

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 20 | NÚMERO 2 | JULIO 2023



ISSN 1852-656X
CÓRDOBA- ARGENTINA

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 20 | NÚMERO 2 | AÑO 2023

FEDERACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

PRESIDENTA

Karin Kopitowski

VICEPRESIDENTA

Maria Valeria Santillán

PRESIDENTE HONORARIO

Mario Acuña

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

Volumen 20, Número 2. Año 2023 ISSN 1852-656X

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

EDITORA RESPONSABLE

Ana Carolina Godoy, 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.

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.

Diego Palomo, Magister en epidemiología gestión y políticas de salud. Médico especialista en medicina general y familiar. Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca.

DISEÑO GRÁFICO

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

EDITORIAL

Desde su inicio, esta revista ha tenido la misión de “*promover la publicación de la investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud*”⁽¹⁾. El camino empezó en el 2004 (pocos años después del inicio de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General). En 2019, el equipo editorial actual, decidió conformarse como un espacio colaborativo en donde participen miembros de distintas asociaciones. Hoy por hoy, nuestras reuniones virtuales conectan las provincias de Tucumán, Córdoba, Buenos Aires, Río Negro y Santiago del Estero.

La pluralidad de experiencias volcadas en el trabajo en equipo nos ha permitido identificar un escenario federal con oportunidades de mejora en lo que se refiere al ejercicio de la investigación y publicación en medicina familiar. Nuestra participación en los comités científicos de los congresos, además, nos hace reforzar un diagnóstico (desde ya, muy subjetivo) en donde las inequidades en la capacidad de investigar, de escribir y de comunicar las producciones científicas parecían ser una realidad recurrente, que volvía a circular en nuestras conversaciones.

En un estudio bibliométrico interno, analizamos las publicaciones realizadas por nuestra revista entre 2011 y 2019 (años en los que disponíamos los números completos online)⁽²⁾. Los resultados arrojaron un total de 82 artículos incluidos, 63 de equipos argentinos (76%), lo que va en consonancia con la tarea de ser un órgano oficial de difusión de experiencias locales en Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud. Ese mismo estudio analizó las provincias en donde se originaban los artículos: el 65% correspondió a la provincia de Buenos Aires, un 13% a Córdoba, un 6% a Tucumán. El 16% restante se distribuyó entre 7 provincias y otros lugares en donde no estaba consignado el dato. Sin dudas, identificamos que teníamos mucho por hacer para que nuestra revista sea un espacio más representativo, que incluyera más provincias.

Pensamos entonces: ¿cómo aportar desde el equipo editorial para que los equipos del primer nivel de todo el país tengan acceso a herramientas académicas que les permitan hacer ciencia y comunicar sus resultados? Iniciamos entonces algunas acciones educativas y de difusión, sin saber a ciencia cierta si era el mejor camino. Participamos en congresos nacionales y provinciales, ofreciendo talleres (presenciales y virtuales) sobre los primeros pasos en la investigación (ejemplos: la pregunta de investigación, 7 pasos clave para redactar la introducción, cómo definir autores). Difundimos breves consejos y herramientas a través de nuestras redes sociales, y habilitamos una sección específica dentro de nuestra página web llamada “recursos para autores”. Durante el 2022 llevamos a cabo el taller “La previa al congreso” con modalidad virtual, con el objetivo de ayudar a revisar resúmenes y presentaciones orales de trabajos aceptados para el Congreso Nacional realizado en Salta. Este año, en conjunto con la Comisión Directiva de FAMFyG, organizamos una propuesta formativa denominada “Herramientas para la investigación y redacción científica”. Este curso virtual consta de cuatro módulos independientes, y está dirigido exclusivamente a miembros activos de las asociaciones de FAMFyG.

Los niveles de participación en las actividades y las evaluaciones de las personas han sido muy positivos. Esto no es un resultado, pero es un número que escapa a la tendencia

general del estudio que les citamos anteriormente: los participantes fueron provenientes de Santiago del Estero, de Tucumán y de Mendoza. Esperamos que lo aprovechen, disfruten y compartan (repliquen) por todos los rincones de nuestro país y la región.

Les animamos a sumarse a este equipo editorial como revisores/as, y/o a enviar sus manuscritos, recordando que lo que buscamos es que *“este espacio en forma de revista, espera ser un instrumento en donde se amplifiquen sus discursos y experiencias en lo que nos convoca: trabajar en pos del derecho a la salud”*⁽¹⁾.

Ana Carolina Godoy
Editora Responsable

REFERENCIAS

1. Revista Archivos de medicina familiar y general. Acerca de la revista. Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/about>
2. Godoy AC, Ávila SM. Estudio bibliométrico de la revista archivos de medicina familiar y general de Argentina en el periodo 2011-2019. Rev Mex Med Fam 2020;7(3). Disponible en: http://www.revmexmedicinafamiliar.org/frame_esp.php?id=66



XXI CONGRESO NACIONAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

*Uniendo caminos hacia una
salud sustentable*

XXI Jornada Nacional de Residentes
de Medicina Familiar y General

VIII Congreso Nacional de Profesores
de Medicina Familiar y General

4 al 7
de Octubre
2023

**Centro de Convenciones
y Eventos del Parque del Conocimiento**

Av. Ulises López y RN 12 (Acceso Oeste) - Posadas, Mnes.

Informes:



xxicongresofamfyg@gmail.com



www.congresofamfyg.com

ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA
GESTIÓN EN SALUD | SALUD LABORAL | EMPRENDEDURISMO | INTERCULTURALIDAD
INTERDISCIPLINA | SALUD Y MEDIOAMBIENTE | HUELLA DE CARBONO

Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

CUESTIONES BIOÉTICAS INVOLUCRADAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS:
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

AUAT CHEEIN, C.....PAG. 4-10

ARTÍCULO ORIGINAL

UN PUNTO DE PARTIDA: OPINIONES DE ADULTOS SOBRE PROYECTOS DE
VIDA PARA LA VEJEZ.

CABEZA, M A.....PAG. 11-19

ARTÍCULO ORIGINAL

DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS GESTANTES AFILIADAS A OSEP QUE SOLI-
CITAN UNA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

CASTAÑOS, M.....PAG. 20-27

ARTÍCULO ORIGINAL

EVALUACIÓN QUINQUENAL DE LOS EJES SANITARIOS DE UN PROGRAMA
NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

CACACE, P J.....PAG. 29-38

Cuestiones bioéticas involucradas en los Cuidados Paliativos: desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

Bioethical issues involved in Palliative Care: from the perspective of health professionals.

Autora: Cecilia Auat Cheein^a

^a Médica de familia. Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina. Magister en Bioética.

Contacto: ceciauat@gmail.com

Recibido: 21/02/2023.

Aceptado: 19/05/2023.

RESUMEN

Las cuestiones inherentes al final de la vida constituyen un inmenso desafío para los médicos, debido a la falta de educación formal en lo inherente a cuidados paliativos, y a que se entrelazan conceptos médicos, religiosos, legales y bioéticos en su abordaje. El objetivo de este estudio es identificar, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las cuestiones éticas involucradas en el proceso de atención de pacientes incluidos en cuidados paliativos. Para ello se llevó a cabo de una revisión de 10 artículos, en los cuales se observa la carencia de formación bioética y la aplicación inadecuada (o falta) en lo inherente a manejo adecuado de la información y la dificultad en su comunicación, toma de decisiones compartidas, respeto de la autonomía del paciente, verdad médica, limitación de esfuerzos terapéuticos.

PALABRAS CLAVE: Bioética. Relaciones médico-paciente. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

End-of-life issues constitute an immense challenge for physicians, due to the lack of formal education regarding palliative care, and the intertwining of medical, religious, legal, and bioethical concepts in their approach. The objective of this study is to identify, from the perspective of health professionals, the ethical issues involved in the care process for patients included in palliative care. For this, a review of 10 articles was carried out, in which the lack of bioethical training and the inadequate application (or lack) is observed in terms of the proper management of information and the difficulty in its communication, decision making shared, respect for patient autonomy, medical truth, limitation of therapeutic efforts.

KEYWORDS: Bioethics. Doctor-patient relations. palliative care.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP), han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud.⁽¹⁾

“Un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas de pronóstico letal y la de sus familias, por medio de la prevención y el control del sufrimiento con la identificación precoz, la evaluación y el tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales.”^(1, p. 30)

Se trata de una estrategia de atención que se centra en el paciente y en su entorno (familia), la cual procura⁽¹⁾:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.
- Reafirmar la vida y la calidad de la misma.
- Abordar la muerte como un proceso normal en el desarrollo de la vida en su totalidad.
- No acelerar ni aplazar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales a la asistencia al enfermo.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte.
- Emplear un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente.
- Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Para ello se conforman equipos interdisciplinarios integrados al menos: por un médico de familia/generalista, médico oncólogo y de la especialidad requerida según el caso, enfermero, psicólogo, asistente social, un sacerdote o referente espiritual. Y para desarrollarse no es privativo de un hospital. Al contrario, en la búsqueda constante de una mejor calidad de atención, realizar CP implica trabajar en red de manera coordinada que vincula hospitales con internación, hospitales de día, consultorios externos, e incluso- y a veces, sobre todo- el domicilio del paciente.

Las cuestiones relativas al final de la vida, constituyen un tema desafiante dado que involucra conceptos vinculado con la ciencia, la religión, las leyes, la bioética y la moral. Las diferencias que cada

profesional trae en cada una de estas líneas que constituyen o generan su ethos generan diferencias que ocasionan o conllevan conflictos éticos, en ocasiones dilemas, los cuales demandan reflexiones críticas e involucran a toda la sociedad.

Por ello, el objetivo del presente trabajo fue identificar, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las cuestiones éticas involucradas en el proceso de atención de pacientes incluidos en cuidados paliativos.

MÉTODO

Se trata de un estudio de revisión bibliográfica del tipo exploratorio y descriptivo. Se siguieron las siguientes etapas:

a) *Formulación de pregunta orientadora* ¿Cuáles son las principales cuestiones bioéticas, involucradas en el proceso de cuidados paliativos, desde la perspectiva de los profesionales de la salud?

b) Se seleccionaron los *términos de búsqueda*, presentes en los Descriptores de Ciencias de la Salud: bioética/bioethics, cuidados paliativos/hospice care, relaciones médico-paciente/ doctor-patient relationships, ética basada en principios/ principle-based ethics, toma de decisiones/decision making, personal de salud/ health personnel

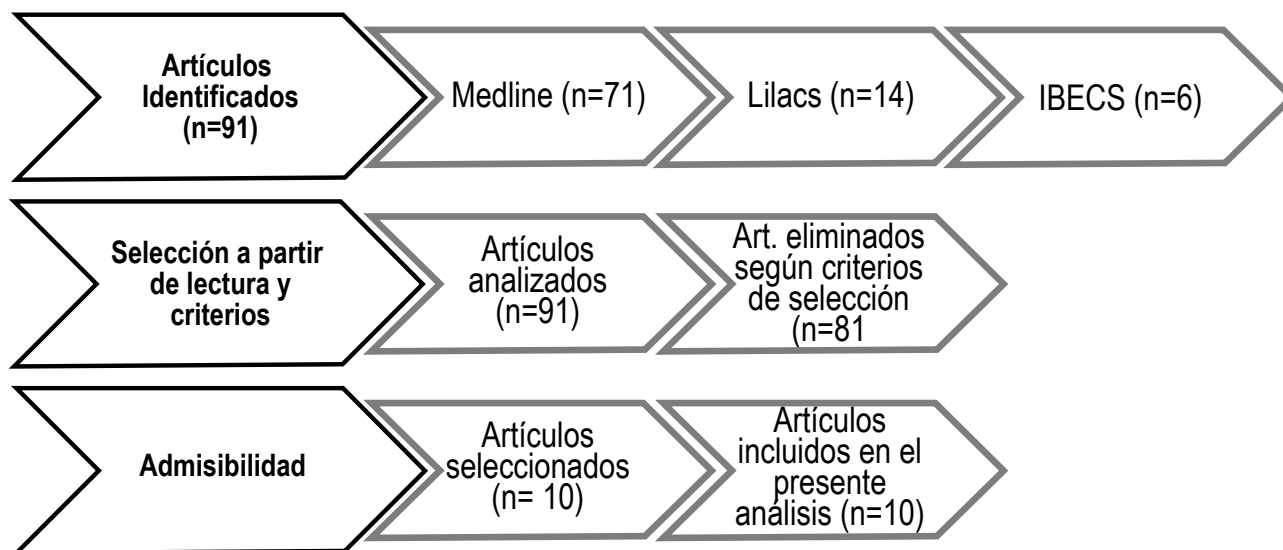
c) *La recopilación bibliográfica* se llevó a cabo en el portal de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), durante el mes de septiembre del año 2022, incluyendo las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) y el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS).

d) *Los criterios de inclusión* en los estudios fueron: artículos completos, publicados entre 2002 y 2022, en los idiomas portugués, español e inglés.

e) *Los criterios de exclusión* fueron: resúmenes, guías, revisiones bibliográficas, artículos duplicados, estudios de caso, tesis, editoriales, y aquellos artículos que, aunque se encuentren dentro de los descriptores aplicados, correspondan a investigaciones cuya población objetivo hayan sido pacientes y/o sus familiares.

Luego de considerar todas estas pautas, como lo es recomendado por el *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma), la presentación final tuvo 10 artículos, leídos en su totalidad y analizados con base en el objetivo propuesto (Figura 1).

Figura 1. Diagrama según Prisma para seleccionar los estudios encontrados.



RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 10 artículos, los cuales se exponen en la Tabla I.

Tabla I: Estudios Incluidos en la revisión bibliográfica.

Autor/es; Año	Título	Revista-Base de datos	Objetivo Principal
Lorensen et al; 2003	Ethical Issues After the Disclosure of a Terminal Illness: Danish and Norwegian hospice nurses' reflections	Nurs Ethics-Medline	Explorar las cuestiones éticas planteadas por el proceso de divulgación, o su falta, durante el cuidado de hospicio tal como lo perciben enfermeras de hospicio danesas y noruegas
Casas Martínez et al; 2013	Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del Distrito Federal (México)	Acta Bioethica-Lilacs	Examinar, entre los profesionales de unidades de terapia intensiva, la percepción que tienen de los dilemas éticos, las repercusiones, la problemática consecutiva y sus posibles soluciones
Ferreira et al; 2021	Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado à pessoa em tratamento oncológico	Revista Baiana De Enfermagem-Lilacs	Conocer los dilemas éticos vividos en la práctica del equipo de salud en el cuidado de la persona en tratamiento oncológico.

