

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

# ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 17 | NÚMERO 2 | NOV 2020



ISSN 1668-8341  
CÓRDOBA- ARGENTINA



# Editorial

## La complejidad e incertidumbre de un año que no esperábamos

Llegamos a este segundo número de este 2020. Y sólo con nombrar el año, la intensidad de vivencias relacionadas a la pandemia nos inunda el pensamiento. Pensamos, incluso, escribir esta editorial desde algún otro enfoque. No pudimos. Parece imposible escapar de esta nueva normalidad, que de normal tiene muy poco. Podemos, sin embargo, expresar algunas ideas que sean fuente de cuestionamiento para quienes nos leen y para quienes escribimos sobre la salud.

### ¿Sistemas de salud o campo de la salud?

Regularmente aparece esta tensión en las discusiones académicas. Se ha propuesto que las medidas más radicales al inicio de la pandemia pusieron el foco en cuestiones relacionadas al sistema sanitario, particularmente centrado en el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención. Pero rápidamente la necesidad de valorizar aún más el trabajo en el primer nivel de atención se impuso en las discusiones y encuentros de equipos de salud del primer nivel de atención. Y no sólo el sector salud. La organización y la gestión de la pandemia movilizó otros actores sociales. La red territorial que sostiene cuidados básicos de la sociedad, particularmente en sectores más vulnerables, cobró otra importancia. Las fuerzas de seguridad, el personal de servicios de limpieza, el colectivo docente, las organizaciones sociales, los voluntariados, las referentes de merenderos. Es larga la lista de los llamados *trabajadores esenciales*. ¿Seremos capaces de sostener esos vínculos para trabajar otros problemas de salud? ¿Los equipos del primer nivel de atención podremos tomar aprendizajes de la actividad que está teniendo hoy el campo de la salud?

### ¿Es la vacuna la solución final?

Así como no podemos adjudicar la pandemia sólo a la existencia de un nuevo coronavirus, tampoco podremos declarar el fin del problema con la llegada de una vacuna. Sin embargo, el anuncio de algunas soluciones farmacológicas ha generado gran expectativa. A pesar de ella, y del protagonismo que toma el tema en casi todos los medios de comunicación, vale aclarar que todavía no es posible un análisis serio, calmo y prudente desde el punto de vista científico, ya que necesitamos resultados finales de Fase 3 para recién entonces analizar su seguridad y eficacia, y ver su efectividad.

También queremos recuperar, otra vez, al sanitarista argentino Ramón Carrillo: “los microbios, como causas de la enfermedad, son unas pobres causas”. Hace años que la OMS viene advirtiendo sobre el riesgo de las enfermedades emergentes, con posibilidad de convertirse en pandemia. Los sistemas productivos dominantes, la mercantilización de los servicios de salud, la relación de la humanidad con el entorno natural y el debilitamiento del sistema inmunológico a causa de los modos de vivir, son las causas más fuertes que nos desafían a pensar en soluciones más de fondo. Deseamos que la vacuna traiga soluciones en el sentido de su capacidad de generar inmunidad suficiente contra el virus. La solución al problema social que encarna la pandemia es una tarea que no termina con una sola dosis.

### Ante la pandemia....¿Protocolos de atención o modelos de atención?

Los Determinantes Sociales de la Salud, las *condiciones* de vida (mucho más que los estilos), y la Ley de Cuidados Inversos en Salud se están haciendo evidentes y dolorosamente tangibles más que nunca en el desarrollo de la pandemia, y sus demoledoras estadísticas.

Un reconocido sanitarista argentino sostenía en sus clases que “*la norma no es norma hasta que no se hace cultura*” (sic). Las nuevas medidas para salir del confinamiento y empezar a vivir plenamente la “nueva normalidad” no pueden seguir centrándose en culpabilizar las conductas individuales, apelando al miedo y/o al castigo. Más que *riesgo*, los efectos de la pandemia se descifran en clave

de *vulnerabilidad*. Quizás debamos potenciar un discurso hacia una “gestión del riesgo de contagio” reforzando responsabilidades colectivas, reformulando y adecuando las políticas sanitarias al contexto cotidiano y a las amenazas del futuro, buscando el entendimiento y asimilación cultural de las medidas de prevención que debemos seguir manteniendo con responsabilidad individual y de forma solidaria. Y junto a ello reforzar las acciones respecto a los grupos más vulnerables.

Estando próximos al final del año, el horizonte que se vislumbra es complejo: una pandemia que muestra rebrotes en muchos países, consecuencias clínicas de la postergación de la atención de diferentes patologías, equipos de salud fatigados por el trabajo intenso desde hace meses, severas consecuencias sociales, educativas y económicas del confinamiento, y la amenaza de las enfermedades del verano en Latinoamérica (particularmente el dengue).

Como dijimos en Mayo pasado “*somos los primeros en entrar y los últimos en salir*”; por eso esperamos que cada uno de los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención no baje los brazos sino que capitalice las vivencias de esta pandemia para que el día después nos encuentre más sabios, resilientes, y orgullosos de haber transitado este camino siendo parte de un grupo de trabajo que estuvo a la altura de las circunstancias, acompañándose y acompañando a nuestras comunidades.

Equipo Editorial.



# ÍNDICE



## ARTÍCULO ORIGINAL- INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

### **SOLO SOY AMA DE CASA.**

ANTACLE A, CABELLO LATIFE, N; CABEZA, M; ERBETTA,F; FERRO, M; FITZSIMONS, M;  
GARCÍA PINTO, S; GHIDARA, E; LUQUE, M ;MELHEN, C; SAL, J; VALDEZ DONELLI, M;  
YANICELLI, M.....PAG. 4-10

## RELATO DE EXPERIENCIA

### **ADOPTANDO UN MODELO DE GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA.**

CIUFFOLINI, M; BOSSIO, JC; SANCHIS, I; POLVERINI, A; TUNINETTI, R; RODRIGUEZ, M;  
BECCO, V; VEGA, M; JURE, H .....PAG 11-15

## ARTÍCULO ORIGINAL – ESTUDIO COMPARATIVO

### **AUTOMEDICACIÓN Y AUTOPRESCRIPCIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MÉXICO, BOLIVIA Y ECUADOR.**

RAMÍREZ ARANDA; JM; SUÁREZ CUBA, M; ASTUDILLO ROMERO, R; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A; MORALES RAMÍREZ, M; RODRÍGUEZ MORALES, V; ESPINOSA JARAMILLO, P; AGUAYO ARTEAGA, F; GUZMÁN GONZALES, C; ESPINOZA PEDRAZA, R; FERNANDO GÓMEZ CORREA, D; QUINCHE SUQUILANDA, A ; BARRAGÁN HERNÁNDEZ, P.....PAG. 16-24

## ARTÍCULO ORIGINAL – ESTUDIO DESCRIPTIVO

### **PROMOCIÓN DEL USO COMUNITARIO DE LA MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.**

BARBARA B; MAYRA G; ALBERTO P .....PAG. 25-28

## ARTÍCULO ORIGINAL – ESTUDIO DESCRIPTIVO

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO ENTRE 2016-2019 EN LA UNIDAD SANITARIA DE LOMA PARAGUAYA - BAHÍA BLANCA. ARGENTINA.**

ECHEVERRIA P; FERRINI L; GARCIA N; HEGEL D; ILLANES A; ROMERO R.....PAG. 30-34

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

### **CRISIS FAMILIARES PARANORMATIVAS.**

LOVO, J.....PAG. 36-41

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

### **LA MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19.**

JURE, H.....PAG. 42-43

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

### **OPORTUNIDADES COVID 19.**

ARCEO, M D; DRIMER, C L; KOPITOWSKI, K S.....PAG. 44-47

# Sólo soy un ama de casa

## *I'm just a housewife*

Autores: Antacle, Alberto Antonio<sup>1</sup>; Cabello Latife, Nancy Yasmin<sup>1</sup>; Cabeza, Matias Alejandro<sup>1</sup>; Erbeta, Franco<sup>1</sup>; Ferro, María Victoria<sup>1</sup>; Fitzsimons, Melisa Alejandra<sup>1</sup>; García Pinto, Sofía<sup>1</sup>; Ghidara, Eleonora Natalia<sup>1</sup>; Luque, María Eugenia<sup>1</sup>; Melhen, Cecilia María<sup>1</sup>; Sal, Jessica Natalia<sup>1</sup>; Valdez Donelli, Melissa<sup>1</sup>; Yanicelli, María Julia

### Afiliaciones:

1. Construir Salud – OSPeCon Tucumán

**Contacto:** Antacle, Alberto Antonio – Médico de familia – albertoantacle@hotmail.com

**Recibido:** 21/04/2020.

**Aceptado:** 31/08/2020.

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue describir y profundizar la vivencia de las mujeres en su rol como amas de casa (AC). Es un estudio cualitativo, fenomenológico con mirada etnográfica. Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas analizadas en profundidad, familigramas y ecomapas, a AC de 29 y 61 años seleccionadas en forma intencional y por conveniencia en una población rural y otra urbana. *Ama de casa y nada más:* Las AC están pendientes de aquellos que las rodean, “sos maestra, cocinera, costurera, un montón de cosas...”. Aunque su dedicación es de tiempo completo, su relato finaliza con “(...) nada más (...)”. *Nunca termina:* Un día de las AC resulta agotador, “siempre hay cosas para hacer”. *¿Atrapadas sin salida?:* El tiempo libre es gestionado de diferente manera. Algunas no cuentan con este momento por la dificultad que tienen para delegar tareas, “sin mí no son nada”. *Quisiera ser...:* varias no pudieron proyectarse más allá del día a día, otras expresaron sentimientos de resignación y algunas se vieron esperanzadas en realizar nuevas actividades. *“La que no puede enfermarse soy yo”:* Nadie las sustituye en su trabajo, remarcando tener que estar 100 % disponibles para sus familias. *“Se dice de mí”:* Se sienten valoradas por su familia, no socialmente, haciendo referencia al machismo predominante, “los hombres creen que es muy fácil”. Es un trabajo invisible que se valora cuando está ausente. Creemos que, como Médicos de Familia podemos intervenir brindando un refuerzo positivo en cada consulta, empoderándolas, reconociendo que su trabajo es importante y valioso.

**PALABRAS CLAVE:** Zona rural, zona urbana, investigación cualitativa.

### ABSTRACT

The objective of this research was to describe and deepen into the experience of women in their role as housewives (HW). It is a qualitative, phenomenological research with an ethnographic view, based on 20 semi-structured interviews analyzed in depth, with family genograms and ecomaps, from HW between 29 and 61 years old, selected intentionally and for convenience, on a rural and a urban scenery. *Housewife and nothing else:* The HWs are aware of those around them, “you’re a teacher, cooker, seamstress, a lot of things ...”. Although their dedication is full time, their story ends with “(...) nothing else (...)”. It never ends: A HW’s day is exhausting, “there’re always things to do.” Caught with no way out?: Free time is managed in different ways. Some do not have this moment, because of the difficulty to delegate tasks, “without me they’re nothing”. I would like to be ...: many of them could not project beyond their routine, others expressed feelings of resignation and some were hopeful at performing new activities. “The only one who can’t get sick is me”: No one substitutes them in their work, they have to be a 100% available for their families. “It’s said of me”: They feel valued by their families, not socially, referring to the predominant machismo, “men believe it’s very easy.” It’s an invisible work that’s valued when it’s absent. We believe that, as Family Physicians, we can intervene by providing positive reinforcement in each consultation, empowering them, recognizing that their work is important and valuable.

**KEYWORDS:** Rural areas, urban areas, qualitative research.

## INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española define como ama de casa: *“toda mujer que tiene como ocupación principal el hogar, dedicándose a tareas domésticas”*.

El trabajo doméstico es el conjunto de actividades del hogar que están dirigidas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la familia, y a las que se les ha atribuido socioculturalmente el carácter de obligatorias y gratuitas.

A decir de Durán, implica cuatro tipos de actividades: de reproducción (embarazo, parto, lactancia), de ejecución (manipulación de objetos para su utilidad como bienes y servicios), de gestión (trámites, pagos, relaciones con instituciones), y de socialización y afectivas. En ocasiones estas se llevan a cabo simultáneamente, por lo que es un trabajo complejo y también continuo, pues no se acaba.<sup>1</sup>

El trabajo de las mujeres en el hogar no ha sido reconocido como verdadero trabajo hasta hace muy poco. El tiempo y las actividades no remuneradas de la ama de casa han pasado desapercibidas, invisibles, en los análisis económicos, ya que no eran reconocidos como merecedores de ser analizados.<sup>2</sup>

Esta tendencia general de considerar a las mujeres como económicamente inactivas se encuadra en una cultura que se ha transmitido y recibido tanto en el ámbito familiar, como en el institucional. Ambas modalidades de educación –informal y formal, respectivamente– han ido transmitiendo la diferenciación de tareas y el reparto de ambos tipos de trabajo según el sexo: para los hombres el productivo, el que se realiza en el ámbito de lo público, el que tiene valor de cambio, el que es cuantificable como beneficio económico; y para las mujeres el reproductivo, el que se realiza en el espacio doméstico, el que sólo tiene valor de uso y es, por lo tanto, no cuantificable como beneficio económico y, en consecuencia, tiende a pasar desapercibido.<sup>3</sup>

El trabajo de la mujer ama de casa ha sido socialmente construido como su responsabilidad personal, y su identidad pasa por las formas específicas del trabajo doméstico que realice. Este trabajo se manifiesta a través de nueve elementos centrales: 1) no son remuneradas; 2) son de jornada interminable; 3) implican multiplicidad de tareas; 4) son rígidas, en el sentido de que están sujetas a las necesidades de los miembros de la familia; 5) requieren de muy poca capacitación para su desempeño; 6) permiten poca autonomía, pues la libertad de acción y de pensamiento dependen de las necesidades de otros; 7) representan indefensión, ya que las mujeres que las realizan se enfrentan a riesgos físicos, enfermedades, conflictos familiares, y no existe un contrato que cubra la satisfacción de los servicios que atiendan necesidades de estos tipos; 8) son invisibles, pues su desempeño no es reconocido como trabajo, son obligatorias y muchas veces no son aceptadas social-

mente; y 9) son de tipo individual y aislado.<sup>2</sup>

El ámbito rural no es ajeno a esta forma de ver a las mujeres, ya que su rol como verdaderas productoras no es reconocido, y queda relegado, al menos socialmente, a sus tareas en el hogar. Algunos estereotipos que se pueden evidenciar en la zona rural con respecto al rol de las mujeres en este, son: ‘la mujer no trabaja, “ayuda” con la huerta, las cabras, el corral, etc.’; ‘“ella no trabaja, es ama de casa”’; ‘está preparada “naturalmente” para ocuparse de la casa, los hijos, la comida, los enfermos y los ancianos’; ‘las mujeres son suaves y sensibles por eso saben cuidar de la familia’. Como resultado de estos estereotipos, el rol de la mujer rural tampoco es valorado económicamente.<sup>4</sup>

Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del primer trimestre de 2017, las amas de casa son aproximadamente 1.842.598 mujeres, un 25 % del total son económicamente inactivas, entre las que se encuentran jubiladas, pensionadas y estudiantes. Las mujeres amas de casa tienen un promedio de 39 años (38,63). Un 20 % se encuentra entre los 13 y 25 años, un 55 % entre los 26 y 50, un 21 % entre 51 y 60 y el 4 % restante es mayor de 60 años.<sup>5-6</sup>

Por todo lo anteriormente mencionado nos parece fundamental conocer la vivencia de las mujeres en su rol de amas de casa dentro de su entorno sociocultural, y desde esta perspectiva observar si existen diferencias entre las amas de casa que viven en una zona rural con respecto a las que viven en una zona urbana, para poder acompañarlas como médicos de familia teniendo en cuenta su contexto.

### Objetivo General:

Describir y profundizar la vivencia de las mujeres de una población urbana y rural en su rol como amas de casa en el periodo entre junio y julio del año 2019.

### Objetivos Específicos:

Conocer la representación social que las amas de casa tienen de su trabajo.

Averiguar cómo perciben el valor que el entorno da a su labor.

Caracterizar la vivencia de las amas de casa de acuerdo a su contexto sociocultural.

### Material y método:

Se realizó un estudio cualitativo desde un abordaje fenomenológico con una mirada etnográfica para conocer las representaciones sociales de las mujeres entrevistadas.

### Universo de estudio:

La unidad de estudio estuvo conformada por mujeres de entre 29 y 61 años cuya principal actividad fuera la de ser ama de casa, y que convivieran al menos con una persona. Las mujeres eran pertenecientes a dos poblaciones diferentes de la provincia de Tucumán, una rural (Carancho Pozo,

Leales) y una urbana (Yerba Buena).

#### **Técnica de muestreo:**

Se realizó un muestreo intencional y por conveniencia; se buscó informantes claves a los que se accedió a través de un padrino informal, en una zona rural y otra urbana de Tucumán.

#### **Técnica de recolección de datos:**

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, individuales, hasta la saturación de los datos. Las entrevistas tuvieron como característica la utilización de preguntas abiertas y de contraste. Estas fueron audiograbadas.

Como herramientas complementarias para describir el contexto sociocultural que rodea a la persona entrevistada, se utilizaron:

- **Familiograma:** Desarrollado por Murray Bowen (terapeuta familiar sistémico) en 1978. Representación gráfica de la estructura familiar en un momento determinado. Presenta dos componentes: uno estructural, que representa la arquitectura familiar, número de integrantes, sexo, edades, fallecidos, enfermedades, factores de riesgo y situación laboral; y otro funcional, que representa la relación entre los miembros de la familia.

- **Ecomapa:** Instrumento que permite identificar las interrelaciones de la persona con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve. Da información sobre la red extrafamiliar de recursos. Se constituye de una ayuda visual para la comprensión del entorno en el que se desarrolla la vida de esta persona.

#### **Análisis de los datos:**

El análisis de los datos se realizó siguiendo los pasos de la Teoría Fundamentada, a partir de la transcripción y análisis de las entrevistas y su comparación constante, hasta obtener la hipótesis heurística.

La Teoría Fundamentada fue desarrollada en la década del 60 por Glasser y Strauss como método de investigación cualitativa. Su base epistemológica es la generación de hipótesis y teorías que se sustentan directamente en los datos obtenidos del discurso de los propios productores de los mismos, es decir, de los sujetos que participan de la investigación. El método de análisis que proponen Glasser y Strauss se basa en la lectura y relectura de los textos obtenidos de las entrevistas, a lo que sigue la codificación hasta la saturación teórica y la generación de categorías de orden creciente hasta la obtención de la hipótesis heurística (Vasilachis de Gialdino, 2009).

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se solicitó a los participantes su autorización para audiograbar las entrevistas con previa explicación sobre la finalidad del estudio, y se garantizó la confidencialidad de los datos brindados. La participación fue libre y voluntaria.

El protocolo de esta investigación fue visado por un comité de ética.

#### **FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y CONFLICTOS DE INTERÉS**

La presente investigación no recibió financiamiento externo alguno, asimismo los investigadores declararon expresamente no presentar objeción moral ni conflicto de interés en la presente.

#### **ESCENARIO**

Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de cada ama de casa. Se destinó un espacio concreto para la realización de estas en el que pudo garantizarse la privacidad y un clima de confianza.

*Escenario Rural (Carancho Pozo, Leales – Tucumán)*

Carancho Pozo es un pueblo de aproximadamente 700 habitantes, situado en el departamento Leales, a 56 km de la ciudad capital. Este pueblo tiene las características de una zona rural, cuya principal actividad es la agricultura. La mayoría de las viviendas son simples y se ubican en el centro de grandes terrenos cuyos fondos cuentan con corrales llenos de distintos animales, además de huertas que cada familia mantiene. El orden y la limpieza son algo a destacar, en especial teniendo en cuenta que los pisos y las calles son de tierra. Estas familias cuentan con los mismos servicios públicos presentes en los centros urbanos, tales como recolección de basura, agua potable de red y servicio eléctrico, pero a diferencia de estos, los niños juegan en las veredas, las casas no tienen rejas, y se respira una gran sensación de seguridad y tranquilidad.

Los jóvenes suelen emigrar en busca de trabajos, generalmente temporales, en fincas aledañas (en el caso de los hombres) o como empleadas domésticas (en el caso de las mujeres). Las mujeres mayores quedan en casa al cuidado de sus hijos, nietos y del hogar, además realizan todo lo que implica la tarea doméstica de campo como cuidar y alimentar a los animales o hacer el pan.

Contamos con un padrino informal que trabaja en el CAPS Carancho Pozo, quien nos presentó en las casas de nuestros entrevistados, donde fuimos recibidos cálidamente, con buena predisposición para realizar la tarea que les propusimos.

Al analizar los familogramas concluimos que gran parte de las familias de este escenario son nucleares, encontrándose de forma equivalente en etapa de extensión y contracción. Analizando los ecomapas, notamos que la mayoría tenía su red de contención principal en la familia nuclear, destacándose la escasa relación social con otras personas de su comunidad, refirieron además relación distante con el servicio de salud y los otros sectores de recreación cultural con los que disponen. Algunas refirieron realizar otra actividad fuera de su labor de ama de casa, entre ellas andar en bicicleta, coser, amasar y maquillar.

