubierto", pero en realidad no es así al momento de la autorización. Nosotros vamos a aterrizar ese concepto a lo que es la Cobertura Efectiva: esto quiere decir garantizar que esos servicios ofrecidos sean realizados con efectividad, equidad y calidad. Eso es pasar de la cobertura nominal o aspiracional, que es lo que tenemos en nuestro país, a que verdaderamente se produzca la cobertura efectiva, actual y real.

A: ¿Por qué piensa que a pesar de todo lo que uno entiende y ve como un beneficio al aplicar esta política, hay algunos grupos que le oponen resistencia al término, sea porque viene de organismo internacionales o por cuestiones ideológicas?

B: La verdad que me cuesta entenderlo, yo todavía no lo pude desentrañar. Esto no viene de ningún organismo financiero internacional, esto es un objetivo que está presente en la "carne" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Naciones Unidas (ONU). Así como estuvieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), hoy están los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), y uno de ellos es, de nuevo, el logro de la Cobertura Universal en Salud (CUS), porque es la única manera de que se pueda dar protección a toda la población, empezando por los grupos más vulnerables.
Sinceramente no encuentro razones por las cuales alguien pueda oponerse a esto, más allá que no sea desde los prejuicios o la ignorancia. Reconozco que en la gestión que nos precedió se habló de una serie de cosas que no representaban adecuadamente a la CUS. A partir de ahí se empezó a construir un discurso como si la CUS estuviera pegada a los organismo financieros internacionales. Yo creo que nada más lejos. La CUS no tiene nada que ver con eso, es un concepto con el cual nadie puede estar en desacuerdo. Después, por supuesto que su implemetación tiene distintos tamices y diferentes matices, pero claramente nosotros entendemos que tiene que ver con mayor cobertura territorial y digital, y una ampliación de la cobertura prestacional, justamente para disminuir la inequidad y mejorar la calidad de las prestaciones con métricas e indicadores específicos. Yo no se quién se pueda oponer a eso, que además es lo que está publicado en todos los documentos de la página web del Ministerio, y es lo que estamos comentando y contando a todos.
Yo creo que al principio había mucha más resistencia porque había más desconocimiento y menos comunicación, me parece que eso está bajando, de hecho 22 de las 24 provincias ya se adhirieron.

A: ¿Cuáles son las dos provincias que no han adherido hasta ahora?

B: Hasta ahora no han adherido Santa Fé ni Formosa.

A: ¿Cuál sería la forma de articular esto en los otros subsistemas que hay en la Argentina: la seguridad social y los seguros privados?

B: Nosotros empezamos ahora en el Ministerio. La política comienza con que en la Argentina no podemos desconocer que existe esta segmentación que comenté anteriormente. Más alla de que el 100% de los argentinos están en teoría cubiertos y tienen derecho a recibir atención sanitaria en los efectores públicos, la realidad es que dos terceras partes de nuestra población tienen además obras sociales o seguros privados. Hay un tercio de la población que solamente tiene acceso al sistema público, que solo puede atenderse en los efectores públicos, donde existe una enorme disparidad en la calidad de atención. Está disparidad en la calidad de atención se refleja en la disparidad en los resultados sanitarios. Cuando se ven las tasas de mortalidad infantil en las provincias más pobres de nuestro país respecto a las provincias más ricas, hay diferencias de entre 2 ó 3 veces; o de mortalidad materna, que llega a diferencias de hasta 5 veces; o de mortalidad por cáncer de cuello de útero donde son más de 8 veces de diferencia; y esto también lo podemos ver en los resultados relacionados con el control de la hipertensión, de la diabetes, la mortalidad cardiovascular, etc. Claramente tenemos un sistema que no está garantizando buena calidad de atención y equidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Entonces, nosotros vamos primero a tratar de comenzar a trabajar sobre todo en el sector público con las provincias, y tratar de ir cerrando esas brechas.

A: ¿Cómo se pueden ir cerrando esas brechas?