Hernández-Zambrano et al;2020	Privilegiar la dignidad durante la muerte, en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud	Repertorio de Medicina y Cirugía-Medline	Comprender el sentido otorgado por los profesionales de la salud de la UCI, respecto a los cuidados del paciente al final de la vida y el apoyo a sus familiares
Macchi et al; 2020	Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos	Sexualidad, Salud y Sociedad-Lilacs	Describir y analizar la perspectiva de profesionales de oncología y de cuidados paliativos de Argentina sobre la planificación anticipada de los cuidados en el final de la vida de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, explorando las dificultades para la participación de los y las pacientes en los procesos de toma de decisiones y en los procesos de consentimiento informado
Maingué et al; 2020	Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida.	Revista Biothica-Lilacs	Identificar los factores que influyen en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios frente a los pacientes terminales que se encuentran en unidades de cuidados intensivos
Hernández-Marrero; 2019	Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis	Nursing Ethics-Medline	Analizar los principios éticos más valorados por los enfermeros que actúan en cuidados paliativos en la toma de decisiones al final de la vida
Da Cunha Cavalcanti et al; 2018	Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros	Revista CUIDARTE-Lilacs	Evaluar la percepción de los enfermeros intensivistas con respecto a la adherencia a los principios de cuidados paliativos en su práctica asistencial
Scull Torres M ; 2019	La observancia de la bioética en el cuidado paliativo de enfermos con esclerosis lateral amiotrófica.	Persona y Bioética-Lilacs	Identificar las categorías éticas más vulneradas que atentan la calidad de la atención a los pacientes con ELA

Lorensen y colaboradores⁽²⁾, a partir de encuestas realizadas a 106 profesionales que trabajan en cuidados paliativos, identifican que prevalece el respeto a la autonomía y a los derechos de los pacientes en

etapa de fin de vida, resaltando la comunicación de su pronóstico y la participación en la toma de decisiones como fortalezas del vínculo equipo sanitario-paciente. Sin embargo, también describen el escaso e incluso

nulo involucramiento que dan desde el equipo sanitario hacia la familia de los pacientes dado que no contemplan al paciente como un sujeto cuyas preferencias se han formado en un proceso de relación; el ocultamiento de información a los pacientes y a su entorno (aunque esto no fue frecuente) en situaciones que no ameritan el ejercicio del privilegio terapéutico, y la carencia de una actitud empática ante la comunicación de malas noticias. En tanto Ferreira y colaboradores⁽³⁾, a partir de una entrevista a once profesionales de la salud con labor en cuidados paliativos, muestran el protagonismo que tiene la familia en la toma de decisiones. Al punto tal que, por ese mismo rol, y en desatención a conceptos éticos claves y al ejercicio de sus derechos por parte del paciente, en esta investigación observaron que el dilema que prevalece es el vinculado con la verdad médica y la comunicación de su situación de vida o fin de vida, a pacientes con cáncer, y atribuido al pedido expreso de los familiares de ocultar la verdad. En este último punto, coincide la investigación de Granero-Moya y colaboradores⁽⁴⁾, quienes también remarcan la dificultad encontrada por los profesionales en el manejo de la información y la verdad médica, por pedidos expresos de los familiares, pero además, por carencias en su formación en cuanto a la comunicación de las malas noticias. Estos investigadores, observaron cómo dificultad en la atención de pacientes en etapa de fin de vida, el manejo de las emociones de los mismos trabajadores de la salud.

Casas Martínez y colaboradores⁽⁵⁾, determinaron a partir de encuestas a 22 profesionales, que trabajan en unidades de terapias intensivas con una antigüedad laboral de 15 años o más, que los problemas éticos más frecuentes son la obstinación terapéutica, la aplicación objetiva de criterios de diagnóstico de paciente terminal, que deviene en otro conflicto-más bien dilema- que es cuándo limitar el esfuerzo terapéutico, y la ausencia de valoración de la autonomía del paciente y de sus representantes. Con respecto a este último punto, la investigación elaborada por Macchi y colaboradores⁽⁶⁾ en 31 profesionales vinculados a las aéreas de oncología y cuidados paliativos, deja al descubierto el incumplimiento de las voluntades anticipadas y el obstáculo en la validez del proceso de consentimiento que los mismos profesionales ocasionan, al restringir información al paciente o a sus representantes, cuando este no se encuentra en condiciones de tomar de decisiones, vulnerando el respeto a la autonomía y a las decisiones sobre su propio cuerpo.

Por su parte, Hernández-Zambrano⁽⁷⁾ y colaboradores a partir de su investigación realizada a partir de entrevistas a 29 profesionales con dedicación exclusiva en Unidades de Cuidados Intensivos, reflejan no solo la dificultad percibida en cuanto al manejo de la información ante el paciente y la comunicación de las malas noticias, sino que resaltan la percepción

de muerte digna y muestran la trascendencia que los profesionales le dan al acompañamiento interdisciplinar -inclúyase abordaje espiritual- tanto al paciente como a su familia, facilitando así el proceso de fin de vida y de duelo en cada uno de ellos.

La atención en el final de la vida implica un trabajo interdisciplinario, con una triangulación entre equipo de cuidados paliativos-paciente y su familia. La importancia del trabajo así organizado y asumido, lo muestran Maingúe y colaboradores⁽⁸⁾. En las encuestas llevadas a cabo a 45 profesionales que integran equipos de cuidados paliativos, concluyen que el objetivo principal de la tarea es bregar por el respeto de la autonomía tanto del paciente como de sus familiares, la protección de la dignidad y de buena calidad de vida incluso -y sobre todo- ante circunstancias de pronóstico desfavorable. Sin embargo, en esta investigación también se detecta como dificultad para mantener este ethos, la obstinación terapéutica evidenciada en algunas situaciones. De similar resultado en lo inherente al respeto a la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones por parte del paciente y de su entorno, obtuvo la investigación desarrollada por Hernández-Marrero y colaboradores⁽⁹⁾, tomando como población objetivo 32 enfermeras que desempeñan su labor en cuidado de pacientes en etapa de fin de vida. Como así también, la investigación desarrollada por Da Cunha Cavalcanti y colaboradores⁽¹⁰⁾ a partir de encuestas en 104 profesionales de la salud en lo inherente a los principios aplicados en los cuidados paliativos, se destacan aquellos relacionados con la muerte digna, la conservación de una adecuada calidad de vida y el respeto por la autonomía del paciente o de sus representantes en la toma de decisiones.

Finalmente, Scull Torres⁽¹¹⁾ evaluó al equipo sanitario a cargo de 50 pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica. A partir de esta tarea, estableció que, aun contando los pacientes con la competencia suficiente para la toma de decisiones, no se respetó el ejercicio de su autonomía al restringírseles información y no darle lugar a una participación activa y deliberativa en el proceso de toma de decisiones.

DISCUSIÓN

En el ámbito bioético, se abordan temas candentes como son: la muerte médicamente asistida, eutanasia, obstinación y abandono terapéutico, tratamientos proporcionados o no, extraordinarios o no, respeto de la autonomía, principios de beneficencia, de justicia sanitaria, e incluso se emplea un término popularmente conocido como muerte digna. Sin embargo, es menester dejar en claro que digna no es la muerte, sino el ser humano. Una dignidad que no se reduce porque esté gravemente enfermo, ni porque padezca un cuadro invalidante, ni porque

dependa de manera parcial o total de los demás para sus actividades.

La dignidad implica una actitud de respeto, acompañamiento, empleo de recursos asistenciales y sobre todo de un cuidado generalizado de cada una de las dimensiones que nos constituyen como personas. Respetar la dignidad conlleva respetar a cada ser humano como un fin en sí mismo⁽¹²⁾, con derecho a recibir la información adecuada y acorde a sus propios intereses y necesidades, para deliberar, y tomar decisiones en función a lo que considera beneficioso para sí mismo; siempre y cuando lo que escoja no implique un grave riesgo para sí ni para terceros. Así descrito, deviene el principio de respeto de su autonomía, que constituye una obligación del personal de salud, de respetar el derecho a la autodeterminación que deriva a su vez en el respeto a los derechos de confidencialidad, privacidad e intimidad, veracidad, consentimiento o rechazo informado que cada paciente posee⁽¹³⁾. Estos autores también enfatizan en que las acciones y las elecciones de una persona deben ser autónomas, dado que de nada sirve reconocer a una persona, en este trabajo al paciente, como un ser autónomo, si no se permite que su acción se ejecute de tal manera.

Y para que una acción sea autónoma Beuchamps y Childress⁽¹³⁾ plantean que debe ser: intencional, con conocimiento y sin influencias externas. Por lo tanto, un paciente autónomo o quien represente su autonomía, debe poseer lo que Costa⁽¹⁴⁾ define como Información Adecuada. Y dentro de las características de esta información se encuentra su veracidad, y la forma en que es transmitida. Todos estos elementos son claves para promover un modelo deliberativo^(Emanuel y Emanuel; 15) en el cual la comunicación de la situación real de cada paciente, resulta indispensable para promover una toma de decisiones compartidas, mejorar la adherencia a los tratamientos, o lograr actitudes colaborativas tanto en el paciente como en su entorno, sobre todo en las situaciones que generan tanta angustia y frustración como son los procesos de fin de vida.

CONCLUSIONES

En todos los trabajos se identifican conceptos bioéticos claves que, al no ser aplicados, invalidan el ejercicio de la autonomía por parte del paciente, el proceso de consentimiento informado y en cierto modo también el respeto a la dignidad de cada persona, derecho-virtud clave en el ejercicio de la medicina en los tiempos actuales.

Por lo tanto, para lograr que los principios y los objetivos que universalmente se plantean los cuidados paliativos per se, es necesaria y clave la formación de los profesionales en este tema, pero sobre todo en bioética como lo resalta Pellegrino⁽¹⁶⁾, sobre todo de

aquellos que por nuestra especialidad brindamos (o debiéramos brindar) una atención continua e integral a cada persona, su familia y comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1- Jacob, G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud (1st ed.). 2014. Instituto Nacional del Cáncer

2- Lorensen, M., Davis, AJ, Konishi, E. y Bunch, EH. Cuestiones éticas tras la revelación de una enfermedad terminal: reflexiones de enfermeras de cuidados paliativos danesas y noruegas. *Ética de enfermería*, 10 (2), 175–185. 2003. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne5920a>

3- Ferreira, M. C. de Q., Oliveira, M. A. N., Assis, T. A. V. A. O. de, Fontoura, E. G., Oliveira, M. B. P., Gonçalves, K. dos S. N., & Gois, J. A. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado à pessoa em tratamento oncológico. *Revista Baiana De Enfermagem*, 35. 2021 <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43346>

4- Granero-Moya, N., Frías-Osuna, A., Barrio-Cantalejo, IM, & Ramos-Morcillo, AJ. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. 2016. *Atención primaria*, 48 (10), 649–656. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.008>

5- Casas Martínez, Ma. de la Luz, & Caballero Velarde, Ma. Cristina. Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del Distrito Federal (México). 2013. *Acta bioethica*, 19 (2), 275-283. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200012>

6- Macchi, MJ, Pérez, M. del V., & Alonso, JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. 2020. *Sexualidad, salud y sociedad: Revista latinoamericana*, 35, 218–236. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.11.a>

7- Hernández-Zambrano, SM, Carrillo Algarra, AJ, Estupiñan Avellaneda, YJ, González Rodríguez, Á. C., Martínez Herrera, E., Enciso Olivera, CO, & Gómez Duque, M. Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. *Perspectivas del personal de salud*. 2020. *Revista repertorio de medicina y cirugía*, 29 (2) ,111–121. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217273.934>

8- Maingué, PCPM, Sganzerla, A., Guirro, Ú. B. do P., & Perini, CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. 2020. *Revista Bioética*, 28 (1), 135–146.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>

9- Hernández-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, SM. Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. 2019. *Nursing Ethics.*, 26 (6), 1680–1695. <https://doi.org/10.1177/0969733018774610>

10- Da Cunha Cavalcanti, Í. M., Oliveira de Oliveira, L., Cavalcanti de Macêdo, L., Cezar Leal, MH, Rocha Morimura, MC, & Tavares Gomes, E. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. 2018. *Revista CUIDARTE*, 10 (1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.555>

11- Scull Torres, M. La observancia de la bioética en el cuidado paliativo de enfermos con esclerosis lateral amiotrófica. 2019. *Persona y bioética*, 23 (1), 111–121. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.1.7>

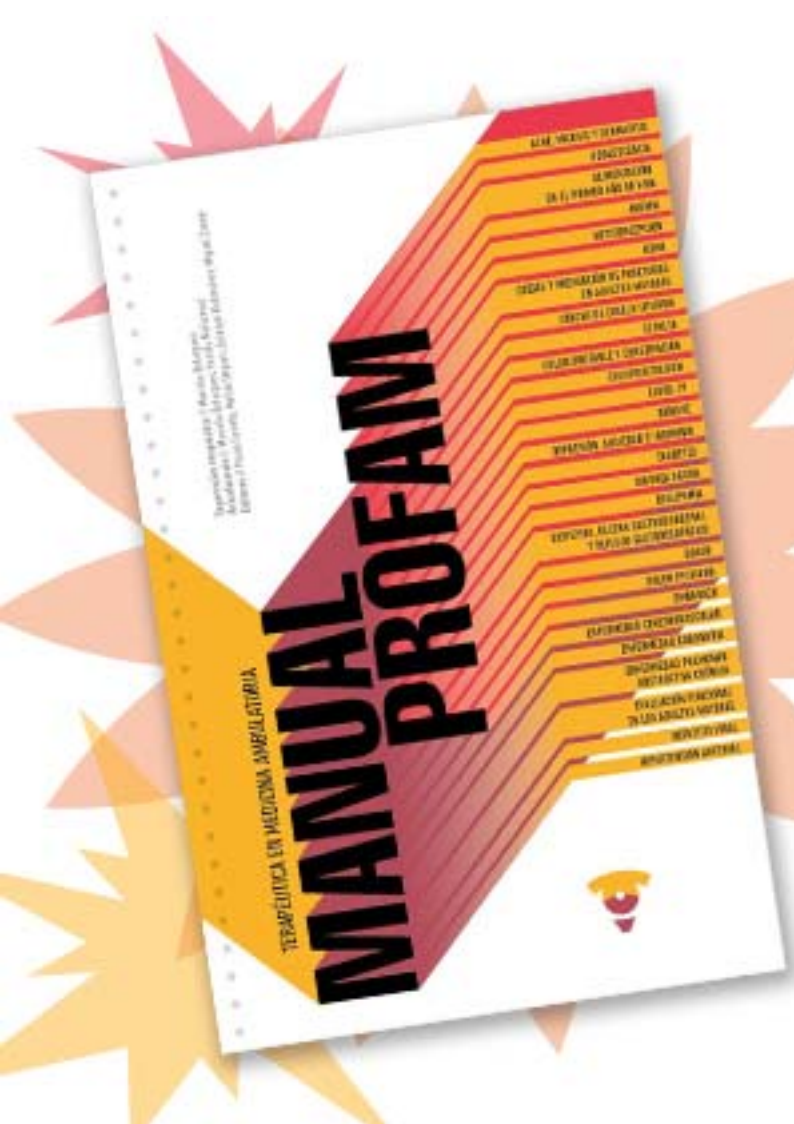
12- Kant, I. *Fundamentación de La Metafísica de Las Costumbres* (Spanish Edition). Createspace Independent Publishing Platform. 2017.

13- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. *Principios de ética Biomédica*. Masson. 1999.

14- Costa, M. *Manejo de la Información Médica: el Consentimiento Informado y la Confidencialidad*. En S. A. Luna F (Ed.), *Bioética Nuevas Reflexiones Sobre Debates Clásicos* (pp. 165–196). 2008.

15- Emanuel EJ & Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente, en A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, p 109-126

16- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press. 1993.



MANUAL PROFAM

TERAPÉUTICA EN MEDICINA AMBULATORIA

Resumen actualizado de terapéutica en medicina ambulatoria.

Incluye el manejo de los problemas de salud más prevalentes en niños, adolescentes y adultos y constituye una herramienta de uso fácil, práctico y accesible en el consultorio de atención primaria de la salud.

CONSEGUILO EN
WWW.PROFAM.ORG.AR

UN PUNTO DE PARTIDA: OPINIONES DE ADULTOS SOBRE PROYECTOS DE VIDA PARA LA VEJEZ.

A STARTING POINT: OPINIONS OF ADULTS ON LIFE PROJECTS FOR OLD AGE.

Autores: Bazán, María Luz^a; Cabello Latif^b, Nancy Yasmín^b; Cabeza, Matías Alejandro^c, Pacheco, María Julieta^d.

^a Residente de Medicina Familiar en OSPeCon Tucumán. Argentina.

^b Médica de Familia en OSPeCon Tucumán. Argentina.

^c Médico de Familia en OSPeCon Tucumán. Argentina.

^d Residente de Medicina Familiar en OSPeCon Tucumán. Argentina.

Contacto:

cabezamatias6@gmail.com

Recibido: 16/03/2023

Aceptado: 06/06/2023

RESUMEN

Contexto: El envejecimiento de la población plantea varias cuestiones fundamentales. ¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen? El Proyecto de Vida es un concepto que ha estado vinculado a la necesidad del ser humano de buscar su bienestar. Puede pensarse que, si una persona cuenta con un proyecto de vida preconcebido, al llegar a la vejez su tiempo estará orientado a continuar con metas previamente visualizadas.

Objetivo: Conocer la opinión de los adultos sobre su proyecto de vida para la vejez en un área urbana de Tucumán.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo desde un abordaje fenomenológico. Los sujetos estudiados fueron adultos entre 45-59 años, de ambos sexos. Se constituyeron dos grupos focales.

Resultados: se obtuvieron las siguientes categorías descriptivas: "Un callejón ¿con salida?", "Descartados y desechos", "Encaminarnos a la vejez", "Revolución de la longevidad", "Un poco de esto, un poco de aquello".

Conclusión: Este estudio evidenció las opiniones que tiene un grupo de adultos de Tucumán sobre proyectos de vida para la vejez, identificándose cómo el fenómeno de ageismo influye en su proyección a futuro. Se vio la importancia de repensar la vejez sin la estigmatización o discriminación social, considerando acompañar activamente a la población en edad prejubilaria.

PALABRAS CLAVES: adulto, envejecimiento, calidad de vida, anciano.

ABSTRACT

Context: The aging of the population raises several fundamental questions. How can we help people to remain independent and active as they age? The Life Project is a concept that has been linked to the need of human beings to seek their well-being. It may be thought that if a person has a preconceived life project, when they reach old age their time will be oriented to continue with previously visualized goals.

Objective: To know the opinion of adults about their life project for old age in an urban area of Tucumán.

Methodology: A qualitative study was carried out from a phenomenological approach. The subjects studied were adults between 45-59 years old, of both sexes. Two focus groups were formed.

Results: the following descriptive categories were obtained: "An alley with an exit?", "Discarded and discarded", "Towards old age", "Longevity revolution", "A little of this, a little of that".

Conclusion: This study evidenced the opinions that a group of adults from Tucumán have about life projects for old age, identifying how the phenomenon of ageism influences their future projection. The importance of rethinking old age without stigmatization or social discrimination was seen, considering actively accompanying the pre-retirement age population.

KEYWORDS: adult, aging, quality of life, aged.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población plantea varias cuestiones fundamentales. ¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen? ¿Cómo podemos reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas?⁽¹⁾

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años⁽²⁾. La esperanza de vida al nacer en Argentina para el año 2014 fue de 76 años, siendo de 80 años para las mujeres y 72 años para los varones⁽³⁾. Entre 2020 y 2030, se estima que el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%⁽²⁾. Se cree que para el año 2040, en Argentina, va a haber 76 adultos mayores por cada 100 menores de 1 año, mientras que el año 2010 sólo había 40 mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el estándar de las Naciones Unidas de 60 años de edad para describir a las personas «ancianas». Esta edad puede parecer joven en el mundo desarrollado y en aquellos países en vías de desarrollo donde ya se han producido importantes progresos en la esperanza de vida. Sin embargo, independientemente de la edad que se utilice en los diferentes contextos, es importante reconocer que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento⁽¹⁾.

Es por esto que la OMS plantea el concepto de «*envejecimiento activo*», entendido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen⁽¹⁾. El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones⁽⁴⁾.

Entre los procesos de autorregulación, uno de los más importantes es la capacidad de elaborar proyectos de vida, saber lo que se quiere y, entonces, ser capaces de poner la brújula en la dirección correcta para conseguirlos⁽⁵⁾.

El término proyecto proviene del latín *proiectus*, y nombra el conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un obje-

tivo específico. Cuando estas actividades se orientan hacia el propio desarrollo personal, se define como proyecto de vida⁽⁶⁾.

El Proyecto de Vida es un concepto que ha estado vinculado a la necesidad del ser humano de superar sus deficiencias y carencias en su vida y buscar su bienestar, satisfaciendo su capacidad de amar y trabajar, disminuyendo su malestar y sufrimiento, a través de la organización de planes que le ayuden a solventar estas vicisitudes. Puede pensarse que, si una persona cuenta con un proyecto de vida preconcebido, al llegar a la vejez su tiempo estará orientado a continuar con metas previamente visualizadas; sin embargo, como menciona Ciano & Gavilán, difícilmente existe una reflexión sobre el pasado, presente y futuro para plantearse proyectos en la vejez y, en general, a lo largo de la vida⁽⁷⁾.

Se ha documentado que no poseer proyectos de vida, puede afectar de diversas formas a los adultos mayores, estas afectaciones pueden propiciar una autopercepción negativa, contribuir a un sentimiento de abandono, a percibirse como personas inútiles y sin proyectos⁽⁸⁾. Ésto se puede ver claramente en el trabajo titulado «Con los ojos de la vejez», en donde una de las participantes dibujó y explicó, en representación de la vejez, «un árbol sin hojas ni frutos, ya está viejo, ya está ´pelao´, no tiene hojas, no tiene nada... [...]»⁽⁹⁾

El proyecto de vida personal se construye no solo desde la idea de futuro, sino también desde el presente, a partir de reconocer en los propios intereses, el tipo de actividades que se elige realizar. Es importante que se comprenda que en toda acción realizada existe una decisión o elección personal que como sujeto lo posiciona en el presente, y, al mismo tiempo, existe también el deseo de lograr algo que aún no se posee, y esto lo posiciona en el futuro⁽⁶⁾.

El concepto de proyecto de vida, dentro de una visión de supervivencia plantea una intención, voluntad y planificación que busca la superación del individuo en función de sí y de la sociedad; implica la capacidad de controlar el curso de la vida. El proyecto de vida representa la capacidad de anticipar, en general constituye lo que se quiere ser. Construir un proyecto de vida forma parte del proceso de maduración y crecimiento del ser humano, involucra la capacidad de elegir y ser consciente del proceso de tomar decisiones⁽⁴⁾.

Un estudio concluye que para la construcción de un proyecto de vida como factor conducente a la promoción de un envejecimiento activo se requiere un trabajo personal del adulto mayor que le permita integrar la tensión entre el deseo o impulso de concretar y el reconocimiento de sus posibilidades, la autopercepción de competencias logradas y el desarrollo de

nuevas capacidades por desarrollar. Supone también superar la dicotomía de quedar subsumido en tareas ligadas exclusivamente al ámbito familiar, para incluir entre su repertorio actividades que lo vinculen al ámbito social, permitiendo la participación en espacios formativos, culturales y recreativos como sujeto autónomo.⁽⁶⁾

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargue de liderar su puesta en práctica. Esta década tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades.⁽²⁾

En síntesis, la tarea de elaborar un proyecto de vida no comienza en la vejez, requiere de un trabajo previo en que el sujeto establezca sus metas y objetivos en la vida, de este modo si el sujeto tiene una percepción estereotipada sobre la vejez influirá en cómo se visualiza. El proyecto de vida puede contribuir a erradicar los estereotipos sobre esta etapa pues el sujeto se apropia de su destino y es consciente de su entorno, posibilidades y recursos, de este modo, cuenta con las herramientas necesarias para inhibir la influencia de elementos externos como las creencias negativas sobre el adulto mayor⁽⁴⁾.

En la etapa de adultez media (etapa 7 de Erikson; edad: 45-59 años)⁽¹⁰⁾, previo a la vejez, se establece una crisis de generatividad vs estancamiento, donde la persona forma parte de algo más amplio como la sociedad, forma su familia, comienza la crianza de sus hijos, es productiva en el trabajo, participa de actividades y organizaciones comunitarias, entre otros. No alcanzar estos objetivos, lleva al estancamiento de la persona, con la sensación de no ser productivos; da lugar al empobrecimiento personal, el tiempo transcurre y la persona envejece sin cumplir expectativas. Esta etapa es fundamental para llegar a la siguiente de integridad (etapa 8 de Erikson), donde los modos y sentidos anteriores son resignificados.

Basándonos en la importancia de la prevención, nos planteamos realizar este estudio para poder trazar estrategias de intervención en los adultos, teniendo en cuenta la importancia de establecer y concretar proyectos de vida en su etapa de adulto mayor, para poder tener una buena calidad de vida y disfrute de una longevidad satisfactoria.

Objetivo general:

Conocer la opinión de los adultos sobre su proyecto de vida para la vejez en un área urbana de la provincia de Tucumán en el año 2022.

Objetivo específicos:

- Indagar las creencias sobre proyectos de vida para la vejez.
- Determinar la importancia que otorgan los participantes a los proyectos de vida.
- Conocer qué elementos influyen en la creación de proyectos de vida para la vejez en los adultos.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo desde un abordaje fenomenológico.

Universo y unidad de estudio

Los sujetos estudiados fueron adultos entre 45-59 años, de ambos sexos con similar nivel socioeducativo pertenecientes a la provincia de Tucumán, que accedieron voluntariamente a participar de este trabajo.

Técnica de muestreo

La selección se realizó de forma intencional y por conveniencia hasta saturar datos. Se buscó informantes claves, a través de padrinos informales, para poder seleccionar a aquellos sujetos que brindaran la mayor y mejor información sobre el problema de investigación, agregando al Consentimiento Informado un apartado donde la persona expresó libre participación.

Técnica de recolección de datos

Los sujetos del estudio fueron notificados a participar a través de citación personal, agrupando a los mismos en dos grupos focales. Las sesiones fueron audiograbadas y luego desgrabadas. De forma simultánea se realizó el análisis de la información a los fines de detener la recolección de datos cuando éstos estuvieran saturados.

Procedimiento

Las entrevistas mediante grupos focales se realizaron en el día y horario que los participantes pudieron asistir en un lugar preparado para tal fin. Se constituyeron dos grupos, uno de 8 participantes en sede de UOCRA¹ y otro de 10 participantes en Cen-

¹ Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina. Sede Tucumán. (Córdoba 179)

² Centro de atención primaria localizado en la localidad de Yerba Buena, Tucumán. (Sarmiento 2050)

tro de Salud Municipal Ramón Carrillo², con edades entre 45- 59 años. La actividad tuvo una duración de 2 horas como máximo. Durante la primera hora se recibió a los participantes en el lugar elegido, donde se presentó al equipo encargado (representantes del estudio, observadores, mediador), se explicaron los objetivos del encuentro y cómo se llevaría a cabo el mismo. En la segunda hora se realizó la entrevista de grupo a cargo del mediador a partir del cuestionario confeccionado (Anexo 1). Las entrevistas fueron audiograbadas para luego ser desgrabadas y analizadas.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó siguiendo el método de la Teoría Fundamentada mediante la cual descubrimos las ideas de los participantes a través de la transcripción y análisis de las entrevistas y su comparación constante, su deconstrucción mediante codificación abierta y posterior reconstrucción por codificación teórica creando categorías descriptivas que se fueron relacionando y sintetizando.

Consideraciones éticas

Se solicitó a los participantes el consentimiento informado de manera oral y escrita, en el cual se explicó en qué consistía el estudio, sus objetivos y los procedimientos a realizar. Se aclaró que la información era confidencial, anónima y que no se usaría para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (Anexo 2). El protocolo fue enviado al "Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la UNT", con dirección de mail cei-medicinaunt@fm.unt.edu.ar

Hallazgos

Se realizó el análisis de los datos obtenidos de los grupos focales, los cuales fueron saturados.

Llegamos a las siguientes categorías descriptivas.

Un callejón ¿con salida?

Para iniciar la entrevista y fomentar la participación de los entrevistados, les preguntamos qué palabras asociaban a la vejez, entonces nombraron: "geriatria", "abuelitos", "adultos mayores", "tercera edad", "experiencia", "limitación", "falta de productividad". Identificándose la ideación negativa que tienen los participantes, definida entre otros por las limitaciones e improductividad que les genera la vejez, lo que les despierta miedo e incertidumbre; convirtiendo en un verdadero desafío el paso hacia esta etapa: "es todo un reto, continuar viviendo, continuar teniendo

sueños, sobre todo lo que ya has armado" (47 años), exteriorizando sentimientos de angustia al pensar en esta etapa del ciclo vital.