### Escenario Urbano (Yerba Buena - Tucumán)

El departamento de Yerba Buena cuenta con una población de 75.076 habitantes (censo 2010, INDEC). Este departamento cuenta con zonas socioculturalmente muy dispares.

Se entrevistó a un informante clave que trabaja en el Centro Municipal Ramón Carrillo quien nos comentó que su área de responsabilidad cuenta con un centro cultural que al parecer no tiene mucho movimiento; también hay una biblioteca y diez plazas en buen estado.

Nuestras entrevistas fueron realizadas en Barrio "El Típal, Km 12 y medio", el Barrio "Apunt" y el "Barrio 13" a familias de nivel socioeconómico medio-bajo. Las casas que visitamos eran de material, algunas muy precarias, y en muchas de ellas se vivían situaciones de hacinamiento o terrenos compartidos por distintos integrantes de las mismas familias. En contraste con lo observado en la zona rural, nos llamó la atención la falta de higiene y el desorden de algunas de las viviendas en las que nos permitieron el acceso. En varios casos nos atendieron a través de una ventana o una puerta a medio abrir, posiblemente por la inseguridad que se vive en esta zona.

Contamos con un padrino informal perteneciente al Centro Municipal de Salud quien nos presentó a las familias para realizar las entrevistas. En general no se mostraban predispuestas, debido a que se encontraban apuradas refiriendo estar ocupadas en tareas del hogar; con el correr del tiempo la confianza fue creciendo, tornándose en un clima de confort, lo que llevó a que el diálogo fuera más fluido, y de esta forma logramos concluir de manera satisfactoria nuestras entrevistas.

Al analizar los familiogramas concluimos que gran parte de las familias son nucleares, encontrándose la mayoría con hijos en edad escolar y adolescentes.

En los ecomapas, notamos que muchas tenían su red de contención principal en la familia nuclear y sus familiares, destacándose la escasa relación social con otras personas de su entorno. Refirieron relación indiferente con el servicio de salud, y en general relación distante con la iglesia. A diferencia del rural notamos una mayor diversidad de actividades fuera del hogar, como: realización de deportes, ayudar al marido en su negocio, tejer, jugar a la lotería, actividades de panadería, ir al gimnasio, etc.

### HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Se realizó la lectura de los textos obtenidos por transcripción de las entrevistas realizadas a las amas de casa, con la posterior codificación de los datos primarios, verificando la saturación de estos. Se obtuvieron categorías descriptivas, como lo propone la teoría fundamentada. Entre estas encontramos:

#### AMA DE CASA Y NADA MÁS...

Un ama de casa se define como la persona que se dedica principalmente a las tareas domésticas, como

coinciden la mayoría de las mujeres en su relato: *"hacer las cosas de la casa, dedicarme a mis hijos... la limpieza, lavar, cocinar, todas esas cosas..."* (37 años, urbano). En ambos escenarios perciben que su labor es un trabajo como cualquier otro, *"nosotras también trabajamos igual que todas las personas"* (40 años, rural), *"para mí la ama de casa es como cualquier otra persona, porque trabaja igual que los demás"* (31 años, urbano).

La misión de la mujer en la vida y sobre todo en el hogar, la obliga a ser una pequeña enciclopedia, y aunque no posea todos los conocimientos, procura estar al pendiente de todos aquellos que la rodean (C. Luengo). De este modo, encontramos relatos coincidentes como *"ser psicóloga también de los chicos, ayudarlos un poco... son muchas etapas y uno tiene que contenerlos a cómo van a su ritmo"* (30 años, urbano), *"tratás de que sean lo mejor... Sos maestra a la misma vez, porque tenés que enseñarles, te volvés cocinera, repostera, costurera, un montón de cosas..."* (31 años, urbano). Ellas están atentas al más mínimo detalle, saben cómo hacer más con menos y si se presenta algún problema saben solucionarlo.

Las amas de casa pasan todo el día, o la mayoría de él, dedicándose a actividades domésticas y al cuidado de los otros, tarea que en el escenario rural expresan con orgullo: *"Sí me gusta ser ama de casa y como madre tratando de llevar todo adelante, dando la mejor educación a mis hijos"* (44 años, rural), mientras que en el escenario urbano predomina el sentimiento de sobrecarga, *"y, yo trabajo 24 horas los 365 días del año... no tengo feriados, no tengo paritarias, no tengo vacaciones, no tengo nada... no tengo un gremio... nada ni nadie que me defienda..."* (44 años, urbano), notándose en su discurso que su prioridad está centrada en su familia, postergando sus propias necesidades: *"Yo si me tengo que comprar algo, tengo que decir que de las zapatillas me está saliendo el dedo para comprarme... primero tengo que ver por ellos"* (44 años, urbano), *"no tengo tiempo ni para ir al médico"* (57 años, urbano).

Este resulta ser un rol sobre el cual recae todo tipo de responsabilidades, tiene desafíos como cualquier otro, y contiene un sinnúmero de funciones que deben realizarse día a día. Algunas expresan que disfrutan de su actividad diaria *"yo hago las cosas bien, contenta"* (60 años, urbano), mientras que otras lo viven con un sentimiento de resignación *"y, ya es la vida que llevo yo"* (57 años, urbano), u obligación *"no es que me gusta... es lo que uno tiene que hacer"* (47 años, rural).

A pesar de que todas reconocen que las labores del ama de casa son muchas y requieren una dedicación de *tiempo completo*, su relato casi siempre finaliza con un *"...nada más..."*, minimizando su tarea, similar a lo descrito por Casas y Sallé, quienes refieren que son las propias mujeres las que consideran al quehacer doméstico como una de las profesiones con menor prestigio social.<sup>7</sup>

## NUNCA SE TERMINA

En el campo o en la ciudad, un día de la ama de casa resulta “*agotador*” (57 años, urbano), pasan muchas horas del día dedicadas a diferentes actividades, “*siempre hay cosas para hacer*” (41 años, rural), “*siempre hay tarea en la casa, todos los días*” (58 años, rural), “*todo el día a las corridas*” (32 años, urbano).

La mayoría de estas mujeres inician su día muy temprano, “*me levanto a las siete*”, y luego su jornada transcurre de forma rutinaria “*tengo que llevar a los chicos a la escuela... vuelvo y me pongo a acomodar, a limpiar*” (22 años, rural), “*la vida cotidiana de uno de todos los días*” (44 años, rural), “*y al otro día sucesivamente lo mismo*” (37 años, urbano), “*nunca se termina*” (31 años, urbano). Pareciera que la hora de descansar nunca llega, “*siempre soy la primera en levantarme y la última en acostarme*” (37 años, urbano).

## ¿ATRAPADAS SIN SALIDA?

Según la socióloga francesa Christine Chevallier, el tiempo libre es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, para descansar, divertirse y relajarse.

Si bien encontramos que algunas mujeres eran capaces de generarse su propio tiempo libre, “*voy al gimnasio 3 o 4 veces a la semana*” (35 años, urbano), “*veo mi novela, ya saben ellos, no me molesten... Es mi hora... porque tengo derecho*” (40 años, rural), se ha notado con más fuerza la idea de sentirse “atrapadas” en las tareas domésticas “*siempre hay algo para hacer... no tengo tiempo*” (41 años, rural), “*para dedicarme un tiempo tendría que dejarlos de atender a ellos*” (44 años, urbano). En general estas mujeres son aquellas que se dedican al cuidado de niños en edad preescolar, etapa de gran demanda. Quizás esto también esté relacionado con la dificultad que las amas de casa tienen a la hora de delegar las tareas, “*sin mí no son nada*” (31 años, urbano) y “*¿qué puede hacer el padre?... ¿los hijos a quién buscan? a la madre*” (35 años, urbano); ya que desde tiempos inmemoriales se considera que la ama de casa es quien debe encargarse de mantener el equilibrio en el hogar, no solo cocinando, limpiando o comprando artículos necesarios, sino conociendo en detalle todo lo relacionado con la casa.

## QUISIERA SER...

Al momento de indagar los proyectos que estas mujeres tenían pendientes y aquellos que quisieran retomar, surgieron diferentes relatos. Algunas no pudieron proyectarse más allá del día a día expresando: “*no me imagino haciendo otra cosa*” (32 años, urbano); denotando el peso de la tradición familiar, “*no sé qué podría ser... así ha sido mi abuela y seguimos*

*toda la cadena de familia*” (60 años; urbano). Otras expresaron sentimientos de resignación al dejar de lado sus planes por diferentes circunstancias, “*tuve mi hijo a los 19 años y ya para mí era un compromiso mi hijo... no hice lo que a mí me gustaba, pero bueno, así es la vida*” (40 años, rural), “*me hubiese gustado terminar la escuela*” (27 años, rural).

En contraparte hay quienes se vieron esperanzadas con la idea de realizar nuevas actividades en un futuro, “*mi proyecto es, por ejemplo, poner un microemprendimiento, algo que tenga que ver con la comida, la costura, son cosas que me gustan*” (37 años; urbano).

Además, la distancia y la reducida accesibilidad, consecuencia de un limitado transporte público, jugó un papel fundamental con las amas de casa de Carancho Pozo dificultando la realización de actividades fuera del hogar, “*para ir a la ciudad hay que buscar el medio... quisiera ir a un lugar donde pueda aprender más*” (47 años, rural).

## “LA QUE NO PUEDE ENFERMARSE SOY YO”

Al interesarnos por conocer si creían que su tarea estaba afectando su salud, la mayoría de las amas de casa del escenario rural manifestaron que no se sentían afectadas. Consideramos que esto se debe a que su tarea está más naturalizada; además, el contexto incluye actividades que no giran únicamente en torno al cuidado de los hijos, sino que las combinan con la cría de animales o cultivo de las huertas. Asimismo, cuentan con un entorno familiar cercano, que sirve de apoyo en el día a día, ya que comparten los terrenos entre familias, ubicándose las casas en un mismo lote con espacios en común. Lo que se percibe en cuanto a las dinámicas relacionales es que son permeables, con una interacción social permanente, los vecinos entre ellos se saludan y se conocen, los hijos visitan y ayudan a sus padres en sus labores diarias. Se vive un clima de seguridad y bienestar.

En contraste, las mujeres del escenario urbano expresaron que el deber de ama de casa claramente impacta en su salud física, “*anoche no he dormido del dolor de brazos, me siento cansada, cansada, cansada*” (57 años; urbano), pero principalmente en su salud emocional, “*los hijos a una le quitan toda la energía, le absorben la psiquis... a mí me altera... eso me lleva a un estrés*” (44 años; urbano), “*psicológicamente terminás cansada y cuando ellos se pelean mucho como que te dan ganas de llorar, terrible porque no sabés qué hacer*” (29 años; urbano). Cabe resaltar que el desarrollo urbano lleva a que las mujeres amas de casa estén más aisladas en su labor, ya que cada uno está inmerso “en su propio mundo”, y a pesar de vivir varias familias en lugares cercanos, los lazos sociales son más distantes.

Sin embargo, lo que más nos llamó la atención es que en ambos escenarios expresaron que: “*la que no puede estar enferma soy yo... si yo me enfermo ¿quién los atiende?... me puedo estar cayendo del dolor de*

cabeza, pero a mis hijos yo los tengo que atender lo mismo” (40 años, rural), denotando que para las amas de casa enfermarse no es una posibilidad y nadie las sustituye en su trabajo, remarcando el deber de tener que estar 100 % disponibles para sus familias.

#### “SE DICE DE MI”

En ambos contextos la mayoría de las amas de casa expresaron sentirse valoradas por su núcleo familiar puesto que, al estar en contacto con las personas que se benefician de su esfuerzo, encuentran sentido a su quehacer. *“es lindo cuando a veces dicen ‘están ricas las cosas, cocinás rico’...”* (37 años; urbano), *“...ellos me dicen te quiero... Mi esposo también, él siempre está...”* (41 años, rural). En ocasiones, su entorno lo demuestra con pequeños detalles que hacen sentir a estas mujeres estimadas *“... mi hija siempre sube un estado... no me lo dice a mí, pero lo pone ahí... mi hijo mayor también...”* (41 años, rural). También encontramos excepciones, *“mi marido también me dice: y si vos sos la mujer... vos estás acá y tenés que saber todo”* (44 años; urbano).

A nivel social, en cambio, en general coinciden en que no son reconocidas como personas trabajadoras; hacen referencia al machismo predominante, ya que los hombres son los que menos valoran el trabajo de las mujeres como amas de casa, *“los hombres creen que es muy fácil”* (37 años, urbano); *“la gente es muy machista”* (40 años, rural). Probablemente se considera que es una obligación que se debe asumir por el hecho de ser madre, esposa y, sobre todo, por ser mujer.

Es un trabajo invisible y solo se valora cuando está ausente, *“si no estoy yo, o me van a llamar por teléfono, o lo que sea...”* (31 años, urbano); *“mi marido me dice... ‘nunca nos faltes porque sabés qué... nos morimos de hambre’...”* (29 años, urbano).

Las amas de casa se sienten poco valoradas a nivel social y creen que una remuneración económica sería una forma de sentirse más reconocidas, *“...quizá nosotras no tenemos un sueldo, pero sí trabajamos”* (40 años, rural); *“la mujer tiene que tener una ayuda económica porque es su trabajo”* (37 años, urbano).

#### CONCLUSIÓN

En ambos escenarios, rural y urbano, las amas de casa reconocen su labor como trabajo propiamente dicho y se dedican a ello las 24 horas del día. Estas mujeres expresan su sentir de estar para todos, como una forma de cuidar, acompañar y proteger a su entorno, percibiéndose indispensables para sus familias, en muchas ocasiones anteponiendo las necesidades de los demás sobre las propias. Son ellas quienes se responsabilizan de la crianza de los hijos, una misión invisible que hacen diariamente sin tomar conciencia, por medio de la cual se gestan nuevos integrantes para la sociedad.

En su entorno familiar, se sienten valoradas y re-

conocidas, ya que son ellos quienes reciben de manera directa el fruto de su labor. Por otro lado, refieren que a nivel social no ocurre lo mismo, puesto que su trabajo no tiene valor de cambio y, por lo tanto, es muy difícil de cuantificar.

Como única diferencia pudimos observar que, en el escenario rural la red de apoyo familiar posibilita que el trabajo de las mujeres sea menos extenuante y pueda disfrutarse más.

La responsabilidad del hogar es una ocupación que todas las mujeres tienen asignada implícitamente, sin embargo nos encontramos transitando un cambio sociocultural, en el que el paradigma de considerar a las mujeres como responsables de todas las tareas del hogar se encuentra en proceso de modificación.

Tanto la sobrecarga de actividades diarias, sumadas al poco descanso, y la falta de reconocimiento social, convergen en diversos conflictos relacionados con la propia valoración, el estado de ánimo, la gestión de las emociones y en ocasiones manifestaciones físicas.

La presente investigación refleja la necesidad de las amas de casa de ser reconocidas socialmente con la misma magnitud que lo son a nivel familiar. Creemos que como Médicos de Familia, podemos intervenir en cada consulta indagando de manera activa la esfera psicosocial, su tiempo libre, actividades recreativas, realizando consejería sobre autocuidado, sus redes de apoyo, así como brindando un refuerzo positivo con el objetivo de validarlas emocionalmente, que adquieran seguridad y autoconfianza, empoderándolas, reconociendo que su trabajo es importante y valioso para toda la sociedad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Soria Trujano, R; Mayen A. Depresión y hábitos de Salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2017; 20 (1).
- 2- Vega Montiel, A. Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. Mujeres y Hombres en México, México, 2005.
- 3- Carreño, M.; Rabazas, T. Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de Economía Doméstica. Revista Complutense de Educación. Vol. 21. 2010; 55-72.
- 4- Guía practica para técnicos y técnicas rurales: EL DESARROLLO RURAL DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca - Gobierno de la Nación Arg. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el\\_desarrollo\\_rural\\_desde\\_el\\_enfoque\\_de\\_genero\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_desarrollo_rural_desde_el_enfoque_de_genero_0.pdf)
- 5- Observatorio de violencia contra las mujeres – Ministerio de desarrollo social. Mujeres y mercado de

trabajo. Encuesta Permanente de Hogares y Boletín de género. Año 2014. Disponible en: [http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703\\_brochure.pdf](http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703_brochure.pdf)

6- Encuesta Permanente de Hogares y Boletín de género del Ministerio de Trabajo, Empleo y seguridad social. Indicadores más relevantes de la inserción de mujeres y los varones en el mercado de trabajo Año 2017. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-mujeres-mercado-trabajo.pdf>

**Conocé nuestro sitio web**  
**[www.fundacionmf.org.ar](http://www.fundacionmf.org.ar)**

**FUNDACION MF**

Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

<b>E EVIDENCIA</b>	<b>PROFAM</b>	<b>MF SALUD</b>	<b>SAN PANTALEÓN</b>
Revista online de actualización en la práctica ambulatoria.	Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria líder en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica.	Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general.	Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Boulogne.

**HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires  
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria

## Adoptando un modelo de gestión territorial integral para mejorar las prácticas en el primer nivel de atención de la salud: experiencia en los servicios de salud públicos de la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina

*A comprehensive territorial management model to improve practices at primary healthcare: describing the experience in the public health services of the city of Villa María, Córdoba, Argentina*

*Autores: Ciuffolini, María Beatriz<sup>1</sup>; Bossio, Juan Carlos<sup>2,3</sup>; Sanchis, Iván<sup>3</sup>; Polverini, Andrea<sup>4</sup>; Tuninetti, Rosana<sup>4</sup>; Rodríguez, María Soledad<sup>4</sup>; Becco, Victoria<sup>4</sup>; Vega, María Jimena<sup>4</sup>; Jure, Humberto<sup>4,5</sup>.*

### Afiliaciones:

1. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, Argentina.

2. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán", Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Santa Fe, Argentina.

3. Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Santa Fe, Argentina.

4. Municipalidad de Villa María, Secretaría de Salud, Villa María, Argentina.

5. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina, Corrientes, Argentina.

### Contacto:

María Beatriz Ciuffolini.

### E-mail:

mbciuffolini@hotmail.com

**Recibido:** 18/03/2020

**Aceptado:** 03/07/2020

### RESUMEN

Este artículo relata la experiencia de la Secretaría de Salud (de la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, Argentina), frente a la implementación de una estrategia de abordaje integral de la salud en los servicios de atención primaria, basada en la territorialidad, la interdisciplinariedad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad denominada "Programa de Gestión Territorial Integral" (PGTI). Su implementación se realizó utilizando la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS). El programa incluyó la elaboración y difusión periódica, a través del Observatorio de Salud de indicadores construidos por los equipos.

La puesta en marcha del PGTI fortaleció la coordinación con distintas áreas gubernamentales y no gubernamentales que resultaron en: la adopción del programa por Ordenanza del Consejo Deliberante Municipal, un convenio con la Universidad Nacional de Villa María, un plan conjunto de trabajo con el Hospital Provincial de la ciudad y la incorporación de la rendición de cuentas periódicas de los resultados por parte del ejecutivo municipal al Consejo Deliberante a partir del monitoreo continuo del Observatorio de Salud.

El desarrollo hasta aquí logrado conforma un estímulo sustancial para sostener este proceso de formación y gestión colectiva e invita a nuevos desafíos.

**PALABRAS CLAVES:** *Educación Continua; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud.*

### ABSTRACT

This article shows the experience of the Ministry of Health of the city of Villa María, province of Córdoba, Argentina, of implementing a strategy of comprehensive health care approach to in primary health care services, based on territoriality, interdisciplinarity, community participation, comprehensiveness and intersectorality, named the Comprehensive Territorial Management Program (CTMP). Its implementation was carried out using the strategy of Permanent Health Education (PHE). The program included the elaboration and periodic dissemination, through the Health Observatory, of indicators built by the health teams.

The implementation of the CTMP strengthened the coordination between the health services and different governmental and non-governmental areas that resulted in the adoption of the program by Ordinance of the Municipal Deliberative Council, an agreement with the National University of Villa María, a joint work plan with the Provincial Hospital of the city and the inclusion of the periodic accountability of the results by the municipal executive to the Deliberative Council.

The development achieved thus far constitutes a substantial stimulus to sustain this process of training and collective management and invite new challenges.

**KEYWORDS:** *Education, Continuing; Health Management; Primary Health Care.*

## INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS), una buena práctica es una experiencia que logra los resultados propuestos, en sintonía con sus postulados y que se sostiene en el tiempo<sup>1</sup>. Se caracteriza, además, por su carácter innovador, entendiéndolo que la innovación alude tanto a una nueva acción como a un modo diferente que permite recrear y resignificar antiguas prácticas<sup>2</sup>.

Una buena práctica en salud es la resultante de la intención y compromiso de un colectivo de trabajo en esta área con una vida saludable, posible para todos, que se nutre y se construye con una diversidad de saberes y miradas, que permiten mejorar o modificar ciertas condiciones conforme a las potencialidades y limitaciones de su contexto<sup>3</sup>.

