

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 19 | NÚMERO 1 | MARZO 2022



ISSN 1668-8341
CÓRDOBA- ARGENTINA

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 19 | NÚMERO 1 | AÑO 2022

FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

PRESIDENTA

Karin Kopitowski

VICEPRESIDENTA

Maria Valeria Santillán

PRESIDENTE HONORARIO

Mario Acuña

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

Volumen 19, Número 1. Año 2022 ISSN 1668-8341

La revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

EDITORA RESPONSABLE

Ana Carolina Godoy, Hospital Nacional de Clínicas. Dirección de Integración Sanitaria.
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina

EDITORES EJECUTIVOS

Patricio Jorge Cacace, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina

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

Silvana Mabel Avila, Médica de Familia de la Municipalidad de Córdoba - Comité esp. Medicina General Consejo de Médicos Córdoba, Argentina

Lisandro Utz, Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Cecilia Auat Chein, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina
Maria Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

COMITÉ EDITORIAL

Abraham Tamez Rodríguez, Universidad de Monterrey, México

Dra Cecilia Astegiano, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina

Dr Julio David Matz, Sanatorio Guemes, Buenos Aires, Argentina

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

Humberto Jure, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

María Verónica Grunfeld, Departamento de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca Argentina

Pablo Julian Badr, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Silvina López, Médica de Familia. Universidad Nacional del Sur, Argentina

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

Martin Langsam, Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina

Andrea Perrot, CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Félix Fernando Aragón, Asociación de Medicina Familiar de Tucumán, Argentina

Juan Pablo Gaydou, Médico especialista es Salud Social y Comunitaria, Dirección General de Integración Sanitaria, Ministerio de Salud de Córdoba, Argentina

Franco José Aráoz, RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL DE CAPS VILLA VERDE PILAR, Buenos Aires, Argentina

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

Gabriela Di Croce, Médica de familia. Comisión Directiva Asoc. Mendocina de Medicina Familiar-AMMEFA. Waynakay Latinoamérica-Representante Subregión Cono Sur

DISEÑO GRÁFICO

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

El efecto del COVID-19 sobre mujeres y niñas: la otra pandemia.

Los médicos de familia, al menos muchos de nosotros, hemos sentido una profunda incomodidad durante la pandemia de COVID-19. La mirada centrada en los Hospitales y las terapias intensivas desenfocada de la atención primaria, el territorio, el día a día de las personas y las comunidades, invisibilizó nuestra tarea. Que, en muchos casos, fue prácticamente anulada y redireccionada hacia ámbitos que nos son ajenos.

También hemos sentido una profunda incomodidad por un sistema sanitario que, de la noche a la mañana se tornó prácticamente monovalente. COVID o no COVID. Tan lejos de nuestra mirada integral de la salud de las personas.

Muchos de nosotros nos hemos confesado en voz baja que recomendábamos alguna vuelta por el barrio o encuentro entre abuelos y nietos cuando esto estaba taxativamente prohibido. Y lo hacíamos con el convencimiento de estar aportando salud a esas personas.

Quienes ejercemos la medicina familiar tenemos en nuestro ADN una perspectiva de prevención cuaternaria. Es decir, intentamos aplicar un conjunto de acciones que se realizan para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias. Porque las actividades sanitarias producen beneficios y también daños.

Esta perspectiva no ha sido considerada en una de las acciones sanitarias más extensamente difundidas en el mundo: los confinamientos. Los Estados han implementado estas cuarentenas mirando casi exclusivamente los beneficios sobre la circulación del virus. Y no digo que no hayan sido necesarias... digo que no hubo simultáneamente una visión de los daños y menos intervenciones para intentar paliarlos.

Como si cuando diéramos un medicamento (correctamente indicado) no estuviéramos alertas a los efectos adversos.

Las medidas de confinamiento pueden haber ayudado en algún momento a contener el avance del virus, a “aplanar la curva” de contagios, a dar tiempo al sistema sanitario para dar respuesta. Pero dejaron otras pandemias. Que no cuentan los casos diarios ni los ponen en portales de internet, situaciones sobre las que hay poca o nula alerta acerca de si suben o bajan. Daños que conocemos y han sido documentados, pero permanecen invisibles y lejos de la agenda pública.

Voy a referirme al efecto de la pandemia en mujeres y niñas.

Durante la pandemia, las mujeres han sufrido y siguen sufriendo de forma especialmente aguda las consecuencias de las desigualdades, al tener que enfrentarse a una mayor vulnerabilidad y también a nuevos obstáculos para alcanzar la igualdad.

Son muchos los ámbitos en los que pueden observarse estas consecuencias. Uno de los más dramáticos ha sido el de la violencia de género, espoleada por el confinamiento obligado, que ha forzado a las mujeres a convivir con sus agresores durante más tiempo y en un ambiente de mayor tensión y, al mismo tiempo, ha dificultado su acceso a los sistemas de protección.

Por otro lado, la pandemia ha tenido también consecuencias para las mujeres en el aspecto psicológico, con la incidencia que ha supuesto en su salud mental el confinamiento en viviendas familiares con marcadas limitaciones en cuanto a espacio y condiciones, junto con el aumento de la tensión intrafamiliar y el desigual reparto de las cargas de trabajo.

En este sentido, el impacto sobre las mujeres ha sido particularmente perjudicial y no suficientemente señalado. El Observatorio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica

que el 76,2% de todas las horas del trabajo de cuidado no remunerado recae sobre las mujeres: más del triple que los hombres. Además, el hecho de que el sistema de cuidados se sostenga en una amplia mayoría de mujeres en todo el mundo –constituyen el 70% de la fuerza de trabajo de los sistemas socio-sanitarios–, las ha situado en primera línea de exposición al virus, aumentando su riesgo y consolidando su doble rol de cuidado social y cuidado privado dentro de los hogares.

Un 73,2% de las personas empleadas en el sector de la salud son mujeres, quienes han tenido que enfrentar una serie de condiciones de trabajo extremas, como extensas jornadas laborales, que se suman al mayor riesgo al que se expone el personal de la salud de contagiarse del virus. Todo esto en un contexto regional en el que persiste la discriminación salarial, pues los ingresos laborales de las mujeres que trabajan en el ámbito de la salud son un 23,7% inferiores a los de los hombres del mismo sector. A pesar de estas cifras, las mujeres no suelen tenerse en consideración en la toma de decisiones a nivel mundial o nacional para la respuesta al COVID-19 y se estima que sólo el 30% de los líderes a nivel mundial para el manejo de la pandemia son mujeres.

A ello se añade que las medidas de confinamiento y la suspensión temporal de las clases para los menores, han aumentado los desequilibrios en la conciliación laboral y familiar, lastrando aún más el desarrollo profesional de las mujeres, que se han responsabilizado en mayor medida del cuidado de niños y niñas, sin que las medidas adoptadas tuvieran en cuenta las dificultades para poder compaginar esta tarea con sus responsabilidades profesionales. En esta situación, su desarrollo profesional se ha visto limitado por el aumento de la carga de trabajo no remunerado mientras se acentúa para ellas el riesgo de sufrir desempleo y pérdida de ingresos. También hay que sumar el impacto que la pandemia a supuesto en la pérdida de empleos precarios e informales, en los que ellas son mayoría.

En todos estos aspectos de la desigualdad que sufren las mujeres es obligado destacar su incidencia aún mayor en la vida de las más vulnerables, ya sean las mujeres migrantes, las trabajadoras domésticas, las mujeres privadas de libertad, las familias monomarentales, el colectivo LGTBI o las mujeres de las zonas rurales.

Todo ello supone un importante retroceso sobre los avances conseguidos en las últimas décadas en materia de extensión de los derechos conquistados, protección social, carga de trabajo o protección contra la violencia de género, entre otros. Y parece olvidar el hecho incuestionable de que solo conseguiremos salir de la crisis actual si incorporamos a las mujeres al centro de la toma de decisiones como protagonistas de las políticas de reactivación económica y de protección económica y social.

Estamos en marzo, mes en el que se conmemora el Día Internacional de la Mujer. Estoy asumiendo la Presidencia de la FAMFyG (una de las pocas presidentas mujeres que ha habido en 20 años). Y quiero hacer visible esta otra pandemia. La de la desigualdad y su agravamiento con el COVID 19.

No contamos las víctimas de a una, no están en los portales de Internet. Pero están.

Es hora de comenzar a saldar la deuda contraída.

Karin Kopitowski
Presidenta FAMFyG

Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

EXPECTATIVAS DE INSERCIÓN LABORAL EN GRADUADOS DE RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, BUENOS AIRES.

GANIELE, M DE LAS N.....PAG. 4-15

ARTÍCULO ORIGINAL

CREANDO VALOR PARA FORTALECER EL ROL DE LA MUJER EN BAJO BOULOGNE.

GIRAUDO, N.....PAG. 17-21

ARTÍCULO ORIGINAL

MODOS DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19. EXPERIENCIA EN TERRITORIO DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

MARRONE, A.....PAG. 22-30

Expectativas de inserción laboral en graduados de residencias de Medicina Familiar y General, Buenos Aires.

Employment expectations of graduates from family and general medicine residencies, Buenos Aires.

Autores: María de las Nieves Ganiele^a; María Celeste Eliana Suárez^b, María Emilia Espósito^c, Dominique Caprani^d, Victoria Weisbrodt^e, Mariela Alejandra Weisbrodt^f.

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de Familia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5160-4459>

^b Obra Social del Personal de la Construcción (OSPCon). Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4705-3671>

^c Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano. Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2957-5572>

^d Investigadora Independiente. Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8789-5502>

^e Investigadora Independiente. Licenciada en Sociología y Profesora en Enseñanza Media y Superior en Cs. Sociales (UBA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5153-0955>

^f Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de Familia. Magister en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0250-9105>

Contacto: María de las Nieves Ganiele.
maria.ganiele@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 29/10/2021.

Aceptado: 28/01/2022.

Este artículo contó con el apoyo de las Becas de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud 2019, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección nacional de talento humano y conocimiento (RENIS Nro. IS002756).

RESUMEN

La Medicina Familiar y General (MFyG) es una especialidad clave en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Sin embargo, en Latinoamérica se observa una disminución en la cantidad de aspirantes a las residencias de dicha especialidad y con los años abandono de su práctica. Explorar de manera prospectiva las expectativas de inserción laboral de los residentes del último año de MFyG y de los recientemente graduados e identificar el grado de incumbencia en el ámbito de la APS de las primeras experiencias laborales. Se realizó un estudio cualitativo y descriptivo, a través de 20 entrevistas semi-estructuradas y dos grupos focales a médicos de instituciones de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2019. Del análisis del corpus empírico surgieron 4 dimensiones: el perfil del médico de familia/general, la lucha por el reconocimiento de la especialidad, los factores que influyen en las primeras elecciones laborales y las expectativas laborales post residencia. Observamos que los médicos de familia/general se encuentran muy optimistas en la etapa de recién recibidos, con deseos de trabajar en el ámbito de la APS. Sin embargo, se ven obligados a enfrentar un mercado laboral que no aprecia (y hasta no comprende) su preparación. Las expectativas laborales se ven afectadas por una tensión entre ideas profundas sobre "lo correcto" de su trabajo y las oportunidades laborales reales en un sistema de salud que prioriza las especialidades de la fragmentación.

PALABRAS CLAVE: medicina familiar y comunitaria; medicina general; internado y residencia; atención primaria de salud; empleo.

ABSTRACT

Family and General Medicine is a key specialty in the Primary Health Care (PHC) strategy. However, in Latin America there has been a decrease in the number of physicians who choose and then practice it. To explore the Family and General Medicine residents' expectations on their labor transition after the last training year and identify the degree of concern in the field of PHC of the first work experiences. Qualitative study, through 20 semi-structured interviews and 2 focus groups involving Family and General physicians from privately managed institutions in Ciudad Autónoma de Buenos Aires, in 2019. From the analysis of the empirical corpus, four dimensions emerged: the profile of the family physicians, the fight for the recognition of the specialty, the factors that influence their first work experiences and the post-residency careers expectations. The graduates from Family and General Medicine residency programs interviewed have to face a difficult labour market that does not appreciate their training and does not understand what family physicians provide in terms of comprehensive care to patients. Therefore, tension arises between what is right and acceptable in their profession and the real job opportunities offered by the health system that prioritizes fragmented specialties.

KEYWORDS: family practice; general practice; internship and residency; primary health care; employment.