Otros pudieron expresarse un poco más y nos contaron lo que a ellos les generan los adultos mayores "te dan ganas de sostenerlos, de ayudarlos" (55 años) "me dan admiración y respeto..." (46 años/55 años), "tener un abuelo en la casa es un tesoro, el que no lo valora se lo pierde" (46 años). Así como manifestaron muchas sensaciones positivas generadas por el adulto mayor también marcaron la incertidumbre que les despierta "no querés llegar...no es un lugar de tranquilidad" (45 años); debido a que, como transmitieron todos, la vejez se ve desde su perspectiva como algo más negativo. Es un periodo de la vida en el que se producen crisis, que se encuentran profundamente interconectadas con la forma en la que se vivieron las diferentes etapas previas del ciclo vital; por orden natural la población más envejecida es la que tiene que convivir día a día con la cercanía de la muerte, en los relatos de los participantes se puede percibir la ansiedad que les genera pensar en la etapa de la senectud, muy probablemente por la crisis existencial que significa enfrentarse a la posibilidad del final de la vida.

A pesar de todos los sentimientos de incertidumbre y del miedo que expresaron por la vejez, reconocen que todos estamos en camino a llegar al mismo lugar y debemos sobrellevar esta realidad "es una etapa a la que vamos a llegar indefectiblemente todos. y hay que llevarla lo mejor posible, tanto física como mentalmente" (55 años). Con los avances en la ciencia y la medicina, la expectativa de vida se prolonga cada vez más⁽²⁾, coincidieron que se debería dejar de ver la vejez como un punto final y pensar cómo se quiere vivirla, "cada vez vivimos más, es muy larga ahora la vejez, desde que nos jubilamos hasta que nos morimos es muy largo ese trayecto... antes era como que te tenías que sentar a esperar la muerte, y ahora yo veo que tenés que proyectar como 15 años más" (47 años).

Descartados y desechos

Al momento de abordar el tema de cómo creen que la sociedad ve a los adultos mayores, los participantes expresaron diferentes opiniones, remarcaron muchas cosas positivas "son personas que ya vivieron muchas cosas buenas o malas... con experiencia y a las cuales nosotros debemos seguir... porque ellos nos enseñan todo..." (53 años), aduciendo que la producción no se puede medir sólo desde lo económico o material "ellos producen experiencia, nos dan enseñanzas... entonces aportan mucho a la sociedad" (48 años). Pero, a pesar de esto, remarcaron que la sociedad no tiene la misma consideración por ellos, expresando que no los tienen en cuenta; "no son

importantes y se les falta el respeto, no se los valora como se los tendría que valorar" (46 años). Cabe recalcar que cuando se hizo referencia a la sociedad, los participantes hablaron de ésta en todos sus estratos *"están olvidados, descartados, incluso por el mismo sistema, el gobierno y los mismos jóvenes"* (55 años). Muchos remarcaron que al ser considerados un descarte o al ya no ser *"económicamente"* productivos, son también los que más sufren los destratos *"en todos lados reniegan... van al banco, reniegan... van al médico y reniegan... en cualquier lado están así, nerviosos y mal"* (46 años). También reflexionaron como estas situaciones que viven día a día pueden hacer perpetuar o exacerbar sus problemas de salud y dolencias, y cómo siquiera darles un mínimo de trato respetuoso podría influir positivamente en sus vidas, en todos los ámbitos. *"pienso que toda esa vida que están pasando hace que sigan las enfermedades en vez de sanarse, curarse, de tener una vida tranquila... en vez de estar estresados por cómo van a llegar a fin de mes, cómo van a hacer para cobrar... pensando si les va a alcanzar la medicación... entonces eso hace también que sigan enfermos"* (52 años).

A partir de estas reflexiones, muchos expresaron cómo ellos ven su vejez a juzgar por cómo está la sociedad hoy, la respuesta no fue mucho más optimista, los participantes se mostraron temerosos y angustiados acerca de su futuro *"uno mismo va viendo, ya voy a llegar a la vejez y no voy a servir para nada, no voy a tener ayuda para nada... las enfermedades, la impotencia por la situación que estamos viviendo, los bajos recursos... todo eso si me genera miedo... la nueva juventud que viene agresiva, que no les importa nada, como que no tienen sentimientos y no respetan a los mayores"...* (53 años); e incluso también fueron tajantes *"con la sociedad actual, decreto a futuro que va a ser negativo"...* (48 años).

La sociedad chilena ha considerado a las personas mayores como seres desvalidos, frágiles y por tanto vulnerables, recibiendo un trato injusto al ser privados de su autodeterminación y tener que aceptar políticas y cuidados que no están en relación con sus necesidades y voluntades⁽¹¹⁾. En este sentido, los participantes de este trabajo dejaron relucir cierto miedo a llegar a la vejez, si bien pudieron expresar sentimientos positivos hacia los adultos mayores, denotaron varios aspectos negativos hacia los mismos por parte de diferentes estratos de la sociedad tales como el gobierno de turno, jóvenes, entre otros; en este punto resultó interesante ver cómo los participantes no se incluyen dentro de los actores que forman parte de la misma sociedad, observándose cierta ambigüedad en su discurso, es decir, reconocen el problema, pero sin poder reconocerse como parte de la solución.

Siguiendo en esta línea, vemos que los participantes no tienen miedo de envejecer, *"no le tengo miedo a la etapa de la vejez... pero si le tengo miedo a lo que*

surge" (53 años), sino que la sociedad en la que estamos inmersos les genera un grado de incertidumbre que no les permite transitar tranquilos el camino hacia la senectud *"tantos años que han prestado servicio, que han hecho cosas para estar mejor en su vejez y sin embargo es todo lo contrario... están peor... están como descartados y desechos... así los tienen a los adultos"* (53 años).

Encaminarnos a la vejez

La realización del proyecto de vida no solo es aquello que se quiere conseguir, sino que, a través del planteo de objetivos, permite identificar y generar recursos para su cumplimiento.

Cuando se indagó sobre proyectos de vida, los participantes dieron definiciones sobre lo que para ellos representa, *"construcción de un sueño"* (50 años), *"enfrentar todo lo que se viene con el mejor optimismo"* (46 años). Hay quienes manifestaron que sus proyectos están relacionados con algunos pendientes en etapas previas de su vida *"mi proyecto de vida sería llegar a terminar el secundario y terminar mi casa"* (48 años). Pero también están quienes los consideran como planes a futuro *"es proyectar todo lo que uno quiere... en lo personal"* (49 años).

La familia fue considerada como el proyecto de vida al cual le dan mayor valor, *"disfrutar de los nietos de los hijos... o hacer una comida... visitar familiares"* (52 años). Para otros vivir el presente, representa el plan más importante, *"si yo vivo el día a día, estoy planificando el mañana"* (51 años).

A la hora de hablar sobre proyectos para la vejez, los participantes consideraron que es un proceso vital que requiere una preparación en edades previas a la ancianidad *"está bueno prepararnos, así como preparan a las embarazadas para ser madres, también sería lindo prepararnos para esto, para encaminarnos a la vejez"* (53 años), remarcando la importancia que tiene para lograr un envejecimiento activo y saludable *"lo que anhelo es llegar en plenitud a esa etapa de la vida"* (45 años).

Pero también pudieron manifestar que es dinámico el proyecto de vida *"los sueños cambian mucho al ir viviendo y uno va acomodándose ante algunas situaciones que tienen que vivir, vas generando nuevos proyectos"* (59 años). Por lo que los proyectos de vida forman parte de un proceso de cambio dentro del ciclo vital de las personas: *"la vida es un ciclo y constantemente te vas preparando"* (45 años).

El contexto sociocultural actual forma parte del poder proyectar a futuro para los participantes, *"vos quieres llegar y deseas muchas cosas, pero a veces el mismo sistema no te permite"* (55 años), *"yo me*

replanteo también como uno quiere vivir y si el ritmo de vida que elijo es el que yo elijo o el que me impone el sistema, la sociedad, la vorágine del día a día" (45 años), donde lo económico no es algo ajeno *"si compran los medicamentos no les queda para una fruta"* (45 años), por lo que el entorno es una pieza importante para poder planificar.

Fueron identificados por los participantes factores emocionales. *"El afecto, el amor son importantes en el ser humano... más cuando son ancianos..."* (51 años, 53 años) Y el sentirse útil en la etapa de la vejez, claves para poder proyectar como adultos mayores.

Cuando se tiene claro el qué quiero y el cómo lo voy a obtener, es más sencillo retomar el rumbo cuando se presenten dificultades u obstáculos en la vida, o bien cuando las actividades y responsabilidades diarias nos impiden ver y trabajar por aquello que deseamos. Esto también posibilita que alcancemos la realización y satisfacción personal⁽¹²⁾, *"muchas gracias por ocuparse de los adultos mayores, en algún momento vamos a llegar y tenemos que empezar a hacer algo"* (56 años).

Revolución de la longevidad

Envejecer no debería significar dejar de tener metas y objetivos. Como venimos viendo, en nuestra sociedad, se tiene la idea de que después de la jubilación ya no se logra nada significativo.

La jubilación suele ser un momento estresante en la vida de muchas personas debido a la frustración que trae el no cumplir ciertas metas, pero otros logran ver potencial en esta nueva etapa *"podes tener otras oportunidades sobre otras bases."* (47 años), algunos incluso anhelan ese momento *"te juro no veo las horas de llegar a los 60 y jubilarme... sentir que no tengo que estar condicionada a cumplir horarios"* (56 años), dejando ver cierto grado de esperanza en la libertad que pueden llegar a manejar luego de los años de mayor productividad; muchos expresaron que desean estar tranquilos y descansar para poder *"disfrutar de la vejez"* (51 años), *"...estar bien, disfrutar de los nietos"* (45 años).

Al enfrentar a los participantes de este estudio con el cuestionamiento de qué harían en su vejez, pudimos observar expresiones de asombro y duda en algunos de ellos, como si nunca antes se hubiesen visto interpelados por la posibilidad de llegar a esa etapa de la vida; otros, sin embargo, compartieron sin titubeos los planes que ya vienen gestando para el momento de su jubilación *"vivir cerca de un río, de un dique, porque lo que más amo es pescar"* (48 años), *"yo cuando sea viejo espero salir de la ciudad, porque esto es la perdición..."* (51 años), *"quiero estar tranquila en el campo, cuidando pollitos... vida sana ahí*

en medio de la nada, tranquila" (53 años).

El proyecto de vida cumple funciones muy importantes en relación a la calidad de vida y al bienestar psicológico de las personas. La mayoría de los participantes coincidieron en el valor de tener proyectos que los ayude a sentir que sus vidas merecen la pena ser vividas *"hacer algo para poder sentirte vos personalmente productivo, no solo en generar dinero"* (45 años), *"quiero ser una viejita fitness, así seguir produciendo hasta mi muerte... seguir ayudando, conociendo, viviendo..."* (55 años), y tener apegos con los cuales compartirlos *"estar en mi casa disfrutando de la familia, viajar, tener un novio fijo que me acompañe"* (46 años), *"me gustaría compartir en mi vejez con mi hijo haciendo o teniendo un proyecto en común"* (46 años). Walker denomina a este cambio cultural la *"revolución de la longevidad"*, en la cual la forma de vida estática post-jubilación cambia globalmente para mantenerse dinámica, empoderada y activa a nivel social. Esto, si bien podría ser fuente de inspiración para la mayoría, se aleja de la realidad de muchas personas mayores, que no pueden acceder a esto, ya sea por el contexto adverso en que se encuentran, la fragilidad física que puede limitarlos o por roles pasivos aprendidos.⁽¹¹⁾

Un poco de esto, un poco de aquello

El envejecimiento humano es un proceso, progresivo, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas, éste no tiene que ir necesariamente acompañado con limitaciones de movilidad y aislamiento social, es simplemente un proceso que se vive desde el nacimiento y por eso es importante vivirlo de manera sana y activa para llegar a la adultez con la menor cantidad de limitaciones posibles, pues en el proceso general de envejecimiento existen ciertos deterioros en el cuerpo que son inevitables y completamente normales. Una de las participantes nos compartió el principal motivo por el que decidió comenzar a realizar cambios en su vida, pensando en su adultez, *"mi mamá está cursando un Alzheimer ...a mí me ha movilizado mucho para trabajar ahora, o sea tengo que cuidarme mucho"* (47 años); lo que dió lugar a otros participantes para confrontarse con la importancia de autogestionarse lo necesario para llegar lo mejor posible a su vejez *"uno empieza a hacer su 'cajita de ahorros' mucho antes para esa etapa, no solo desde lo físico sino también desde lo mental"* (45 años), *"yo considero que somos como los autos... tenemos que decidir si queremos ser clásicos bien cuidados o unas chatarras"* (58 años).

Además de los cambios imprescindibles a realizar en sus vidas, previo a la etapa de la vejez, los participantes reconocieron ciertas necesidades para vivir mejor en la tercera edad *"estar más tranquilo..."* (46,

59 años), "libertad..." (47 años, 56 años), "que no todo sea sacrificio ya" (52 años), "la parte económica sería una gran ayuda..." (45 años). También reconocen que la buena relación con su familia es algo fundamental para poder sentirse plenos en la vejez, porque como expresaron algunos "el afecto es importante desde que uno nace hasta el día que nos 'meten adentro'" (51 años).

La salud y el bienestar psicosocial fueron considerados como elementos claves para la creación de planes a futuro "pienso que no hay obstáculo más grande que no tener salud" (51 años), "tener salud para poder llegar y valerme por mí misma, también llegar a esa etapa de la vida con reconocimiento" (45 años). A su vez, denotan la importancia de que el contexto reconozca lo que hicieron en sus vidas; remarcando las disparidades que notan en cuanto a lo que aportan a la sociedad durante su juventud y lo que reciben después de la jubilación "trabajas tantos años... y siempre para ganar una miseria... pienso que deberían estar tranquilos y no lo están porque no les alcanza el sueldo o no pueden tener siquiera para comer" (52 años).

Dentro de las necesidades, reconocieron elementos fundamentales, como estar rodeados de sus seres queridos, poder ser ejemplos y guías de los que vienen detrás de ellos y sentirse productivos "ir buscando en el camino lo que nos haga sentir mejor, útiles más que nada" (50 años); también una buena cobertura en salud "tener una buena obra social" (53 años), "que las obras sociales acepten personas mayores..." (53 años).

Resulta interesante que mencionaron aspectos fisiológicos "la sexualidad también, a veces hay sexualidad en la vejez, todavía no he llegado, pero pienso eso" (46 años) (55 años), está demostrado que el sexo y la sexualidad juegan un papel importante en el envejecimiento saludable y pleno; sin embargo, las personas ancianas tienen una conducta sexual heterogénea en relación a sus apetitos e intereses⁽¹³⁾.

La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas⁽¹⁴⁾, es una etapa que obliga a las personas a replantearse cómo continuar viviendo, ya que, como expresaron los participantes, "no es un punto culminante, es un punto de partida para otra etapa de la vida" (47 años).