Una buena experiencia se traduce en un proceso de socialización de indicadores de monitoreo y resultados que ayudan a reinventarla y reencausarla en pose de mayores logros; también es aquella que se puede compartir y compartir invitando a repensarla y adaptarla.

Este artículo describe los lineamientos de un programa de salud basado en la participación colectiva, la capacitación permanente de los equipos y el procesamiento y difusión de indicadores, denominado "Programa de Gestión Territorial Integral" (PGTI), implementado en los servicios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, Córdoba, Argentina, en el período 2016-2019.

### Ejes conceptuales

El PGTI se diseñó e implementó con los equipos siguiendo los siguientes ejes conceptuales:

**Territorialidad:** que comprende al territorio, su gente, sus recorridos y sus luchas como espacio en el que se gestan las condiciones y potencialidades ciertas de salud, enfermedad, vida y muerte.

**Interdisciplinariedad:** para comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) como un proceso complejo, histórico y social; y la gestión de acciones de cuidado como la confluencia e interacción de una multiplicidad de miradas, saberes y perspectivas.

**Participación social:** para asumir el carácter social del proceso de PSEAC reconociendo en todas las instancias del proceso una multiplicidad de subjetividades, culturas y perspectivas.

**Integralidad:** para desarrollar acciones de cuidado que se extiendan a todas las etapas de la vida contemplando los diversos aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales que consustancian el PSEAC.

**Intersectorialidad:** para converger con otras instituciones y sectores del territorio la integración de las acciones vinculadas a los modos de trabajo, consumo, recreación y producción que forman parte de la vida

cotidiana.

### Educación Permanente en Servicio (EPS)

Como modalidad de implementación, gestión y puesta en valor de saberes y prácticas, se propuso la estrategia de EPS<sup>4</sup>. Esta constituyó el eje operativo del PGTI, sustentado en la convicción de que sus ejes conceptuales solo podían hacerse ciertos mediante un proceso continuo y sostenido de construcción colectiva.

Según Davini<sup>5</sup>, la EPS constituye una estrategia que se inserta en el propio contexto social y sanitario, posibilitando la reflexión participativa sobre los problemas de la práctica y la vida cotidiana de las organizaciones; comprendiendo que los problemas no existen si no hay sujetos que activamente se problematizan y procuren la construcción conjunta de soluciones a estos. Así, el alcance de la EPS, no se limita solo a una instancia de resignificación de saberes y habilidades de los equipos de salud, sino que representa una herramienta de gestión con amplias posibilidades para articular problemáticas ajustadas a cada contexto. Ya han sido reportadas experiencias de uso de esta estrategia en servicios municipales de APS<sup>6</sup>.

### METODOLOGÍA

El PGTI se implementó en el año 2016 para los equipos de salud de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, Córdoba. Esta ciudad de 87.138 habitantes se ubica en el centro del país y, aproximadamente la mitad de su población, se atiende en los servicios de la Secretaría de Salud, que comprenden, un Centro de Especialidades y trece Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos en cinco zonas estratégicas. La Secretaría dispone, además, de un Observatorio de Salud, que procesa y monitorea indicadores de actividades y avances de los servicios, utilizando el Sistema informático ANGEL para el registro de prestaciones y el sistema provincial SIGIPSA para el registro de vacunaciones.

Para implementar el PGTI se fundó una Dirección de EPS, que instrumentó un proceso continuo y sostenido de formación en servicio. Su organización se adaptó a los requerimientos y necesidades de capacitación identificadas y no se ajustó a tiempos arbitrariamente definidos y preestablecidos. Así, coexistieron procesos formativos vinculados a distintos ejes y problemas, en distintos tiempos y niveles de desarrollo.

Se incluyeron las siguientes actividades:

1. Se asignó un Facilitador de Formación y Gestión a las cinco zonas para promover el análisis, fortalecimiento de competencias y reformulación de acciones de cuidado y coordinación de procesos administrativos;
2. Se estableció un convenio con la Universidad Nacional de Villa María (UNVM) para la certificación y

reconocimiento académico del personal que participó del proceso de EPS;

3. Se institucionalizaron horarios protegidos de EPS en los CAPS (dos horas semanales) consensuados con los equipos; y se realizaron seminarios mensuales con todos los equipos. Estos constituyeron espacios complementarios que facilitaron la interacción con expertos y socialización de las propuestas. Se diseñó un componente virtual (soporte moodle de la UNVM) para la entrega de las producciones y se puso a disposición material bibliográfico y otros recursos pedagógicos;

4. Se definieron los ejes temáticos de trabajo conforme a los datos epidemiológicos y operativos del Observatorio de Salud, desagregados por CAPS; y a necesidades particulares identificadas. Se elaboró un “Panel Mensual de Atenciones” con diversos indicadores de la producción de los equipos y un “Panel Mensual de Vacunación”. Estos paneles se distribuyeron a los equipos junto con información que ellos solicitaban y constituyeron una herramienta importante para el trabajo en las horas protegidas;

5. Se estructuró la metodología de trabajo desarrollando portafolios para analizar las problemáticas seleccionadas y cubrir las necesidades de aprendizaje;

6. Periódicamente se comunicó la información a la población de la ciudad mediante reportes del Observatorio en el portal de datos abiertos de la Municipalidad de Villa María<sup>7,8</sup>;

7. Se realizaron reuniones intersectoriales periódicas para priorizar problemáticas e incorporar a los acto-

res comunitarios en la toma de decisiones sobre las acciones de salud, empoderándolos e informándolos acerca de los principales ejes de trabajo de los CAPS, conformación de los equipos, horarios y modalidad de atención.

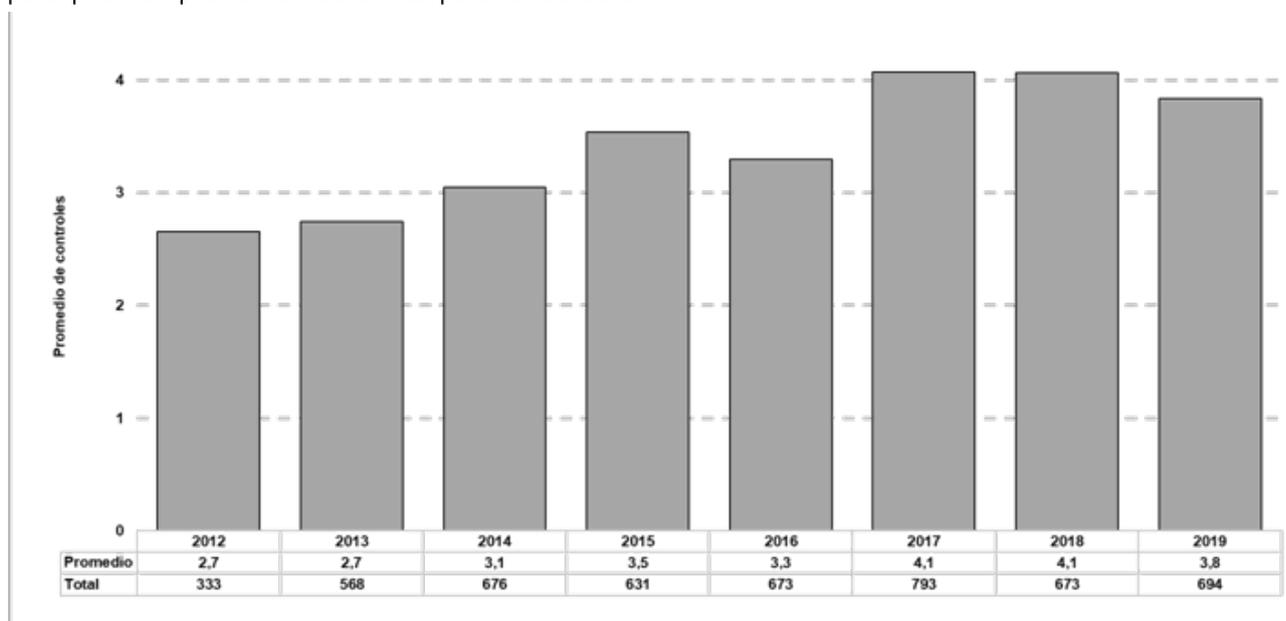
## RESULTADOS

El PGTI estimuló la coordinación con distintas áreas gubernamentales y no gubernamentales que favorecieron su institucionalización; esto se plasmó en la decisión unánime, de crear el PGTI por Ordenanza Municipal<sup>9</sup>, del Concejo Deliberante de la Municipalidad de Villa María en 2017 conformando un marco para el accionar de los equipos de salud.

El trabajo continuo con la UNVM motivó la creación de un Diplomado en Gestión Territorial Integral en Salud, Familia y Comunidad; para fortalecer el desarrollo de la gestión en salud en ámbitos municipales<sup>10</sup>. A través del dictado del Diplomado se realizó la propuesta con equipos interdisciplinarios de Villa María y de la región.

En los primeros cuatro años del proceso de EPS se elaboraron once Dispositivos de Cuidado de la Salud<sup>11</sup>.

Desde la implementación del Dispositivo de Cuidados Prenatales (DCPN), en 2017, hubo un aumento de 21,1 % ( $p = 0,0125$ ) del promedio de controles del embarazo en los CAPS, entre enero de 2014 - septiembre de 2016 (3,3) y el mismo período de 2017 y 2019 (4,0); (Figura 1).



**Figura 1.** Número promedio de controles de embarazo recibido por embarazadas atendidas en servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Villa María y total de embarazadas atendidas. Comparación de los períodos enero – septiembre de 2012 – 2019.

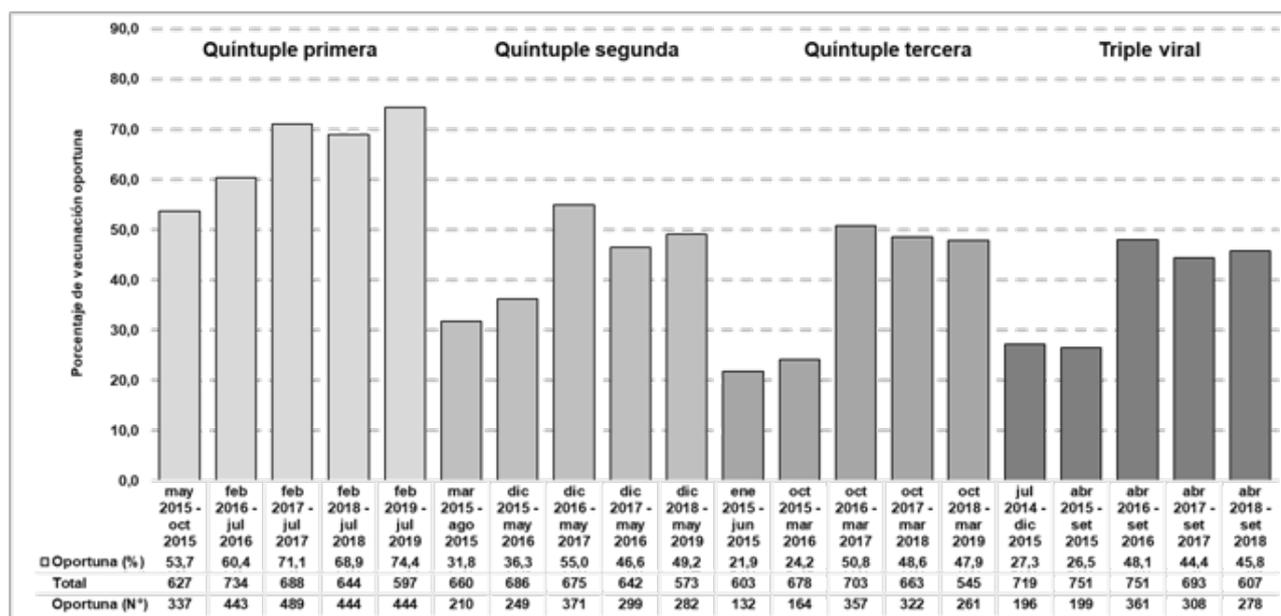
En 2019, el Hospital Regional Pasteur de Villa María, dependiente del gobierno provincial, se involucró en el PGTI incorporando la consulta del equipo de atención del parto con las embarazadas en control en los CAPS. Esto fortaleció la coordinación entre el primer nivel y el equipo del hospital y, además, permitió que las embarazadas tuvieran contacto previo al

parto con el hospital y el equipo que estaría a cargo de su atención. Esta coordinación mejoró la atención posparto y la contrarreferencia a los CAPS para el seguimiento del puerperio y del recién nacido.

Por su parte, el Dispositivo de Inmunizaciones instaló una rutina de seguimiento de la vacunación en menores de 2 años que reciben sus vacunas en los

CAPS, reduciendo el tiempo de demora en la aplicación de diversas vacunas<sup>12</sup> del Calendario Nacional de Vacunación. En la **Figura 2**, se muestra la evolución del porcentaje de niños, por semestre de nacimiento,

que recibieron las dosis indicadas de los dos, cuatro y seis meses y del año, hasta 14 días después de la fecha indicada para la vacunación.



**Figura 2.** Porcentaje de vacunados en los servicios de salud de la Secretaría de Salud de Villa María con la tres dosis de vacuna quintuple y con triple viral que recibieron la vacuna dentro de los 14 días posteriores a cumplir la fecha indicada según el Calendario Nacional de Vacunación, por semestre de nacimiento.

El Dispositivo de Inmunizaciones se extendió a lo largo del ciclo de vida, incluyendo la vacunación al ingreso escolar<sup>13</sup> en el último año del ciclo escolar primario, y en los grupos de riesgo, siempre según el Calendario Nacional.

En 2017 se logró el 95 % de cobertura con las vacunas del ingreso escolar en las 29 escuelas públicas y privadas de la ciudad el 5 de diciembre, logro que se alcanzó el 30 de mayo en 2018 y el 29 de abril en 2019; cuando se certificó que el 100 % de los 1671 ingresantes recibieron las vacunas correspondientes.

Estos resultados fueron expuestos por el intendente de la ciudad, abogado Martín Gill, en los informes de Gestión ante el Concejo Deliberante de Villa María<sup>14,15</sup>; además, desde 2018, se formularon metas para mejorar la oportunidad de vacunación y se rindió cuenta de los resultados.

Los medios de comunicación locales difundieron el trabajo territorial realizado a través del PGTI y los logros alcanzados contribuyendo a la incorporación de temas de salud en la agenda pública.

La Secretaría de Salud fue invitada a presentar la metodología de trabajo y los resultados obtenidos con la vacunación en la “Reunión para mejorar las tasas de inmunización en poblaciones urbanas y periurbanas” organizada por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICel) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizada el 27/02/2019 en la Ciudad de Córdoba. La metodología y los resultados presentados despertaron el interés del Programa de Inmunizaciones de la OPS (PAI) y la publicación de la experiencia en el

Boletín de Inmunizaciones de junio 2019<sup>13</sup>.

## REFLEXIONES FINALES

El PGTI implica una revisión de los modelos de abordaje, tanto en la teoría como en la práctica, que nos permitió construir una mirada crítica acerca de cómo nuestras acciones pudieron adecuarse mejor a las necesidades de salud de nuestra comunidad, a partir de la premisa de que la salud no comienza y se reproduce únicamente en las personas sino en la sociedad, y solo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los individuos<sup>16</sup>.

Desde esta conceptualización, el enfermar no resulta de un proceso totalizador de efectos patológicos<sup>17</sup>, lo que nos exigió repensar los marcos de referencia y abordaje en función de la constitución de distintos niveles de análisis que nos permitiesen comprender la complejidad contextual en que se sitúa el PSEAC.

La EPS, como Educación Problematicadora, propuso un proceso centrado en el equipo de trabajo, que integró la información y las ciencias además de propiciar un contacto directo con las comunidades. En este marco, trabajamos la caracterización del concepto de modos de vida como un recurso que permitió identificar vulnerabilidades y protecciones en los grupos sociales.

Desde su implementación, el PGTI generó un trabajo conjunto y transversal que promovió un aprendizaje basado en la experiencia práctica y la participación.

El PGTI, su modalidad de implementación y la estrategia de EPS facilitaron el desarrollo de prácticas que contribuyeron a optimizar los procesos de cuidado, que se reflejan en distintos logros, tales como los expuestos previamente.

Este recorrido fortaleció y puso en valor los saberes y competencias de los integrantes del equipo de salud; consolidó el trabajo en equipo y la construcción interdisciplinaria; la generación de soluciones adaptadas a la realidad de cada equipo y la elaboración de estrategias de trabajo conjunto y colaborativo con otros niveles de atención, con otras reparticiones del estado, con la comunidad y con sus organizaciones.

La continua evaluación de la información de salud, el seguimiento de indicadores para cada dispositivo y su análisis por los equipos contribuyó a identificar logros y dificultades para alcanzar los resultados esperados. Asimismo, permitió rendir cuentas del trabajo a la población e incorporar temas de salud en la agenda pública y como parte del discurso político de las autoridades.

El desarrollo logrado es un estímulo sustancial para sostener este proceso de formación y gestión e invitar a nuevos desafíos para avanzar en la construcción efectiva de un modelo de gestión colectiva.

## REFERENCIAS

- 1- World Health Organization (WHO). Um guia para Identificar e documentar as melhores práticas em programas de planejamento familiar [internet]. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258690/9789290341154-por.pdf>;
- 2- McMANUS, A. Health promotion innovation in primary health care. *Australas Medical Journal*. London, vol. 6, n. 1, pp. 15–18, 2013;
- 3- DE ANDRADE, S.R.; SCHAEFER FERREIRA DE MELLO A.N.; ROGÉRIO LOCKS M.T. et al. Mejores prácticas en la atención primaria a la salud y los sentidos de la integralidad. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro vol.17, no. 4 Sept./Dec. 2013;
- 4- DAVINI, M.C. Bases conceptuales y metodológicas para la educación permanente del personal de Salud. Washington D.C.: PAHO, 1989;
- 5- DAVINI, M.C.; NERVI L.; ROSCHKE, M.A. Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3. Washington, D.C.: PAHO, 2002;
- 6- DE ALENCAR, H.H.R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.223-233, 2012;
- 7- MUNICIPALIDAD VILLA MARÍA. Centro Estadístico Municipalidad de Villa María [Internet]. [Consultado 12 Dic 2019]. Disponible en: <https://portal-villamaria.opendata.arcgis.com>;
- 8- MUNICIPALIDAD VILLA MARÍA. Datos Abiertos de la Municipalidad de Villa María [Internet]. [Consultado 12 Dic 2019]. Disponible en: <http://datos.villamaria.gob.ar/home>;
- 9- MUNICIPALIDAD VILLA MARÍA. Ordenanza Municipal N°7122, Decreto 339. Programa de Gestión Territorial Integral. Secretaría de Salud, Municipalidad de Villa María, 2017;
- 10- Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Diplomado en Gestión Territorial Integral en Salud, Familia y Comunidad. [Internet]. [Consultado 23 Dic 2019]. Disponible en: <http://sociales.unvm.edu.ar/diplomado->;
- 11- JURE, H.; CIUFFOLINI, M. B. Dispositivos de Cuidado de la Salud. 1ª edición especial. Villa María: Municipalidad de Villa María, 2019. ISBN 978-987-47484-1-6;
- 12- BOSSIO, J.C.; SANCHIS, I.; ARMANDO; G.A. et al. Result of a strategy using reminders before and after date of vaccination to improve timeliness of vaccination at six month. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro vol.35, n.12, e00214518, 2019;
- 13- BOSSIO, J.C.; SANCHIS, I.; TOTTIS; L. et al.. Using Electronic Immunization Registries to Improve Vaccination Coverage and Timeliness: Experience of the City of Villa María in Córdoba, Argentina. *Immunization Newsletter*, Pan American Health Organization, (PAHO), Washington, D.C., vol. XLI, n. 2, pp. 5-8, 2019;
- 14- MUNICIPALIDAD VILLA MARÍA. INFORMACIÓN 31-10-2017. [Internet]. [Consultado 26 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.villamaria.gob.ar/noticias/114>;
- 15- PERIN, M.G. Informe Especial. [Internet]. [Consultado 26 Dic 2019]. Disponible en: <https://interiorlmdiaro.com.ar/contenido/907/villamaria-el-intendente-gill-brindo-su-informe-de-gestion-ante-el-concejo>;
- 16- Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. Medellín 31(supl1): S13-S27, 2013;
- 17- CIUFFOLINI, M. B; JURE, H. Estrategias de comprensión integral del proceso salud-enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable. Córdoba: C.E.A. Centro de Estudios Avanzados U.N.C., 2006. SSN 1668-7515.