INTRODUCCIÓN

Apartir de la década del 70 y con la “Declaración de Alma Ata” (OMS, 1978), los países de Latinoamérica afianzaron su compromiso con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y con la medicina familiar y general (MFyG) como principal efector¹. La MFyG es una especialidad clínica que se encarga de la prevención de enfermedades como también del mantenimiento y resolución de los problemas de salud prevalentes de los individuos, familias y/o comunidades. Tiene como fin proveer atención integral y continua a cualquier persona que busca sus servicios o coordinar el uso apropiado de estos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles^{2,3}.

A pesar del rol fundamental asignado a la MFyG, en Latinoamérica se ha evidenciado una disminución en la cantidad de aspirantes a los programas de residencia y especialización en medicina familiar⁴. Asimismo, se observa una tendencia creciente en el número de médicos que ya siendo especialistas en MFyG eligen abandonar el campo laboral de la especialidad. Esto se observa a nivel mundial tanto en países como Argentina que tienen un sistema de salud fragmentado, así como también en países donde la APS es la base del modelo de sistema de salud^{5,6}. En Argentina persiste el modelo de atención centrado en el hospital, la fragmentación de los cuidados, la diversidad y solapamiento de los subsistemas de salud (público, seguridad social y privado) y las dificultades en la gobernanza de estos subsistemas por el carácter federal de orden jurídico en temas de salud.

Publicaciones acerca de la permanencia laboral en el ámbito de la MFyG en ciertas regiones de Argentina describen que después de años de práctica, la baja valoración económica de la especialidad, las malas condiciones de trabajo y el techo en el desarrollo profesional condicionan el abandono de la práctica^{6,7}. En consonancia con lo anterior, un estudio sobre médicos de familia y generales formados por el Estado argentino reportó que al menos un tercio está ejerciendo otra especialidad^{8,9}. Identificamos un área de vacancia, ya que los trabajos publicados tienen un enfoque retrospectivo y toman como población de estudio médicos de familia/general graduados hace años, pero no caracterizan o buscan comprender cómo piensan su futuro laboral quienes están por finalizar su residencia o lo hicieron recientemente y están dando sus primeros pasos fuera del programa de formación.

En este trabajo nos propusimos explorar de manera prospectiva las expectativas de inserción laboral de los residentes del último año de MFyG y de los recientemente graduados e identificar el grado de incumbencia en el ámbito de la APS de las primeras experiencias laborales. Consideramos que enfocarnos en quienes están teniendo sus primeras experiencias, es de gran utilidad en la planificación de acciones para incentivar la permanencia de estos médicos especialistas en el primer nivel de atención.

MÉTODO

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo durante el año 2019. La población estuvo constituida por residentes del último año (incluyendo jefes de residentes) y graduados en los últimos 2 años de MFyG de instituciones hospitalarias de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se seleccionaron estos dos subgrupos dado que son actores de una transición que se caracteriza por pasar de un ámbito protegido como los programas de formación de residentes a la salida al mercado laboral de manera individual. La producción de datos fue realizada mediante entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, por ser técnicas pertinentes para producir conocimiento sobre nuestro objeto de estudio, ya que nos permitieron comprender el sentido de las acciones sociales desde las perspectivas de los sujetos. Se confeccionó una guía de preguntas para las entrevistas semi-estructuradas. Para los grupos focales se utilizaron datos de estudios previos sobre el tema y preguntas guía como disparadores para facilitar el debate entre pares.

Se realizó un pre análisis de contenido, se confeccionaron categorías y se procedió a la codificación. Se realizaron 20 entrevistas semi-estructuradas de 45 minutos de duración y dos grupos focales de 2 horas, llegando a la saturación de las categorías. En el análisis e interpretación de los datos, se llevó a cabo un proceso de triangulación de investigadoras de diferentes disciplinas (medicina familiar y sociología de la salud) para controlar el sesgo de las profesiones.

RESULTADOS

Las características de la población entrevistada se detallan en las Tablas 1a y 1b. La media de edad es de 30 años, el 15% es de género masculino, el 95% no tiene hijos y el 60% realizó la carrera de medicina en universidades públicas.

Tabla 1a. Datos socio-demográficos: entrevistados Grupo pre-egreso (médicos residentes que se encontraban en el último año de la residencia y/o jefatura).

Entrevista	Género autopercebido	Edad	Lugar de origen	Estado convivencial/hijos	Lugar de residencia	Universidad
1	F	28 años	CABA	Convive s/hijos	CABA	Privada
2	F	34 años	CABA	Casada s/hijos	CABA	Privada
3	F	31 años	CABA	Convive s/hijos	CABA	Pública
4	M	29 años	Tucumán	Soltero s/hijos	CABA	Privada
5	F	34 años	GBA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
6	F	29 años	GBA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
7	F	28 años	Punta Alta, Bs. As.	Soltera s/hijos	CABA	Pública
8	F	30 años	CABA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
9	M	29 años	CABA	Casado s/hijos	GBA	Pública
10	F	28 años	Entre Ríos	Casada s/hijos	CABA	Privada

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
GBA: Gran Buenos Aires.

Tabla 1b. Datos socio-demográficos: entrevistados Grupo post-egreso (médicos que ya hubieran tenido sus primeras experiencias laborales, es decir, a los seis-veinticuatro meses de finalizada la residencia y/o Jefatura de residencia).

Entrevista	Género autopercebido	Edad	Lugar de origen	Estado convivencial/hijos/as	Lugar residencia	Universidad
11	F	30 años	GBA	Convive s/hijos	CABA	Pública
12	F	30 años	GBA	Soltera s/hijos	GBA	Pública
13	F	30 años	Ushuaia	Soltera s/hijos	CABA	Privada
14	F	31 años	GBA	Convive s/hijos	GBA	Privada
15	F	32 años	GBA	Convive s/hijos	GBA	Pública
16	M	33 años	GBA	Casado s/hijos	CABA	Pública
17	M	30 años	Bahía Blanca, Bs. As.	Soltero s/hijos	CABA	Pública
18	F	34 años	CABA	Casada/ 1 hija	CABA	Pública
19	M	29 años	Tucumán	Soltero s/hijos	CABA	Privada
20	F	31 años	CABA	Soltera s/hijos	CABA	Pública

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
GBA: Gran Buenos Aires.

En primer lugar, describiremos el perfil del médico de familia/general y problematizaremos el desprestigio que vivencian. Luego nos centraremos en los factores que inciden en las primeras experiencias de trabajo y las expectativas laborales de estos profesionales.

Perfil social, humanizado y holístico del médico de familia/general

Los médicos de familia/general comparten un perfil donde se resaltan el compromiso social, el trato humanizado y el abordaje holístico del paciente. Varios de nuestros entrevistados, previo a la residencia, desarrollaron tareas de tipo de militancia social o de trabajo con la comunidad. Declaran una vocación por “ayudar al otro” en términos generales y a las poblaciones más vulnerables particularmente. Se reconocen como parte de una sociedad desigualitaria en el acceso a la salud, y pretenden ser actores activos en la disminución de dicha inequidad.

Dado estos intereses, descubren en la MFyG una forma de vínculo médico-paciente que fomenta el trato humanizado, entendiendo al paciente como una persona sujeta de derechos, autónoma y capaz de elegir cursos de acción sobre su estado de salud. Así mismo, ejercen un abordaje holístico e integral en el cual se considera al paciente como “un todo”. Estas características contrastan con otras especialidades médicas en las cuales el abordaje es puramente focalizado en la enfermedad y en el órgano; donde el paciente es considerado un paciente-objeto desprovisto de criterios relevantes sobre su propio cuerpo y su estado de salud/enfermedad, y donde el contexto del individuo es relegado.

Ser médico de familia/general es luchar por el reconocimiento

Ser médico de familia/general es luchar contra el desprestigio, por ser valorados en su disciplina, por desarrollarse en el ámbito de incumbencia de la especialidad y por una remuneración acorde.

Este desprestigio se manifiesta de diferentes modos y a diferentes niveles. A nivel institucional, los médicos de familia/general están invisibilizados en las cartillas médicas (figuran bajo la denominación de “médicos clínicos”) y frecuentan obstáculos para desarrollar prácticas que se superponen con otras especialidades médicas como el papanicolau, el control del niño o de la embarazada. Así mismo, las instituciones tampoco organizan adecuadamente su oferta según los niveles de atención, en donde las personas acceden directamente a especialistas del segundo nivel por problemas de salud que podrían resolverse en el ámbito de la atención

primaria. Por último, los médicos de familia/general reciben una remuneración más baja en comparación con otras especialidades del mismo nivel de atención.

Otra esfera en donde se vive este desprestigio es en la carrera de grado. Los docentes transmiten desvalorización hacia la especialidad refiriéndose a la misma con desprecio: “son unos hippies”, “no saben nada... son derivólogos”, haciendo referencia de manera peyorativa a médicos sin formación ni capacidades resolutorias que se dedican únicamente a realizar derivaciones a otras especialidades. Insinúan además que el trabajo de prevención con las comunidades tiene poco valor. De igual modo, la manera en la que está planteada la carrera de medicina en la mayoría de las universidades, refuerza las reglas de juego biomédicas que hacen que se internalicen ciertas especialidades como “mejores” que otras. El valor que se le da en la currícula a la MFyG es insuficiente para lograr dimensionar la importancia que debería tener. Esto trae como consecuencia la formación de un gran número de médicos que al recibirse desconocen los fundamentos de la MFyG y tienden a menospreciar el trabajo realizado por estos.

Todos estos aspectos se encuentran interconectados entre sí y ubican al médico de familia/general en un lugar de militancia activa para demostrar que están al nivel de otros especialistas y para explicar a los pacientes y a la sociedad su verdadero rol.

Factores que influyen en la elección de las primeras experiencias laborales

Las primeras experiencias laborales dependen de múltiples factores, entre los que se destacan como principales: la cuestión económica, las condiciones laborales y la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad. En un segundo plano aparecen otros aspectos como: el clima laboral, el apoyo o contención de colegas, la seguridad por el lugar de trabajo conocido, la posibilidad de realizar actividades de formación dentro del ámbito laboral y las actividades comunitarias.

Las primeras experiencias laborales están sujetas a una estructura de demanda del mercado laboral médico. Es decir, no es una elección en libertad, sino que está condicionada por las opciones reales de transición laboral. En el caso de los médicos de familia/general, esta elección no tiene relación con expectativas de altos ingresos en el futuro, no es una elección atada a condiciones económicas. Pero la realidad del recién recibido es compleja, debido a que de un mes para el otro deja de percibir cualquier tipo de ingreso a una edad ya adulta. Es en este contexto de incertidumbre, que la cuestión económica toma mucha preponderancia,

ya que deben hacerse de ingresos de subsistencia de un momento a otro.

Dentro de las opciones de salidas laborales, las asociadas a la emergencia son las más accesibles y están relativamente bien remuneradas. Es por esto que las primeras experiencias laborales comúnmente son en guardias, demanda espontánea y atención en domicilio. Estos primeros trabajos cumplen la función de recibir ingresos de manera pronta, pero intentan ser rápidamente abandonados luego de los primeros meses ya que son altamente desgastantes, y a la vez, no pertenecen al ámbito de incumbencia específico de la MFyG. Con el correr del tiempo, irán tamizando los trabajos tomados con otros más atractivos a sus intereses profesionales (la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad). Existe una conciencia generalizada que les indica que luego de un período ajetreado, lograrán estabilizarse económicamente con una variedad de trabajos más relacionados con la APS.

Estos trabajos más cercanos a la APS suelen ser peor remunerados y con contrataciones más precarias. Por consiguiente, se hace necesario el tener más de un trabajo (pluriempleo) o más de una actividad dentro de una única institución (pluriactividad). De los trabajos menos atractivos obtendrán el grueso de sus ingresos y de los otros recibirán el gusto por ejercer lo propio de la especialidad. Es por ello que las primeras experiencias laborales de los médicos de familia/general se caracterizan por extensas jornadas.

El segundo factor en orden de importancia que guía este momento de transición está en relación a las condiciones laborales. La relación laboral de dependencia (el Estado regula la relación entre empleado y empleador), en comparación con el sistema de monotributo (figura legal para profesionales independientes (freelancers), el empleador no guarda ninguna responsabilidad para con el profesional), es vista como un beneficio deseado y al mismo tiempo difícil de alcanzar, casi excepcional. Es por esto, que lo frecuente termina siendo el trabajo en relación de dependencia encubierta bajo la figura del monotributo y del profesional freelance.