CONCLUSIÓN

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Este estudio evidenció las opiniones que tiene un grupo de adultos de Tucumán, que se

encuentran en un período pre-jubilatorio, sobre proyectos de vida para la vejez, identificándose cómo el fenómeno de ageísmo influye en su proyección a futuro.

La educación en torno al envejecimiento activo y saludable resulta clave para fomentar la creación de proyectos de vida a partir de las necesidades, motivaciones y posibilidades de cada individuo y de esta manera se contribuye también al bienestar de las comunidades.

Como médicos de familia debemos psicoeducar a nuestros pacientes desde edades tempranas, ya que a medida que se envejece se viven cambios profundos para los cuales deberían estar preparados con antelación, donde las medidas de promoción y prevención de la salud deben estar siempre presentes, sin olvidar actuar con prudencia al momento de plantear otras formas de vivir la vejez.

Después de realizar este trabajo, se evidenció la importancia de repensar la vejez sin la estigmatización o discriminación social, considerando acompañar activamente a la población en edad pre-jubilatoria. Como investigadores, nos proponemos realizar intervenciones donde, a través de talleres, se puedan generar espacios para tratar esta temática y de esa forma poder lograr un cambio en la manera de ver y proyectar la vejez, ya que, como expresaron los participantes "... es un punto de partida para otra etapa de la vida".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. OMS. "Envejecimiento activo: un marco político". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Año 2002 [citado el 10 de mayo de 2022]; 37(S2): 74-105. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
2. OMS. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Envejecimiento y salud. OMS: 2021 [citado el 10 de mayo de 2022] - Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. MSAL. Ministerio de Salud (Argentina) [sede web]. Análisis de Situación de Salud República Argentina. MSAL: 2018 [citado el 10 de mayo de 2022]- Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacion_de_salud_-_repblica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
4. Manríquez Almaraz E. "Análisis del proyecto de vida en adultos mayores" [tesis doctoral]. *México UPC*. Año 2016 [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible

en: <http://200.23.113.51/pdf/31761.pdf>

5. Jiménez Betancourt E. “El proyecto de vida en el adulto mayor”. MEDISAN, Santiago de Cuba, Cuba. Año 2008 [citado el 22 de mayo de 2022]; vol. 12, núm. 2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247009.pdf>

6. Goncalves LM; Segovia S. “La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones”. *Voces y silencios. Revista Latinoamericana de Educación*. Año 2018 [citado el 22 de mayo de 2022]; vol. 9(1): 53-76. Disponible en: <https://doi.org/10.18175/vys9.1.2018.04>

7. Ciano N, Gavilán MG. “Elaboración de proyectos de adultos mayores: Aportes de la orientación”. *Orientación y Sociedad*. Año 2010; vol 10. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4758/pr.4758.pdf

8. Vidal DA. “Factores de riesgo suicida en el anciano”. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año 1999 [citado el 22 de mayo de 2022]; 8(2): 102-103. Disponible en: <https://www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.html>

9. Carrizo R, Fitzsimons M, Gálvez S, Hurtado MC, et al. “Con los ojos de la vejez. Investigación cualitativa”. *Archivos de Medicina Familiar y General*. Año 2013 [citado el 22 de mayo de 2022]; 10(2): 7-13. Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/77>

10. Etapas del desarrollo psicosocial de Erikson. *NeuroRespuestas*. [Internet]. Año 2019 [citado 10 de agosto 2022]. Disponible en: <https://neuro-respuestas.blogspot.com/2019/03/etapas-del-desarrollo-psicosocial-de.html?m=1>

11. Envejecimiento y Vejez. Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. [Internet]. Año 2019. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

12. Gaytán Guijosa LE. *Manual plan de vida personal para una vejez segura* [Internet]. Centro de Educación Continua Unidad Morelia. Año 2012. [citado 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/6596/1/MANUAL%20PLAN%20DE%20VIDA%20PERSONAL%20PARA%20UNA%20VEJEZ%20SEGURA.pdf>

13. Adela Herrera P. SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: ¿MITO O REALIDAD? *Rev. chil. obstet. ginecol*. Año 2003 [citado el 22 de junio de 2022]; 68(2): 150-162. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>

14. Campillay-Campillay M., et al. “Ageísmo como fenómeno sociocultural invisible que afecta y excluye el cuidado de personas mayores” [internet]. Año 2021 [citado el 22 de junio de 2022]; vol.27 no.1. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2021000100127

Anexo 1 - Herramientas de recolección de datos.

Preguntas para grupos focales:

- 1) Mencionen palabras que para ustedes definan a los adultos mayores.

- 2) ¿Creen que los adultos mayores son miembros importantes de nuestra sociedad? que contribuyen de alguna forma / ¿Qué opinión tienen de los adultos mayores en nuestra sociedad?

- 3) ¿Para ustedes que es un proyecto de vida?

- 4) ¿Alguna vez pensaron que harán en su vejez, luego de jubilarse? ¿Creen que es importante tener un proyecto para la vejez? (viajar, hacer actividad física, disfrutar de la familia, aprender algo nuevo, tener algún trabajo)

- 5) ¿Piensan en cómo será su vida cuando lleguen a la vejez?

- 6) ¿Cómo les gustaría vivir su vida después de jubilarse?

- 7) ¿Qué cosas creen que necesitan para vivir mejor en su vejez? (Nivel educativo, estabilidad económica, salud, familia, vivienda, etc.)

Conocer las opiniones sobre los proyectos de vida para la vejez que tienen los adultos de un área rural y urbana de la provincia de Tucumán en el año 2022.

Descripción de las personas gestantes afiliadas a OSEP que solicitan una interrupción del embarazo.

Description of pregnant people affiliated to osep who request a pregnancy interruption.

Autora: Mariana Castaños^a; Marcelo Roque Álvarez^b.

^a Médica de familia. Jefa de Departamento de Residencias de OSEP. Mendoza, Argentina

^b Médico especialista en clínica médica y diabetología, Auditor. OSEP. Mendoza, Argentina.

Contacto:

marianacastanos@gmail.com

Recibido: 03/03/2023

Aceptado: : 22/06/2023

RESUMEN

En 2021 entró en vigencia en Argentina la Ley N.º 27.610. El objetivo es describir características de afiliadas a OSEP que solicitaron interrupción del embarazo (SIE). Trabajo observacional descriptivo. Se analizaron las variables del 0800 del Ministerio de Salud de la Nación de todas las personas que SIE con OSEP, entre el 24/01 y 31/12/2021. Los datos fueron analizados con SPSS Statistics. Se utilizaron moda, mediana, porcentaje, tasa y el χ^2 . Se recibieron 427 SIE, se concretaron 330 (77,3%). Solicitaron ive: media 28,59 años. Modo 19 y 33 años. Concretaron ive: modo 22 años. 84,5% se realizó ambulatorio con misoprostol. De las SIE, 50,4% eran solteras, 43,4% trabajaba, 59,1% tenía secundario completo. Se desconoce 32,8%. De las SIE, 52,7% refirió haber estado utilizando MAC (54,2% preservativo; 37,4% anticonceptivos orales; 2,8% métodos "naturales"; 2,2% DIU). La mayor cantidad fue de zonas urbanas del Gran Mendoza. Sin embargo, se observan tasas elevadas en zonas rurales respecto de algunas zonas urbanas y más pobladas. Se observó progresión de SIE a lo largo del año. Un 11% después de SIE decidió continuar con el embarazo. Aparentemente ninguna de las variables tuvo relación con esa decisión. El MAC utilizado fue mayormente preservativo y anticonceptivos orales. Esto podría indicar falta de educación y poco acceso a métodos de larga duración. La problemática de interrupción es transversal. En base a los resultados de este trabajo, las personas sin pareja conviviente, ante un embarazo no planificado serían las que SIE. Ninguna otra variable parece actuar como determinante. Tampoco del paso de la solicitud a la interrupción efectiva o a la continuación del embarazo. Hay que aumentar la accesibilidad a MAC en zonas rurales.

PALABRAS CLAVES: solicitantes de aborto, aborto legal, embarazo no planeado.

ABSTRACT

In 2021, Law No. 27610 entered into force in Argentina. The objective is to describe characteristics of people with OSEP who requested termination of pregnancy (PWRTP). Descriptive observational work. The variables of the 0800 of the Ministry of Health of Argentina of all the PWRTP with OSEP, between 01/24 and 12/31/2021, were analyzed. Data were analyzed with SPSS Statistics. Mode, median, percentage, rate and χ^2 were used. PWRTP: 427 requests were received, 330 (77.3%) were completed. PWRTP: mean 28.59 years. Mode 19 and 33 years. People who had an abortion: mode 22 years. 84.5% were performed on an outpatient basis with misoprostol. 50.4% of the PWRTP were single, 43.4% worked, 59.1% had completed high school, 32.8% unknown, 52.7% reported having been using contraceptive methods (CM): 54.2% condoms; 37.4% oral contraceptives; 2.8% "natural" methods; 2.2% IUDs. The largest amount was from urban areas of Mendoza. However, high rates are observed in rural areas. A progression of the amount of PWRTP was observed throughout the year. 11% after requesting an abortion decided to continue with the pregnancy. Apparently none of the variables was related to that decision. The CM used were mostly condoms and oral contraceptives. This may indicate a lack of education and poor access to long-acting CM. The problem of interruption is transversal. People without a cohabiting partner, faced with an unplanned pregnancy, are the ones who RTP. No other variable seems to act as a determinant. Nor from the transition from the request to the effective interruption or continuation of the pregnancy. We must increase the accessibility to CM in rural areas.

KEYWORDS: Abortion Applicants, legal abortion, Unplanned Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El 24 de enero de 2021 entró en vigencia en todo el territorio Argentino la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). A partir de esta ley, los embarazos de 15 semanas de gestación o menos pueden interrumpirse por voluntad expresa de la persona gestante, sin tener que mediar ningún tipo de causa o explicación. Y todos los estratos del sistema de salud (público, seguridad social y prepagas) deben garantizar ese derecho. Si la persona gestante tiene más de 15 semanas, la figura es interrupción legal del embarazo (ILE), y sigue rigiendo el artículo 86 del código penal argentino que estipula que es legal cuando sea producto de una violación, cuando la gestante tenga una discapacidad mental que imposibilite su consentimiento para una relación sexual, o cuando el embarazo ponga en riesgo la vida y/o la salud de la persona gestante, entendiéndose salud de forma integral. Para el caso de ILE, se debe establecer que la persona presenta alguno de estos causales para llevar a cabo la interrupción.

En la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP) se comenzó a cumplimentar la ley desde el momento en que entró en vigencia, y ya estaba funcionando un circuito para garantizar la ILE en los casos que correspondiera. En el resto del país esto se cumplía de manera disímil, y aún hoy hay provincias que no garantizan el derecho a la interrupción del embarazo.

HISTORIA DEL ABORTO EN EL MUNDO Y EN ARGENTINA

"La práctica del aborto era ya conocida muchos siglos antes de nuestra era. En los pueblos primitivos, de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer. En esas circunstancias, el aborto no tenía carácter punible. Se pensaba que el feto pertenecía al cuerpo femenino, a sus entrañas; y dado que la mujer tenía un estado de minoridad, el padre o el jefe de la familia ejercía absolutos derechos sobre el fruto de la concepción".²

En general, las antiguas legislaciones no castigaron al aborto. En Grecia Antigua, donde se consideraba que el feto no tenía alma, *Platón* manifestó en su obra *La República*, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad; en tanto *Aristóteles* y otros filósofos, lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia. La punibilidad o no del aborto ha tenido en la historia de la humanidad diversos criterios, que van desde la plena libertad, hasta las concepciones cristianas que irrumpen con una nueva valoración de la vida y dan calificación de homicidio al aborto provocado. Ya situados en siglo XX, el famoso Antiproyecto Federal Suizo de 1916, señala en su artículo 112: "El aborto practicado por un médico titulado con

el consentimiento de la embarazada, no es punible". También aparecen en términos contemporáneos la doctrina eugenésica y la doctrina feminista. La primera está basada en la idea de prevenir enfermedades hereditarias, así como en la planificación familiar, y la segunda dice que corresponde a la mujer el derecho de decidir tener hijos o no, y en defensa pues del aborto".²

La descriminalización del aborto en el continente americano comenzó en Estados Unidos de América, en el año 1973 con el fallo de *Roe vs Wade* que estableció el derecho constitucional de la mujer a realizarse un aborto. Luego fue despenalizado en Canadá.

Desde el punto de vista legal, América Latina se caracteriza por mantener altos niveles de restricciones para la posibilidad de realizar abortos. Los criterios para permitir el aborto son varios y los distintos países responden de distinta manera a ellos. Lo más restrictivo es la prohibición a todo evento, situación en la que se encuentran El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana; mientras que en Uruguay, desde 2012 es suficiente la voluntad de la mujer para que, a través de los servicios de salud, el embarazo pueda interrumpirse hasta la semana doce de gestación; y en México, la Suprema Corte de Justicia emitió una sentencia que constituye un precedente para la legalización del aborto en todo el país.

Chae et al (2017) analiza las razones para realizar una interrupción en 14 países. Encontró que las mujeres abortan por una gran variedad de razones, habitualmente más de una. Las más nombradas fueron: preocupaciones socioeconómicas, no deseo de tener más hijos y los problemas de pareja. El mismo equipo realizó otro estudio analizando las características de las mujeres que se realizaron abortos en países de ingresos medios y bajos (5 de África, 13 de Asia, 8 de Europa y 2 de Latinoamérica). En la mayoría de los países la más alta proporción de abortos la realizaron las mujeres entre 20 y 29 años, y aunque las adolescentes son una porción sustantiva de las personas que interrumpieron, no es desproporcionada. Dependiendo del país, y limitado por la cantidad de datos, no se pudo determinar si la interrupción es más frecuente en mujeres solteras o casadas. También la multiparidad o nuliparidad varió dependiendo de la región analizada. Otro dato que otorga este estudio es que la mayoría de las mujeres que realizaron abortos tenían un nivel de instrucción medio y alto, y vivían en zonas urbanas.

FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) hubo un promedio anual de 73.3 millones de abortos provocados en el mundo en el periodo 2015-2019; de los cuales, se estima que el 33 por ciento se llevaron a cabo sin condiciones de

seguridad. Según el informe más reciente del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, en 2018 se realizaron 619,591 abortos en los Estados Unidos, lo que representa una tasa de aborto de 11,3 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15-44 años). Los datos demuestran que restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos. De hecho, es más probable que las restricciones empujen a las mujeres y niñas hacia procedimientos no seguros. En los países donde el aborto está más restringido, solo 1 de cada 4 abortos es seguro, en comparación con casi 9 de cada 10 en los países donde el procedimiento es ampliamente legal. Según un informe del Guttmacher Institute la tasa mundial de aborto es de 39 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años.