B: Nosotros tenemos tres grandes estrategias. La primera es una estrategia de cobertura territorial, es cambiar el sistema del modelo de atención. Esto lo estamos empezando en muchas provincias con la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), que es desarrollar los equipos de salud familiar, idealmente con un médico de familia o generalista, enfermera, agentes sanitarios con población definida a cargo, en áreas georeferenciadas, y con población nominalizada. De las 24 provincias en nuestro país, ya hay 22 que se han adherido a la estrategia de la implementación de la cobertura universal, que es esto que dije anteriormente sobre la ampliación de la cobertura efectiva a través de la estrategia de cobertura territorial con equipos de salud familiar. Y estamos implementando los "Proyectos Provinciales Escalables" (PPE) en 14 de las 22 provincias que ya han adherido, en las otras estamos avanzando. Eso es salud familiar.
La segunda estrategia es la Cobertura Digital. Esto tiene que ver con la infraestructura que se necesita para asegurar la continuidad de los cuidados, por ejemplo, que se nominalice a la población, que se georeferencie adecuadamente, que se conecte en los centros de salud, en los hospitales, con las consultas; y que haya

una Historia Clínica Electrónica (HCE) que asegure la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles, entre el centro de salud y el hospital; y que haya sistemas de referencia y contrareferencia apropiados. Todo esto lo estamos logrando con la implementación de esta HCE, que está también en muchos de estos Proyectos de Provinciales Escalables que ya cuentan con zonas geográficas con conectividad digital, historia clínica electrónica, médicos de familia, equipos de salud familiar con población a cargo, etc. De hecho, así como la Dra. Sandra Fraifer es quien está a cargo de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, y es médica de familia; el Director Nacional de Sistemas de Información es el Dr. Alejandro Lopez Osorio, otro médico de familia.
El tercer eje tiene que ver con la ampliacion de la línea de cuidados, y esto tiene mucho que ver desde la historia del programa SUMAR, que ahora lo estamos reconvirtiendo en el programa PACES. Esto tiene que ver con la priorización de nuevas líneas de cuidado sobre las tradicionales, que estaban muy orientadas a salud materno-infantil. Ahora tenemos líneas que tienen que ver con prevención y control de enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, hipertensión, etc.

A: ¿Cuál sería el grado de alcance de objetivos que tiene hasta hoy?

B: De acá a diciembre queremos dejar los cimientos de la Estrategia de la Ampliación de la Cobertura Efectiva y de los proyectos provinciales. De las 22 provincias que se han adherido, la mayoría son opositoras, no son oficialistas, así que esto es un proyecto que tiene que ver con políticas sanitarias, no con políticas partidarias ni con contextos electorales. La verdad tenemos mucho apoyo en ese sentido. Queremos dejar los cimientos para quien continúe la gestión avance en la implemetación y lo vaya escalando. El objetivo es escalar esta estrategia, no estamos reinventando la rueda, es lo que se tiene que hacer.

A: En cuanto a la cobertura digital destinada a georeferenciar, nominalizar y generar redes integradas ¿en qué consiste?

B: Básicamente es desarrollar primero la base de conectividad. Nosostros estamos con un Plan Nacional de Salud Digital, que hemos presentado hace 2 semanas a nivel nacional, y que lo estamos implementando. Vamos a desarrollar toda una red de conectividad para más de 3000 centros de salud en la Argentina, y eso ya lo estamos empezando a hacer tanto con fibra óptica como con conectividad satelital, justamente para alcanzar a las zonas rurales y a las zonas con mayor dificultad de acceso geográfico. Sobre esto se montan los sistemas de información. Más alla de que cada distrito, cada juridicción en el sistema público, inclusive hospitales, están haciendo sus propios desarrollos, de historia clínica electrónica por ejemplo, y hay muchas provincias que están muy avanzadas en el sistema público, nosotros hemos definido lo que se llaman “estándares de interoperabilidad”: generar estándares tanto en terminología clínica como en los protocolos de comunicación, como en los procedimientos, para que puedan dialogar todos los sistemas entre sí. Existe un estandar federal, el “federador”-se llama así-, que permite que si vos vivís en una provincia, viajás, y tenés un problema en otra provincia, allí exista la posibilidad de recuperar la información de tu HCE. Obviamente con todos los recaudos de privacidad, confidencialidad, etc. Eso es un avance enorme que estamos teniendo, y ahí estamos poniendo muchísimos recursos, muchísima inversión.