El tercer factor -la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad- apunta a la oportunidad de realizar un abordaje integral y longitudinal a toda la familia, de realizar prácticas médicas ambulatorias (como toma de PAPs, colocación de DIUs e implantes subdérmicos) y de participar en actividades comunitarias. Sin embargo, el sistema de salud privado obstaculiza estas capacidades, restringiendo arbitrariamente el campo de acción de los médicos de familia/general, limitando su

atención a determinados grupos etarios y negando la posibilidad sobre otros. En contraposición a esto, el subsistema público de AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) y sistemas de salud provinciales sí favorecen el pleno desarrollo de las actividades propias de la MFyG, pero son cargos difíciles de ocupar. En consonancia con el concepto de poder ejercer lo propio de la especialidad, aparece otro concepto importante que es el brindar atención de calidad. La buena calidad de la atención está dada por algunos factores como, por ejemplo, el tiempo adecuado de las consultas médicas programadas, la no imposición de otorgar sobretornos y el contar con insumos necesarios.

La posibilidad de ejercer lo propio de la MFyG y bajo condiciones que garanticen la calidad de la atención es algo tan valioso a la hora de elegir un trabajo, que incluso algunos optan por conservar aquellos que cumplan con estas características, aun siendo mal remunerados.

En un segundo plano, como mencionamos al principio de esta dimensión, aparecen otros factores secundarios que influyen en las primeras elecciones laborales. Por un lado, aparece la necesidad de apoyo/contención de colegas en las nuevas experiencias laborales como forma de contrarrestar la sensación de soledad o desprotección que sienten algunos al terminar la residencia. El miedo de no poder dar respuesta a determinadas demandas de pacientes produce que la mayoría busque conformar equipos de trabajo. Esta modalidad fortalece la confianza en sí mismos, los enriquece, brinda diferentes perspectivas sobre una misma problemática, y permite generar un sentido de pertenencia y de contención. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones la conformación de estos equipos queda librada a la voluntad de los trabajadores, debido a la falta de una estructura institucional que la fomente. Otro factor que surge en estrecha relación con este último, es el de clima laboral, el cual es conformado por el buen trato entre pares, la horizontalidad entre colegas y la promoción de relaciones cálidas. Un clima laboral positivo colaborará a que el apoyo y contención entre colegas sea genuino. En este sentido, el continuar con la trayectoria laboral dentro de la institución de formación es algo deseable, ya que brinda seguridad por lo conocido, aunque ello incluya actividades que no se adecúan del todo con lo propio de la especialidad.

Por otro lado, la posibilidad de acceso a actividades formativas dentro de ambientes laborales, como la participación en ateneos, es otro factor valorado.

Por último, se menciona la posibilidad de realizar actividades comunitarias. El acercamiento

a la población más vulnerable es lo que más aprecian de este tipo de actividades y el subsistema público es considerado como la mejor opción para poder llevarlo a cabo.

Expectativas laborales post residencia: pluriactividad, pluriempleo y subespecialización

Las expectativas laborales post-residencia, son heterogéneas en tipo de actividades desarrolladas (pluriactividad) y en cantidad y tipo de institución (pluriempleo).

En el sentido de la pluriactividad, la MFyG es una especialidad muy amplia y versátil que permite incursionar en varios campos de acción de la medicina (atención de niños, adolescentes, adultos, embarazadas, gestión en salud, investigación, docencia, trabajo comunitario, medicina rural, etc.) a diferencia de lo que ocurre con otras especialidades. El 80% valora esta amplitud de la especialidad como una característica positiva ya que les permite tener diversas opciones laborales que no se limitan meramente a la atención médica de pacientes ni a la atención en ámbito urbano.

La atención programada en consultorio y la

atención con referencia territorial y comunitaria, son las dos salidas laborales más atractivas. Luego, y en segundo plano, le siguen otras actividades complementarias como la docencia, la gestión y la investigación. La actividad laboral ideal se compondrá necesariamente de más de una de estas aparentes posibilidades y no de hacer “solo consultorio”.

El pluriempleo por definición da cuenta de los diferentes empleadores que frecuentemente tienen los médicos. Esto en sí mismo puede estar motivado por la realización de diferentes actividades (un tipo de actividad en cada institución), o por la necesidad de complementar ingresos.

Por último, mencionan la idea de continuar con su formación académica, realizando cursos de posgrado. Esto remarca tanto el deseo de ser mejores profesionales de la MFyG como el entendimiento de que a mayor especialización, mayor retribución económica y mayor reconocimiento social.

En la Tabla 2 se exponen algunos relatos de los entrevistados.

Tabla 2. Relato de entrevistados organizado por dimensiones y categorías.

Dimensión	Categoría	Relato
Perfil social, humanizado y holístico del médico de familia/general	Compromiso Social	“Y me metí de voluntaria en la filial (de la Cruz Roja) y era una merienda que se organizaba con chicos del barrio (...) venían chicos de todos esos lados. Tomaban la merienda y hacíamos una actividad lúdica”. “Siempre me interesó un poco lo social, cuando quería hacer medicina antes quería hacer trabajo social”.
	Trato humanizado	“Ver a la persona como una persona, eso es lo que a mí me gustó, me llamó la atención (de la especialidad)”.
	Abordaje Holístico/Integral	“Y empezás a atender a toda la familia y empezas a atender mucho más que un órgano. Eso es una de las cosas que realmente valoro, esta visión holística de la persona transcurriendo una situación vital, y además teniendo alguna enfermedad o algo que le moleste”.

Ser médico de familia/ general es luchar por el reconocimiento	Militancia	“La cuestión de atención primaria no solo falla por falta de decisión política sino también porque hay un imaginario social de cómo se ejerce la medicina (...) qué es lo bueno y qué es lo malo dentro de los servicios de salud que dista mucho de la idea que tenemos muchos de los médicos/as de familia”. “Yo creo que hay que empezar a pensar en estrategias para ofrecerle a la gente un modelo distinto. Y en eso, desde lo individual se puede hacer bastante”.
	Por parte del Sistema de Salud	“El sistema de salud argentino no está basado en la APS, si fuera así le darían más bolilla a formar médicos en atención primaria y con mejor remuneración”.
	En el grado (carrera de Medicina)	“Me enteré qué era la MFyG cuando estaba terminando, (...) por supuesto durante la carrera nadie sabe”.
	Por parte de las Instituciones	“Las cartillas de obras sociales no figuramos, si no figuro en una cartilla de una prepaga, estoy partiendo de una mala base porque la gente agarra y dice “¿a quién veo?, al clínico”, “no soy clínica””.
	Por colegas	“Te vas a quedar solo con medicina familiar? Sos el derivólogo”. “Vos estás más que para médico/a de familia/general”
	Popular/social/ pacientes	“¿Qué diferencia hay entre un clínico y médico de familia?” “¿Son como los antiguos médicos de cabecera?”.
	Remuneración y gastos	“No elegí la carrera ni la especialidad por lo económico”. “Ahora tratamos de asegurarnos algo que medianamente nos cierre en cuanto a lo que necesitamos, que es lo económico”.

Factores que influyen en la elección de las primeras experiencias laborales	Condiciones laborales	“Todos aspiramos a tener en algún momento una relación de dependencia, aunque ser monotributista te da más independencia de movimiento”. “No es un trabajo que elegiría principalmente (demanda espontánea), pero la hago por las condiciones laborales que me plantea, un pago razonable y en blanco”.
	Distancia del trabajo al domicilio	“...trabajo 10 horas, a veces 11 y a eso le sumás 3 horas de viaje, o sea más de la mitad del día estoy fuera de mi casa (...) a pesar de que debería pagar la matrícula provincial prefiero eso a tener que seguir viajando...”. (vive en la Provincia de Bs. As.)
	Clima laboral	“El contacto horizontal que tenés hasta con la jefa y el subjefe del servicio, coordinadores, quien quieras podés ir a hablarles, le golpeás la puerta y siempre están (...) eso es fantástico”.
	Académico	“Tenés armado todo un programa de calidad para que vos asistas a los ateneos centrales, sigas participando de ellos, vayas a los ateneos biográficos, se dan temas de actualización a partir de la bibliografía. Y eso yo no lo vi en ningún otro lado, y me parece grandioso”.
	Seguridad por lo conocido	“Así que eso lo elegí porque lo conozco y en esta primera instancia me parece algo seguro. Y más adelante proyectaré otra cosa”.
	Apoyo/contención de colegas	“Desde lo personal a mí no me gusta trabajar sola, ni me veo sola en mi consultorio, sola sin consultar. Y también lo buscaría, lo busco, tener a alguien con quien trabajar, no ser un consultorio aislado digamos”. “Tenés buenos médicos a quien consultar (...), si necesitás preguntarle a alguien, vos sabés que venís (al servicio) y alguien va a haber, nunca vas

		a estar solo".
	Actividades comunitarias	"Yo creo que la elección es muy personal de cada uno. Hay gente que quiere trabajar en lo comunitario entonces elige lo público". "Mi trabajo ideal es en un centro de salud público, en el que se trabaje con la comunidad".
	Posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad	"Está re mal pago, pero lo hago por ahí más por tener ese espacio de consultorio y seguir manteniendo medicina familiar". "Encontrar tu lugar como médico de familia y poder ejercer la medicina familiar como tal, o sea, ver niños, adultos, mujeres embarazadas es difícil, especialmente en el ambiente privado".
	Formación de posgrado	"Además también a veces pasa (...) que hacen una subespecialidad para tener otros años de remuneración asegurada". "No estaría mal si querés cuando terminás la residencia, (...) hacer algo complementario (...) para usarlo en tu práctica, no para dejar de ser médico de familia".
	Actividades no asistenciales	"(...) la investigación, docencia (...) y gestión me empiezan a interesar cada vez más (...) creo que es ampliar la mirada de la salud".
	Asistencial programado: ambulatorio	"Lo que motiva es lo asistencial que complementa con otras actividades, pero la base es lo asistencial". "(...) me veo como 40 años haciendo consultorio, capaz que otra cosita (...) si me pongo un negocio, estoy 8 horas y no me llena el alma y tampoco el bolsillo".

Expectativas laborales post residencia: pluriactividad, pluriempleo y subespecialización	Asistencial no programado: guardia/demanda/domicilio	“Actualmente estoy haciendo consultorio (...) demanda espontánea (...) una guardia, y (...) preingreso, (...) que no es lo que más me gusta hacer (...) pero de algo tengo que vivir”.
	Pluriempleo	“Trabajo en un consultorio, una obra social, quisiera tener mejores condiciones laborales en lugar de tener que hacer varias cosas”. “(...) la mayoría de las personas que conozco que ya terminaron la especialidad no trabajan en un solo lugar”.
	Pluriactividad	“No quisiera terminar la residencia y terminar haciendo exactamente siempre lo mismo de lunes a viernes”. “(...)una sola actividad me aburre, entonces necesito tener un montón de cosas a la vez”.
	Versatilidad de las salidas laborales	“Es como muy heterogénea (la Medicina Familiar), yo no sé si en otras especialidades pasa eso”. “(...)siento que nuestra especialidad nos da mucha versatilidad y que eso hace que uno encuentre muchas facetas de eso”.

DISCUSIÓN

A pesar de que la APS cumple un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, alrededor del mundo existen serias dificultades para atraer o conservar especialistas en este nivel^{6,10}. Si bien la salud es un concepto amplio, que puede ser abordado desde numerosas profesiones y visiones, en el siglo XIX terminó por ser capturada por las ciencias médicas. Éstas entendieron a la salud como “ausencia de enfermedad” ocupándose exclusivamente por comprender la enfermedad desde una concepción biologicista (y, por lo tanto: asocial, acultural, ahistórica y apolítica). A este paradigma Eduardo Menéndez lo caracteriza como “Modelo Médico Hegemónico”, desde el cual el conocimiento científico y válido está atado a saberes sobre lo orgánico, y todo el resto de los saberes quedan como lo subalterno, lo “no científico”¹¹. Existen visiones médicas que le dan importancia a un abordaje biopsicosocial de la persona, pues contemplan aspectos biológicos, sociales y psicológicos involucrados en el proceso

salud-enfermedad-cuidado. Cuando hablamos de APS como estrategia (y no sólo como una forma de organización del sistema de salud), es clave este enfoque. La MFyG tiene una formación crítica del Modelo Médico Hegemónico y queda relegada a un nivel subalterno dentro del abanico de las especialidades médicas.