Realizada una revisión de las normativas alrededor del mundo se puede constatar que las formas de regular el aborto son amplias, encontrándose delimitadas por dos extremos: la prohibición absoluta y la regularización del aborto. América Latina es una de las regiones que presenta mayor restricción en sus normativas y tiene también una de las tasas más altas de abortos. Estas cifras son el reflejo de una realidad: las mujeres y personas gestantes abortan, con o sin leyes que les permitan acceder a un aborto seguro.

Argentina tiene una población total según el censo 2022 de 47.327.407 de habitantes, de los cuales 52,83% son mujeres. La razón de mortalidad materna (2019) fue de 4,1/ 10000 nacidos vivos, de esta tasa 0,3 cada 10000 fueron por aborto (médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto). La tasa de natalidad en adolescentes fue del 63,8/1000 NV (10,19% de los nacimientos fueron de adolescentes en 2020).

Específicamente Mendoza tiene una población de 1.990.338 de habitantes con un porcentaje similar al nacional de mujeres. El cálculo estimado de mujeres en edad reproductiva en Mendoza (10 a 49 años) es de 517699, el 28% de su población. La tasa de natalidad en el 2020 fue de 11,8. Tiene una razón de mortalidad materna de 3,4/ 10000 nacidos vivos, y un porcentaje de embarazo adolescente de 8,27% (sobre cantidad de nacidos vivos).

La Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP) es la obra social que presta servicios de salud a todos los empleados de los estamentos públicos de la provincia: administración central, judiciales, trabajadores de salud, municipales, docentes, etc. y sus familias. En total, posee 394511 afiliados, de los cuales el 27% son mujeres en edad reproductiva.

La OSEP empezó a realizar IVE inmediatamente a partir de la vigencia de la ley, aunque ya contaba previamente con un protocolo para la atención de ILE desde el año 2018. El circuito utilizado con mayor frecuencia comienza con la afiliada solicitando la inte-

rrupción al teléfono de SSYR del Ministerio de Salud de la Nación (en adelante el 0800). Desde el cual se envía una notificación a OSEP con los datos de la paciente y desde la obra social se la contacta para iniciar el protocolo.

La intención de este trabajo es evaluar el primer año de implementación de la ley en la obra social.

Dos consideraciones importantes: no es correcto llamar aborto a la interrupción del embarazo, ya que en los casos en que es una interrupción legal (más de 15 semanas) no hay límites de semanas para realizarla, y sabemos que la definición de aborto es la pérdida de un embarazo hasta las 20 semanas de gestación o si el feto pesa menos de 500 gr.

La segunda es que todas las afiliadas que solicitaron la interrupción se autopercibieron de género femenino, por ello se utiliza el femenino en la redacción.

OBJETIVOS

- Describir las características de las personas afiliadas a OSEP que solicitaron interrupción del embarazo en el periodo comprendido entre 24 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021.
- Describir las características demográficas de las personas que solicitaron interrupción de su embarazo.
- Describir las características socioeconómicas y educativas de las personas que solicitaron interrupción de su embarazo.
- Describir el uso de métodos anticonceptivos de las personas que solicitaron interrupción de su embarazo.
- Analizar relación entre características de las personas e interrupción del embarazo y uso de métodos anticonceptivos.

HIPÓTESIS

La problemática del embarazo no deseado y la interrupción del embarazo es transversal a toda la población de personas en capacidad de gestar, no importan sus características demográficas ni socioeconómicas y culturales.

METODOLOGÍA

Es un trabajo observacional descriptivo. Se analizaron, además de la edad y el lugar de procedencia,

las variables que son interrogadas en el llamado telefónico a la línea de salud sexual y reproductiva del MSN (estado civil, nivel de instrucción, ocupación, cómo se enteró de la línea, utilización de método anti-conceptivo, hijos previos) de todas las personas que solicitaron interrupción del embarazo que contaran con la cobertura de OSEP, en el periodo entre el 24 de enero al 31 de diciembre del 2021. Las variables desconocidas se deben a que la solicitud se realizó por otra vía o que los datos no figuraban en el formulario del 0800.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS Statistics. Se utilizaron los cálculos de moda, mediana, porcentaje, tasa y el χ^2 para relacionar variables.

Las variables consideradas fueron: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, uso de método anticonceptivo (MAC) y tipo de MAC, y si tienen o no hijos.

Consideraciones éticas: Se trabajó con datos secundarios de origen público por lo que no se aplicó

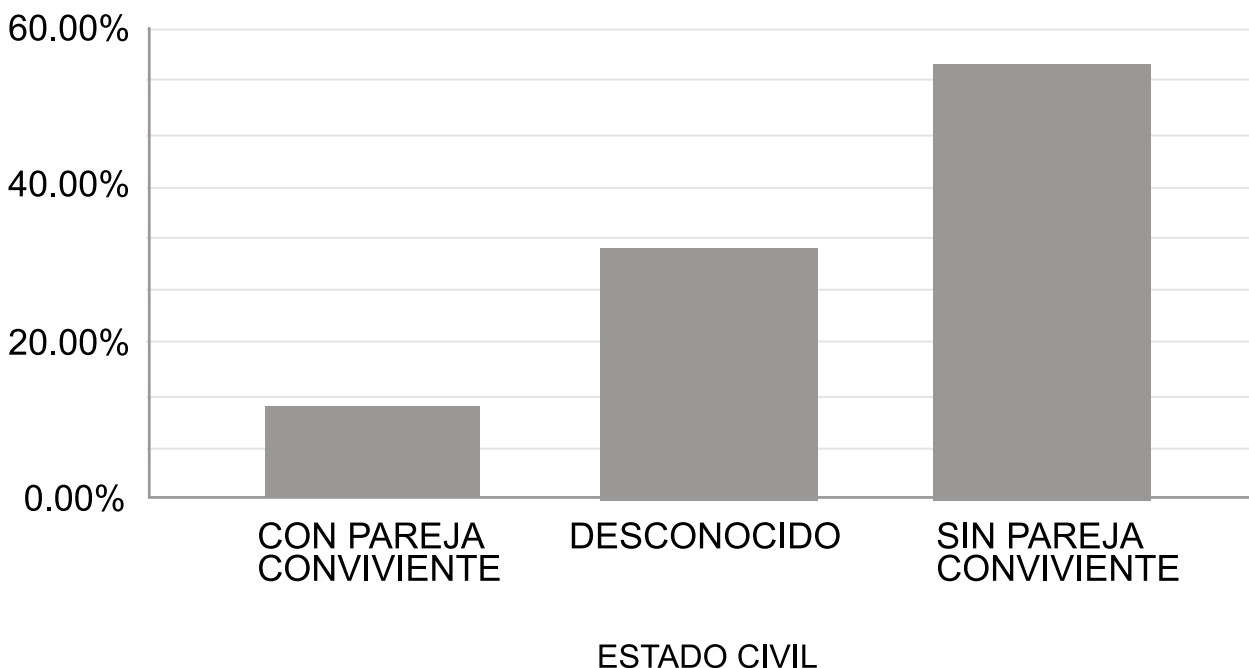
consentimiento informado ya que la ley argentina de protección de datos personales (25326) en su artículo 2° así lo prevé.

RESULTADOS

En la OSEP durante el periodo estudiado se recibieron 427 solicitudes de interrupción del embarazo (SIE), esto es, 0,4% de las mujeres afiliadas en edad reproductiva. De estas SIE se llevaron a cabo 330, esto es, el 77,3%.

De las SIE, un 50,4% de las personas eran solteras, un 11,9% eran casadas o concubinas, un 5,6% separadas o divorciadas y en un 32,1% de los casos el dato se desconoce. Para simplificar la visualización de datos se utilizaron dos categorías: las personas con pareja conviviente (aquí se englobaron casadas y concubinas) y sin pareja conviviente (donde se asociaron solteras, separadas y divorciadas).

ESTADO CIVIL

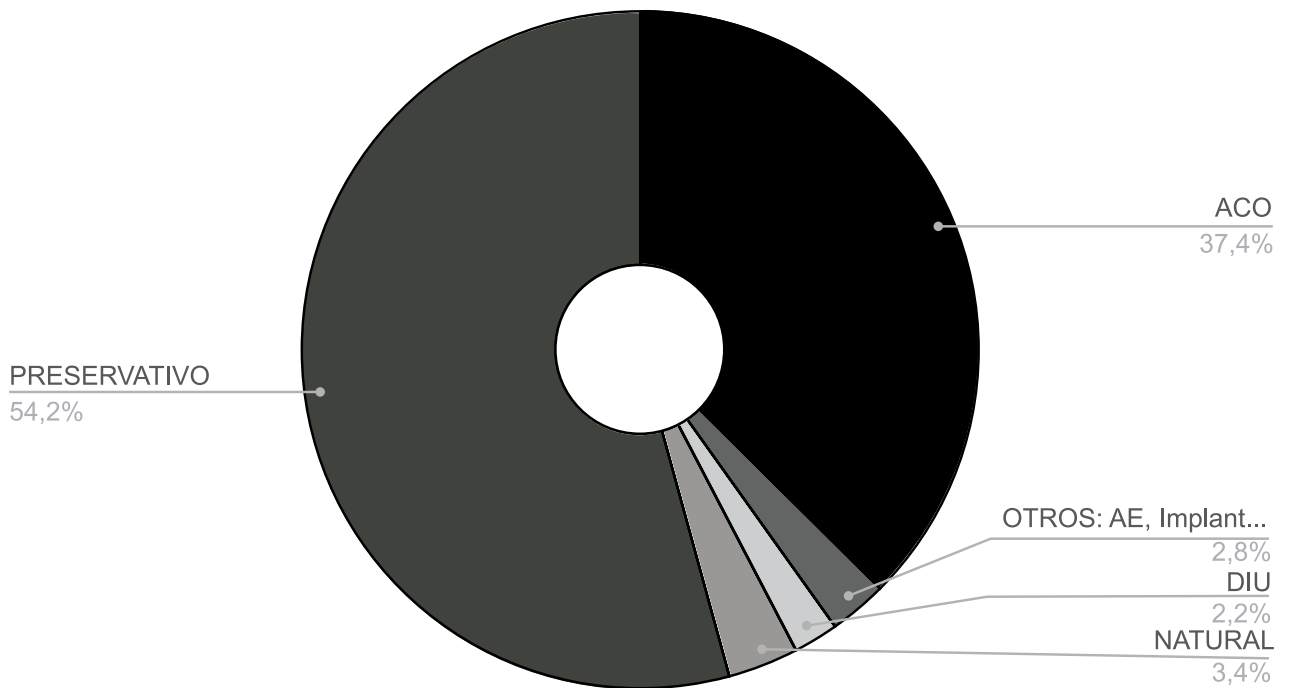


En cuanto a la ocupación, el 43,4% refirió trabajar, el 7,5% eran desocupadas, el 4% amas de casa y el 12,4% estudiantes. Se desconoce el dato en el 32,8% de los casos.

Sólo el 8,2% de estas personas no había terminado sus estudios básicos (primario o secundario), mientras que el 59,1% tenía el secundario completo y algunas continuaban sus estudios o habían finalizado estudios terciarios o universitarios. Se desconoce el dato en el 32,8% de los casos.

De las SIE, 52,7 % refirió haber estado utilizando un MAC (54,2% preservativo; 37,4% anticonceptivos orales; 2,8% métodos “naturales”; 2.2% DIU), un 14,3% refirió que no utilizaba, y se desconoce el dato en el 33%. No se encontró relación entre la utilización de MAC y la escolaridad de las personas que SIE (p 0,073).

MAC

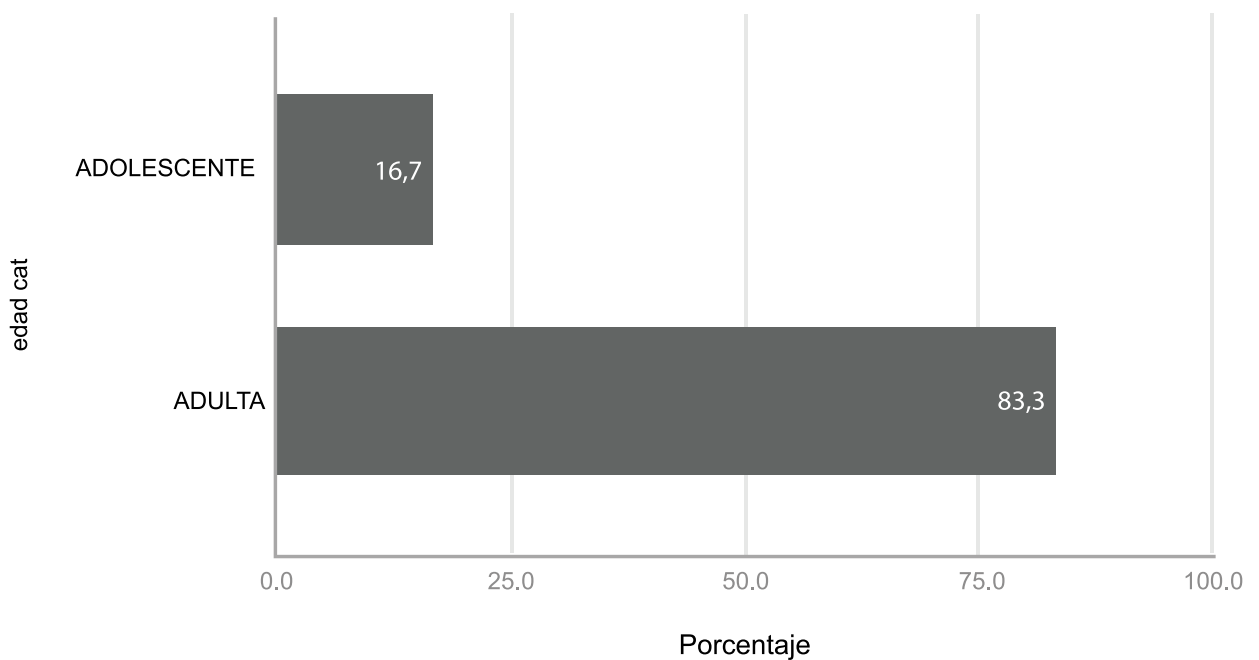


26,9% de las personas se informaron de IVE a través de personal sanitario, 21,5% lo hizo a través de internet y 12,2% se enteró por otra persona. No tenemos el dato en el 33% de los casos.

La media de edad de las personas que SIE es de 28,59, siendo la más joven de 14 y la mayor de 49 años. El modo está dividido en 19 y 33 años.