A: ¿En que consiste el PACES?

B: El PACES o Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva de Salud, es un nuevo programa que comenzó ahora, que va a reemplazar al programa SUMAR. Se apalanca sobre la lógica de SUMAR, que tiene dos grandes características: por un lado es un seguro, o sea lo que hace es desarrollar seguros públicos provinciales, con población nominalizada, y por otro lado cambia la lógica del del sector público, que es un sector de financiamiento de la oferta y no de la demanda. Y la segunda es que financia por resultados, es decir, paga por cumplimiento de resultados de indicadores que son acordados entre la nación y las provincias. Esa lógica se mantiene con el PACES, pero la ampliación tiene más que ver con las nuevas líneas de cuidado que se van a desarrollar y están mucho más orientadas a condiciones crónicas (infarto de miocardio por ejemplo, además de la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, etc.). Y otro de los componentes muy importantes del PACES va a ser el financiamiento de la creación de equipos de salud familiar, de población a cargo, de indicadores de calidad prestacional, todo eso es parte de la nueva operación del PACES. Su objetivo principal es seguir cerrando las brechas de disparidades sanitarias que hoy existen respecto a un set de indicadores que han sido y están siendo acordados entre la nación y las provincias.

A: La propuesta de cambios sanitarios de la Secretaría de Gobierno tiene experiencias que han sido exitosas en otros países ¿Cuáles son esas experiencias exitosas a las que hacen referencia?

B: Hay varias, por ejemplo en todo lo que tiene que ver con la estrategia de ampliación territorial con equipos de salud familiar, el modelo en el cual más nos estamos referenciando es el de Brasil, de hecho tenemos muchas relaciones con ellos y la Dra. Sandra Fraifer, con su equipo, estuvieron hace poco allá. También otras experiencias internacionales de otros países europeos, y de la misma región, como Costa Rica. Estamos tratando de sacar lo mejor de cada sistema, obviamente adaptado a nuestra realidad. Por

supuesto que el modelo que más se asemeja a lo que nosotros queremos implementar, de la manera en que queremos implementar la cobertura territorial es Brasil. Después diría que en todo lo demás estamos recogiendo las mejores prácticas que están ocurriendo en distintos países, tanto en lo que tiene que ver con cómo estamos armando el financiamiento de la organización de los programas que estamos llevando a cabo para financiar la cobertura universal, o todo lo que tiene que ver con el programa de cobertura digital.

A: Durante el año 2018 el tema del aborto ocupó una parte importante en la agenda pública ¿Cómo entiende hoy el rol del médico de familia frente a esta temática?

B: Yo creo que lo que tuvo de bueno el tema del aborto, más alla de que el desenlace que fue el rechazo a su legalización, es que visibilizó el problema, le dio una trascendencia pública. Lo importante es que fue la primera vez -que yo recuerde- que un tema de salud pública tuvo tal visibilidad y tanta discusión en la agenda social y política en el país. No es sólo Salud Pública, pero es sobre todo Salud Pública. Dejó también otras enseñanzas: creó una gran división de aguas en el país, que en algunas cosas yo hubiera pensado que iba a significar un enorme avance, por ejemplo en educación sexual, entrega de anticonceptivos, prevención del embarazo adolescente y no se si esto está ocurriendo. Respecto al rol del médico de familia, claramente creo que tiene que estar -hoy por hoy- más alla de las creencias, las actitudes y los juicios, que son totalmente respetables a nivel individual. Desde la autoridad sanitaria de aplicación nosotros tenemos que velar por los derechos colectivos, sobre todo por garantizar la seguridad y la calidad, y que no terminen como lo hacen muchos abortos, con grandes complicaciones por no decir muertes, que son absolutamente terribles. Hoy existe una enorme brecha entre aquellas mujeres que tienen la posibilidad de acceder a un aborto seguro de las que no la tienen. Esto tiene que ver claramente con el nivel educativo, socioeconómico, y eso es inadmisible en nuestro país.
Más alla de eso, yo creo que el médico de familia tiene un rol muy importante. Hoy, entre el 80% y el 90% de las interrupciones del embarazo legales son ambulatorias, por eso el médico de familia debe tener un adecuado manejo de la farmacología, conocer cuáles son los criterios y las causales que exceptúan y permiten la interrupción del embarazo, de acuerdo a la normativa vigente. Creo que el médico de familia tiene que conocer perfectamente bien cuáles son los métodos y las drogas, y aplicarlos sobre todo en el ámbito ambulatorio.