La tendencia a la súper especialización (legado de la medicina biologicista) en la que los profesionales más reconocidos, mejor valorados y mejor remunerados son aquellos que dedican su vida a entender y abordar enfermedades asociadas a una pequeñísima porción del cuerpo humano, también abona a la idea de que el médico de familia/general sea un paso a sortear. Esta visión de desprestigio está instalada en el imaginario colectivo y se refleja en el lugar que se le da en la currícula de la carrera de grado donde es una materia secundaria^{10 12}.

Los médicos de familia/general entienden la importancia de su formación holística e integral, pero sufren una desvalorización simbólica que se termina

traduciendo en desvalorización económica. Mario Testa reflexiona en torno a la APS y distingue una forma de la misma que iría en contra de todo el espíritu que le dio origen y es la APS como "Atención Primitiva de la Salud" (en lugar de Primaria)¹³. En esta forma de aplicación, el primer nivel de atención termina cumpliendo una función de contención de problemas sencillos-básicos de salud de una manera barata para poblaciones que no pueden afrontar los costos de una salud mercantilizada. Esta forma en que algunos Estados han implementado la APS como "medicina para pobres" distorsionó el concepto original, y la dejó indudablemente asociada a una medicina de mala calidad, reproduciendo así el ciclo de la desvalorización. Se crea entonces la ilusión de que el médico de familia/general es una opción "barata" de atención, pero no la mejor cuando se poseen recursos económicos.

Los médicos de familia/general, a pesar de estar recién recibidos o prontos a recibirse, tienen conocimiento de estas dificultades. Coinciden en que la posibilidad de ejercer lo propio de la MFyG es algo tan valioso a la hora de elegir un trabajo, que incluso algunos optan por empleos que les garantizan este aspecto, aun cuando son mal remunerados. Es decir que la dificultad no pasa por conseguir trabajo per se, sino por lograr que los factores de remuneración, condiciones laborales y desarrollo profesional confluyan en un mismo empleo. En las primeras elecciones laborales existe una puja entre el deseo del tipo de profesional que buscan ser (lo ideal), las ofertas concretas de trabajo (lo posible) y las necesidades económicas (lo que rinde económicamente), en un período marcado por una fuerte incertidumbre laboral. Esto da como resultado la creación de un mix artesanal de trabajos, en donde cada empleo otorga uno de estos factores que ellos valoran. Si bien expresan un ideal de trabajo que incluye la pluriactividad, esta es de otra calidad a la que terminan experimentando en esta primera etapa. Varias investigaciones también describen este pluriempleo^{5,6}.

Los entrevistados concluyen que para tener mayor prestigio y reconocimiento como médico de familia/general, el sistema de salud debería estar organizado en torno a la APS. Sin embargo, otros estudios sugieren que, en este tipo de sistemas, tampoco surge un prestigio mucho más alto ni remuneraciones abultadas^{5,6}. Entendemos que, si bien una organización del sistema de salud diferente mejoraría esta situación actual en AMBA, la ideología promovida por años de tendencia a la super especialización fomentada por el Modelo Médico Hegemónico, sigue siendo el mayor obstáculo para ello. Es decir que no basta con que el sistema de salud esté organizado en niveles, sino que haría falta un profundo cuestionamiento del paradigma positivista que promueve la valorización de lo biológico por sobre lo social. Nos debemos un

debate como sociedad sobre qué tipo de cuidados queremos, es necesario un cambio de mentalidad sobre la concepción del proceso salud-enfermedad-cuidado, sobre el derecho de acceso a la salud y la desmercantilización de la misma.

De nuestro trabajo surgió que los recientemente egresados de la especialidad de MFyG, tienen esperanzas y deseos de poder ejercer lo propio de la especialidad. Por esto mismo entendemos que el abandono del camino de la APS de los profesionales se produce como un desgaste en los primeros años de trayectoria laboral, en consonancia con los estudios de Kremer et al y Dursi et al^{6,7}. Los médicos de familia/general deben superar varios obstáculos como el desprestigio, la mala remuneración y el desconocimiento de su trabajo o de su existencia por parte de la sociedad en general. De esta manera, el abandono no es algo programado, la residencia no se elige como un paso intermedio para llegar a una posbásica, pero la frustración de no lograr encontrar un lugar en el mercado laboral lleva a que pasados los primeros años algunos terminen renunciando a esta vocación y se dediquen a una subespecialidad y/o a una actividad no asistencial que sea mejor valorada y remunerada. Aquellos que deciden permanecer en el campo asistencial de la APS, se caracterizan por poseer compromiso social y militancia activa sobre su profesión y es este convencimiento de estar haciendo "lo correcto" lo que los impulsa a no abandonar.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, los médicos de familia/general se encuentran muy optimistas en la etapa de recién recibidos, con energía y deseos de trabajar en el ámbito de la APS. Sin embargo, se ven obligados a enfrentar un mercado laboral que no aprecia (y hasta no comprende) su preparación. Las expectativas laborales se ven afectadas por una tensión entre ideas profundas sobre "lo correcto" del trabajo del médico de familia/general y las oportunidades laborales reales. Consideramos que, para poder preservar a estos profesionales dentro del primer nivel de atención, es fundamental promover su prestigio y propiciar oportunidades laborales menos adversas, mejorando las condiciones de contratación y la remuneración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián M del C. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *Rev cuba med gen integral* 2014;30(3):364–74.

2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Médica Panamericana; 2016.
 3. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL Jr. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med* 2018 Nov; 16(6):492–7.
 4. Calbano AG, Anderson MIP, Rodríguez ART, Godoy AC, Quintana HMB, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción Vol. 42, Revista Panamericana de Salud Pública. 2018.
 5. Godoy AC. El mercado laboral y los médicos de familia. Aportes desde la realidad en Argentina. *Rev Mex med fam* 2018 Aug 29;5(2).
 6. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. *Rev Argent Salud Pública* 2014 Dec 1;5(21):30–7. Disponible en:
<https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>
 7. Dursi C, Millenaar V, Antonietti L, Duré MI. Experiencias en la formación como especialistas de médicos en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Investig educ médica* 2017 Apr;6(22):128.
 8. Silberman P, Calbano AG, Godoy AC, Zamora AC, Perrotta MC, de León RCFP. Análisis del programa de becas en Medicina Familiar y General según Estratos Sociosanitarios de la República Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba)* 2016 Apr 15;20(1):17–24.
 9. L'hospital C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2017 Oct 24;14(1). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27>
 10. Allsopp G, Rosenthal J, Blythe J, Taggar JS. Defining and measuring denigration of general practice in medical education. *Educ Prim Care* 2020 Jul;31(4):205–9. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2020.1768440>
 11. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. In: De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva 2009. p. 311–311. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983167>
 12. Ariel Franco JV, Granero M, Musarella NS, Fernández CA, Weisbrot MV, Arceo MD. [Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: A qualitative study]. *Aten Primaria* 2021 Nov 16;54(2):102192.
 13. Testa M. Pensar en salud. Representación OPS/OMS Argentina;(21),1989 1989; Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18738>
- AGRADECIMIENTOS.** En primer lugar, agradecemos a los médicos y las médicas de familia que nos brindaron su tiempo para realizar las entrevistas y grupos focales. A su vez al equipo investigador del proyecto “Barreras y facilitadores de la elegibilidad del primer nivel de atención como ámbito laboral y de formación para las y los profesionales de la salud” quienes colaboraron ampliamente en la escritura del protocolo que dio lugar al presente trabajo, en especial a nuestros colegas Nadia Musarella y Juan Franco quienes nos estimularon a presentarnos a la beca de la cual obtuvimos financiamiento. Al Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y al Cemap (centro médico de atención primaria) Capital de la Obra Social del Personal de la Construcción por permitirnos utilizar sus oficinas y consultorios para realizar las entrevistas y reuniones del equipo investigador.
- DECLARACIONES ÉTICAS.** Se obtuvo el consentimiento informado de los profesionales teniendo en cuenta los aspectos bioéticos de la investigación. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (número 4045) y del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (número 1231).
- CONFLICTOS DE INTERESES.** No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.
- FINANCIAMIENTO.** Fue realizado con el apoyo de las Becas de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud 2019, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección nacional de talento humano y conocimiento. Fue registrado con el título “Inserción laboral de graduados y graduadas de residencias del primer nivel de atención: un estudio cualitativo”, RENIS Nro. IS002756.



Cada vez más
especialidades.
Cada vez más
comodidad.
Cada vez mejor.

Cam Doctor se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

Para acceder a **Cam Doctor**,
descargá la app móvil o ingresá
desde nuestra web.

**El servicio está disponible
los 365 días del año, de 8 a 24 hs.**

Medifé
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO
FINOCHIETTO**

Creando valor para fortalecer el rol de la mujer en Bajo Boulogne.

Creating value to strengthen the role of women in Boulogne.

Autoras: Nanci Giraud^a; Ivana Carballera^b; Felicitas Herrera^c; Emilce Palmero^d; María Alejandra Corvalán^e.

a: Médica de familia, docente universitaria, máster en salud pública y especialista en gestión. Directora ejecutiva del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón. Médica de planta del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

b: Lic. en Trabajo Social. Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón.

c: Abogada. Jefa del Departamento de Responsabilidad Social y Sustentabilidad del Hospital Italiano de Buenos Aires.

d: Polítoóloga. Desarrollo institucional del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón.

e: Lic. en Psicología. Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón.

Contacto:

Nanci Giraud.

E-mail:

nanci.giraud@sanpantaleon.org.ar

Recibido: 24/09/2021

Aceptado: 08/01/2022

RESUMEN

El programa género, empleo y salud surge en el 2019 a partir de la demanda espontánea de mujeres de la comunidad de Bajo Boulogne, provincia de Buenos Aires. Con el objetivo de brindar un dispositivo para el intercambio de conocimientos, recursos y posibilidades para construir y promover condiciones de empoderamiento para el fortalecimiento personal y empleabilidad, desde la perspectiva de género.

Para el programa el bienestar de las mujeres está estrechamente relacionado con la manera de afrontar la vida cotidiana, gestionando los recursos que disponen, aprovechando sus habilidades y competencias al máximo. En consecuencia, generamos distintos espacios de encuentro entre mujeres, para trabajar los miedos, las incertidumbres y limitaciones que actúan como barreras, acompañadas de historias de vidas diversas, pero con un denominador común, ser mujer.

Las mujeres que pasaron por el programa, más de 60, no solo se animaron a pensarse activamente, protagonizando sus propias vidas y proyectos, que interpelan sus deseos e intereses, sino que, también se constituyeron dentro de un grupo de pares, con sentimientos de pertenencia e inspiración mutua. El programa les otorgó valor a las demandas co-creando con ellas. Fortaleciendo el rol de las mujeres que se atienden en el centro de salud y de la comunidad en general, que se acercaron solicitando apoyo y recursos para lograr cierta independencia económica. El programa espera contribuir, modificar y transformar la realidad de aquellas mujeres que por sus condiciones de vulnerabilidad no son visibles en una sociedad carente de equidad, apuntando a que se conviertan en las "verdaderas protagonistas".

PALABRAS CLAVES: mujer; salud; empleo.

ABSTRACT

In 2019, due to the demand of women from Bajo Boulogne, Buenos Aires province, GES (Gender Employment and Health Program) was created. This program allows women to exchange knowledge, resources and possibilities to build and promote, together with other women of the community, conditions of empowerment needed to strengthen them from a gender perspective in health and employment fields.

For the GES, the well-being of people is closely related to the way of facing daily practices and to the managing of the available resources. Health is closely linked to thoughts, feelings, and the value placed on it. To achieve this, we offer different meeting spaces between women, working with the fears and limitations that act as a barrier, accompanied by stories of different lives but all with a common denominator, that of being a woman.

Women who go through GES are not only encouraged to think about themselves more actively, starring in their own lives and developing life projects that challenge their desires and interests, but also constitute them within a symmetrical group which establishes feelings of belonging and accompaniment.

The program hopes to contribute, modify and transform the reality of those women who, due to their vulnerable conditions, are not visible in a society so lacking in equity, aiming for them to become the "true protagonists".

KEYWORDS: woman; health; employment.

INTRODUCCIÓN

El programa género, empleo y salud (GES en adelante) surgió a partir de la demanda de capacitación laboral y necesidad de inserción en el mercado de trabajo que presentaron muchas mujeres y pacientes en el consultorio de trabajo social de “San Pantaleón”.

El Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón es un centro de atención primaria de gestión privada, Fundación MF. Está ubicado en el Partido de San Isidro e integra la red del sistema público de salud desde hace 20 años, brindando atención en salud integral a más de 6.000 personas de la comunidad de Bajo Boulogne. Su propósito es mejorar la situación socio sanitaria de la población a través de la atención primaria, con especial énfasis en la prevención de enfermedades, en la promoción y educación para la salud. Destacando dentro de sus valores, el respeto, la eficiencia, el compromiso, la longitudinalidad y la calidez en la atención.