El modo de las personas que llevaron a cabo la interrupción es de 22 años. De las que realizaron la interrupción, el 83,3% eran mayores de 20 años.

Etapa de la vida



Con respecto a las interrupciones, el 84,5% se realizó ambulatorio con misoprostol.

De las 427 personas que SIE, 11 (2,5%) ya habían realizado una interrupción anteriormente (en este caso ILE, ya que fueron todas previas a la ley).

Cuando se compararon las variables categóricas se utilizó χ^2 y la significación fue una $p = 0,05$.

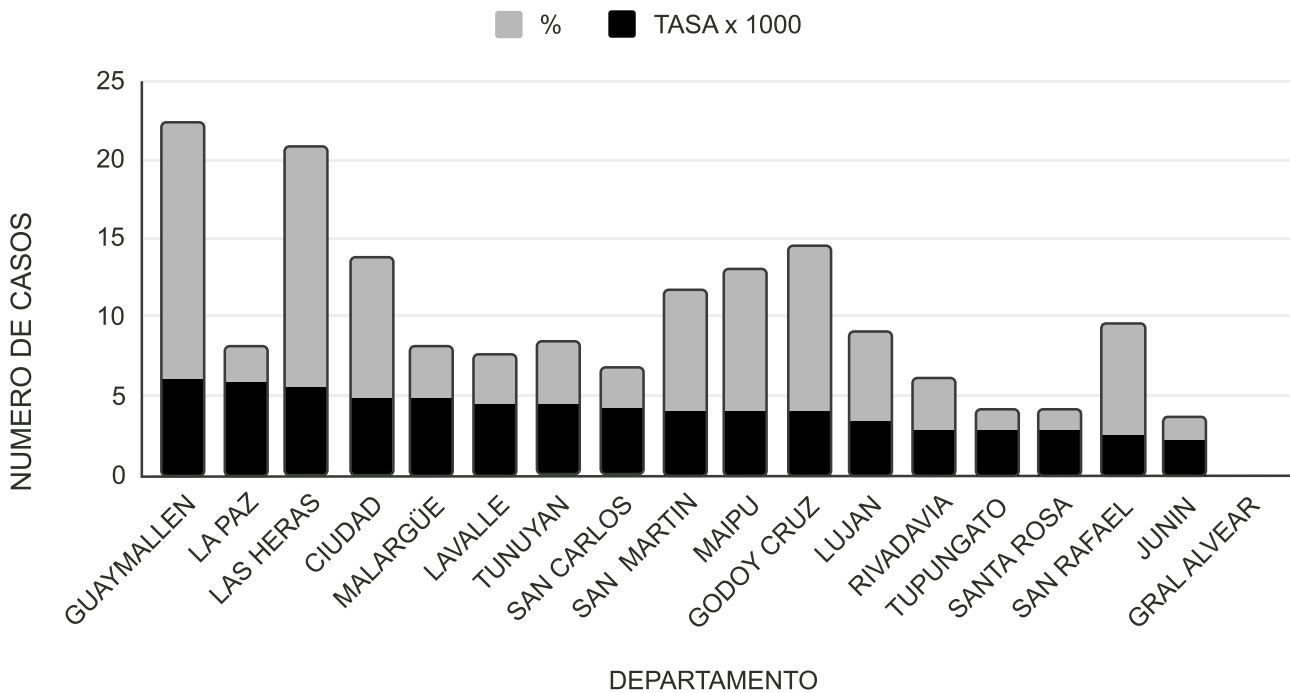
Se compararon las siguientes variables:

- Realizó procedimiento/ adulto vs adolescente
- Utilizaba MAC/ adulto vs adolescente
- Continuó con el embarazo/adulto vs adolescente
- Realizó procedimiento/escolaridad
- Continuó con el embarazo/escolaridad
- realizó procedimiento/estado civil

No se encontró diferencias estadísticamente significativas, con la salvedad de que la mayoría de las personas que interrumpieron el embarazo eran adultas y que la mayoría de las adultas ya tenía hijos previamente, mientras que las adolescentes en su mayoría eran nulíparas, que eran resultados esperables.

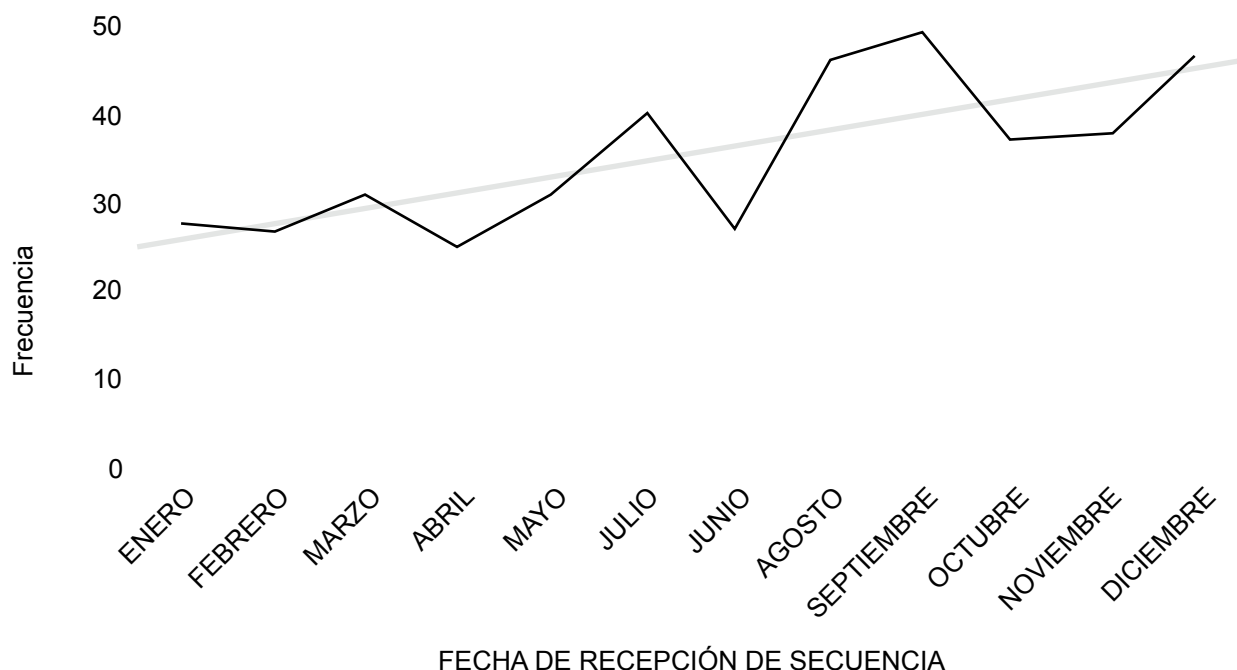
También se evaluó la procedencia de las personas que SIE. El mayor porcentaje, como se esperaba, fue de las zonas urbanas más pobladas del Gran Mendoza (Departamentos de Guaymallén, Las Heras, Godoy Cruz). Sin embargo, al elaborar las tasas (personas que SIE del lugar de residencia/población femenina de OSEP de ese departamento), un departamento periférico de la provincia, considerado zona rural y con una densidad poblacional muy baja, está en segundo lugar en cantidad de SIE por población femenina en edad fértil de OSEP.

NUMERO DE CASOS vs TASA



También se observó una progresión del número de SIE a lo largo del año, fenómeno que era esperable.

RECEPCIÓN DE SECUENCIAS POR MES



DISCUSIÓN

Este trabajo está realizado en base a las afiliadas a OSEP que solicitaron una interrupción del embarazo en el primer año de puesta en marcha de la ley Nacional 27.610. Esto puede llevar a un sesgo, ya que al ser afiliadas podemos llegar a encontrar que la mayoría de estas personas trabaja, o tiene estudios secundarios completos, o tiene más acceso a métodos anticonceptivos. Por lo tanto, no es extrapolable a la población general.

Sin embargo, se pueden observar fenómenos similares a los descriptos para población general en otros países, como que la mayoría que solicitaron la interrupción, definieron su estado civil como soltera y las edades de las solicitantes también coinciden con trabajos publicados anteriormente.

Este trabajo también pone en relieve un fenómeno interesante: lo que pasa entre que se solicita la interrupción y se concreta el procedimiento. Si bien es cierto que el 77,3% concretó la interrupción, hubo un 11% que después de SIE decidió continuar con el embarazo. Ninguna de las variables estudiadas en el análisis con χ^2 arrojó una p menor a 0,05; por lo cual dichas variables no tendrían ninguna relación con la decisión de continuar con el embarazo después de solicitar la interrupción.

Lamentablemente hubo un 30% aprox. de datos

perdidos en todas las variables menos edad, lugar de residencia y outcome de la solicitud, que no fueron recabados en las secuencias del 0800 de Nación, y eso produce alguna dispersión de los datos.

Sí llama la atención de los datos recabados, que el 78,6% de las personas que SIE (que se conoce el dato) estaban utilizando método anticonceptivo al momento de producirse el embarazo, mayormente preservativo y anticonceptivos orales. Esto podría indicar que falta educación en cuanto al uso de estos MAC, y que puede que se requiera más acceso a métodos de larga duración, como implante subdérmico, DIU, SIU o tripsia tubaria (en OSEP sólo se cubre el 100% del DIU y de la TT, y en algunos casos muy específicos implante). Pero también impacta el dato de que el 21,3% no estaba utilizando MAC y sin embargo no estaba buscando un embarazo, que se puede interpretar como falta de educación sobre MAC u obstaculización del acceso a los mismos por diversas causas.

También es un dato que la OSEP debe rever, el acceso a MAC en zonas alejadas del gran Mendoza, pero con una tasa de SIE alta con respecto a su población.

CONCLUSIONES

La importancia de este trabajo radica en la identificación de la población de OSEP que SIE, para que

se puedan realizar políticas de salud acordes que prevengan los embarazos no planificados.

Tal como han descrito otras investigaciones, la problemática del embarazo no planificado que termina en una solicitud de interrupción y luego en una interrupción efectiva es transversal y no se limita a una clase social, edad, o grado de escolarización. No hay características únicas que definan a las personas que eligen terminar un embarazo, ya que cada situación y decisión es única e individual; y no deberían ser utilizadas para estereotipar o juzgar a las personas que buscan un aborto.

Se observó también que la tasa de adolescentes que SIE no es desproporcionada.

Se puede inferir que las personas que no tienen pareja conviviente (se desconoce si están en una relación o no), ante un embarazo no planificado son las que SIE, aunque no es una relación causal. Ninguna otra variable parece actuar como determinante de solicitud.

Tampoco se identifican variables que determinen el paso de la solicitud a la interrupción efectiva o a la decisión de continuar con el embarazo.

Hay que poner el foco en las zonas rurales alejadas para aumentar la accesibilidad a MAC, y en la educación en salud reproductiva y uso de MAC para evitar la mayor cantidad posible de errores en el uso que puedan llevar a un embarazo no planificado.

INCONVENIENTES ENCONTRADOS

Variables perdidas en un 33% de la población que compone el estudio debido a que la información no fue recolectada por los autores de este trabajo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no declaran conflicto de interés en esta investigación. La misma no ha sido patrocinada ni sponsoreada por terceros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Ley N° 27.610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
2. Mayo Abad D (2002); Algunos aspectos histórico-sociales del aborto; Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2002
3. Kunis H, Rosenfield A (1991); ABORTION: A LEGAL AND PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE; Annu. Rev. Publ Health 1991. 12:361-82
4. Morales Luna LE (2022); El aborto en Latinoamérica: un análisis argumentativo-constitucional; Universidad Católica de Guayaquil
5. Dides C, Benavente C, Sáez I (2011); Dinámicas políticas sobre aborto en Latinoamérica: estudio de casos. Santiago, Chile: Flacso-chile, 2011.240p. isbn: 978-956-205-249-8
6. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G (2017); Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries; Contraception 96 (2017) 233-241; <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014>
7. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S (2017); Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries; PLoS ONE 12(3): e0172976. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172976>



PROFAM

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2023



Programa de actualización
en medicina para
profesionales cuya práctica
esté orientada a la
atención integral y
ambulatoria de personas.



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria.
Tres modalidades de cursada:
Superior virtual.
Superior virtual con encuentros sincrónicos.
Superior residentes con encuentros presenciales.
- Curso de acompañamiento y cuidado de la salud del niño menor de 2 años en Atención Primaria.
- Curso de acompañamiento y cuidado de la salud de la niñez de 2 a 11 años en Atención Primaria.
- Curso Demanda Espontánea.

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

Evaluación quinquenal de los ejes sanitarios de un programa nacional de Atención Primaria de la Salud.

Five-year evaluation of the sanitary axes of a national program of Primary Health Care.

Autores: *Patricio Jorge Cacace^a; Ana Carolina Aymat^b.*

^a *Médico (UBA) Espec. Medicina Familiar (FAMFyG). Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas Salud (UNLa) Dto. Medicina Familiar, Facultad Medicina, Universidad de Buenos Aires*

^b *Médica (UNT) Espec. Medicina Familiar (FAMFyG). Maestranda en Educación para Profesionales de la Salud (IUHIBA) Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Santo Tomás de Aquino, Tucumán. Argentina.*

Contacto:

pcacace@gmail.com

Recibido: 27/02/2023

Aceptado: : 28/06/2023

RESUMEN

Se realizó una evaluación quinquenal de los ejes sanitarios (que dan lugar a objetivos estratégicos con sus correspondientes metas e indicadores, áreas de intervención y líneas de acción) dentro del marco de la gestión sanitaria de uno de los 10 principales agentes de la seguridad social argentinos quien implementaba desde hacía 20 años un Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud (PNAPS). El mismo promedió alrededor de 800 mil beneficiarios anuales dentro de una red asistencial nacional propia en el primer nivel de atención compuesta por 45 Centros de Atención Primaria (CAPs). Se implementó una investigación evaluativa que incluyó un trazado de línea de base con la valoración de cinco Ejes Sanitarios (ES). Se trata de un diseño de corte transversal de un periodo de 5 años. Se definieron metas, indicadores y recomendaciones para cada uno de los ES, recopilando información de fuentes diferentes y complementarias para su análisis. Los resultados mostraron una evolución favorable en el período evaluado, aunque el cumplimiento de las metas estuvo bastante alejado de lo propuesto de manera teórica. Conclusiones: este trabajo aporta información valiosa y original para subsidiar la toma de decisiones e incentivar la investigación en el ámbito de la APS, buscando reformular los actuales modelos de gestión y de atención de la salud.

PALABRAS CLAVES: atención primaria de salud, investigación en servicios de salud, seguridad social.