A: En su experiencia como médico, como sanitarista, como docente, y como investigador, si tuviera la oportunidad de juntarse a charlar tomando un café con dos sanitaristas argentinos ¿A quién invitaría?

B: A Ginés Gonzalez García (Ministro de salud de la Nación entre 2002-2007) y a Aldo Neri (Ministro de salud de la Nación 1983-1986); son dos grandes sanitaristas que además han estado en la gestión. En la Argentina existen muchos sanitaristas de escritorio, y yo vengo de la práctica. Muchos años dirigí un servicio de medicina familiar, vi pacientes, vi familias. Se lo que es la atención, se lo que son las complejidades de la práctica de la medicina familiar, estuve en investigación mucho tiempo, estuve en la docencia y sigo estando, pero sobre todo en la gestión, estoy en el día a día. Estoy desde lo que son los grandes proyectos, los grandes hitos que se marcan como para poder desarrollarse. Si vos me decís cuáles son mis tres grandes líneas estratégicas para concluir mi mandato a fin de año habiéndose logrado algo, una es la apliación de la cobertura efectiva -incluyendo la estrategia de salud familiar-; el mejoramiento de las políticas de acceso a medicamentos y de reducción de precios a través de estrategias innovadoras, la cobertura de nuevas tecnologías; y todas las políticas de control y prevención de enfermedades crónicas, que hoy están focalizadas en el tema más álgido que tiene que ver con el sobrepeso y la obesidad infantil. Yo diría que esas son mis grandes líneas. A veces por supuesto, bajo éstas te encontrás con que tenés que resolver los temás del día a día, de la provisión de insumos críticos, de vacunas, medicamentos, etc. Y a veces la gestión del día a día te contamina pero también se aprende. Si tuviera que elegir dos grandes sanitaristas, con los que además tengo una excelente relación, son Ginés y Aldo.

A: ¿Qué consejo que le daría a un estudiante de medicina que está terminando la carrera, y está dudando en elegir la medicina familiar como especialidad?

B: Por un lado está la cuestión vocacional, para mí es la especialidad más hermosa, la que estás más cerca de la gente, el puente entre la atención médica y la salud pública y los determinantes sociales, y poder entender la medicina como algo mucho más amplio, más alla de que un médico de familia capacitado está en condiciones de resolver la gran mayoría de los problemas, de poder asegurar la continuidad de los cuidados, de ser un especialista en la persona, y no solo en un sistema. También es cierto que eso no alcanza, eso no es suficiente. Es una especialidad muy demandante, muy trabajosa, muy esforzada, muy dura; y hay un cambio también que yo veo generacional y cultural, que se ve en los jóvenes, en los graduados, que no están muy dispuestos a bancarse una especialidad con la demanda que tiene la medicina familiar. Eso es un tema cultural. Para mí es muy preocupante que hoy se estén ocupando menos de un 40% de las vacantes en residencia de medicina familiar o general, y no es solo una cuestión de incentivos financieros, de pagar más o menos. Eso puede ayudar pero no es solo eso. Entonces es, por un lado es trabajar en el aspecto vocacional y tratar -desde

la facultad- de generar los modelos de rol, los modelos de enseñanza, que permitan que el estudiante de medicina a lo largo de su carrera vea el modelo de un médico de familia, lo vea en la práctica y aprenda, cosa que hoy se ve con cursos muy cortos que no generan esa transferencia de actitudes, de valores o de prácticas. Por otro lado, hay que generar mejores condiciones de mercado, esto si tiene que ver con asegurar que esos residentes sean absorbidos por los sistemas de salud, que se les pague dignamente, y se le den facilidades porque Argentina necesita claramente médicos de familia y generalistas.