# Automedicación y autoprescripción en el personal de salud del primer nivel de atención de México, Bolivia y Ecuador.

*Selfmedication and selfprescription in health care workers in primary care in Mexico, Bolivia and Ecuador.*

*Autores: José Manuel Ramírez Aranda<sup>1, 8</sup>; Miguel Ángel Suárez Cuba<sup>2, 8</sup>; Rodrigo Xavier Astudillo Romero<sup>3, 8</sup>; Azucena Maribel Rodríguez González<sup>4, 8</sup>; Mónica Morales Ramírez<sup>5, 8</sup>; Victoria Rodríguez Morales<sup>6, 2, 8</sup>; Patricio Rafael Espinosa Jaramillo<sup>2, 8</sup>; Fátima Aguayo Arteaga<sup>2, 8</sup>; Constanza Trinidad Guzmán Gonzales<sup>2, 8</sup>; Rosario Espinoza Pedraza<sup>6, 8</sup>; Diego Fernando Gómez Correa<sup>7, 8</sup>; Álvaro M. Quinche Suquilanda<sup>3, 8</sup>; Paulina Alejandra Barragán Hernández<sup>1, 8</sup>.*

## Afiliaciones:

1. Universidad Autónoma de Nuevo León. Departamento de Medicina Familiar. Monterrey, México.

2. Centro Integral de Medicina Familiar. Caja Nacional de Salud. La Paz, Bolivia.

3. Universidad Técnica Particular de Loja. Departamento de Ciencias de la Salud. Instituto de Salud y Migración del Hospital UTPL. Loja, Ecuador.

4. Universidad De Monterrey. Monterrey, Nuevo León.

5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 5. Monterrey, Nuevo León.

6. Seguro Social Universitario. Santa Cruz. Bolivia.

7. Facultad de Medicina Universidad de las Américas.

8. Grupo Latinoamericano Multicéntrico de Investigadores en Atención Primaria (GLAMINAP)

## Autor de correspondencia:

Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda.

**E-mail:** sersabe2010@gmail.com

**Recibido:** 27/05/2020

**Aceptado:** 20/08/2020

## RESUMEN

**Introducción.** La prevalencia general de la automedicación en la población general fluctúa de 27.3% a 61.3%. En trabajadores de la salud está menos documentado (Definido como auto prescripción), así como su frecuencia y las características del personal médico. **Material y métodos.** Se trata de un estudio comparativo transversal de 3 países, México (178), Bolivia (250) y Ecuador (130) en población de Médicos Familiares y Médicos Generales de Primer nivel de atención en salud; sexo y edad indistintos, activos en consulta pública o institucional. El muestreo fue por conveniencia calculado por fórmula. Se usó una encuesta con datos demográficos, Frecuencia de automedicación y auto prescripción, patologías donde se usaron, y razones de uso y fuentes de información. Se capturaron y analizaron en SPSS versión 20. Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales como ji-cuadrada y Kruskal Wallis. Aprobado por el comité de ética de dos países. **Resultados.** De los participantes 58.0% son médicos familiares, la mayoría femeninas ( $p < .05$ ), con pareja, y con promedio de edad de 39.3. Laboran en el sistema público 42.2%. Se automedicaron y auto prescribieron más medicamentos los médicos en México y menos en Ecuador ( $p < .0001$ ). En general, en el último mes, 61.5% de los profesionales estudiados se auto medicó (media 2.99 veces), y menor porcentaje se auto prescribió 35.8%, (media 1.28 veces) principalmente analgésicos y antibióticos ( $p < .0001$ ) y por patologías respiratorias ( $p < .05$ ). Las variables numéricas no cumplieron los supuestos de normalidad. **Conclusión.** Más de la mitad de los profesionales estudiados se auto medicó y más de un tercio se auto prescribió (antibióticos y analgésicos), esto más en México.

**PALABRAS CLAVE:** Automedicación, Personal de Salud, Medicamentos sin Prescripción.

## ABSTRACT

**Introduction.** The general prevalence of selfmedication in the general population fluctuates from 27.3% to 61.3%. It is less documented in health workers (denominated as selfprescription), as well as its frequency and the characteristics of medical personnel. **Material and methods.** This is a cross-sectional, comparative study of 3 countries, Mexico (178), Bolivia (250) and, Ecuador (130) in the population of Family Physicians and General Practitioners of the first level of care; indistinct sex and age, active practice in public or institutional consultation. Sampling was for convenience calculated by a formula. A survey with demographic data, II Frequency of self-medication and self-prescription, pathologies where they were used, reasons for use and, sources of information were used. They were captured and analyzed in SPSS version 20. Descriptive and inferential statistics such as chi-square and Kruskal Wallis were used. It was approved by the ethic committee from two countries. **Results.** Of the participants, 58.0% are family doctors, the majority female ( $p < .05$ ), with a partner, and with an average age of 39.3 years; 42.2% work in the public system. More physicians in Mexico and fewer in Ecuador used self-medicated and self-prescribed medications ( $p < .0001$ ). In general in the last month, 61.5% of the professionals self-medicated (average 2.99 times), and a lower percentage (35.8%) self-prescribed (average 1.28 times) mainly pain relievers and antibiotics ( $p < .0001$ ) and for respiratory pathologies ( $p < .05$ ). The numerical variables did not meet the assumptions of normality. **Conclusion.** More than half of the professionals studied practice self-medication and more than third antibiotics and analgesics as self-prescription this more in Mexico.

**KEYWORDS:** Self Medication, Health Personnel, Nonprescription Drugs.

## INTRODUCCIÓN

En el proceso de atención médica el profesional de salud realiza un razonamiento clínico para integrar un diagnóstico, y así, poder otorgar un tratamiento acorde a la patología. De ahí deriva la prescripción ese acto formal, legal y ético que da lugar a la receta médica guía para la administración fármaco-terapéutica adecuada para la enfermedad<sup>1</sup>.

La expectativa es que el enfermo siga las instrucciones del médico en cuanto a dosis y frecuencia de la toma de medicamentos, sin embargo y en no raras ocasiones los pacientes se automedican. La automedicación se define como el consumo de medicamentos de venta libre (*OTC Over the counter*), por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar<sup>2,3</sup>.

La automedicación en población general de acuerdo a la literatura tiene una prevalencia del 27,3% al 67,3%<sup>4-7</sup>.

Un aspecto interesante es la fuente de donde son obtenidos estos medicamentos por la población. Las farmacias explican un 65,5% de los casos de automedicación en general, los medicamentos sobrantes el 50% y las tiendas que venden medicamentos un 37,5%<sup>5</sup>. La población puede no acudir al médico por variadas razones, entre las principales mencionadas figuran: falta de tiempo (40%), de recursos económicos (43%), percepción de que el problema es leve y la sobredemanda en los servicios de urgencia<sup>4</sup>.

Por otro lado, los profesionales de la salud respondiendo a su naturaleza humana, sufren también las consecuencias de las enfermedades y transitan por el proceso de atención médica siguiendo un proceso diferente de los legos o personas no médicas. De hecho pudiera pensarse, en este caso, que el acceso y conocimiento al tipo de medicamento apropiado para cada enfermedad pudiera promover su consumo.

Resulta confuso denominar automedicación a este proceso en los trabajadores de la salud que consumen medicamentos adquiridos con su receta. Esta autoprescripción, sin el previo proceso formal de interacción con el paciente que abona a la pérdida de la objetividad de la magnitud de los síntomas, y un tratamiento adecuado podría ir en detrimento de la correcta resolución de los síntomas.

Por ello consideramos que en el caso de los médicos se trataría de autoprescripción cuando el consumo es de medicamentos que por sus indicaciones o riesgos requieren prescripción facultativa.

Existe en la literatura más información sobre la automedicación en la población general que en trabajadores de la salud. La importancia de este fenómeno

no es menor por ejemplo, el uso inadecuado de antimicrobianos puede aumentar el riesgo de efectos adversos y resistencia<sup>8</sup>, alergias<sup>5,8</sup>, falta de curación (11,8%), e incluso la muerte (5,9%)<sup>5</sup>.

En trabajadores de la salud del primer nivel de atención el consumo de medicamentos con o sin receta médica está poco documentado, así como su frecuencia y las características en el personal médico. Se ha encontrado que el 48,8% del total de la población que trabaja en los servicios de salud (enfermería a nivel técnico) toma medicamentos comprados sin prescripción o algunos ya disponibles<sup>6</sup>, aunque no se descarta la influencia de los diferentes medios de publicidad<sup>9</sup>; la mayoría pertenece a la categoría de venta libre<sup>9</sup>. Los medicamentos más usados son analgésicos hasta en 59,3% de los casos<sup>10</sup> antigripales (13,5%) y vitaminas 6,8%<sup>4</sup>, aunque esta prevalencia varía dependiendo de la falta de tiempo, la comodidad, el no considerar sería la enfermedad, y tener conocimientos acerca del medicamento<sup>6</sup>.

El personal de enfermería y personal técnico reportan igualmente que la causa principal para no asistir al médico es el factor del tiempo para acudir a la consulta médica (89%)<sup>9</sup>.

Los estudiantes de carreras médicas también se automedican más los de años superiores hasta en 95% de los casos, aunque generalmente con productos consumidos por la población general principalmente analgésicos, antigripales. No obstante otros admitieron consumir antibióticos (13,6%), incluso automedicación con ansiolíticos y tranquilizantes (5%) conseguidos de alguna manera con receta auto regulada o controlada<sup>11</sup>.

Por lo tanto, es importante conocer más de este fenómeno por las repercusiones que puede tener en la salud de los profesionales médicos. El objetivo general de esta investigación es conocer la frecuencia y las características asociadas a autoprescripción y automedicación entre los Médicos Familiares y Médicos Generales en México, Bolivia y Ecuador, el tipo de medicamentos usados y los problemas asociados más frecuentemente.

La utilidad de esta investigación será obtener información fidedigna, conocer la dimensión de este fenómeno y el perfil de los profesionales con autoprescripción de medicamentos. Y de acuerdo a los resultados obtenidos, se podrán realizar acciones específicas en el personal médico, entre éstos, concientizar sobre los usos racionales de medicamentos autoprescritos y proteger la salud del personal médico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional y comparativo, llevado a cabo de Noviembre 2018 a enero 2019, en México, Bolivia y Ecuador en una muestra por conveniencia de médicos familiares y

generales. La población de México, pertenece a la Jurisdicción sanitaria 2 de la Secretaría de Salud de Nuevo León en Monterrey; en Bolivia son profesionales de la Caja Nacional de Salud de La Paz, El Alto y Santa Cruz de la Sierra de Bolivia y en Ecuador pertenecen a los Distritos 11D01 en Loja, Cuenca y Quito.

Se incluyeron médicos familiares y generales de sexo y edad indistintos, laborando en primer nivel de atención tanto en el sistema público, seguridad social y privado. Se eliminaron las encuestas incompletas en las variables principales.

El tamaño de muestra se calculó utilizando una fórmula de diferencia de proporciones de dos poblaciones o población de referencia con los siguientes parámetros: nivel de significancia .05, Potencia de la prueba de .80 prueba de dos colas; parámetro de la primera población .65 y .50 para la segunda población dando una muestra para dos países de 212. Se consideró esta muestra para cada país participante.

Se utilizó una encuesta diseñada para tal fin que contempló I Datos personales como edad, sexo, estado civil etc... datos acerca de la profesión, II Sección sobre automedicación y autoprescripción en donde se investiga la frecuencia de consumo, la fuente de obtención, la patología donde se utiliza, los medicamentos más utilizados y las razones de uso.

A fin de evitar confusiones en los términos se utilizaron definiciones operacionales de las variables principales. Automedicación: Se definió como el consumo de medicamentos de venta libre, adquirido sin receta para tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar.

Autoprescripción: Entendida como el autoconsumo

de medicamentos que requieren receta médica, auto elaborada.

Problemas de salud leves: Definidos como aquellos problemas de salud, con poco riesgo de provocar incapacidad o muerte.

El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc, Armon, NY). Se usaron medidas de tendencia central y dispersión, medias y desviaciones estándar en las variables continuas y para las categóricas, porcentajes y frecuencias. Para el cruce de variables categóricas posiblemente asociadas con auto prescripción, se realizó la prueba de Ji cuadrada o prueba Exacta de Fisher y en variables continuas se usó Kruskal Wallis o U de Mann Whitney por ser variables no distribuidas normalmente (prueba de Kolmogorov-Smirnov). Para todos los análisis fue considerado un valor de  $p < .05$  como estadísticamente significativo.

Se obtuvo aprobación por un comité de investigación y ética en México y en Ecuador, dado que se consideró de riesgo mínimo de acuerdo a la Ley General de Salud vigente y las normas de Helsinki con sus respectivas actualizaciones. Se guardó la confidencialidad en los datos y privacidad en la toma de la información.

## RESULTADOS

Se excluyeron 96 por retraso en el envío o estar incompletas quedando finalmente una muestra de 540. La distribución de las características de los profesionales es como sigue:

**Tabla 1a. Datos demográficos y profesionales por país**

País Variable	México		Bolivia		Ecuador		Total	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
<b>Sexo*</b>								
Femenino	106	55.8	111	50.5	85	65.4	302	55.9
Masculino	84	44.2	109	49.5	45	34.6	238	44.1
<b>Edo civil</b>								
Sin pareja	50	26.6	76	34.5	49	37.7	175	32.5
Con pareja	138	73.4	144	65.5	81	62.3	363	67.5
<b>Profesión**</b>								
Médico familiar	128	67.4	90	40.9	93	71.5	311	57.6
Médico general	62	32.6	130	59.1	37	28.5	229	42.4
<b>Último grado de estudio**</b>								
Licenciatura	65	34.6	57	25.9	26	20.0	148	27.5
Especialista	93	49.5	103	46.8	92	70.8	288	53.5
Maestría	28	14.9	58	26.4	9	6.9	95	17.7
Doctorado	2	1.1	2	0.9	3	2.3	7	1.3

\* $p < .05$

\*\* $P < .0001$

De los 540 profesionales encuestados en los 3 países, en México participaron 190 (32.5%) en Bolivia 220 (40.7%) y en Ecuador 130 (24.1%). En cuanto al sexo por país se encontró que en general respondió más el sexo femenino con predominio de Ecuador (Tabla 1a). El promedio de

edad fue de 42.5 años en México, mayores que en Bolivia y que en Ecuador (Tabla 1b).

La mayoría de los encuestados fueron médicos familiares aventajando en Ecuador . (Tabla 1a).

**Tabla 1b. Datos demográficos y profesionales de los participantes por país**

Sistema médico*	México		Bolivia		Ecuador		Total	
	Sistema público	69	36.3	95	43.2	67	51.5	231
Seguro social	89	46.8	107	48.6	18	13.8	214	39.6
Consultorio privado	3	1.6	0	0.0	41	31.5	44	8.1
Combinación de dos o más	29	15.3	18	8.2	4	3.1	51	9.4
Area de trabajo*								
Asistencia en consultorio	109	57.4	125	56.8	102	78.5	336	62.2
Servicio de urgencia	10	5.4	27	12.3	5	3.8	42	7.8
Docente	3	1.6	0	0.0	7	5.4	10	1.9
Administrativo	12	6.3	12	5.5	7	5.4	31	5.7
Otro	16	8.4	12	5.5	9	6.9	37	6.9
Asistencia en consultorio y Servicio de urgencia	17	8.9	15	6.8	0	0.0	32	6.9
Asistencia en consultorio y Docente	11	5.8	12	5.5	0	0.0	23	4.3
Combinación más de dos.	12	6.3	17	7.7	0	0.0	29	5.4
Variables numéricas	México		Bolivia		Ecuador			
	Media	IC95%	Media	IC95%	Media	IC95%		
Edad	42.5	40.8 - 44.2	40.2	38.8 - 41.6	35.7	34.5 - 36.9		

\*P&lt;.0001

La gran mayoría era del sistema público de atención, pocos privados aunque fue mayor en Ecuador con 31.5%; más de dos tercios eran médicos activos de consultorio (Tabla 1b).

**Tabla 2. Frecuencia de automedicación y auto prescripción en el último mes por país**

Variables numéricas	México		Bolivia		Ecuador	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
AM ¿Cuántas veces tomó medicamento?	3.8	7.8	3.0	6.1	1.3	1.6
AM ¿Cuántos medicamentos tomó?	1.6	1.7	1.4	1.7	1.1	1.1
AP ¿Cuántas veces tomó medicamento?*	1.3	5.0	1.1	3.9	1.2	1.7
AP ¿Cuántos medicamentos tomó?*	1.6	1.7	1.4	1.7	1.1	1.1

\*P&lt;.0001

AM = Auto medicación AP = Auto prescripción

La frecuencia de automedicación medida por el número de veces que tomó el medicamento y número de medicamentos tomados en el último mes, no tuvo diferencia significativa aunque numéricamente predominó en México.

En la autprescripción Bolivia reportó una media mayor de 3.9 con diferencia estadísticamente significativa entre los países estudiados (Tabla 2).

**Tabla 3. Patología asociada y medicamento más consumido por Automedicación.**

Variable	México		Bolivia		Ecuador		Total	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
<b>Patología asociada</b>								
Respiratoria *	68	43.9	57	36.8	30	19.4	155	100
Gastrointestinal	51	39.2	46	35.4	33	25.4	130	100
Musculo-esquelética	49	37.7	48	36.9	33	25.4	130	100
Genito-urinaria	9	33.3	9	33.3	9	33.3	27	100
<b>Medicamento más consumido**</b>								
Analgésicos	40	23.5	93	54.7	37	21.8	170	100
Antibióticos	19	25.0	21	27.6	36	47.4	76	100

En la auto medicación las patologías respiratorias predominaron en general tanto en México como en Bolivia y menos en Ecuador.

De los medicamentos más consumidos en general por auto

medicación fueron los analgésicos, más en Bolivia con 54.7% y los antibióticos más en Ecuador con 47.4%, al final los antiácidos más en México con 56.7%, esto con significancia estadística (p<.0001) (Tabla 3).

**Tabla 4. Patología asociada y medicamento más consumido por Autoprescripción**

Variable	México		Bolivia		Ecuador		Total	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Respiratoria*	34	39.1	20	23.0	33	37.9	87	100
Gastrointestinal****	13	22.4	21	36.2	24	41.4	58	100
Musculo-esquelética ***	21	29.2	25	34.7	26	36.1	72	100
Genito-urinaria**	4	21.1	5	26.3	10	52.6	19	100
<b>Medicamento más consumido*</b>								
Analgésicos	12	15.6	38	49.4	27	35.1	77	100
Antibiótico	20	33.3	9	15.0	31	51.7	60	100
Antiácido	8	33.3	7	29.2	9	37.5	24	100

\*p<.0001    \*\*p<.012  
 \*\*\*p<.03    \*\*\*\*p<.003

En la autoprescripción la patología respiratoria predominó principalmente en México, y la gastrointestinal en Ecuador. Los medicamentos más consumidos fueron los analgési-

cos en Bolivia y los antibióticos y antiácidos en Ecuador (Tabla 4).

**Tabla 5. Fuentes de Información y razones para Autoprescripción**

<b>Fuente de Información*</b>								
Conocimientos propios	46	25.8	54	30.3	78	43.8	178	100
Información farmacéutica	3	100	0	0.0	0	0.0	3	100
Familiares o amigos	1	100	0	0.0	0	0.0	1	100
No aplica	1	1.9	0	0.0	52	98.1	53	100
Publicidad de medios de comunicación	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
Otros	4	30.8	9	69.2	0	0.0	13	100
Combinación de dos o mas	135	46.4	156	53.6	0	0.0	291	100
<b>Razones de auto prescripción*</b>								
Para ahorrar tiempo	26	33.8	23	29.9	28	36.4	77	100
Acceso cercano con el profesional	12	40.0	14	46.7	4	13.3	30	100
Económicos	0	0.0	1	50	1	50	2	100
Costumbre familiar	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100
Problemas de salud leves	19	25.3	10	13.3	46	61.3	75	100
Otro	4	23.5	7	41.2	6	35.3	17	100
Combinación de dos o mas	129	38.2	165	48.8	44	13.0	338	100

\*p&lt;.0001

Los conocimientos propios prevalecen en cuanto a las fuentes de información para la auto prescripción en general más notorio en Ecuador. Lo más frecuente es que haya una combinación de factores que explican este fenómeno.

Sin embargo, las razones principales para autoprescripción fueron: ahorrar tiempo con 36.4% y la percepción de que es problema un leve con 61.3% en Ecuador, y el acceso cercano a un profesional sobresalió en Bolivia (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los países estudiados México, Bolivia y Ecuador, en cuanto a automedicación o sea consumo de medicamentos sin receta, pero si en cuanto a la auto prescripción.

En el estudio presente, más de la mitad de los profesionales estudiados se automedicó casi tres veces en el último mes y esto está en consonancia con la prevalencia de automedicación por la población general la cual es de hasta el 61%<sup>5</sup>. La razón de esta alta frecuencia de automedicación en toda la población profesional no tendría explicaciones diferentes ya que

en población general no profesional, esta práctica de la automedicación no podría estar ligada a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, costo y tiempo consumido en la consulta entre otros<sup>10</sup>.