El objetivo general del programa GES es generar valor y transformar la realidad de las mujeres de la comunidad respecto al desarrollo personal.

Como intervención se planteó habilitar diferentes espacios de encuentro entre mujeres, promoviendo el autoconocimiento, el desarrollo personal, la maximización de sus potencialidades y la proyección laboral¹. Como objetivos específicos se plantearon: 1) interpelar la posición de la mujer dentro de la comunidad y propiciar los lazos de solidaridad entre ellas, 2) apoyar los primeros pasos de las emprendedoras a través de capacitaciones específicas y 3) realizar difusión de sus emprendimientos y brindar un acompañamiento integral.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

En el año 2019 las consultas más significativas dentro del marco del espacio de trabajo social desde enero a mayo inclusive tuvieron que ver no con lo asistencial propiamente dicho sino con lo estructural: 11 mujeres se presentaron a lo largo de esos 5 meses requiriendo orientación en aspectos de capacitación de oficios e inserción laboral, solicitando en su mayoría asesoramiento para poder elaborar su primer currículum vitae y emprender su búsqueda laboral.

De esa manera se dio comienzo a la primera etapa del proyecto llamada “programa de entrenamiento para la búsqueda laboral”, el mismo contó con 6 encuentros de 3 hs. cada uno, llevados a cabo por dos facilitadoras y especialistas en el tema. Se abordaron temáticas tales como, herramientas para la empleabilidad, emprendedurismo, armado de currículum, redes de contacto y redes sociales, entre otras.

A través del mismo, 17 mujeres de la comunidad recibieron no sólo un diploma que puso de manifiesto los conocimientos aprendidos, la responsabilidad y constancia traducidas en su presentismo, sino que, lograron conformar, sostener y fomentar un espacio que las contiene, de escucha y sobre todo que las represente.

Luego de concluida la capacitación mencionada, y teniendo en cuenta las expresiones de las mujeres a lo largo del mismo, la empatía y sentido de pertenencia generados entre ellas y la emoción del último encuentro al recibir el diploma es que se planteó, desde el Centro de Salud junto al Departamento de Responsabilidad Social y Sustentabilidad del HIBA, realizar una segunda etapa de capacitación con el objetivo de fortalecer y modificar aquellas cuestiones que no les permiten avanzar en sus proyectos laborales, la mayoría de ellos emprendimientos.

La propuesta fue acompañada por 12 mujeres que concurrieron al espacio de fortalecimiento personal para la empleabilidad, donde se abordaron temas, tales como: el autoconocimiento, los miedos y limitaciones como barrera para emprender, marca personal y emprendedurismo, desarrollo personal y fortalecimiento a través del trabajo grupal, materialización y socialización de proyectos. El mismo constó de 10 encuentros, coordinados por la trabajadora social del centro de salud y la participación de diversos facilitadores (psicóloga, licenciada en educación, pasante universitario de la carrera de economía de la Universidad de San Andrés, abogada, referentes de distintas instituciones y ONGs de la zona (Fundación Creer Hacer, “Protagonistas para el cambio”, Organización Social ACEJ y otras).

En el año 2020 con un camino recorrido y constituidos como equipo de trabajo interdisciplinario, se creó el **Programa GES**.

Entendiendo el género como *“una construcción social de la diferencia sexual señala justamente la necesidad de enfocar las diferencias entre los géneros como una elaboración histórica que adscribe roles determinados a hombres y mujeres en base a sus diferencias biológicas”*².

Según la Organización Internacional del Trabajo, el empleo es toda actividad orientada a conseguir un fin, es el esfuerzo físico o mental que se necesita para transformar las materias primas o convertirlas en riqueza real o potencial³. Y trabajo, tiene que ver con las aspiraciones de los individuos en lo que concierne a sus vidas laborales e implica oportunidades de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa, seguridad en el lugar y protección social para él y la familia. Promoviendo mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad para manifestar sus preocupaciones, organizarse y

participar en la toma de aquellas decisiones que afectan a sus vidas, así como la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres⁴.

En el GES consideramos a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades, dirigiendo su atención no sólo a los aspectos médicos sino, también a la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona, con particular referencia al acceso y al control sobre los recursos a la salud⁵.

Las mujeres son consideradas “cuidadoras naturales” y esto las condiciona para desarrollar sus proyectos de vida de manera libre⁶. La violencia de género, la maternidad no planificada, la falta de oportunidad de acceso real, el lugar donde viven y la brecha salarial inciden de manera directa en su salud, su calidad de vida y la posibilidad de concretar sus sueños⁷.

Mediante la observación etnográfica, pudimos ir descubriendo las particularidades de cada participante. No obstante, hay un entorno comunitario y social que condiciona el comportamiento de cada una, así como sus posibilidades de crecimiento personal y económico.

Consideramos que mediante el goce de un bienestar y calidad de vida favorable, las mujeres pueden desplegar sus posibilidades, desarrollar habilidades personales, tomar decisiones y participar en la comunidad en la que viven de manera activa⁸. En los primeros encuentros que tuvieron como temática la inserción en el mercado laboral y capacitación, que les permitió adquirir conocimientos para poder desarrollar habilidades personales de autoconocimiento, se observó que había necesidad de poder contar con un espacio para expresarse y reflexionar acerca de determinados temas. Por eso en épocas tan delicadas como la pandemia por la COVID-19, el proyecto viró durante el 2020 a la virtualidad, abordando temáticas de contención y fortalecimiento personal en un espacio de confianza y autoconocimiento. En este marco, realizamos 16 entrevistas virtuales a las participantes. La información relevada nos orientó aún más en las necesidades de las mujeres. El promedio de edad es de 44 años. Si bien la mayoría había completado los estudios secundarios e incluso, el 10% contaban con estudios terciarios o universitarios incompletos, no se percibían con conocimientos informáticos y el acceso a dispositivos e internet era dificultoso. Por otra parte, la mayoría, si bien había tenido alguna experiencia laboral, se encontraban abocadas a las tareas de cuidado, crianza y hogareñas en general, con ganas de poder realizarse y con una marcada gratitud a no estar pasando hambre.

En el contexto de la pandemia, la violencia contra las mujeres aumentó y las tareas de cuidados constituyeron uno de los grandes retos que enfrentaron las

mujeres, que se ha profundizado en el marco de las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio, aumentando la brecha hacia el fortalecimiento de la autonomía económica de las mujeres, especialmente en los hogares de ingresos más bajos⁹. Según datos relevados durante la pandemia, las tareas de cuidado bajo la responsabilidad de las mujeres han aumentado un 70% de los hogares, y este incremento se registra en tareas como las responsabilidades escolares, la limpieza del hogar, las actividades recreativas de niños/as, según datos de UNICEF¹⁰.

Durante el año 2020 la interacción fue en su mayoría la realizamos a través de diferentes grupos de WhatsApp (GES contenidas, GES comunitario y GES recreo) que posibilitó el encuentro y el acompañamiento entre mujeres. Realizamos encuentros por zoom, una vez por mes con adhesión variable debido a limitaciones de conectividad, falta dispositivos o imposibilidad de un espacio propio dentro del hogar para realizar el encuentro.

Actualmente el programa contempla diferentes espacios que fueron definiéndose y tomando forma junto a las mujeres que participaron desde sus inicios.

Quedando definidos de la siguiente manera:

1. GES contenidas, orientado a mujeres que estén dando los primeros pasos para concretar sus sueños laborales o de autoempleo apuntando a la sustentabilidad económica, abordando temáticas como: sueños, propósito, motivación, oportunidades y obstáculos para emprender, organización y manejo del tiempo, marca personal, empoderamiento y perspectiva de género, modelo de negocio, educación financiera, finanzas personales, presentación de producto, estrategias de comercialización y redes sociales.
2. Post GES, orientado a mujeres que avanzaron en su proyecto personal y requieran un espacio de tutorías de contenidos específicos. Cursos cortos de cuatro horas de duración cada uno.
3. GES comunitario brinda acompañamiento para el desarrollo del autoconocimiento y fortalecimiento personal. El espacio fue pensado para promover la reflexión entre pares, las relaciones, el apoyo y la compañía en los procesos personales de cada mujer, en un entorno seguro y grupal, permitiendo expresar experiencias vividas, exteriorizar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes¹¹. Promoviendo la salud individual, comunitaria y colectiva con un enfoque de género.
4. Catálogo GES, dispositivo pensado para aquellas mujeres que estaban avanzadas en sus emprendimientos, con el objetivo de impulsar los primeros pasos de las emprendedoras y dar a conocer

las creaciones en diferentes ámbitos, más allá de la comunidad de origen, convirtiendo la creación y/o producto de la emprendedora en una actividad productiva con obtención de ganancia, además de ofrecerles un acompañamiento de profesional especializado.

RESULTADOS

Por el espacio pasaron más de 260 mujeres. La gran mayoría sostuvo y sostiene el interés de continuar capacitándose tanto de manera virtual como presencial y participar de los grupos de WhatsApp creados para tal fin (GES contenidos, GES recreo, GES comunitario y catálogo GES). A través de los cuales se ha generado una especie de coucheo semanal de habilidades para la vida, fortalecimiento personal y comunitario, además de proveer periódicamente de diferentes tipos de información: capacitaciones, herramientas y recursos locales.

También el programa GES ha creado un Instagram y recientemente un Facebook, como otra manera de llegar a las mujeres de la comunidad y otras.

CONCLUSIONES

Creemos como profesionales de la salud que este espacio es necesario y beneficioso, porque existe la demanda por parte de las mujeres de la comunidad de continuar con el programa, situación que nos interpela como grupo de trabajo y nos estimula a seguir pensando y repensando, en función de las necesidades que nos plantean. Todos los espacios generados por el GES son libres y gratuitos para mujeres de Bajo Boulogne. También cabe destacar que las diferentes actividades son evaluadas por las participantes, además de definir con ellas los contenidos a desarrollar.

Actualmente estamos brindando capacitación y apoyo a emprendedoras en el desarrollo de su marca personal y con otras, estamos trabajando el sueño y propósito en la vida.

Los desafíos como equipo, son: 1) continuar trabajando con las demandas presentadas por las mujeres y paralelamente realizar acciones que tengan que ver con la visibilización de la tarea que realizamos y de las necesidades que esta comunidad posee ante el Estado local. 2) Reflexionar acerca de nuestras prácticas, esto es, si lo que proponemos en materia de actividades y contenidos es lo que esta comunidad está necesitando. 3) Desnaturalizar la realidad en la comunidad, en las instituciones y en los sujetos. 4) Compromiso del programa GES a que las intervenciones contribuyan a modificar y transformar esa realidad que las mujeres nos demandan.

El GES espera poder lograr que las mujeres se

reconozcan como agentes de cambio personales y de pares, que den los primeros pasos para concretar sus sueños laborales o de emprendimientos para la sustentabilidad económica, mediante capacitaciones de fortalecimiento personal y herramientas para guiar a las participantes en el desarrollo de su marca personal, como así también, impulsar sus iniciativas y apoyo logístico para dar inicio y concretar sus sueños.

El programa espera contribuir, modificar y transformar la realidad de aquellas mujeres que por sus condiciones de vulnerabilidad no son visibles en una sociedad tan carente de equidad, apuntando a que se conviertan en las protagonistas de sus vidas.