La compra de medicamentos incide definitivamente en lo que al menos en México es el gasto de bolsillo para atender las cuestiones de salud, por cierto uno de las más altos de los países de la OCDE casi 41%<sup>12</sup> y para todos es bien sabido que si la respuesta institucional a las demandas de salud es limitada, la población utiliza más la medicina privada o un recurso aún más económico: la automedicación. Debe hacerse notar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estrategia para todos en el año

2000, contempla la automedicación como parte del autocuidado lo que fomenta el uso de esta práctica en la población.

Las patologías asociadas a la automedicación fueron las patologías respiratorias y los medicamentos más usados consecuentemente son analgésicos parte o no de antigrípalos. Llama la atención, sin embargo, el porcentaje alto de consumo de antibióticos en Ecuador cuando se supone que debe mediar una receta para la compra de estos medicamentos. Esto es relevante por el riesgo de resistencia bacteriana y efectos secundarios.

En cuanto a la autoprescripción un menor porcentaje de profesionales usó medicamentos aunque representa casi un tercio de los encuestados, no obstante que la autoprescripción implica la elaboración de la receta por el propio médico puesto que en México, Bolivia y Ecuador es requerida para los antibióticos y medicamentos controlados ya sea ansiolíticos, tranquilizantes y narcóticos. Esto significa estar consumiendo medicamentos más riesgosos en el desarrollo de adicciones o efectos secundarios.

En México fue mayor la frecuencia de autoprescripción aunque varió al momento de desglosar el consumo de medicamentos por categoría. Por ejemplo los antibióticos se consumen más en Ecuador y los analgésicos más en Bolivia y los antiácidos en México.

La automedicación y la autoprescripción para problemas respiratorios y gastrointestinales que vemos con mayor porcentaje en cada país esta lógicamente relacionada con la mayor prevalencia de estas enfermedades<sup>13</sup>.

Observamos que los analgésicos es quizás uno de los medicamentos más consumidos en general. Aquí predominó en Bolivia tanto en la automedicación (54.7%) como en la autoprescripción (49.4%) comparado con los otros 2 países. La razón de la diferencia con los otros países no está clara, sin embargo, este hallazgo coincide con lo publicado en un estudio de Cochabamba, Bolivia por Valencia y cols.<sup>14</sup>. En esa misma región aunque en estudiantes de 5to. año de la carrera Medicina de la UDABOL Cochabamba, Bolivia la frecuencia fue menor quizás porque se trataba de estudiantes de 5to. medicina<sup>6</sup>; Ferrada y cols. obtuvieron resultados similares (49.4%) pero en médicos graduados y en formación en Argentina, lo mismo en estudiantes de Farmacia (67.9%) consumidos sin receta<sup>7</sup>, y también en estudiantes de Medicina en Jordania 82.3%<sup>15</sup>.

En cambio en médicos jóvenes en Noruega si bien hubo consumo de analgésicos esto fue menor (18 a 21%)<sup>16</sup>. Quizá el mayor o menor consumo de analgésicos no está influenciado por el país sino por la mayor prevalencia de enfermedades osteo-degenerativas

propias de la edad más avanzada y por la automedicación en la disponibilidad de los medicamentos y facilidad para adquirirlos en las farmacias.

De todo lo anteriormente mencionado podemos inferir que independientemente de la edad, el tipo de población que se estudie, profesional y no profesional la automedicación y autoprescripción con analgésicos predomina en relación a otros medicamentos.

Dado que los antibióticos requieren prescripción (al menos en los países estudiados) estos medicamentos son consumidos más por médicos graduados tanto en el estudio actual como en médicos jóvenes de Noruega en un estudio longitudinal por 9 años pos graduados; 54% se habían autoprescrito medicamentos al menos en el último año; 71% al 81% se auto prescribieron antibióticos en el lapso del estudio<sup>16</sup>. Por otro lado, fue menor en médicos argentinos con 32.9%<sup>7</sup>.

Llama la atención en la automedicación que en los tres países que una fuente importante de inspiración para la toma de medicamentos son los conocimientos propios concepto difícil de medir en la población en general, no así en los profesionales de la medicina lo que representa su área de trabajo. También tiene cierta influencia la industria farmacéutica.

Sin embargo, en población general tiene que ver más con la influencia familiar o el uso de productos vendidos no solo en las farmacias sino en tiendas de auto servicio que permiten un tratamiento sintomático mientras la enfermedad se define.

Los medios de comunicación y las campañas publicitarias de la industria del sector influyen definitivamente es sus expectativas magnificando sus beneficios y el estándar de estar "sano" como aquel estado libre de la más pequeña molestia. Esta medicalización de la existencia fomenta la tendencia al consumo de medicamentos.

Este estudio presenta algunas limitaciones, sin embargo, no hay muchos estudios sobre el consumo de medicamentos en profesionales de la salud, al menos entre los profesionales latinoamericanos. El tipo de muestreo es no probabilístico y el tamaño de muestra pudiera no ser representativo de la población de los tres países. La distribución de los datos no tuvo una distribución normal para intentar realizar estadísticas de ANOVA, sin embargo se procesó con pruebas no paramétricas.

No se contempló en la encuesta si el consumo de medicamentos era continuo o por más tiempo de tal manera que represente un riesgo sobre todo en analgésicos y tranquilizantes o ansiolíticos; sin embargo si se midió la frecuencia de uso en el último mes.

La otra limitante es la diferenciación de conceptos de consumo de productos con y sin receta para denominar un fenómeno que aunque la diferencia pudiera ser muy tenue, finalmente representa el riesgo de consumir fármacos, lo cual según algunos autores, estos complejos comportamientos de cuidado autodefinido podrían considerarse un riesgo laboral para la profesión médica<sup>17</sup>.

En el caso de la autoprescripción en trabajadores de la salud representa una vena de investigación para conocer si este consumo de analgésicos por ejemplo, significa una manera de sobrellevar las altas demandas de la profesión médica o de la vida en sí o incluso una forma de adicción que pudiera ir creciendo en la población de profesionales de la medicina. Es todavía discutible si el consumo de antibióticos por esta población puede considerarse una mala indicación como lo puede ser en la población sin conocimientos formales de la medicina, por ello el planteamiento de la diferencia de conceptos de automedicación y autoprescripción es relevante. Esto representa una ventana de oportunidad para futuros estudios.

## CONCLUSIONES

No se encontró diferencia estadística en México, Bolivia y Ecuador, en cuanto a Automedicación o sea consumo de medicamentos sin receta, pero sí en cuanto a la autoprescripción.

Hay diferencias en los patrones de consumo en cuanto a auto prescripción por ejemplo, más analgésicos en Bolivia y más antibióticos en Ecuador, lo que abre la ventana de oportunidad para nuevos estudios.

## REFERENCIAS

- 1- Pérez Peña J. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2002;18(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200001)
- 2- Baos Vicente. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf Ter del Sist Nac Salud* [Internet]. 2000;24(Medicina):6. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>
- 3- Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Automedicación, autocuidado y autoprescripción. *Bol Cient* [Internet]. 2006;50(11):1. Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/bc0706.htm#1>
- 4- López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev salud pública*. 2009;11(113):432–42.
- 5- Ocan M, Obuku EA, Bwanga F, Akena D, Richard S, Ogwal-Okeng J, et al. Household antimicrobial self-medication: A systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*. 2015; 15: 742.
- 6- Sánchez Bermúdez C, Guadalupe M, Galán N. Factores que influyen en la automedicación del personal de enfermería a nivel técnico y de estudiantes. *Enf Neurol* [Internet]. 2012;11(3):120–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- 7- Ferrada P, Salomon SE, Pina JM, Lavandaio H, Carena JA. Evaluación de conductas adictivas en personal médico y no médico en un hospital de agudos. *Revista Médica Universitaria*. 4 (3); 18. Dirección URL del artículo: <http://bdigital.uncu.edu.ar/2746>. Fecha de consulta del artículo: 31/07/19.(1) [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/2746/ferradarmu3-08.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/2746/ferradarmu3-08.pdf)
- 8- Karamata V, Gandhi A, Patel P, Desai M. Self-medication for acne among undergraduate medical students. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2017;62(2):178. Available from: <http://www.e-ijd.org/text.asp?2017/62/2/178/201754>
- 9- Higa Okada SS. Los factores asociados en la automedicación en el personal técnico de enfermería, en los servicios de medicina, 2015. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2016. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4764/Higa\\_os.pdf;jsessionid=6AF95BC2B19434C1073ECB43E58E89A8?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4764/Higa_os.pdf;jsessionid=6AF95BC2B19434C1073ECB43E58E89A8?sequence=1)
- 10- Sado E, Kassahun E, Bayisa G, Gebre M, Tadesse A, Mosisa B. Epidemiology of self-medication with modern medicines among health care professionals in Nekemte town, western Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2017; 10: 533. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2865-5>
- 11- Cecilia M, García-Estañ J, Atucha N. La automedicación en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educ Médica* [Internet]. 2017;(xx):1–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-la-automedicacion-estudiantes-del-grado-S1575181317301432>
- 12- Health at glance 2019. OCDE mejores políticas para mejor vida. Fecha de acceso [15 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>
- 13- Ministerio de Salud. Anuario estadístico en Salud 2012-2015. Bolivia. INE (Instituto Nacional de Estadística). Publicación 47. Capítulo 3 Atención

hospitalaria, pág.40

14- Valencia AE, Fernández ZJ, Elfy AD, Camera R N, SantosAF. Características de la automedicación en el distrito 3 ciudad de Cochabamba. Re Ci Sa UNI .2019;6(1):15-19

15- Alshogran OY, Alzoubi KH, Khabour OF, Farah S. Patterns of self-medication among medical and nonmedical University students in Jordan. Risk Manag Healthc Policy. 2018; 11: 169–176. Published online 2018 Sep 12. doi: 10.2147/RMHP.S170181

16- Erlend Hem, Guro Stokke, Reidar Tyssen, Nina T

Grønvold, Per Vaglum, Øivind Ekeberg. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. BMC Medicine 2005,3:16 doi:10.1186/1741-7015/3/16 (4) 10.1186/1741-7015-3-16.

17- Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occupational Medicine. 2011; Vol. 61p: 490–7.



*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/aequusmf](http://www.facebook.com/aequusmf)

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

 [@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)

 [fundacionaequus.wordpress.com](mailto:fundacionaequus.wordpress.com)

# PROMOCIÓN DEL USO COMUNITARIO DE LA MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.

## PROMOTION OF THE COMMUNITY USE OF NATURAL AND TRADITIONAL MEDICINE IN MEDICAL STUDENTS.

Autores: MSc. Lic. Barbara Barata Cardoso<sup>1</sup>; Dra. Mayra García Rojas<sup>2</sup>; Dr. Alberto Piamo Morales<sup>3</sup>

### Afiliaciones:

1. Licenciada en Filosofía. Especialista en Trabajo Social. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Comandante Manuel Fajardo. Departamento de Filosofía e Historia. Cuba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3205-579X>.

2. Especialista en Medicina General Integral, Ginecología y Salud Pública. Hospital Gineco-Obstétrico América Arias. Cuba.  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8381-8745>

3. Especialista en Medicina General Integral, Anatomía Patológica y Salud Pública. Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. La Habana. Cuba.  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6913-4275>

### Autor de correspondencia:

MSc. Lic. Barbara Barata Cardoso.

E-mail: [barbarabc@infomed.sld.cu](mailto:barbarabc@infomed.sld.cu)

Recibido: 08/05/2020

Aceptado: 12/10/2020

### RESUMEN

**Introducción:** La Medicina Natural y Tradicional reafirma la integralidad del enfoque médico, incorpora puntos de vista preventivos sobre las enfermedades y ofrece herramientas terapéuticas y de rehabilitación para muchos problemas de salud.

**Objetivo:** Analizar una estrategia pedagógica para introducir las nociones del uso de la Medicina Natural y Tradicional en estudiantes de medicina.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, durante el curso académico 2018-2019, en el cual a 35 estudiantes de primer año de medicina les fueron impartidas actividades didácticas y demostrativas que facilitaron la manipulación de especímenes de la herbolaría. Dicho estudio se desarrolló en los jardines de la Quinta Los Molinos de la Ciudad de La Habana.

**Resultados:** Se realizó la demostración de 68 plantas medicinales y de estas se describieron aproximadamente 122 propiedades farmacológicas. El 69 % manifestó como principal duda la forma de dosificación y las formas de conservar las preparaciones realizadas. Al final de las 4 sesiones 91,4 % fue capaz de identificar las diferentes plantas que se les presentaron; y 86,9 % identificó correctamente las principales indicaciones médicas de las respectivas plantas.

**Conclusión:** Las formas de enseñanza de la medicina herbolaría más apropiada es aquella que utiliza como metodología la adquisición de conocimientos, habilidades y valores desde el intercambio e interrelación directa del estudiante con la naturaleza ya que así, este comprende mejor las propiedades que las diversas plantas poseen a la vez que se promueve la integración con la preservación del medioambiente.

**PALABRAS CLAVE:** Medicina Tradicional; Plantas Medicinales; Estudiantes del Área de la Salud, currículo.

### ABSTRACT

**Introduction:** Natural and Traditional Medicine reaffirms the comprehensiveness of the medical approach, incorporates preventive views on diseases and offers therapeutic and rehabilitation tools for many health problems.

**Objective:** Analyze a pedagogical strategy to introduce the notions of the use of Natural and Traditional Medicine in medical students.

**Methods:** A descriptive, longitudinal, prospective study was carried out during the 2018-2019 academic year, in which 35 first-year medical students were given educational and demonstrative activities that facilitated the handling of specimens from the herbalist's shop. This study was carried out in the gardens of the Quinta Los Molinos in the City of Havana.

**Results:** The demonstration of 68 medicinal plants was carried out and of these approximately 122 pharmacological properties were described. 69% stated as the main doubt the dosage form and the ways to preserve the preparations made. At the end of the 4 sessions 91.4% were able to identify the different plants that were presented to them; and 86.9% correctly identified the main medical indications of the respective plants.

**Conclusion:** The most appropriate forms of herbal medicine teaching are those that use the acquisition of knowledge, skills and values as a methodology from the direct exchange and interrelation of the student with nature, since in this way the student better understands the properties of the different plants they possess while promoting integration with the preservation of the environment.

**KEYWORDS:** Traditional medicine; Medicinal plants; Students of the Health Area, curriculum.

## INTRODUCCIÓN

La Medicina Natural y Tradicional (MNT) constituye un pilar básico para el ejercicio de la práctica clínica con la utilización de procedimientos curativos milenarios que se han mantenido vigentes por varias generaciones.<sup>(1)</sup>

La MNT reafirma la integralidad del enfoque médico, incorpora puntos de vista preventivos sobre las enfermedades y ofrece herramientas terapéuticas y de rehabilitación para muchos problemas de salud, tanto agudos como crónicos; además, reconoce la necesidad de una formación integral básica equilibrada en los órdenes científico-técnicos y ético-humanistas dirigidos a una atención primaria de salud que responda a los principios de equidad y un amplio desarrollo del estudiante y de las posibilidades de autogestión del conocimiento.<sup>(2)</sup>

Para el Ministerio de Salud Pública de Cuba, la MNT es una política priorizada lo cual ha quedado plasmado en la Resolución N° 381 publicada en la Gaceta Oficial N° 17 del 20 de mayo de 2015,<sup>(3)</sup> en la cual se "reconoce a la Medicina Natural y Tradicional como una especialidad médica, integradora y holística de los problemas de salud, empleándose métodos para la promoción de salud, prevención de enfermedades, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a partir de los sistemas médicos tradicionales y otras modalidades terapéuticas que se integran entre sí y con los tratamientos convencionales de la Medicina Occidental Moderna".

En correspondencia con lo anterior, sería acertado y oportuno promover las potencialidades, ventajas y bajo costo de la MNT, desde las etapas iniciales de la formación del médico, especialmente durante los dos primeros años de la carrera, momento en el cual existe un conjunto de condiciones sensoriales, psicológicas y motivacionales por parte del estudiante que haría posible su mejor comprensión y aplicación en el futuro.

En este sentido, se desarrollaron un estrategias pedagógicas el reconocimiento por parte del estudiante de medicina de las potencialidades de la MNT como herramienta terapéutica en la Atención Primaria de Salud, dichas acciones incluyeron, actividades recreativas, didácticas, de exploración práctica, bajo una metodología que permite el desarrollo de capacidades en dos vertientes, una a nivel cognitivo-sensorial y otra a nivel socio-cultural con promoción y rescate de valores de preservación del medioambiente.

Por lo cual en este estudio se planteó como objetivo, analizar una estrategia pedagógica para introducir las nociones del uso de la Medicina Natural y Tradicional en estudiantes de medicina.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, durante el curso académico 2018-2019,

en el cual participaron un total de 35 estudiantes de primer año de medicina, los cuales durante cuatro sesiones, (dos horas cada una), en los jardines de la Quinta Los Molinos de la Ciudad de La Habana recibieron una formación teórico-práctica sobre la identificación de las plantas medicinales, sus usos, propiedades y procedimientos para su preparación; todo ello a través de actividades didácticas, demostrativas que facilitaron la manipulación de especímenes de la herbolaría que se encuentra a nivel de la geografía cubana. Dichas actividades fueron asistidas por un personal especializado de la mencionada institución.

En cada una de las sesiones, fueron realizadas no solo la identificación de los especímenes, sino que estas fueron complementadas con demostraciones de los procedimientos de preparación no industrial.

Como sistema de evaluación se empleó la siguiente metodología: al finalizar las 4 sesiones se les presentó un total de 10 imágenes de plantas medicinales de las cuales los estudiantes debían por medio de 6 opciones, seleccionar el nombre correcto de la planta y una indicación médica; y en otro acápite se les solicitó describir sus experiencias.

Una vez realizadas las actividades se procedió a registrar cada una de las acciones llevadas a cabo en una base de datos, en la cual se detallaron las frecuencias de cada actividad, al finalizar el curso lectivo se realizaron cálculos de frecuencias relativas y absolutas.

## RESULTADOS

El primer resultado que llamo la atención, fue el hecho de que la invitación a participar fue a través de la divulgación pública y masiva de dicha actividad, mostrando su interés un total de 14 estudiantes, y para la segunda sesión el número de participantes se había incrementado en 70 %, es decir, el número total de participantes fue de 35 estudiantes (Figura 1). Al preguntarles a los 20 estudiantes incorporados a partir de la segunda sesión, sobre los motivos de su participación, la gran mayoría relató que sus compañeros les habían descrito sobre la metodología empleada y demás momentos de la sesión, en la cual *"era posible aprender interactuando con las plantas vivas"*.

Se realizó la demostración de 68 plantas medicinales y de estas se describieron aproximadamente 122 propiedades farmacológicas.

El 69 % manifestó como principal duda la forma de dosificación y las formas de conservar las preparaciones realizadas, por ejemplo, *"¿Qué sucede con las propiedades de una infusión si se guarda de un día para otro?"*.

En múltiples ocasiones la mayoría de los estudiantes manifestaron algún tipo de experiencia de familiares cercanos que habían comprobado las propiedades farmacológicas que se describían. Así mismo, algunos hacían constantemente sugerencias de formas de preparación de determinadas plantas, lo cual evidenció que los estudiantes tenían algunas nociones sobre la MNT.



**Figura 1.** Grupo de estudiantes de primer año en los Jardines de la Quinta de los Molinos.

Al aplicarle el instrumento evaluativo, se pudo comprobar que 91,4 % fue capaz al final de las 4 sesiones de identificar las diferentes plantas que se les presentaron; y 86,9 % identificó correctamente las principales indicaciones médicas de las respectivas plantas.

Dentro de las experiencias más destacadas se encontraron las siguientes:

- “Es interesante que con plantas medicinales se pueda conseguir los mismos efectos que con tabletas o inyecciones”.
- “Es muy necesario profundizar en el conocimiento de la Medicina Natural y Tradicional, especialmente lo relacionado con las plantas medicinales, ya que así, como futuros médicos podríamos contar con muchas más opciones para ayudar a los pacientes en su curación”.
- “Hay que elaborar materiales audiovisuales dirigidos a la comunidad”.

## DISCUSIÓN

La formación en MNT constituye una necesidad, dado que es parte del arsenal terapéutico de los profesionales de la salud. Su práctica debe estar fortalecida por sus procedimientos, de ahí la importancia de su incorporación a las actividades extensionista y su integración con la preservación del medioambiente.