Las mujeres que pasan por GES no solo se animan a pensarse de forma activa, protagonizando sus propias vidas y desarrollando proyectos de vida que interpelan sus deseos e intereses, sino que, también las constituye dentro de un grupo simétrico el cual establece sentimientos de pertenencia y acompañamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esteban ML, Comelles JM, Diez Mintegui C. Antropología, género, salud y atención. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Revista Salud Colectiva 2. Buenos Aires. Edicions Bellaterra SGU. 2006.
2. Ramos Escandón C. El concepto de género y su utilidad para el análisis histórico. La Alfaba; segunda época, volumen II; 1997.
3. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente. [Internet] 2020. [Consultado 15 FEB 2020]; Disponible en: <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.html>
4. Contartese D y Maceira V. Trabajo Ocupación y Empleo, Serie Estudios N°3.. En: Diagnóstico sobre la situación laboral de las mujeres. MTEySS; 2007. p. 127–39.
5. Organización Mundial de la Salud. Derecho a la salud Volumen N°323 [Internet]. 2013 [citado 3 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
6. Dirección General de Estudios Macroeconómicos y Estadísticas Laborales M. Mujeres en el mercado de trabajo argentino [Internet]. 2018 [citado 6 de otoño de 2021]. Disponible en: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/genero/mujeres_mercado_de_trabajo_argentino-3trim2017.pdf
7. Comisión de Mujeres y Desarrollo. El proceso

de empoderamiento de las mujeres Guía metodológica [Internet]. 2007 [citado 9 de 2021]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BEE8C6E7436966FC05257A5A005EE2E3/\\$FILE/El-proceso-de-empoderamiento-de-las-mujeres](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BEE8C6E7436966FC05257A5A005EE2E3/$FILE/El-proceso-de-empoderamiento-de-las-mujeres)

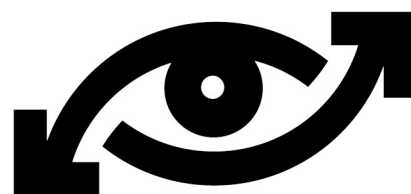
8. Campaña Nacional Cuidar en Igualdad. Necesidad, derecho, trabajo [Internet]. 2021 [citado 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/campananacionalcuidarenigualdad.pdf>

9. Lupica C. Desigualdades y pobreza en la Argentina: La importancia del empleo de las mujeres-madres para su superación [Internet]. Boletín de la

Maternidad N° 13. 2011 [citado 6 de otoño de 2021]. Disponible en: www.o-maternidad.org.ar/publicaciones.aspx

10. UNICEF. Encuesta COVID Percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia y las medidas adoptadas sobre la vida cotidiana [Internet]. 2020 [citado 12 de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/8061/file>

11. Nieves PD. Metodología para el trabajo grupal con mujeres. Salud e Intervención Social [Internet]. 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10234/1094>



MANUAL PROFAM

TERAPÉUTICA EN MEDICINA AMBULATORIA

• NUEVA EDICIÓN 2022 •

DISPONIBLE EN FORMATO
IMPRESO ANILLADO

CONSEGUILO EN
WWW.PROFAM.ORG.AR



MODOS DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19. EXPERIENCIA EN TERRITORIO DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Ways of living during the COVID19 pandemic. Experience in the territory of the South area of the City of Córdoba.

Autores: Andrea Marrone^a; Florencia Ducoin^b; Rocío Alvarez^c; Antonella Flores L^d; Franco Volmaro^e.

a: Lic. en trabajo social. Docente de la Carrera de especialización en Medicina Familiar. Dpto MF. Universidad Nacional de Córdoba (UNC)

b: Médica Gral y de Familia. Tutora docente Dpto Medicina familiar UNC

c: Residente de 3er año en Medicina Familiar - UNC

d: Residente de 3er año en Medicina Familiar - UNC

e: Residente de 1er año en Medicina Familiar - UNC

Pertenencia institucional:

Carrera de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba

Autor de correspondencia:

Andrea Marrone.

Correo electrónico:

andremarrone68@gmail.com

Conflicto de Intereses:

Los autores de la presente revisión declaran no presentar conflictos de interés.

Recibido: 12/11/2021.

Aceptado: 14/02/2022.

RESUMEN

La pandemia por COVID19 impuso cambios en los modos de vida de las familias con las que trabajamos desde la Carrera de Especialización en Medicina Familiar, en el territorio "Las Tablitas", Villa El Libertador, Córdoba. **Objetivos:** Explorar los modos de vida de las familias de "Las Tablitas" durante el período de pandemia 2020-2021. **Metodología:** estudio cualitativo, diseño fenomenológico y enfoque crítico. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad con criterio de saturación teórica. **Resultados:** Se reconocen las modificaciones ocurridas durante el periodo aislamiento social preventivo obligatorio en la dinámica familiar. Los trabajos remunerados en condiciones irregulares fueron interrumpidos. El trabajo doméstico no remunerado aumentó para las mujeres, quienes sumaron las tareas educativas, presentando dificultades para el acompañamiento escolar. Las mujeres asumieron tareas de cuidado y gestión para la subsistencia sin problematizar ese rol. La atención de problemas no-COVID fue postergada, principalmente por miedo a los contagios. Si bien las redes comunitarias se activaron para resolver la situación alimentaria, con organización de copas de leche y ollas populares, se profundizó el aislamiento de las familias. Problemáticas planteadas: el agua, la falta de cloacas, el aumento de hechos delictivos y el deterioro ambiental. **Conclusión:** Reconocer los modos de vivir de las familias, explorar las representaciones de las mujeres, sus modos de organización familiar y prácticas de cuidado en tiempos de pandemia constituye una clave para poder diseñar estrategias en conjunto, oportunas y adecuadas.

PALABRA CLAVE: pandemia, COVID 19, salud colectiva, proceso salud-enfermedad.

ABSTRACT

The COVID19 pandemic imposed changes in the lifestyles of the families with whom we work as of 2016 the Specialization Career in Family Medicine in the territory "Las Tablitas", Villa El Libertador, Córdoba.

Explore the lifestyles of the families of "Las Tablitas" during the 2020-2021 pandemic period. Recognize health-disease processes, health care modes, and family and collective care practices.

Qualitative study, phenomenological design, and critical approach. 10 in-depth interviews were conducted with key informants with theoretical saturation criteria.

The modifications that occurred during the period of compulsory preventive social isolation in family dynamics are recognized. Most of the paid jobs under irregular conditions were interrupted. Unpaid domestic work increased for women, who added educational tasks, presenting difficulties for school accompaniment. The women with whom they assume care and management tasks for subsistence without problematizing that role. Health care for various chronic diseases or emerging situations was postponed, mainly due to fear of COVID infections. Although the community networks were activated to resolve the food situation, with the organization of milk cups and popular pots, the isolation within the families deepened. The problems raised with respect to the neighborhood are mainly the question of habitat, with water as its axis, the lack of sewers, the increase in criminal acts and environmental deterioration.

The recognition of the ways of living of families, the exploration of the representations of women, their ways of family organization and care practices in times of pandemic constitute a key to be able to design timely strategies to comprehensively the Health - Disease - Attention - Care Process.

KEYWORDS: Pandemic, COVID 19, collective health, health-disease process.

INTRODUCCIÓN

La emergencia del virus Sars-Cov-2 y el Aislamiento/distanciamiento Social Preventivo Obligatorio del 2020 impuso en nuestro país profundos cambios sociales que repercutieron directamente en la vida de las personas, en especial de quienes viven en contextos de pobreza.

La pandemia se constituye como un fenómeno global que toma características propias en cada territorio, y así configura determinada forma de experimentar el proceso Salud/enfermedad/atención y cuidado. Tiene por tanto un devenir particular en los “modos de vida” de cada espacio poblacional, representando las maneras de hacer y significar las prácticas y vivencias desde la experiencia de lo colectivo. Este es un concepto central en la Salud colectiva, que nos ayuda a reconocer el dinamismo de la vida misma en un territorio donde se juegan diferentes posibilidades, tradiciones, saberes, intercambios y vínculos con la sociedad y el medioambiente.^{1,2}

Desde la carrera de especialización en Medicina Familiar-UNC se viene desarrollando una experiencia de enseñanza-aprendizaje y de extensión universitaria desde la inserción en Centros de Salud de Primer Nivel de Atención. A partir de los supuestos de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud se planifican y diseñan diferentes estrategias en un territorio seleccionado, definido como “Espacio poblacional de cuidado” (EPC). [FD1]

“Las Tablitas” es un asentamiento urbano ubicado en Villa El Libertador, zona sur de la ciudad de Córdoba. Este barrio se ha caracterizado desde los años 50 por ser de clase trabajadora obrera y foco de migraciones desde zona rurales de la provincia, así como de otros países (especialmente Perú y Bolivia). La historia de esta comunidad está marcada por la organización colectiva, la lucha por la reivindicación de derechos y la resistencia durante la dictadura.

Los procesos organizativos más destacables fueron aquellos que resultaron en la provisión de agua potable para toda la zona que inició en la década del 60 para lograr su objetivo en el 74; la lucha por la construcción del Hospital del Sur cuya inauguración se concreta en el año 2011 y es conocido oficialmente como Hospital Municipal Príncipe de Asturias; y las movilizaciones por la emergencia ambiental de la zona sur en reclamo por la instalación de cloacas, hundimiento de casas, eliminación de basurales a cielo abierto, aguas servidas, saneamiento del canal maestro sur, entre otras exigencias.

“Las Tablitas” surge en el contexto de crisis socioeconómica del año 2001 en el terreno de una fábrica en quiebra abandonada y está ubicado en las cerca-

nías del Hospital del Sur. El predio es de 13621m² y la infraestructura precaria determina que las personas vivan en condiciones de hacinamiento. Otra problemática severa de Las Tablitas es la falta de acceso al agua potable, en tanto el 100% de las conexiones son irregulares; estas situaciones limitaron las posibilidades de responder a los lineamientos de bioseguridad, distanciamiento y prevención, durante la contingencia covid19.

Con este equipo de trabajo se realizó un relevamiento sociosanitario en el 2017 y dos actualizaciones en el 2019 y 2021. Se identificaron 85 familias que habitan en 75 casas y que totalizan 327 personas. La distribución según edades registra una proporción mayoritaria de población joven: menor de 1 año 1%, 1 a 5 años 15%, 6 a 11 años 20%, 12 a 20 años 16%, 21 a 50 años 33%, 51 a 64 años 3%, mayores de 65 años 1%, desconocido 11%. La cantidad de mujeres representa el 53% y 47% varones. Respecto a las condiciones grupales de trabajo entre los hombres predomina el empleo precario (40%) y el 20% de las mujeres en edad productiva realizan tareas de cuidado en el hogar. Respecto al nivel educativo tan solo el 7% completó el secundario. El 98% accede exclusivamente al sistema de salud público. La eliminación de excretas en el 89% se realiza mediante pozo ciego y un 9% pozo con cámara séptica.

Desde el 2016 se desarrollan acciones de promoción, atención y cuidados junto a grupo de mujeres de este espacio poblacional. A través de diferentes dispositivos (entrevistas, relevamientos, talleres, encuentros) se favorecieron los vínculos entre equipo de salud y las familias.

Comprender las experiencias y las apreciaciones de sus protagonistas, nos resultaba fundamental para poder generar acciones de cuidado como así también favorecer el contacto con las familias en un contexto de confinamiento, en el que las prácticas comunitarias se vieron profundamente afectadas y tuvimos que interrumpir los espacios que implicaban actividad grupal.

En este sentido nos propusimos indagar sobre los modos de vida en este territorio¹ y las subjetividades surgidas en la pandemia desde la organización de los itinerarios familiares, los patrones de consumo, la accesibilidad al sistema de salud, las problemáticas ambientales, las redes comunitarias y la capacidad de organización colectiva en defensa de la salud y la vida².

Las experiencias de cuidado, entendidas como conjunto de actividades, remuneradas o no, destinadas al bienestar de las personas, cobran relevancia para entender las características Proceso Salud-Atención-Enfermedad-Cuidado (PSEAC). En un sentido amplio, el contenido del concepto refiere a

todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven.³

Por otra parte, el PSEAC está atravesado por la accesibilidad al sistema de salud. entendida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios"⁴.

Este trabajo pretende ser un aporte para la comprensión integral de los modos de transitar la vida cotidiana para poder diseñar oportunamente estrategias que contribuyan al fortalecimiento de los procesos protectores de la salud.

OBJETIVOS

General

Explorar los modos de vida de las familias de "Las Tablitas" durante el período de pandemia desde marzo 2020 a junio 2021.

Específicos

- Reconocer los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado desde la mirada de las personas de este Espacio Poblacional.
- Indagar estrategias de reproducción. en la vida cotidiana y prácticas de cuidado familiares y colectivas.
- Describir las subjetividades en relación los cambios que produjo la pandemia en los modos de vivir.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio. Diseño tipo fenomenológico como estrategia para entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de sus actores. El posicionamiento epistemológico que se tomó se corresponde con el enfoque crítico, más específicamente la mirada desde la epidemiología crítica y determinación social de la salud.

El proceso de investigación consistió en las siguientes etapas:

I- Fase preparatoria: se realizó observación directa en trabajo de campo a partir de visitas domiciliarias a todas las viviendas del Espacio Poblacional de cuidado para actualización del relevamiento sociosanitario. Se tomó como unidad de análisis las familias del territorio y como informantes claves las personas que

atendieron a la visita o mujeres contactadas a partir del trabajo previo en actividades en conjunto con el equipo de salud. Se realizó discusión hacia el interior del equipo de los ejes a investigar y sus fundamentos teóricos.

II- Fase de trabajo de campo: a partir de un muestreo intencional se realizaron 10 entrevistas en profundidad con criterio de saturación teórica de la información. Se realizó consentimiento informado con cada una de las participantes. Las entrevistadas fueron todas mujeres, en un rango etario de 29 a 60 años, con más de 5 años de permanencia en este territorio.

III- Fase de análisis: los datos se procesaron mediante análisis de contenido, codificación, elaboración de categorías, triangulación con perspectivas teóricas, evaluación de categorías emergentes.

IV- Fase de registro: discusión grupal de los resultados y redacción del informe final.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los principales resultados de este estudio:

Respecto a la PANDEMIA "¿Todo fue algo nuevo" "todo siguió igual?"

Se identifican dos miradas de cómo se vivió este tiempo que tuvo como punto de inicio el día en que se decreta el ASPO y el "quedate en casa" con una restricción más estricta y otra etapa de flexibilización de medidas de aislamiento.

Por un lado aquellas que identificaron "algo nuevo" en la cual problematizan la economía, el trabajo, las actividades de los niños.

"Todo fue algo nuevo. Algo vivido nuevo porque los chicos que no podían salir, que ellos mismos se volvían como locos acá adentro. No sabían qué hacer".

Bueno también el tema trabajo que eso era algo de saber decir, de dónde sacamos, ¿qué hacemos para sobrevivir también no? Porque fue duro todo".

En contraposición, aquellas que manifestaron que "todo siguió igual" pero refiriéndose a la falta de cuidados específicos para evitar la infección, el movimiento de la vida cotidiana, visitas y aglomeración de gente.

"Parece que el covid no existiera en Las Tablitas" "y sinceramente, en las tablitas no se tomó mucha precaución. La gente siguió su vida normal".

Al hablar de Cuidados: “Y la mamá.... como siempre”

En el espacio de Las Tablitas habíamos detectado la predominancia de hogares conformados por mujeres jefas de hogar a los que les llamamos hogares “monomarentales”.⁵

En contexto de la pandemia por COVID-19 y las restricciones a la circulación tanto hombres como mujeres debieron quedarse en la casa, modificando sus trabajos (sean o no remunerados). La mayoría de los trabajos remunerados en condiciones irregulares de los hombres fuera de la casa fueron interrumpidos *“Mi marido apenas empezó la pandemia quedó sin trabajo” trabajaba de albañil (...) Lo dejaron un poco trabajar. Él iba y volvía con su alcoholcito y su barbi-jo”*.

El trabajo doméstico no remunerado aumentó para las mujeres y se sumó la tarea de educación. *“Han recaído mucho más en las mujeres, no se visibiliza”. “Vos te ocupabas de las cosas de la casa y los chicos...” “Él es un poco antipático digamos. No le gustaba mucho.*

Soy yo la que más jugaba con los chicos”.

Las tareas domésticas y de cuidados no fueron equitativamente redistribuidas. *“Y la mamá... como siempre”. “Siempre me ocupé yo”. “Yo me ocupo de las cosas de la casa y los chicos...”*.

Incluso mujeres de hogares unipersonales debieron hacerse cargo del cuidado de otras personas de su familia en otro hogar. *“Soy apoderada del papa de mi hija, tengo que hacer trámites de sus medicaciones, lo tengo que hacer yo”*. En aquellos hogares donde hubo algún tipo de redistribución de tareas relacionadas al hogar, se vio que las tareas realizadas por los hombres eran aquellas que implican salir del hogar y habitar el espacio público, como la gestión del dinero y provisión de bienes.

“Y salía uno solamente a hacer las compras, mayormente era mi marido que salía a hacer las compras y quedaba yo con los chicos acá con las tareas y todo.”

Otra de las tareas que se agregaron a las responsabilidades que las mujeres asumen en su vida cotidiana fueron las actividades de educación y acompañamiento escolar. Como, por ejemplo, el seguimiento de la conexión a las clases, la provisión de los materiales de soporte de estudio, la corrección de tareas. Muchas de ellas expresaron dificultades para realizar dicho acompañamiento, mencionando su propia escolaridad/deserción y la superposición de otras tareas y la falta de conectividad y de dispositivos electrónicos

“Fue muy duro para nosotros que somos padres

adaptarnos a la metodología de los docentes de ahora. No tienen piedad con nosotros los padres. Saben que somos de la generación que dejó el colegio. Era impresionante...”

“Mi mamá se enfermó y teníamos que cuidarla, y no podía yo atenderla a ella y ver las tareas virtuales, que me llamaran las maestras...”

“Un solo celular para cuatro. Había una maestra que quería virtual, la otra que quería en el mismo horario y no podías. Ya después dejé de responder. Mis nenes no presentaron más las tareas”.

Si bien predomina la mirada de la mujer en su rol de cuidadoras sin problematizarlo, una entrevistada en particular con un proceso de participación activa en un espacio de militancia feminista territorial, plantea la necesidad de una nueva distribución de tareas y responsabilidades en los hogares.

“Yo no soy Isaura de nadie... Hay que empezar a repartir la tarea. Si vos empezás a hacer todo, tender cama, hacer el desayuno. no loco, anda y hacete, ordena la cama, hacerte el desayuno por eso hablo de aprender y desaprender de las mujeres, hay que modificar cosas.”

Hablando de Accesibilidad: “Parece que no hay otra patología que no fuera el covid”

A partir de la contingencia por Covid-19 se reorganizaron los servicios de salud que tomaron como eje prioritario la atención de personas infectadas. Las disposiciones de la atención fueron cambiando en la medida que se incorporaron nuevos conocimientos científicos con respecto al curso de la infección y la epidemiología de la misma. En una etapa inicial se suspendieron cualquier otro tipo de atención que no implique COVID. Luego se retomaron los controles de personas embarazadas y menores de 1 año. Esto determinó modificaciones en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud disponibles.

“Parece que no hay otra patología que no fuera el COVID.” “No consigo turno si no fuera de urgencia.” “Por cualquier cosa ya era COVID, me parece muy dramático sinceramente”

En la conceptualización de accesibilidad⁴ observamos dos sujetos: quienes requieren de los sistemas de salud, por un lado, y los servicios que estos sistemas brindan, la disponibilidad para contener “sujetos necesitados de atención”, por el otro.

Dentro de las dimensiones **simbólicas** o representaciones que tienen las personas en cuanto a los servicios de salud, en la mayoría de las entrevistas refieren al “**miedo**” a contraer la infección relacionado

directamente a la acción de dirigirse a una institución de salud como el hospital, (no así como el centro de salud/"dispensario").

*"Más que todo por **miedo no iba al hospital, prefería ir al dispensario o hablar con vos, más segura**". "Habíamos dejado de ir por el **miedo que veíamos las noticias**".*

"Por temor a que nos contagiemos mal. Acá en el dispensario sí, pero en el hospital a donde yo los hacía atender a ellos no."

En general las mujeres entrevistadas identificaron la discontinuidad de sus acompañamientos de salud desde el comienzo de la pandemia, al dificultarse incluso el acceso a las medicaciones crónicas prescriptas anteriormente.

"No tengo control ni chequeo desde que empezó la pandemia".

Siendo más específicos, las instituciones de salud más referenciadas por las entrevistadas fueron las siguientes:

El Hospital del Sur:

En cuanto a la organización de las instituciones de salud del Barrio, el Hospital del Sur (institución sanitaria de segundo nivel de referencia de la zona) las familias manifestaron dificultades sobre la oferta dada: inexistencia de turnos, redirección a otras instituciones sanitarias, falta de entrega de medicación, maltratos constituyéndose en una **barrera burocrática/vincular**.

"Yo ya no pude ir al hospital porque no nos dejaban entrar." (Citando a personal de salud): "No, no te podemos atender tenés que ir al Rawson, pero si vos estás con el oxímetro bien no te alarmes nada, te quedas tranquila y haces reposo".

"Yo lo venía controlando en el hospital, bueno, por la pandemia la doctora no asistía, dejé de ir el año pasado".

El Centro de Salud:

Al inicio de la pandemia el Centro fue destinado exclusivamente a atención febril, por lo que se coordinó con el Centro Vecinal para la entrega de medicación y leche suplementaria. Posteriormente se incorporaron únicamente los controles de embarazo y menores de 1 año, hasta finalmente subdividir el espacio físico del Centro para garantizar atención mixta febril y no febril, programada como a demanda.

"Cuando recién empezó la cuarentena nos hacían ir al centro vecinal (a buscarla), nunca me faltó".

En cuanto a la percepción de la oferta de atenciones del Centro de Salud las mujeres mencionan que sus demandas fueron satisfechas, y proponen retomar cursos de acción llevados a cabo anteriormente.

"Las veces que he ido al dispensario he tenido las atenciones que necesitaba".

"Desde que cerraron las actividades que tenían ustedes, de yoga, mucha gente se había anotado e iban y se sentían mejor físicamente. Para mi estaría bueno que se retomaran esas actividades".

Cuidados colectivos y redes: "Siempre hay un grupito que se organiza".

Uno de los emergentes en torno al cual se organizaron los vecinos de Las Tablitas fue la cuestión alimentaria. En las entrevistas pudimos identificar 3 niveles de participación:

-Gestión y protagonismo en el cuidado colectivo:

"Solamente con mi mamá hacíamos los comedores para la gente de acá de las tablitas. Se sumaba mi cuñada. Eso hacíamos en ese tiempo de la pandemia, para ayudar a los demás. La gente que necesitaba era la que venía y bastante gente nos ayudaba para que hiciéramos esto. Mucha gente nos ayudaba. Salíamos por los negocios de la Avenida de Mayo y había bastante gente que nos ayudaba y otra que no, porque tenía miedo que fuera mentira lo que hacíamos".

Durante el período explorado la organización colectiva también se dio en torno a la gestión de la conexión habilitado del servicio de agua, en este proceso se dieron diferentes intercambios que su descripción excede los límites de este trabajo. Asimismo, en las entrevistas se reconoce el uso de los grupos de Whatsapp como instrumento de sostén de vínculos a la distancia.

- Reconocimiento de acciones, pero sin participación activa: "Siempre hay un grupito que se organiza para la mejoría, y para buscar algo mejor para el lugar, pero siempre es muy escaso el grupo".

- No reconocimiento de la existencia de las ollas populares y merenderos existentes en el barrio. "De no sé de qué son, de una entidad benéfica, no sé cómo es el tema. De alguna fundación o algo así..."

"Muchos decían comedores, ayuda solidaria, pero jno se vio a nadie! cuando más tienen que estar, no se vio a nadie".

En contraparte, las entrevistadas también manifestaron el **aislamiento** que se vive hacia el interior de las familias y en caso de requerir apoyo el mismo se brinda desde los vínculos familiares "No nada

nada, nadie nos dio una mano, nada, no tengo mucho diálogo con los demás". "Los de afuera no van a venir a cuidarme a mí. Ni yo voy a andar cuidando al de afuera o capaz que sí. Si no nos cuidamos entre nosotros que vivimos en casa, no sé si nos va a poder cuidar a alguien".

Respecto a problemáticas barriales identificadas por las participantes podemos mencionar:

PROBLEMAS DEL BARRIO:

Al indagar respecto a problemáticas que les preocupaban del barrio, identificaron principalmente la cuestión del hábitat teniendo como ejes el agua, las cloacas y el manejo de la basura.

El asentamiento Las Tablitas se caracterizó mucho tiempo por carecer de los servicios básicos: agua, cloaca, luz, gas en particular, y falta de cloacas en general para toda la zona sur. A lo largo de los años fue una promesa para la población la instalación definitiva de red de agua.

La falta de acceso a red de agua y correcto desagüe impacta directamente en los recorridos vitales de las personas. Más aún en contexto de una pandemia en la cual una de las medidas básicas de prevención es el correcto lavado de manos con agua y jabón.

"De acá de este barrio están preocupando las lluvias y cómo uno se inunda, por lo que yo tengo mi tía que está prácticamente en un pozo, el otro día se le llenó de agua como 10 cm de agua".

"Y la obra de las cloacas todavía no llegó a esta parte y lo del agua también quedó en la nada. Quedó en la nada también, como siempre lo hacen, vienen hacen las promesas, una se ilusiona y quedamos con la ilusión nomás, porque hasta ahora no ha pasado nada".

"¡La higiene de las calles, la higiene del barrio!, un desastre!".