Es significativo el desarrollo que se ha alcanzado en los últimos años en la integración de los recursos de la MNT a los servicios de salud con la utilización de los fitofármacos y apifármacos en el empleo de terapias con productos naturales, lo cual ha impactado positivamente en la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

Existen experiencias a nivel local e internacional sobre el abordaje de la MNT desde etapas tempranas

de la carrera de medicina, tal es el caso de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, en la cual, como resultado de la implementación del Plan D en el curso 2015-2016, se incorporan por primera vez de forma curricular los contenidos de MNT en el programa de la disciplina Preparación para la Defensa (PPD); entre sus contenidos se incluyó la medicina herbolaria.<sup>(4)</sup>

Otra experiencia es la desarrollada en el Programa Nacional de Formación de Médicos Integral Comunitario en Venezuela, en la cual la MNT se incorporó a los contenidos como unidad curricular del quinto año de la carrera y como eje transversal, definido este último como un abordaje pedagógico del proceso docente que se realiza con el propósito de lograr objetivos generales relacionados con determinados conocimientos, habilidades y modos de actuación profesional que son clave en la formación del estudiante y que no es posible lograr con la debida profundidad desde la óptica de una sola disciplina o asignatura académica, ni siquiera con planes de estudio parcialmente integrados y requieren, por lo tanto, la participación de más de una, a veces, de todas las asignaturas de la carrera.<sup>(5)</sup>

Acosta de la Luz,<sup>(6)</sup> en 2012 obtuvo buenas experiencias en un proyecto comunitario en el cual se impartió una capacitación de los vecinos de varios municipios de La Habana, que propició el aprendizaje y comprensión de la importancia de la medicina herbolaria a través de la palpación directa de las plantas medicinales. Esta iniciativa además promovió una cultura ambiental entre los vecinos.

Existen algunas prácticas para la promoción de la MNT por residentes de Medicina General Integral (MGI);<sup>(7)</sup> ya que el proceso formativo de habilidades, como forma de asimilación de la MNT, constituye un eje fundamental en el quehacer pedagógico contemporáneo, principalmente en la educación superior, por

ser el subsistema donde se forman los egresados que deben aplicar de forma creadora la información científica en la solución de los problemas que emergen como necesidad social.<sup>(8)</sup>

Resulta importante que los residentes de MGI hagan una apropiación de los conocimientos de la MNT, de manera que su práctica asistencial se encuentre enriquecida con conductas terapéuticas integrales, favorecedoras de la mejor calidad de vida en los pacientes.<sup>(9)</sup>

Borroto et al.<sup>(10)</sup> opinan que la no realización de las rotaciones, dentro de las cuales se adquieren conocimientos sobre MNT, resulta un factor no favorable que influye en la formación del residente, y ello afecta la calidad del proceso docente, y el residente no adquiere habilidades y conocimientos propios que les permitan un adecuado desempeño profesional.

## CONCLUSIONES

Las formas de enseñanza de la medicina herbolaria más apropiadas son aquellas que utilizan como metodología la adquisición de conocimientos, habilidades prácticas y valores desde el intercambio e interrelación directa del estudiante con la naturaleza ya que así, este comprende mejor las propiedades que las diversas plantas poseen a la vez que se promueve su uso a nivel del individuo, la familia y la comunidad.

## Fondos

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de fondos para la realización de esta investigación.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Perdomo J. Cuba y la OMS actualizan sus estrategias de Medicina Tradicional. *RevCubana Plant Med [Internet]*. 2014;19(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47962014000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962014000300013)
- 2- Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional, 2014-2023*. Ginebra: OMS; 2013.
- 3- Ministerio de Justicia. Resolución No. 381. *Gaceta Oficial de la República de Cuba, No. 17 Extraordinaria*. 20 de mayo de 2015. [http://www.juventudtecnica.cu/sites/default/files/materiales%20periodisticos/GO\\_X\\_17\\_2015.pdf](http://www.juventudtecnica.cu/sites/default/files/materiales%20periodisticos/GO_X_17_2015.pdf)
- 4- Mederos L, Quintero N, Ortega Y, De la Torre A, Castro J, Roque M. Integración de la Medicina Natural y Tradicional en Preparación para la Defensa: una propuesta metodológica. *Edumecentro* 2017;9(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742017000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000400008)
- 5- Sierra S, Fernández JA, Miralles E, Pernas M, Diego JM. Las estrategias curriculares en la Educación Superior: su proyección en la Educación Médica Superior de pregrado y posgrado. *Educ Med Super*. 2009;23(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21412009000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21412009000300009)
- 6- Acosta de la Luz L. Plantas medicinales en un proyecto de desarrollo humano. *Rev Cubana Plant Med* 2012;17(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47962012000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962012000400016)
- 7- González R, Cardentey J. Conocimiento sobre Medicina Natural y Tradicional por residentes de Medicina General Integral. *Rev. Med. Electrón*. 2016;38(5). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000500004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500004)
- 8- Wimmers TA, Splinter GR, Hancock HG. La competencia clínica: ¿es una habilidad genérica o depende de un contenido específico? *Adv Health Sci Educ [Internet]*. 2007;12(2):299-314.
- 9- Abreu JM. *Formación docente del estomatólogo en medicina natural tradicional desde la interdisciplinariedad [Tesis doctoral]*. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García. 2011.
- 10- Borroto ER, Salas RS, Díaz PA. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *Educ Med Super [Internet]*. 2010;24(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412010000100013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412010000100013&script=sci_arttext&lng=en)



# PROPUESTA ACADÉMICA



 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.

## Estudio descriptivo de la población usuaria del Implante Subdérmico entre 2016-2019 en la Unidad Sanitaria de Loma Paraguaya - Bahía Blanca. Argentina.

*Descriptive study of the user population of subdermal implant between 2016-2019 in the Health Unit of Loma Paraguaya, Bahía Blanca, Argentina.*

*"El análisis de esta información permitirá evaluar, generar y mejorar estrategias de acción para garantizar el derecho a la Salud Sexual y a la Procreación Responsable, desde el centro de Salud." (7)*

Autoras: Echeverría Paula<sup>1</sup>, Ferrini Loana<sup>2</sup>, García Nerina<sup>3</sup>, Hegel Dana<sup>4</sup>, Illanes Ana<sup>5</sup>, Romero Rocío<sup>6</sup>.

### Afiliaciones:

1,2,3,4,5,6

Residencia de Medicina Familiar, dependiente de Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

8. Grupo Latinoamericano Multicéntrico de Investigadores en Atención Primaria (GLAMINAP)

### Autor de correspondencia:

Nerina García.

E-mail: nerinagisele@hotmail.com

Recibido: 01/07/2020

Aceptado: 24/10/2020

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Se describe la población usuaria del implante subdérmico (ISD) colocado por el equipo de salud, entre junio de 2016 a junio del 2019 en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable.

**OBJETIVOS:** Describir la población incluida en el programa, usuarias del ISD, que se lo colocaron en la US de Loma Paraguaya entre 1/6/2016 al 1/6/2019.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio Observacional-Transversal-Descriptivo. Mujeres en edad fértil que se hayan colocado un ISD en la US de Loma Paraguaya entre 1/6/2016 al 1/6/2019.

**RESULTADOS:** El total de usuarias fue 52 mujeres registradas. La media de edad: 24 años, con un rango entre 14-41 años. El 55.7% (29) de las usuarias tenía al momento de la colocación entre 15 y 24 años (rango propuesto por el PSSyPR), 1 usuaria (1.9%) tenía menos de 15 años y 42,3% (22 pacientes) tenía una edad superior a los 24 años.

**DISCUSIÓN:** La incorporación del ISD como MAC permitió aportar una opción más como método de larga duración, con el objetivo de disminuir el número de embarazos no intencionales en adolescentes y su repetición. Más de la mitad de la población usuaria del ISD se encontraba dentro del rango etario; sin embargo, un 42% de las usuarias son mayores de 24 años.

**CONCLUSIONES:** En nuestra población el ISD es solicitado por un grupo etario amplio de 14 a 41 años, la media es de 24 años. Ampliar el criterio de recomendación para su uso lo pone al alcance de las mujeres y sus preferencias.

**PALABRAS CLAVE:** Automedicación, Personal de Salud, Medicamentos sin Prescripción.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The population using the subdermal implant (ISD) placed by the health team is described between June 2016 to June 2019 within the framework of the Sexual and Reproductive Health and Responsible Procreation Program.

**OBJECTIVES:** To describe the population included in the program, users of the ISD, who were placed in the US of Loma Paraguaya between 1/6/2016 to 1/6/2019.

**MATERIALS AND METHODS:** Observational-Cross-Sectional-Descriptive Study. Women of childbearing age who have had an ISD in the US of Loma Paraguaya between 1/6/2016 to 1/6/2019.

**RESULTS:** The total of users was 52 registered women. The average age: 24 years, with a range between 14-41 years. 55.7% (29) of the users had at the time of placement between 15 and 24 years (range proposed by the PSSyPR), 1 user (1.9%) was under 15 years old and 42.3% (22 patients) had a age over 24 years.

**DISCUSSION:** the incorporation of ISD as MAC allowed us to provide one more option as a long-term method, with the aim of reducing the number of unintended pregnancies in adolescents and their repetition. More than half of the ISD user population was within the age range; however, 42% of users are over 24 years old.

**CONCLUSIONS:** In our population, ISD is requested by a broad age group of 14 to 41 years, the average is 24 years. Expanding the recommendation criteria for its use makes it available to women and their preferences.

**KEYWORDS:** contraception, family planning.

## INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se describe la población de usuarias de implante subdérmico (ISD) a las cuales se les colocó como método anticonceptivo por el equipo de salud de la unidad sanitaria de Loma paraguaya (Municipalidad de Bahía blanca) entre junio de 2016 a junio del 2019 en el marco del Programa de Salud Sexuales y Reproductiva y Procreación Responsable.

## JUSTIFICACIÓN Y MARCO TEÓRICO

Los embarazos no planificados constituyen cerca del 50% de los nacimientos a nivel mundial y presentan relevancia en mujeres jóvenes entre 15 y 24 años. <sup>(1)</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años tienen un/a hijo/a anualmente. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años. Además, 3 millones de adolescentes se someten anualmente a abortos inseguros. <sup>(2)</sup>

Esta situación sanitaria, implicó definir nuevos abordajes de la salud de las/os adolescentes, dirigidas a integrarlas/os desde la perspectiva de derechos, equidad, género y etnicidad. <sup>(3)</sup>

Así, en el año 2002, se promulgó en Argentina la Ley Nacional que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El Programa, actualmente Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), perteneciente a la Secretaría de Gobierno de Salud, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, establece la compra y distribución de insumos para garantizar acceso y cobertura en anticoncepción para población usuaria del subsistema público de salud que no cuenta con obra social ni prepaga (preservativos; anticonceptivos hormonales inyectables, orales, para el período de lactancia, combinados y de emergencia; dispositivos intrauterinos, cajas de instrumental para su colocación; y tests de embarazo) a través del Programa REMEDIAR + REDES (hoy Medicamentos esenciales).

En el año 2014, con el ingreso del implante subdérmico (ISD) al país, se incorpora este insumo al PNSSyR con el objetivo de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia y su repitencia. Dentro los beneficios del ISD se encuentra su duración de tres años, que no depende de que la usuaria realice acciones para garantizar su uso correcto y su alta efectividad. No requiere controles periódicos específicos, lo que permite un mínimo seguimiento en su uso. Según las recomendaciones de la OMS del año 2018: "En mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales, ni obligatorios antes de iniciar el uso de implantes con progestágeno", aunque se continúa aconsejando la medición de la presión arterial antes

de iniciar el uso de implantes subdérmicos.

Se reconocen como efectos secundarios del ISD más frecuentes alteraciones del sangrado (sangrado irregular en el primer año o amenorrea), cefaleas, depresión, variaciones de peso, entre otros. Sus complicaciones son infrecuentes. Puede presentarse infección en el sitio de inserción en los dos primeros meses.

En la primera etapa de la estrategia gestionada desde el PSSyPR (iniciada en el año 2014), se incorporó como población objetivo a mujeres adolescentes de 15 a 19 años, que hubieran tenido un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el año previo a la colocación del ISD, y que no contaran con cobertura de los sub-sistemas de seguridad social o medicina prepaga. La estrategia se inició en siete jurisdicciones de alta necesidad sanitaria. En 2015 la población objetivo se amplió a mujeres de 15 a 24 años, en todo el país, que hubieran tenido o no un evento obstétrico. <sup>(4)</sup>

La toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos, requiere conocer y tener un equilibrio entre ventajas y desventajas de los mismos, las cuales varían en función de circunstancias, percepciones e interpretaciones individuales. Los factores al elegir un método anticonceptivo incluyen características de la persona, el riesgo inicial por antecedente de enfermedad, los efectos adversos de los distintos métodos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes. "Sin embargo, a las mujeres se las suele despojar de sus elecciones, o estas suelen estar impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos." <sup>(5)</sup>

Nuestra experiencia se referencia en la Unidad Sanitaria de Loma Paraguaya, la misma se encuentra ubicada al sureste de la Ciudad de Bahía Blanca (Bahía Blanca se encuentra al Sureste de la Provincia de Buenos Aires) y resulta un efector perteneciente al Sistema Público Municipal, generando acciones en el primer nivel de atención. Sede actual de la Residencia Municipal en Medicina Familiar y Salud comunitaria, programa de formación de posgrado para médicas/os. La población del municipio es de 301.572 habitantes (según el Censo Nacional poblacional del año 2010), el 52% son mujeres, de las cuales el 50,85 % pertenece a mujeres en edad fértil (14-49 años). <sup>(6)</sup>

En la Unidad Sanitaria de Loma Paraguaya, el ISD comenzó a estar disponible como MAC, a través del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, para las personas con capacidad de gestar a partir del año 2016. En estos 3 años, se ha ofrecido y utilizado como MAC, sin embargo, los registros con los que contamos actualmente, se limitan a el formulario de registro usuarias del ISD del programa nacional (Anexo 1), y la Historias Clínicas de las usuarias.

En este estudio se propone identificar y caracterizar a la población incluida en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, usuarias del ISD como MAC, que se colocaron en la US de Loma Paraguaya (Bahía Blanca).

A partir del conocimiento de esta población, poder realizar investigaciones o estrategias de intervención, para optimizar los beneficios del programa de salud sexual y procreación responsable, e indagar respecto de barreras en el mantenimiento de este método.

"El análisis de esta información permitirá evaluar, generar y mejorar estrategias de acción para garantizar el derecho a la Salud Sexual y a la Procreación Responsable, desde el centro de Salud." (7)

## OBJETIVO

Describir a la población incluida en el programa de salud sexual y procreación responsable, usuarias del ISD como MAC, que se colocaron en la US de Loma Paraguaya (Bahía Blanca) entre 1/6/2016 al 1/6/2019.

## METODOLOGÍA

Estudio de tipo Observacional-Transversal-Descriptivo.

La investigación se realiza dentro de un marco no experimental u observacional, dado que no existe ninguna intervención sobre las variables trabajadas y los datos recolectados son de un solo momento, en un tiempo único. Decimos que es descriptivo porque se trabaja sobre la realidad de los hechos, no se consideran hipótesis causales o de otra naturaleza. Es transversal porque se estudian las variables simultáneamente en un momento determinado.

Los datos son obtenidos de la base de datos Excel, generada a partir del formulario de registro de usuarias del implante subdérmico (ANEXO 1) perteneciente al programa nacional de salud sexual y procreación responsable, Región Sanitaria I.

## POBLACIÓN CON CRITERIO DE INCLUSIÓN

Mujeres de edad fértil que se hayan colocado un ISD en la US de loma Paraguaya entre 1/6/2016 al 1/6/2019.

## POBLACIÓN EXCLUIDA

No fueron incluidas en este estudio, las usuarias del ISD que se hayan colocado el dispositivo en otra institución, así como aquellas que se lo hayan colocado en fecha diferente a la estudiada.

## RESULTADOS

De la evaluación de la base de datos se pudo conocer

que el total de usuarias fue de 52 mujeres registradas desde el 1 de junio 2016 a 1 junio del 2019. La media de edad: 24 años, de un rango entre 14-41 años. El 55.7% (29) de las usuarias tenía al momento de la colocación del implante entre 15 y 24 años (rango propuesto por el PSSyPR), 1 usuaria (1.9%) tenía menos de 15 años y 42,3% (22 pacientes) tenía una edad superior a los 24 años. No se incluye 1 usuaria porque no contamos con su fecha de nacimiento.

Determinamos que el número total de usuarias con MAC previo era de 42 y el 20,75% (11 usuarias) refirió que no utilizaba MAC previo. La media de edad de las pacientes que no usaron método anticonceptivo fue de 23,9 años (15-36).

Si observamos al grupo de usuarias con MAC previo identificamos que el 32,07% (17 usuarias) utilizaba previamente anticonceptivo combinado oral, 3,77%(2) utilizaba anticonceptivo inyectable mensual (ACI), el 7,54% (4 usuarias) ACI trimestral, 1 sola usuaria (1,88%) usaba preservativo, el 3,77% (2 usuarias) de DIU, 9,43% (5 usuarias) ACO de lactancia, el 20,75% (11 usuarias) refirieron utilizar otro método. Ninguna usuaria tenía colocado un ISD previo.

Del total de usuarias que utilizaban MAC previamente, solo el 4,8% (2 usuarias) ya utilizaban un MAC de larga duración; es decir el 95,2% de las usuarias modificaron el MAC de elección, de uno de corta duración a uno de larga duración.

En cuanto a los eventos obstétricos previos (EOP) pudimos saber que del total de mujeres, el 30,7% (16 usuarias) no poseían EOP con una media de edad de 19,7 años (15-36); el total de partos fue de 66 para 27 mujeres que habían tenido partos, el total de cesáreas fue de 7 para 5 usuarias con cesáreas, el total de abortos fue de 20 para 12 mujeres que habían tenido un aborto. La media de embarazos fue de 2,6, de un rango entre 1- 8 gestas.

## DISCUSIÓN

Tal como plantea la literatura, en nuestro país, la incorporación del ISD como MAC permitió aportar una opción más como método de larga duración, con el objetivo de disminuir el número de embarazos no intencionales en adolescentes y su repitencia. La población objetivo abarca a personas con capacidad de gestar de 15 a 24 años, independientemente de uno o más EOP. Más de la mitad de la población usuaria del ISD en la Unidad Sanitaria de Loma Paraguaya comprendía ese rango etario; sin embargo, un 42% de las usuarias son mayores de 24 años y un mínimo porcentaje representa a menores de 15 años.

Resulta interesante observar respecto a MAC previos que un gran número de usuarias lo utilizaban, siendo la mayor parte de los mismos, de corta

duración y usuaria- dependientes. Se debería tener presente la menor cantidad de opciones de MAC de larga duración que se encuentran disponibles, en comparación con la oferta de los de corta duración y usuarias-dependientes. Un número muy pequeño corresponde a usuarias que no utilizaban MAC previamente.

En cuanto a uno o más EOP, la gran mayoría de las usuarias del ISD de la Unidad Sanitaria de Loma Paraguaya lo tenían, tratándose de sólo un 37% sin EOP.

## CONCLUSIONES

En nuestra población el ISD es solicitado para su uso por un grupo etario bastante amplio de 14 a 41 años de edad (lo que abarca casi en su totalidad la edad fértil), donde la media es de 24 años. De los criterios de elegibilidad del programa es el rango etario solo un 55,7 % (30 usuarias) cumplía el rango etario propuesto (población adolescente de 15 a 24 años).

Uno de los criterios de elegibilidad iniciales hacía referencia a tener al menos un EOP. En nuestras usuarias el 59,3% cumplía el mismo.

Si unificáramos ambos criterios solo el 26,9 % (14 pacientes) los cumpliría. Y recordando que en una primera instancia el criterio era: "mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron un EOP", en nuestra población solo un 7,6 % (4 pacientes) cumpliría con el requisito.

Como mencionamos previamente la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos, requiere conocer y tener un equilibrio entre ventajas y desventajas de los mismos. En el caso del ISD estamos hablando de un MAC con casi nulas contraindicaciones y que es un método reversible de larga duración. De esta forma concluimos que ampliar el criterio de recomendación para su uso pone al mismo al alcance de las mujeres y de sus preferencias. De esta forma ampliar el criterio de destinatarias cumple con uno de los objetivos fundamentales del PNSSyPR: "desarrollar acciones destinadas a garantizar derechos fundamentales de todas las personas. Esto significa que las personas puedan elegir, obtener gratuitamente y usar MAC y preservativos en el momento que los necesitan".<sup>(9)</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- A. Cosimi, M. Lopez. Perfil epidemiológico de pacientes usuarias del implante subdérmico. FASGO. 2019; Volumen 18 - N° 2.
- 2- Organización Mundial de Salud. El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras. Recuperado el 20 de noviembre de 2018 de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnanc>
- 3- Organización Mundial de la Salud. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Recuperado el 20 de noviembre de 2018 de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=)
- 4- Ministerio de Salud y desarrollo social de la nación. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación. 2018. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe\\_implante.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf)
- 5- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, presidencia de la Nación Métodos Anticonceptivos. Guía Practica para profesionales de la salud. 2015. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>
- 6- <http://datos.bahiablanca.gov.ar/dataviews/230075/CENSO-POBLA-POR-SEXO-INDEC/>
- 7- Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, IDEC. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- 8- Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018 <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/acceso-seguro-y-gratuito-metodos-anticonceptivos>

PROGRAMA NACIONAL DE  
**SALUD SEXUAL**  
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

**FORMULARIO DE REGISTRO  
USUARIAS DEL IMPLANTE SUBDERMICO**

Datos del Implante
Fecha de colocación del implante: __/__/__
Etiqueta de identificación del Implante

Datos de la usuaria		
Nombre y Apellido	Edad:	
Fecha de nacimiento: __/__/__	Nº DNI*	
Teléfono de contacto: ( ) -	FUM: __/__/__	
Indicar cantidad de antecedentes obstétricos Parto o Cesarea: __ Aborto: __ Sin antecedentes <input type="checkbox"/>	Fecha de último parto, cesárea o aborto: __/__/__	
Uso de MAC previo a la colocación del Implante		
ACO <input type="checkbox"/>	ACOLAC <input type="checkbox"/>	ACI <input type="checkbox"/>
DIU <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>

*\*Este campo no es obligatorio, si la usuaria no lo tiene colocar el implante igual*

Datos del efector	
Hospital <input type="checkbox"/>	Centro de Salud <input type="checkbox"/>
Nombre del hospital o centro de salud u	
Provincia:	Localidad:

Datos del Profesional
Firma, aclaración y sello del profesional que colocó el implante

**Les Invitamos**  
**a formar parte**



**ACOMFYG**

**ASOCIACIÓN CORDOBESA  
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

**PARA ASOCIARSE COMUNICARSE A**  
**[asociarseacomfyg@gmail.com](mailto:asociarseacomfyg@gmail.com)**

  **ACOMFYG**  **@ACOMFYGCBA**  
**WWW.ACOMFYG.COM.AR**

# Crisis familiares paranormativas.

*Non normative family crisis.*

Autor: Lovo, Javier<sup>1</sup>.

## Afiliaciones:

1- Sección de Medicina Familiar - Escuela de postgrados. Universidad de El Salvador. San Salvador, El Salvador

## Autor de correspondencia:

Javier Lovo.

E-mail: jvrlovo@gmail.com

Recibido: 25/05/2020

Aceptado: 30/10/2020

## RESUMEN

La familia es una organización dinámica que sufre múltiples cambios en su existencia; con subsecuentes alteraciones de su dinámica que desembocan en crisis. Estas crisis se han clasificado en dos grandes categorías: normativas a las que se espera ocurran y paranormativas a las situaciones accidentales que pueden formar parte del ciclo vital familiar. Los eventos que no se prevé ocurran pueden ser: por desmembramiento, adición, desorganización y desmoralización de la familia; se ha agregado una nueva categoría de crisis mixtas para aquella combinación de escenarios que no pueden ser clasificados en los otros grupos. El mundo moderno con sus caóticas realidades engendra nuevas crisis paranormativas que el medico puede y debe conocer para una mejor intervención en las familias.

**PALABRAS CLAVE:** *Medicina Familiar y Comunitaria; Relaciones Familiares; Composición Familiar.*

## ABSTRACT

The family is a dynamic organization that confront multiple changes throughout its existence, this entails changes in the family dynamic that lead to crises. Those crises have been classified into two categories: normative when is expected to occur and non-normative when is accidental situations that may be part of the family life cycle; these events that are not expected may occur: by dismemberment, addition, disorganization and demoralization of the family. A new categorization of mixed crisis has been added for that combination of scenarios that cannot be cataloged in the others groups. The realities of the modern world generate new non normative crises, which the doctor can and should know for a better intervention in families.

**KEYWORDS:** *Family Practice; Family relationships; Family Characteristics.*

## INTRODUCCIÓN:

La familia es una organización dinámica que sufre múltiples cambios desde su formación. Lo cual exige una adaptabilidad permanente frente a los continuos desafíos que van surgiendo a lo largo de su evolución en las distintas etapas de su ciclo vital. En la literatura se ha llamado a estos cambios transiciones o crisis familiares; clasificando como normativas a aquellos que se espera ocurran en la vasta mayoría de individuos o familias de la población y paranormativas o también llamadas no normativas a aquellas transiciones o crisis asociadas a cambios inusuales o impredecibles<sup>1</sup>.

El concepto de crisis de familia ha sido definido como la condición en el que se ubica una familia, colectividad o grupo, en el cual los afectados experimentan tensión y altos grados de estrés. Este contexto hace necesario una adecuación de la apreciación de la realidad y un reajuste de los mecanismos de adaptación e interacción con el medio<sup>2</sup>, para lograr solventar la problemática que la crisis suscita en el ambiente familiar.

Aunadas a las profundas y agresivas transformaciones que ha sufrido la familia en los últimos años, las nuevas tipologías familiares han dado lugar a cambios en la dinámica familiar que se reflejan en una evolución vertiginosa proclive a ocasionar serios problemas sociales<sup>3</sup>. Los nuevos eventos se adosan a aquellas crisis familiares paranormativas a las que la familia desde siempre ha estado expuesta. El estudio de estas situaciones inesperadas en la familia es el objeto de este ensayo.

## LAS CRISIS NO EVOLUTIVAS

Todos aquellos acontecimientos estresantes que no se prevé ocurran en la familia, se les clasifica como paranormativos<sup>4</sup>, esto incluye una gran cantidad de situaciones inesperadas que pueden presentarse en el devenir evolutivo de la familia, volviendo vulnerables los sistemas de contención y adaptación. El advenimiento de grandes alteraciones poblacionales como por ejemplo el envejecimiento progresivo y el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en la familia permiten que estos desequilibrios hagan su aparición de manera más frecuente. Las dificultades paranormativas acompañan el ciclo vital familiar requiriendo cada vez mayores ajustes para evitar la inestabilidad a la que se expone el sistema completo.

Se clasifican las crisis familiares excepcionales en cuatro categorías basándose en sus características en los grupos siguientes: de abandono, de adición, de cambio del estado social y de desmoralización<sup>5</sup>. Todos los componentes que incluyen cada uno de estos grupos es capaz de generar intensas demandas que van a definir la funcionalidad de la familia. Consideremos que la presencia de una crisis en la familia no

implica necesariamente una patologización de esta; pero se debe valorar que si esta persiste en el tiempo superando los recursos de adaptación y ajuste, todos los miembros de la familia en mayor o menor medida sufrirán sus consecuencias. La familia como base de la sociedad nos lleva a una correlación directa con importante connotación: familias en problemas es igual a sociedad en conflicto. Esta realidad a la larga nos afecta a todos como parte ineludible del entramado social.

## LAS CRISIS POR ABANDONO O DESMEMBRAMIENTO FAMILIAR.

Las eventos del ciclo vital familiar que involucran la separación de algún miembro de la familia engendra crisis desencadenadas por la pérdida<sup>5</sup>. Se incluye coyunturas tales como la separación de los padres suscitadas por lo general después de múltiples contradicciones familiares, desembocado en muchos casos en cuadros de violencia intrafamiliar y alteraciones conductuales en los miembros de la familia, con la ruptura subsiguiente del enlace entre los padres que puede concluir con el divorcio<sup>6</sup>.

En este grupo se incluyen los escenarios que conllevan a ingresos hospitalarios; un contexto en el que se hace valer el antiguo adagio "no hay individuos enfermos sino familias enfermas". La presencia de un familiar que se ingresa tiene el potencial para desencadenar situaciones de angustia severa que afecta a todos sus miembros, esta realidad exige un ajuste de roles tradicionales para suplir las actividades de la persona ausente, así como para contender con la necesidad de cuidados y visitas que requiere el paciente en el hospital<sup>7</sup>. Cuando la persona ingresada es el soporte económico de la familia se desatan nuevos escenarios conflictivos, porque además de los problemas psicológicos deben sobrellevar penurias económicas que no son sencillas de solventar. En la práctica todo tipo de ingreso hospitalario sin importar la causa que la motive requiere abundantes recursos para contender con esta dificultad de manera efectiva.

El deceso de un miembro de la familia suscita una crisis no evolutiva de gran relevancia. Adquiere sumo interés para la salud familiar por su gran potencial para generar importantes desequilibrios familiares y sociales; los cuales ponen a la familia en una situación de mayor vulnerabilidad para presentar problemas emocionales y de salud<sup>(8)</sup>. El fallecimiento puede ser de un hijo, una muerte materna o el accidente de alguno de los cónyuges por citar ejemplos, todas estas situaciones generan profundos conflictos en la familia. En primera instancia originan cambios inmediatos en los roles que cada miembro debe asumir y a largo plazo conlleva un difícil proceso de duelo, que de no ser resuelto conduce a la instauración de nuevas crisis. Estas crisis se agudizan cuando la causa de la pérdida es por un suicidio en la familia, este aconteci-

miento crea un ambiente tenso en el que predominan sentimientos ambivalentes de culpa y de odio entremezclados con aquellas sensaciones de afecto que contribuyen a complicar aún más la frágil situación.

Dentro de las crisis no normativas se agrupan los escapes de casa que algunos adolescentes y niños realizan, lo que ocasiona que en algunos casos nunca retornen al hogar<sup>9</sup>. Al salir de la morada paterna muchos de ellos son forzados por grupos criminales locales a participar en actos homicidas o relacionados con el tráfico de estupefacientes, que posteriormente los conduce a prisión, el cementerio o la muerte.

Una crisis familiar reciente dentro de este grupo es la práctica cada vez más frecuente de la emigración de miembros de una familia hacia nuevas ciudades o países. Este viaje implica la permanencia lejos del núcleo familiar por extensos periodos de tiempo. Cada vez es más común que el éxodo se realice de manera ilegal, lo que propicia que al ser apresadas las familias por las autoridades de inmigración se les separe por largos periodos de tiempo, con profundos efectos en la dinámica familiar<sup>10</sup>. Situación análoga se presenta en amplias regiones conflictivas del mundo donde miembros de la familia deben huir o refugiarse en otros países por extensos lapsos de tiempo, escapando de la violenta realidad que les apremia.

La ambiente actual fomenta el desarrollo de crisis por desmembramiento. Las personas deben viajar en muchos casos a otros países por largos periodos de tiempo en busca de empleo y los jóvenes deben abandonar el hogar paterno de forma precoz para continuar sus carreras universitarias o conseguir un trabajo. Las enfermedades crónicas cuyas complicaciones exigen ingresos hospitalarios son cada vez más frecuentes. La violencia en nuestras ciudades se ha agudizado trayendo muertes prematuras en las familias. Todos estos escenarios moldean cambios perceptibles en la morfología de las familias, conllevando a que sea cada vez más difícil encontrar familias integras en las comunidades.

### **LAS CRISIS POR ADICIÓN.**

La agregación de nuevos miembros a la familia de manera imprevista, gesta graves inestabilidades que pueden progresar hasta forzar profundas alteraciones en la dinámica familiar preestablecida<sup>11</sup>. Esto incluye escenarios como los nacimientos fruto de embarazos adolescentes con las múltiples consecuencias familiares y de salud que desata<sup>12</sup>, los embarazos prematrimoniales y todos aquellos embarazos no planificados, cuyas consecuencias se amplifican cuando ocurren en el seno de familias en precarias condiciones económicas. Muchas de las familias que padecen estas crisis son grupos familiares grandes, en los que pueden existir múltiparas y pacientes añosas con alto potencial de morbimortalidad, que esta eventos pue-

de acelerar.

Las viudas o viudos que contraen nuevas nupcias generan crisis no evolutivas, lo que también ocurre en quienes se han divorciado y constituyen una nueva pareja. La persona que se agrega y el contexto en el que incorpora hace imprescindible el ajuste de roles en la familia con las dificultades de adaptación que desata<sup>13</sup>. Esta anexión en ocasiones trae otras adhesiones, los cuales pueden ser hermanastros o familiares de la nueva pareja que coadyuvan a el desarrollo de conflictos aún mayores. La adopción es otro evento que genera una crisis no evolutiva, la adición del nuevo miembro y la incorporación a la dinámica de la familia no resulta sencilla<sup>14</sup>. En este grupo de crisis se incluye situaciones insólitas como el retorno de un desertor de la familia o la llegada de familiares, amigos o conocidos a el hogar, que pasan a formar parte de la dinámica familiar con las dificultades que su incorporación representa.

Nuestro tiempo fomenta las crisis por adición. Con el advenimiento de las redes sociales, se facilita la comunicación en tiempo real entre personas interesadas en formar parejas. Esto conlleva a que jóvenes de más temprana edad puedan tener acceso a material pornográfico, música y material que incita un inicio precoz de las relaciones sexuales, con las consecuencias adversas que esto acarrea. Los embarazos no deseados en adolescentes son cosa de todos los días, de igual manera todo el espectro de embarazo sin planificación se ve amplificado, por la facilidad que las redes y la cada vez más accesible comunicación telefónica permite para entablar nuevas relaciones y programar citas que en muchos casos se cristalizan en relaciones sexuales sin planificación, con la posibilidad de llegada de nuevos miembros a las familias, para las que estás no están preparadas.

El mismo contexto permite que las personas que sufren separación o pérdida de su pareja, en poco tiempo puedan entablar nuevas relaciones. Con los cambios en la dinámica familiar que esta adición muchas veces apresurada conlleva para la familia. El auge de las crisis por abandono también facilita el surgimiento de nuevas adiciones. Las personas que se marchan por empleo regresan a la familia cuando las condiciones le son adversas, encontrando un nuevo orden en la familia. Lo mismo ocurre con los hijos que se marchan por estudios y que por alguna razón fallan en sus objetivos y regresan al hogar paterno, similar realidad enfrenta la hija que se marcha y resulta embarazada volviendo forzosamente en busca de soporte familiar.

### **LAS CRISIS POR CAMBIO DE ESTATUS.**

La variación de la condición social genera múltiples crisis en la familia<sup>15</sup>. Eventos tales como el empobrecimiento repentino<sup>16</sup>, el desempleo pro-

longado, la adquisición de nuevas deudas, gastos desmedidos o innecesarios, la dependencia económica, la riqueza o fama de manera inesperada, el cambio de domicilio y la formación de parejas adolescentes instauran escollos adaptativos.

Otros autores han llamado también a esta categoría crisis de desorganización<sup>17</sup>, incluyendo la presencia de enfermedades somáticas y psiquiátricas, el divorcio, el retraso mental y la infertilidad<sup>18</sup>, las enfermedades incapacitantes o de pronóstico sombrío, las dificultades conyugales, los conflictos parento-filiales, los problemas filiales, las enfermedades crónicas, los pugnas con las familias políticas, la inadecuada selección de pareja, inconformidad con el estado civil, las enfermedades de transmisión sexual, los abortos, las complicaciones durante embarazo, parto y puerperio, accidentes, problemas escolares y laborales, el bajo nivel cultural y condiciones precarias de vivienda. Se incluye sucesos como desastres naturales que afecten a la familia, guerras, deprivaciones, cambios políticos, la necesidad de asilo por persecución política, religiosa o social<sup>19</sup>.

Nuestro mundo es caótico, los cambios ocurren de manera acelerada, las personas cambian de estatus social con facilidad y rapidez, muchas veces sin ninguna preparación previa sobre lo que se viene en sus vidas. Las enfermedades crónicas abarcan mayores segmentos poblacionales, la inestabilidad conyugal es mucho más común, las dificultades económicas son más evidentes. Todo esto facilita que las familias se encuentren en una realidad de tener que enfrentar una crisis tras otra, con los subsecuentes cambios que cada una de ellas generara en la dinámica interna.

### **LAS CRISIS POR DESMORALIZACIÓN.**

Son eventos que rompen con las normas y valores de la familia<sup>20</sup>. Estas crisis pueden ser generadas por la conducta antisocial de alguno de los miembros de la familia, que suscita escenarios como abuso sexual y maltrato a las personas más indefensas del grupo familiar<sup>21</sup>, se incluye sucesos como la infidelidad, la prostitución, la delincuencia, el adulterio, las relaciones prematrimoniales, el abuso de drogas, la negligencia, el encarcelamiento, el homicidio, y el alcoholismo<sup>22</sup>. Pertenecen a esta categoría escenarios que se han vuelto más usuales como la homosexualidad<sup>23</sup>. Algunos autores incluyen la expulsión escolar en esta clasificación<sup>24</sup>.

El advenimiento de las redes sociales y su masificación han permitido el auge de un mayor número de crisis por desmoralización en las familias. La infidelidad y adulterio se ven favorecidos por los contactos en estos servicios de internet, volviéndose cada vez más comunes. Debemos considerar que ahora las personas están en permanente interacción con múlti-

ples parejas potenciales no solo en su propia región, sino que en todo el mundo. La oferta de sexo por internet cobra cada vez más fuerza y lo hace en el epicentro de la familia, ya que quienes ofertan estos servicios no son sólo mujeres u hombres que se dedican al negocio, algunos son estudiantes o empleados que buscan obtener un poco más de dinero por medio de estas acciones. La adquisición de drogas se ve simplificada por el internet, resulta sencillo contactar a un vendedor de cualquier estupefaciente o realizar las ordenes virtuales de alcohol, con la facilidad que incluso se realiza la entrega a domicilio, lo que socava la posibilidad de controlar su venta. Todo esto genera nuevas crisis por desmoralización que reconfiguran las relaciones familiares de antaño.

### **LAS CRISIS MIXTAS.**

Se hizo necesario crear una nueva categoría que incluya a más de una de los cuatro grupos de crisis paranormativas clásicas. Se presenta así cuando el evento no puede ser catalogado dentro de una solo grupo o involucra múltiples sucesos no evolutivos a la vez, esto puede ser el caso de un paciente que sufre enfermedad crónica al que la familia abandona de manera prolongada en una institución de salud o el abuso sexual por un miembro de la familia que recién egresa de prisión<sup>25</sup>.

Este tipo de crisis es cada vez más común. Las familias no enfrentan un único tipo de dificultad, sino que se presentan combinaciones de dos o más situaciones problemáticas con las que confrontar. Es común que por ejemplo una crisis por adición haya sido generada a su vez por una crisis por desmoralización. Resulta de especial importancia esta categoría porque en la atención de la familia en crisis, muchas de estas entraran de lleno en este grupo.

### **CONCLUSIONES**

La familia moderna está en crisis, esto ha sido originado por los cambios trepidantes que las nuevas tecnologías e interacciones sociales están generando, hasta afectar su institución medular; la familia. La violencia imperante en nuestros entornos, la dificultad en la comunicación que la familia moderna enfrenta, la ruptura de las relaciones tradiciones abre paso a él génesis de nuevas crisis paranormativas; ante la que los grupos familiares deben desplegar nuevas estrategias de afrontamiento y adaptación para generar climas de bienestar.

Nuestro tiempo pone a prueba el pilar fundamental de la sociedad: la familia. Acompañando las crisis no evolutivas de la familia de antaño se adosan nuevos retos que se deben de confrontar. Es en este contexto que la comprensión que representan estas transiciones o crisis para la familia, para el bienestar individual toman su máximo valor. Debemos recordar

que como médicos es nuestro deber, guiar a la mejor resolución de todas estas situaciones, de manera que la familia resulte fortalecida cuando se logre solventar la situación, esto exige una comprensión profunda de lo que cada tipo de crisis significa, que permita aportar las mejores estrategias para su resolución.

El médico de familia es por antonomasia el profesional que clasificará y tratará cada una de estas crisis. Conocer la realidad que nos apremia es el primer paso para intervenciones eficaces en la familia. Después se debe usar ese acercamiento familiar y comunitario que solo nuestra especialidad es capaz de desarrollar, para llegar hasta la base medular de los problemas que aquejan a cada familia en particular. En conjunto con la familia se formularán estrategias para contender con estas problemáticas, en la que el galeno de familia será el facilitador o guía hacia la búsqueda de esa homeostasis perdida en el grupo familiar.

Algunas familias poseen mejores mecanismos de adaptación que otras para salir al encuentro de estas situaciones conflictivas, pero deberemos trabajar con todas ellas, buscando la mejor manera de resolver la crisis, que sólo se puede lograr conociendo el tipo de crisis presente, las relaciones familiares, la dinámica interna, el grado de cohesión, los estresores que se presenten y los recursos que se pueden desplegar para volver a un punto de equilibrio.