Por otra parte, la mayoría de las vecinas mencionaron la problemática de la **"seguridad/inseguridad"** entendida en diferentes dimensiones.

Por un lado, el robo entre vecines o en las zonas aledañas, motivos por los cuales eligen no salir de sus hogares, más allá de las restricciones.

"Acá cada uno se cuida como puede, prácticamente no podés salir, si tuviéramos una oportunidad de ir de vacaciones la pensás porque te vas y no sabes si cuando volvés tenés las cosas."

Hacen hincapié en violencia institucional por parte de las autoridades policiales.

"Si, la policía... mmm... exponés vos a tus hijos... porque acá cuando entra la policía no se fija si hay criaturas, no les interesa..."

DISCUSIÓN

La experiencia de "pandemia" se transita de manera particular en los barrios con condiciones de vulnerabilidad. Según informes realizados sobre la población latinoamericana los indicadores de pobreza en Latinoamérica venían incrementándose en toda la región⁶. La tasa de crecimiento regional se redujo de 6% en 2010 a 0.2% en 2019. Según la CEPAL 2020⁷, el crecimiento durante el quinquenio 2014-2019 había sido el más bajo desde la década de los años 1950. Los indicadores básicos que se relacionan con el mayor impacto de la pandemia se corresponden a la densidad poblacional, el acceso al agua potable, la línea de pobreza y el trabajo informal. Justamente estas son características relevantes que presenta nuestro Espacio Poblacional de cuidado, que se diferencia de otros barrios de la ciudad.⁶

En una región como América Latina donde la mayoría de la población laboral activa (53%, según datos proporcionados por la CEPAL en 2019) trabaja en el sector informal, sin seguridad social y a menudo sin ahorros, la crisis sanitaria se convierte rápidamente en una crisis de pobreza y hambruna. "Quedarse en casa" no es una posibilidad real con un empleo precario y mal remunerado.⁷

En nuestro trabajo encontramos similitudes con un trabajo realizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires, particularmente en el barrio Carcova. Se comparten las dificultades para generar ingresos, dejar de percibir los planes y la necesidad de circular para ganar el sustento. En aquel estudio también se relata el acatamiento de medidas de aislamiento y prevención por algunas familias, más en una primera etapa, y en contraparte se observa una circulación normal de personas, con reuniones en las esquinas y las calles. Esto se explica en parte por "una particular sensación de inmunitas surgida en la cotidianeidad política del nacer y vivir en la precariedad de las políticas de la vida urbana".

Otro aspecto a considerar en relación a las necesidades socioeconómicas manifestadas es que las diferentes organizaciones de la comunidad y la emergencia de iniciativas particulares como comedores o merenderos, ejercieron una función de organización para la subsistencia y defensa de la salud, además de ser una forma activa de cuidado colectivo. En nuestro trabajo nos llamó la atención que si bien se reconocía la importancia de estas instancias y participaba activamente de esta tarea, otras familias no conocían ni se involucraron con las necesidades de familias vecinas, como una forma de profundización del ais-

lamiento ya expresado en otras instancias de nuestra inserción en este territorio, en las que el "vivir hacia adentro" fue relatado por motivos de seguridad⁸.

Por otra parte, pudimos observar la reproducción de los roles de género preexistentes a la pandemia al igual que los trabajos realizados en nuestro país de CONICET-Bidaseca y CEPAL⁶. De acuerdo con el informe 2020 de la Dirección de Economía, Igualdad y Género, el Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) representa un 15,9% del PBI y es el sector de mayor aporte en toda la economía. El aporte por género del TDCNR al PBI es desigual: el 75,7% proviene de tareas realizadas por mujeres. Es decir, las mujeres realizan más de las tres cuartas partes del TDCNR y, de este modo, dedican, el total de ellas en su conjunto, 96 millones de horas diarias de trabajo gratuitas a las tareas del hogar y los cuidados.⁹

Cabe destacar que en el trabajo realizado por CEPAL de forma federal se encontró que las mujeres advirtieron el aumento del trabajo doméstico y de cuidados durante la cuarentena (82% de las entrevistadas). Este concepto se ilustra con los dichos de Souza Santos "la cuarentena será particularmente difícil para las mujeres. Puestas en cuarentena, uno podría imaginar que, con más brazos disponibles en casa, las tareas podrían estar más distribuidas. Sospecho que no será así frente al machismo que impera y tal vez se refuerce en momentos de crisis y de confinamiento familiar".¹⁰

En nuestra investigación, llama la atención que, si bien todas relataron el aumento en las actividades domésticas y escolares, no se problematizaron este aspecto como sobrecarga inequitativa en sus discursos.

Nuestros hallazgos coinciden con lo encontrado en el trabajo de CEPAL,³ en la que los hombres fueron quienes tuvieron "predilección por la realización de tareas ligadas a la esfera económica y el comando de recursos (hacer las compras) y a lo recreativo (jugar con los niños/as). En cambio, tanto las actividades tradicionalmente asociadas a la atención del hogar y la familia (cocinar y limpiar), como la ayuda en las tareas escolares, ligada a una actividad (la docencia) también eminentemente femenina".

En cuanto a las tareas escolares, las entrevistadas manifestaron las dificultades respecto a los dispositivos electrónicos, conectividad y la falta de escolarización de las mismas, dificultando y llevando a malestares por no poder acompañar a sus hijos. Este aspecto no fue indagado en las otras investigaciones.

En relación a la accesibilidad al servicio de salud, los resultados obtenidos en este trabajo coinciden en parte con algunos datos que se obtuvieron en el infor-

me del "Estudio de Barrios Populares" de SIEMPRO (Consejo Nacional de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación) en donde se destaca que durante el ASPO "se configuró en varios sentidos en una barrera para la atención de la salud de los habitantes con problemas de salud crónica (diabetes, problemas con la tiroides, cardiológicos, etc.), para el control de niño sano o el tratamiento ambulatorio por diferentes tipos de dolencias o enfermedades".¹¹ También emergieron las dificultades para obtener turnos debido a las restricciones impuestas por la pandemia, suspensión de controles de salud por miedo al contagio de COVID 19, y asociado a esto, mal control problemas crónicos, como diabetes.

La heterogeneidad de relatos y experiencias vinculadas a la asistencia sanitaria durante la pandemia es similar en ambos trabajos, con una gran influencia de las políticas sanitarias tomadas en cada territorio.

Por otra parte, un aspecto de accesibilidad en relación a las representaciones de las personas que se destaca es el miedo a concurrir a los servicios de salud. Esta emoción junto a la incertidumbre fue uno de los sentimientos centrales que se encontró en el estudio sobre "Emociones, preocupaciones y reflexiones sobre la pandemia de Covid 19 en Argentina".¹²

Lo anteriormente expresado nos remiten a la expresión de Grinberg y Verón en el informe *Pandemia y Crisis en América Latina*⁷: *"No es el COVID-19, sino el estado de vivir en crisis aquel que narra las largas colas para hacerse de alimentos, ni el difícilísimo acceso a la salud, ni los comedores comunitarios, ni el hacinamiento, ni jugar en las calles; tampoco a las mujeres cocinando juntas, ni a los/as docentes ocupándose de la comida, de las familias, de los/as jóvenes. Tampoco los subsidios o las ollas populares. Nada, nada de ello es nuevo. No lo es tampoco la perplejidad de los derechos que hace también a sus reclamos, ni siquiera la comunidad haciendo o buscando los modos de procurar su propia seguridad. El COVID-19 lo ha expuesto, lo saca de su suspensión"*.

Ya en nuestra experiencia previa de trabajo en el territorio recuperábamos las expresiones de las personas que se veían atravesadas por el "stress de la pobreza" que se genera por la sensación de estar encerrados en sus propias casas por la inseguridad, de tener que hacer frente a los problemas ambientales como así también a los conflictos de vecindad o intrafamiliares. Los espacios que favorecen los vínculos sanos eran vistos como procesos protectores para la vida, por lo que nuestras acciones desarrolladas con este espacio poblacional fueron guiadas por este eje vincular⁸. El COVID puso en jaque el contacto entre personas, por lo que se complicó aún más la posibilidad de contrarrestar los procesos deteriorantes identificados, y este aspecto fue expresado ahora con nostalgia por la pérdida aquellas actividades que

les hacían bien.

CONCLUSIONES

La pandemia trajo profundas modificaciones en la vida de todas las sociedades, pero particularmente en territorios urbanos donde habitan familias con pobreza persistente.

Las transformaciones en los modos de vivir observados en este estudio nos permiten visibilizar la dinámica cotidiana existente, nos muestran los conflictos y modos organizativos de las familias para resolver sus necesidades, sus modos de concebir el proceso salud enfermedad atención cuidado.

Las desigualdades en relación al género, las imposibilidades de inserción laboral, las barreras en la accesibilidad para la atención de la salud, el aislamiento de las personas al interior de las familias y los problemas habitacionales nos hablan de procesos deteriorantes dentro del modo de vida particular. En contraparte, las iniciativas solidarias en defensa de la reproducción cotidiana, el vínculo con el equipo de Primer Nivel de Atención, el reconocimiento de espacios de cuidado de la salud, la dinámica de cuidado intrafamiliar y la capacidad para organizarse para responder colectivamente a las crisis, constituyen procesos protectores que motivan el trabajo y acompañamiento.

Por lo tanto, es clave recuperar el rol y el aporte de la Medicina Familiar en el reconocimiento de los modos de vivir de las familias, desde la exploración de las representaciones las mujeres, sus modos de organización familiar y prácticas de cuidado constituyen una clave para poder diseñar estrategias oportunas para abordar integralmente el PSEAC.

Nuestra propuesta como equipo es seguir acompañando a este Espacio Poblacional de Cuidado en clave de mejorar las condiciones en salud de las familias, fortaleciendo la accesibilidad desde el vínculo directo con quienes ahí habitan, teniendo la mayor cercanía posible desde diferentes estrategias de comunicación, articulación y presencia sistemática en el territorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Passerino LM. Experiences in territory: Vulnerability and health problems in peri-urban neighborhoods of paraná (entre ríos-Argentina). *Saude e Soc* [Internet]. 2021;30(2). Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/86JxRrrFcYnVrKDLbTGrP4d/?format=pdf&lang=es>
2. Eslava Castañeda JC. Pensando la

determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017;19(3):396–403. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/396-403/es>

3. Aguirre R. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Cepal [Internet]. 2005;11. Available from: http://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf

4. Stolkiner A, Comes C, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu Investig* [Internet]. 2007;14(1):00–00. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

5. Paz J, Carla A. POBREZA EN HOGARES CON JEFATURA FEMENINA EN ARGENTINA [Internet]. *Revista Científica “Visión de Futuro”*, vol. 25, núm. Esp.1, pp. 1-30, 2021; 2021. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3579/357965439001/html/>

6. Gutiérrez G, Herrera S, Kemner J. Pandemia y crisis : en América Latina. 2021. 1–489 p.

7. Bidaseca K, Aragao M, Brighenti M, Ruggero S. Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas , y disidencias en el contexto de. 2020;

8. Ledesma V; Sturtz G, Ferrero, PiGuti rrez, P; Basualdo, V; Cuevas, AnaVictoria ; Ducoin, F; Marrone, A; Ciuffolini M. Matriz de Procesos Críticos y Prácticas Colectivas en salud. *ExT Rev Extensión la UNC* [Internet]. 2019;0(9). Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ext/article/view/23933/23452>

9. Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género. Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Bruto Interno. Minist Econ Argentina [Internet]. 2020;1–31. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-direccion-de-economia-igualdad-y-genero-presento-el-informe-los-cuidados-un-sector>

10. de Sousa Santos B. Al sur de la cuarentena [Internet]. *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: Página 12; 2021. p. 43–60. Available from: <https://elaboraciones.sociales.unc.edu.ar/al-sur-de-la-cuarentena/>

11. Vida C De. ESTUDIO BARRIOS POPULARES Condiciones de Vida, Vivienda y Hábitat en contexto de Informe Final – Enero 2021. 2021; Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_final-barrios_populares.pdf

12. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in argentina. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2020;25:2447–56. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es/>



PROFAM

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2022



Actualización para médicos
que centran su práctica en
la atención ambulatoria.



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria. Tres modalidades de cursada: tradicional, superior virtual y superior virtual con encuentros sincrónicos.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso Toma de decisiones compartida.
- Curso PROFAM Niños.
- Curso Intervenciones en cesación tabáquica.
- Curso Cuidados paliativos en atención primaria.

www.profam.org.ar | profam@hospitalitaliano.org.ar | WhatsApp 11 2829 3757