## REFERENCIAS

- 1- Cowan PA, Hetherington EM. Family transitions. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates Publisher. 1991.
- 2- Clavijo Portieles A. Crisis, familia y psicoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2002.
- 3- Rúa CIV. Las nuevas tipologías familiares y los malestares interrelacionales que se suscitan en ellas. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2005; (14).
- 4- Garza Elizondo T, Avilés Cura MA. El medico familiar y el modelo de atención curativa. En Dávila Torres J, Garza Sagastegui MG.(ed.). Medicina Familiar. México: Editorial Alfil. 2013.
- [5] González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cuba Med Gen integr. 2000; 16(3), 270-76.
- [6] Jimenez MM, Amarís Macías M, Valle Amaris M. Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. Revista Científica Salud Uninorte. 2012; 28(1).
- [7] Fernández G. Paciente pediátrico hospitalizado. Revista de APPIA. 2008;17, 37-50
- 8- Lozano-Avendaño L, Bohórquez-Ortiz AZ, Zambrano-Plata GE. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. Universidad y Salud. 2016; 18(2), 364-72.
- 9- Matchinda B. The impact of home background on the decision of children to run away: the case of Yaounde City street children in Cameroon. Child Abuse Negl. 199;23(3):245-55.
- 10- Simha S. The Impact of Family Separation on Immigrant and Refugee Families. N C Med J. 2019;80(2):95-6.
- 11- Dyer ED. Parenthood as crisis: A re-study. Marriage and Family Living.1963; 25(2), 196-201.
- 12- Cancino AM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y reproducción humana. 2015; 29(2), 76-82.
- 13- Koo HP, Suchindran CM, Griffith JD. The effects of children on divorce and re-marriage: a multivariate analysis of life table probabilities. Popul Stud (Camb). 1984 Nov 1;38(3):451-71.
- 14- Berastegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. Anu Psicología.2007; 38(2), 209-24.
- 15- Lazcano FM, Elizondo TG. Eventos críticos. En Elizondo TG, Herrera RFG.(Ed). Trabajo con familias: abordaje médico e integral. México: Editorial El Manual Moderno. 2015.
- 16- Dávila Quintana CD, González López VB. Crisis económica y salud. Gac Sanit. 2009; 23(4), 261-65.
- 17- González AMV. La familia. Una mirada desde la Psicología. Medisur. 2008; 6(1), 4-13.
- 18- Fernández Ríos M, Herrera Santí PM, González Benítez I. Infertilidad como evento paranormativo: Su repercusión familiar. Rev Cuba Med Gen Integr. 2002; 18(2), 117-20.
- 19- Boss PE, Boss P, Mulligan C. Family stress: Classic and contemporary readings. California: Sage. 2003.
- 20- Marulanda Á. Las crisis son oportunidades de cambio. Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia. 2011; 16(132), 1-4.
- [21] Gómez C. Salud familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica. 2016.
- [22] Mendoza Cabrera N, Valdés J, Lourdes M, García Ferreiro ÁL, Pérez Chang E, Pérez Guerra LE, Sáez Ruiz BM. Propuesta de una guía instructiva dirigida

a la familia del paciente alcohólico. *Acta Med Cent.* 2016; 10(1), 31-7.

23- Fernández MC. Identidad homosexual y contexto familiar heteroparental: implicaciones educativas para la subversión social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2014; 12(2), 643-58

24- Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev Méd electrón.* 2011; 33(4), 472-83.

25- Smilkstein G. *The Family in Crisis.* In: Taylor RB. (eds) *Family Medicine.* Springer, New York, NY. 1978.

# La Medicina Familiar y general en el contexto de pandemia COVID-19

Autor: Humberto Jure<sup>1</sup>

1- Profesor de Medicina Familiar de la Universidad Nacional del Nordeste, Profesor Adjunto en la Universidad Nacional de Villa María y en la Universidad Nacional de Córdoba. Ex presidente de FAMFYG.

Editor Asociado de Revista Archivos de Medicina Familiar y General.

La pandemia de COVID-19 ha producido en estos meses, muchas pérdidas dolorosas, en las personas, en las familias y en sus comunidades. Algunos daños son muy evidentes, concretos y definitivos, otros mucho más sutiles, aunque igualmente devastadores. La incertidumbre frente a lo desconocido, produjo abatimiento, desolación, bronca e impotencia. Nos robó el deseo de salir y compartir, de querer jugar, de poder hacer planes a futuro. Tuvimos que dejar de lado aquellos proyectos que muchas veces idealizamos y que como sabemos, quizás nunca se realizarían, pero que nos alimentaban el deseo y le daban esa tan necesaria tranquilidad al alma.

Como oportunamente afirmó el reconocido filósofo y sociólogo alemán Habermas, en declaraciones al diario alemán Kölner Stadt-Anzeiger: *“nunca habíamos sabido tanto de nuestra ignorancia, ni sobre la presión de actuar en medio de la inseguridad, como ahora, ante la crisis del coronavirus”*<sup>1</sup>. Resulta incuestionable que en el campo de las ciencias biomédicas, lo que desconocemos es infinitamente superior a aquello que creemos saber. Y este aspecto tan controversial, se comprueba en este momento de búsqueda desesperada de una vacuna eficaz contra el COVID-19, que no sabemos cuándo y cómo va a estar disponible, y en consecuencia, cuándo podremos controlar o desaparecerá la epidemia.

La Sputnik V se constituyó el pasado 11 de agosto en la primera vacuna oficialmente registrada en el mundo por un gobierno y según los resultados publicados en la revista británica The Lancet, genera anticuerpos adecuados y no provoca incidentes secundarios adversos<sup>2</sup>. El presidente de Argentina, Alberto Fernández, anunció la compra de 25 millones de dosis de la vacuna rusa para su país.

Mientras llega la vacuna, todos nos sentimos en mayor o menor medida amenazados por el fantasma del posible contagio, de la dificultad respiratoria y de la muerte. Según Habermas, *“Ahora la inseguridad existencial es global y simultánea y está incluso en la cabeza los individuos conectados a las redes de comunicación. Cada individuo aislado es informado de los riesgos de la pandemia, porque para luchar contra ella, el autoaislamiento del individuo es la variable más importante en consideración de los sistemas sanitarios saturados”*<sup>1</sup>.

Esta situación global de emergencia, es una clara consecuencia de la profunda degradación ecológica causada por la ambición desmedida del hombre, de las empresas que buscan exclusivamente el lucro material, de la deforestación indiscriminada de los bosques nativos y las selvas, de la expansión de monocultivos como el de la soja o la excesiva urbanización y concentración de población en grandes ciudades del mundo entero.

Si bien el día 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró esta situación como una Pandemia<sup>3</sup>, un importante grupo de especialistas de renombre internacional afirman que la categoría más adecuada para definirla sería la de *Sindemia*<sup>4</sup>. Este es un concepto que

fue acuñado en la década del 90 por el médico estadounidense Merrill Singer, para explicar una situación en la que “dos o más enfermedades interactúan de forma tal que causan un daño mayor que la mera suma de estas dos enfermedades”.

Efectivamente, vemos que en el caso del COVID-19, existe un índice desproporcionado de resultados adversos en torno a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, particularmente en comunidades empobrecidas, de bajos ingresos y en minorías étnicas. The Lancet recupera esta idea, en una publicación de finales del mes de septiembre, en el artículo titulado “Covid-19 is not a pandemic”, donde advierte que en el caso del Coronavirus no se trata de una pandemia, sino precisamente de una sindemia, y que la diferente perspectiva para abordarlo es de fundamental importancia para su contención mundial. Además señala que se está adoptando un enfoque demasiado estrecho para manejar la situación, ya que el SARS-CoV-2 interactúa con enfermedades no transmisibles como la diabetes, los problemas cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, situación que se agrava en un contexto de vulnerabilidad social y ambiental.

Por un lado vemos que, la intromisión indiscriminada del ser humano en la naturaleza, sin ningún respeto, produce la destrucción de los hábitats de miles de virus en animales y en plantas, que se trasladan hacia otros animales y hacia el ser humano. De esta manera la zoonosis y la transferencia zoonótica son conceptos que a partir de ahora, serán parte de nuestro vocabulario cotidiano.

Por el otro observamos la agregación de enfermedades en un contexto de disparidad económica, que exacerba los efectos adversos de cada enfermedad por separado. El impacto de esta interacción está además facilitado por condiciones sociales y ambientales que favorecen el desarrollo y proliferación de enfermedades o hacen que la población, especialmente aquellas de menores ingresos, sea más vulnerable.

Además la inseguridad no sólo se refiere a la lucha contra la pandemia en sí, sino también a las consecuencias económicas y sociales que son impredecibles. Es por eso que como dice el Sociólogo Daniel Feierstein el gran desafío sería el de enfrentar en nuestra comunidad, la negación y la proyección, dos importantes mecanismos de defensa psíquica que operan a nivel colectivo. En definitiva, nadie quiere aceptar la posibilidad de su muerte o la de sus seres queridos.

En el caso de COVID-19, atacar las Enfermedades Crónicas no Transmisibles será un requisito previo para una contención exitosa. Lo referido nos conduce a replantearnos las cuestiones fundamenta-

les de nuestra existencia y a descubrir que no hay mayor valor que la vida humana, nuestra vida, la de nuestra familia y la de toda la comunidad. Este tiempo, es tiempo de reflexión y de conversión ecológica, tiempo de decidir qué tipo de Casa Común queremos para el futuro.

Como dice Fratelli Tutti<sup>5</sup>, la reciente carta encíclica del Papa Francisco sobre la fraternidad: “*La política no debe someterse a la economía y la economía no debe someterse a los dictámenes y al paradigma eficientista de la tecnocracia*” y afirma también: “*El diálogo que necesita ser enriquecido e iluminado por razones, por argumentos racionales, por variedad de perspectivas, por aportes de diversos saberes y puntos de vista, y que no excluye la convicción de que es posible llegar a algunas verdades elementales que deben y deberán ser siempre sostenidas*”.

Una perspectiva integrada, desde la Salud Colectiva, que propicie el abordaje interdisciplinario e intersectorial y que incluya la participación activa de cada ciudadano como sujeto de derecho, podría ser una salida adecuada a la naturaleza Sindemica, que requiere de un enfoque más integral si queremos proteger la salud y la calidad de vida de nuestras comunidades.

**Humberto Jure**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Schwing, Markus. Jürgen Habermas über Corona: So viel Wissen über unser Nichtwissen gab es noch nie“. Kölner Stadt-Anzeiger. 10 de 04 de 2020.
- 2- Balakrishnan, Vijay Shankar .The arrival of Sputnik V. 2020, The Lancet.
- 3- OMS. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Ginebra : s.n., 2020.
- 4- Horton, Richard.Offline: COVID-19 is not a pandemic. 26 de Septiembre de 2020, The Lancet.
- 5- Papa Francisco. FRATELLI TUTTI DEL SANTO PADRE FRANCISCO SOBRE LA FRATERNIDAD Y LA AMISTAD SOCIAL. Roma : s.n., 2020.

# Oportunidades Covid 19.

Autores: Arceo, M D; Drimer, C L; Kopitowski, K S.

En el 2020 la pandemia de Covid 19 irrumpió alterando entre muchas otras cosas nuestra práctica médica cotidiana. Muchas cosas cambiaron, muchos artículos se han escrito acerca de las consecuencias negativas de esta pandemia. Las crisis representan momentos de cambios, este artículo invita a reflexionar acerca de cuáles son las oportunidades que nos presenta esta pandemia.

Todo sucedió muy rápido, el último día del año 2019 China comunica a la agencia de la ONU la existencia de varios casos de neumonía en la ciudad de Wuhan, el 11 de marzo del 2020 la OMS determina que el Covid 19 puede caracterizarse como una pandemia, el 20 de marzo en la Argentina comienza a regir, por el DNU 297/2020, el aislamiento social preventivo y obligatorio.

De repente nuestra práctica médica cambió, la forma en que conocíamos la atención comenzó a ser diferente, aparecieron las consultas virtuales, la comunicación electrónica, nos sentimos sobrepasados y a veces invadidos por la virtualidad; pero ésta también nos permitió estar cerca de la comunidad a la que asistíamos en este contexto. Las actividades preventivas se suspendieron en general, las enfermedades crónicas no pudieron ser adecuadamente controladas, se redujo el número de consultas, pero también los pacientes ganaron autonomía pudiendo resolver muchos de sus problemas sin requerir del sistema de salud.

En la historia de la humanidad hubo muchas pandemias, la gripe española 1918-1919, la epidemia de Poliomieltis 1940-1950, la epidemia de SARS-CoV-1 de 2002-2004, gripe A (H1N1) 2009-2010. Durante todas estas pandemias también hubo cambios en los sistemas de salud, pero una vez resueltas, todo volvió a la normalidad previa. Hoy tenemos una nueva oportunidad para pensar acerca de si es necesario que algo cambie. Es muy posible que la telemedicina, las redes, el contacto virtual, hayan llegado para quedarse.

A nivel mundial y, desde hace años, muchas sociedades plantean la necesidad de repensar en algunas de las prácticas clínicas innecesarias que podrían causar daños y sobrecargar a los sistemas de salud. Entre ellas se encuentra Choosing Wisely que es una campaña educativa de salud con base en los Estados Unidos, dirigida por la Fundación ABIM

(American Board of Internal Medicine) sobre los cuidados de salud innecesarios. En 2002 la Fundación ABIM publicó *Medical professionalism in the new millennium: a Physician Charter*. La carta establece que los médicos tienen la responsabilidad de promover la equidad sanitaria cuando algunos recursos sanitarios son escasos, como una forma de lograr la justicia distributiva.

En el 2017 se realizó en la Argentina un acuerdo intersociedades con el objeto de publicar recomendaciones acerca los “NO realizar” (prácticas que debían dejar de realizarse). FAMFyG presentó sus recomendaciones (ver tabla 1). Sin embargo estas prácticas continuaron siendo utilizadas y sobre utilizadas, no solamente por realizarse en poblaciones en las cuales no están indicadas, sino también por realizarlas a intervalos menores que los recomendados.

Considerar los daños potenciales se torna especialmente importante cuando se trata de prevención, ya que se está interviniendo sobre una persona sana. Los daños de la prevención incluyen entre otros: el sobrediagnóstico, los falsos positivos y las cascadas diagnósticas. Dado que todas las intervenciones médicas pueden acarrear daños, cada acto médico o cada estudio diagnóstico debe realizarse siempre que los beneficios superen los daños, y siempre y cuando los pacientes así lo deseen. Es necesario proveer información acerca de los cuidados que han mostrado mejorar la salud, discontinuar aquellos que son peligrosos o inútiles, y ofrecer brindar la intervención pertinente y apropiada, si la condición lo amerita y en el marco de la toma de decisiones compartidas.

La pandemia Covid 19 hizo que este año muchas prácticas preventivas no se realizaran y que otras se pospusieran. Esto nos plantea una oportunidad única para invitarnos a repensar nuestra práctica clínica, continuar con aquellas necesarias y discontinuar las que causan daño, no son necesarias e insumen recursos económicos que además son escasos.

Actualmente contamos con información científica reconocida disponible, de libre acceso, que sugiere cuáles son las prácticas preventivas recomendadas y no recomendadas en cada etapa de la vida.

Algunas de las prácticas que sin duda deben continuar, y cuanto antes, son las inmunizaciones

para todas las edades; el rastreo de enfermedades de transmisión sexual, así como facilitar el acceso a métodos anticonceptivos e interrupción legal del embarazo, la atención en casos de abuso o sospecha de abuso sexual, violencia, consumo problemático de sustancias o intentos de suicidio.

Y en relación a los controles de salud del niño sano, coincidimos con las recomendaciones de distintas sociedades científicas nacionales e internacionales en relación a la importancia de no posponer, pero sí espaciar, controles presenciales de niños menores de un año; así como mantener el seguimiento de enfermedades agudas y crónicas que lo requieran, a todas las edades.

Pero debemos repensar el examen periódico de salud tal cual lo veníamos realizando. Está demostrado que el chequeo anual no tiene ninguna incidencia en la morbi-mortalidad de la población. Las largas listas de estudio y maniobras en el examen físico muchas veces no están recomendadas. Siendo las únicas recomendaciones que mostraron beneficio en este sentido las citadas en la tabla 2. Como podemos observar la única de estas prácticas que requiere de la consulta presencial es la toma de Papanicolau que se recomienda cada tres años.

Por otro lado existe fuerte recomendación acerca de no realizar en pacientes asintomáticos prácticas como: ECG en reposo o stress, ecografías abdominales completas, ecografías transvaginales, tomografías cuerpo entero, análisis de sangre de rutina, PSA, pruebas función tiroideas, dosaje de vitamina B12, vitamina D y homocisteína entre otras.

Existen muchos sitios accesibles donde se puede encontrar información útil, de calidad y con sustento científico sobre prevención, como el ministerio de salud y desarrollo social de la nación, el instituto nacional del cáncer, la fuerza de tareas preventivas americanas, o la fuerza de tareas preventivas canadiense, entre otros:

<http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>

<http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>

<https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/>

La pandemia Covid 19 cambió nuestra práctica en muchas formas. Es ahora nuestra responsabilidad aprovechar esta oportunidad única de desechar aquellas prácticas de bajo valor y que pueden producir daños en las personas, para lograr una medicina de mejor calidad que promueva la equidad sanitaria considerando los escasos recursos con los que se cuenta en nuestro país.

#### **Tabla1. Recomendaciones FAMFyG NO realizar:**

**Densitometrias en mujeres menores de 65 años**

**ECG en personas asintomáticas**

**Rastreo de bacteriuria en personas asintomáticas**

**Radiografías de columna en personas con lumbalgias de menos de 6 semanas de duración y sin banderas rojas**

**PAP en menores de 25 años y que cuando se hace entre los 25 y 65 años sea cada tres años. Discontinuar luego de los 65 años**

**Rastreo de cáncer de próstata**

**Rastreo de cáncer de mama antes de los 50 y después de los 74 años. Considerando riesgos y beneficios.**

**Tabla 2.** Recomendaciones que demostraron disminuir morbi-mortalidad de la población.

Rastreo	Recomendaciones	Intervalo	Necesidad de asistir
HTA	fuerte	3 a 5 años	No
Dislipemia	V> 40 M> 50	5 años	NO
DBT 2	Alto riesgo/muy alto riesgo	3 años/anualmente	Imágenes
Aneurisma de aorta abdominal	Hombres 65-80 años	Única vez	Imágenes
Ca colorrectal	50 a 75	Cada 2 años SOMF/10 VCC	No
Ca cuello de útero	25 a 65	3 años	sí

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. (5 February 2002). *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. Annals of Internal Medicine. **136** (3): 243–6.

doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012. PMID 11827500.

- Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino HB, et al. *Simplified lipid guidelines. Prevention and management of cardiovascular disease in primary care*. Can Fam Physician 2015;61:857-67 (Eng), e439-50 (Fr).

- Arvidsson E, André M, Borgquist L, Andersson D, Carlsson P. *Setting priorities in primary health care-on whose conditions? A questionnaire study*. BMC Fam Pract 2012;13:114

- American Academy of Pediatrics. *Guidance on Providing Pediatric Well-Care During COVID-19*. 11/2/2020. Available on: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/guidance-on-providing-pediatric-well-care-during-covid-19/>

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Propuesta de abordaje y orga-*

*nización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la Pandemia Sars-Cov2 (otoño-invierno 2020-2021)*. Disponible en:

[https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/consenso\\_aepap\\_sepeap\\_propuesta\\_de\\_abordaje\\_y\\_organizacion\\_consultas.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/consenso_aepap_sepeap_propuesta_de_abordaje_y_organizacion_consultas.pdf)

- Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA; Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services*. Can Fam Physician 2017;63:824-6 (Eng), e449-51 (Fr).

- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. *Evidence for overuse of medical services around the world*. Lancet. 2017 Jul 8;390(10090):156-168.

doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5. Epub 2017 Jan 9. PMID: 28077234; PMCID: PMC5708862.

- Bouck Z, Calzavara AJ, Ivers NM, Kerr EA, Chu C, Ferguson J, et al. *Association of low-value testing with subsequent health care use and clinical outcomes among low-risk primary care outpatients undergoing an annual health examination*. JAMA Intern Med 2020;180(7):973-83. Epub ahead of print.

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care*. CMAJ 2016;188(5):340-8. Epub 2016 Feb 22.

- Cassel, Christine. K. (of *Choosing Wisely*); Guest, James A. (of *Consumer Reports*) (2012). "Choosing Wisely - Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 307 (17): 1801–1802. doi:10.1001/jama.2012.476. PMID 22492759.
- Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ, et al. *Screening: when things go wrong*. *Can Fam Physician* 2018;64:502-8 (Eng), e299-306 (Fr).
- Dickinson, J. A., Thériault, G., Singh, H., Szafran, O., & Grad, R. (2020). *Rethinking screening during and after COVID-19: Should things ever be the same again?*. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(8), 571–575.
- Howard DH, Gross CP. *Producing Evidence to Reduce Low-Value Care*. *JAMA Intern Med*. 2015 Dec;175(12):1893-4. doi:10.1001/jamainternmed.2015.5453. PMID: 26457957.
- Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. *Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer*. *CMAJ* 2018;190(49):E1441-51.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ* 2012;345:e7191.
- Rothberg MB. The \$50 000 physical. *JAMA* 2020;323(17):1682-3.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Pediatría Ambulatoria. *Recomendaciones en Pediatría Ambulatoria Pandemia COVID 19*. 26 de marzo 2020. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_dartagnan\\_1585322841.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_dartagnan_1585322841.pdf)
- US Preventive Services Task Force. *Final recommendation statement. High blood pressure in adults: screening*. Rockville, MD: US Preventive Services Task Force; 2015. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/high-blood-pressure-in-adults-screening>. Accessed 2020 Mar 17.
- Wintemute K, Thériault G. *Post-COVID primary care reboot?* [blog]. *Can Fam Physician* 2020 May 7. Available from: <https://www.cfp.ca/news/2020/05/07/5-07>. Accessed 2020 Jun 29.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche



**Federación Argentina  
de Medicina Familiar y  
General**

**MIEMBRO DE**