ABSTRACT

A five-year evaluation of the health axes (which give rise to strategic objectives with their corresponding goals and indicators, areas of intervention and lines of action) was carried out within the framework of health management of one of the 10 main Argentine social security agents who had been implementing a National Primary Health Care Program (PNAPS) for 20 years. It averaged around 800,000 annual beneficiaries within its own national care network at the first level of care made up of 45 Primary Care Centers (CAPs). An evaluative investigation was implemented that included a baseline drawing with the assessment of five Sanitary Axis (ES). It is a cross-sectional design of a period of 5 years. Goals, indicators and recommendations were defined for each of the ES, collecting information from different and complementary sources for analysis. Results: they showed a favorable evolution in the period evaluated, although the fulfillment of the goals was quite far from what was theoretically proposed. The results of this work provides valuable and original information to support decision-making and encourage research in the field of PHC, seeking to reformulate current management and health care models.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Services Research, Social Security.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en la República Argentina es un sistema mixto, organizado, gestionado, regulado y financiado bajo complejos entramados de segmentación, fragmentación y pluralidad de actores. Se encuentra compuesto por un subsector público, uno de seguridad social y uno privado. El subsector público se encuentra subdividido a su vez en tres niveles: Nacional, Provincial (24 jurisdicciones) y Municipal y tienen derecho de acceso a él todos los habitantes del país (cobertura nominal). Los trabajadores del mercado formal, así como sus familiares directos que se incorporan como beneficiarios, tienen una cobertura adicional por agentes o instituciones de la seguridad social (más de 300 en todo el país), que conforman el segundo subsector. Por último, encontramos el subsector privado que se financia a partir del aporte económico de sus usuarios a empresas de medicina prepaga donde el pago se corresponde a cada individuo. Debemos considerar que, dependiendo la situación laboral y económica de las personas, un porcentaje variable de las mismas puede contar simultáneamente con coberturas de salud solapadas entre la seguridad social y la medicina prepaga, al margen de la cobertura nominal del sector público de la que gozan. Así en líneas generales, teniendo en cuenta lo anterior y los condicionantes que surgen de la actividad y situación económica del país (que repercuten en el trabajo formal registrado y en el poder adquisitivo de las personas) se estima de forma general que el subsector público brinda cobertura efectiva al 35% de la población y el subsector de la seguridad social al 63%, mientras que un 15% de la población opta por contratar seguros privados.^(1,2)

La presente investigación se realizó dentro del marco de la gestión sanitaria de uno de los 10 principales agentes de la seguridad social argentinos (en adelante OOSS), que prestó servicios durante 5 años (2012 a 2016) a un promedio de 800 mil beneficiarios anuales. Cabe destacar que en este mismo agente de la seguridad social se implementaba desde hacía 20 años un Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud (PNAPS), gestionado por un equipo técnico (ETG) especializado externo, con alcance en múltiples áreas: asistencial, administrativa y docente. Los Ejes Sanitarios (ES) definidos por dicho PNAPS se fueron construyendo a partir de la permanente búsqueda de optimización de los procesos de gestión clínica, manteniendo la capacidad de resolución de problemas de salud prevalentes con eficiencia y efectividad, orientando la circulación de los pacientes por los prestadores asistenciales de niveles de complejidad creciente, y manteniendo el propio "modelo asistencial" construido bajo las improntas de la Medicina Familiar y la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) e implementado por los Equipos Básicos de Atención Médica Primaria (EBAMP). Los mismos

se encontraban distribuidos en todo el territorio nacional a través de una red asistencial propia de la OOSS conformada por 45 Centros de Atención Primaria (CAPs), con presencia en las 24 jurisdicciones del país, y donde se llevaron adelante un promedio de 1.300.000 consultas médicas por año⁽³⁾.

El propósito de la investigación fue analizar el seguimiento y monitoreo realizado en el mencionado periodo de estudio sobre las acciones de gestión asistencial vinculadas al cumplimiento de los ES planteados por el PNAPS de una OOSS en Argentina.

MARCO TEÓRICO

La evaluación de los servicios de salud

Si bien en el ámbito de la APS, y más aún en el de la seguridad social, continúa siendo poco frecuente y requerida, tanto la investigación como la publicación de trabajos científicos⁽⁴⁾, el presente trabajo fue diseñado y realizado como una investigación evaluativa retrospectiva de 5 años del abordaje de cinco de los ES desarrollados por el PNAPS por una OOSS en Argentina, en el marco de implementación de un modelo de trabajo basado en la estrategia de la APS y la medicina familiar.

Considerando estas características del modelo implementado, y buscando evaluar tanto la calidad de los cuidados médicos implicados en dicho concepto, así como la gestión realizada, se decidió en primer término trabajar el objeto de estudio con la concepción y los conceptos de la conocida tríada de la calidad de la atención planteada por el Dr. Avedis Donavedian⁽⁵⁾: estructura-proceso-resultados. Entendiendo de esta forma que cada una de las partes de la tríada se compone de criterios o componentes que dan soporte a la calidad de la atención prestada. A todo esto, sumamos lo referido a términos de evaluación de gestión sanitaria, entendiendo que los indicadores de salud representan medidas de impacto de los servicios brindados, y precisan tener en cuenta la medición de adecuación, la infraestructura de los servicios, y la efectividad de los procesos.⁽⁶⁾

Desde lo conceptual, consideramos que una *evaluación en salud* puede interpretarse como un juicio sobre una intervención, o sobre cualquiera de sus componentes, con el objeto de auxiliar en la toma de decisiones; mientras que las *investigaciones evaluativas* serían aquellas que analizan la pertinencia, fundamentos teóricos, productividad, efectos, y/o rendimiento de una intervención, así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto.⁽⁷⁾

Ejes sanitarios

Los Ejes Sanitarios (ES) fueron los principales

temas de salud que se constituyeron como pilares del PNAPS sobre los que se fundamentaron diversas acciones asistenciales y administrativas, y la distribución de recursos dándole rumbo estratégico a la gestión de las políticas sanitarias abordadas desde el primer nivel de atención de la OOSS. Los mismos fueron definidos arbitrariamente por el ETG considerando diferentes datos epidemiológicos de la población beneficiaria (por ejemplo: perfil de usuarios, contexto social, etc.) y el contexto prestacional, resultando prioritarios los 5 siguientes:

- MF: Medicina Familiar y APS (el “modelo de atención”);
- MI: Salud Materno Infantil;
- ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles (que incluyen a la Diabetes -DBT- e Hipertensión Arterial -HTA-);
- PS: Problemas de Salud Psico Sociales;
- CA: Prevención de Cáncer de Cérvix, Mama y Colon.

Atributos

Si bien se enumeran clásicamente los 4 atributos o características principales de la APS definidos por Bárbara Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación de cuidados)^(8,9), desde el ETG del PNAPS se consideró oportuno y pertinente desglosar algunos de ellos de forma tal de agregar 6 nuevos atributos adicionales a los previamente mencionados ES, considerando que de esta forma se ampliaría el marco de acción, así como la riqueza y utilidad de los datos recolectados. Estos atributos se constituyeron como las características esenciales que identificaban a las acciones en APS y que eran inherentes y coherentes con el modelo de atención y gestión implementado por la OOSS por más de 20 años. Observamos en la Figura 1 los ES y sus Atributos, y en la Figura 2 las características constitutivas de cada ES y la Organización Jerárquica para la gestión del PNAPS las características esenciales que identificaban a las acciones en APS y que eran inherentes y coherentes con el modelo de atención y gestión implementado por la OOSS por más de 20 años. Observamos en la Figura 1 los ES y sus Atributos:

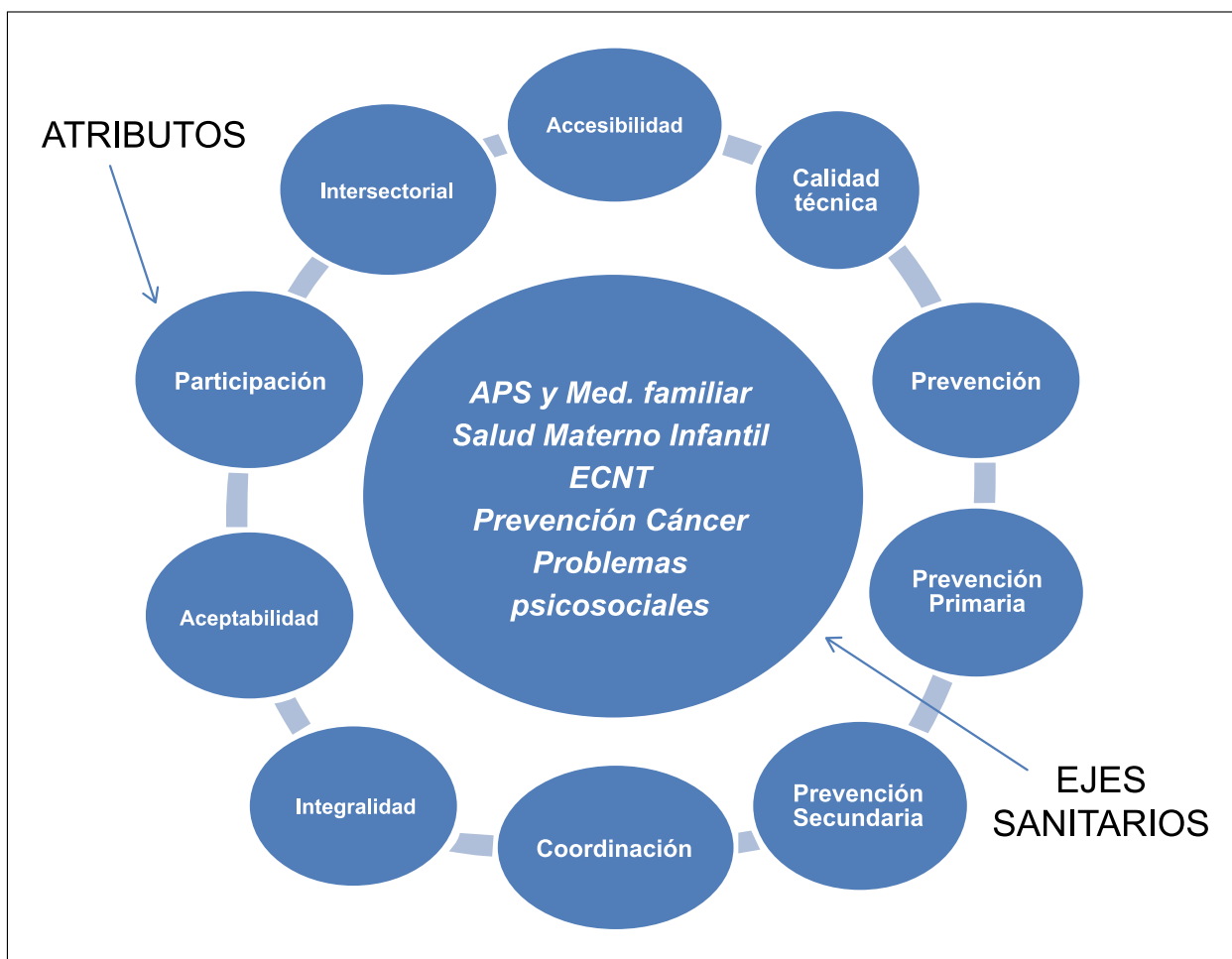


Figura 1: Esquema de los Ejes Sanitarios (ES) y sus Atributos, considerados para la Evaluación del PNAPS. Fuente: elaboración propia.

Indicadores

A los fines operacionalizar los conceptos teóricos se seleccionaron y definieron 39 indicadores que sirvieron para evaluar los Atributos de la APS en cada ES, definiendo también de antemano para cada uno su propia meta y estableciendo su propia fuente de datos (u origen de la información).

Metas

Fueron formuladas 39 metas, 1 para cada indicador definido, considerando su composición, así como su fuente de datos. Para conocer la magnitud del avance se contó con una "línea de base" al comienzo del periodo (en este caso particular construida a

partir de los datos del Año I), constituida como punto de referencia para medir los cambios transcurridos durante el periodo de estudio (Año II a V). Se constituyeron como el punto de partida inicial a partir del cual se definía un indicador, dando el valor inicial para luego poder medir su progreso.

Recomendaciones

En forma complementaria, y a los fines de establecer una agenda de trabajo y de gestión en común entre todos los CAPs del país, se definieron y se desarrollaron una serie "Recomendaciones" para cada ES con el objeto de adecuar los recursos institucionales y los esfuerzos a nivel local hacia las metas definidas, siguiendo el lineamiento del modelo asistencial institucional.

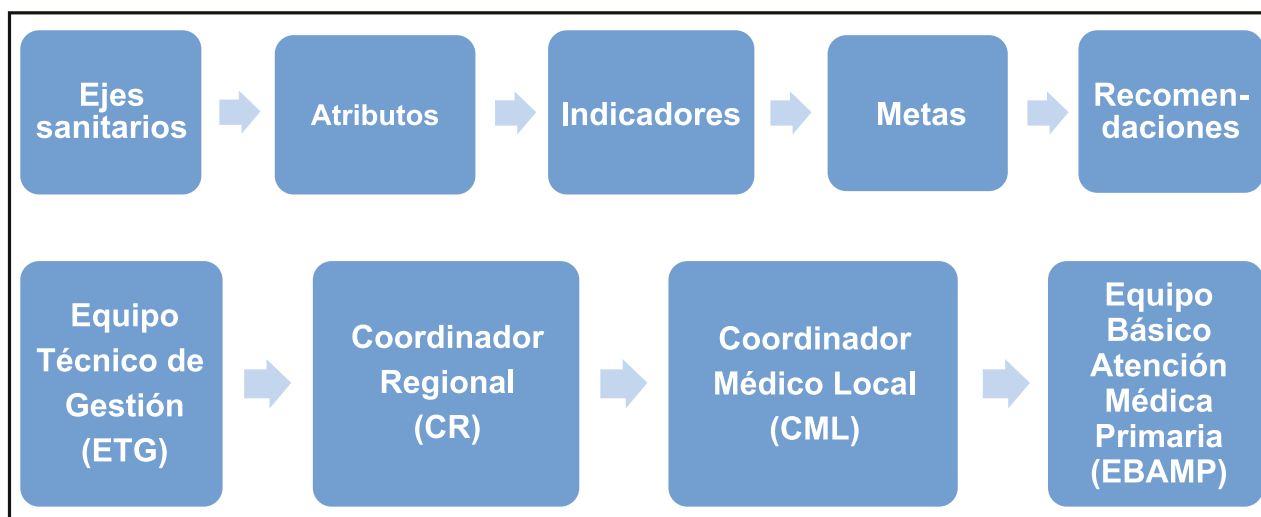


Figura 2: Características constitutivas de cada Eje Sanitario y de la Organización Jerárquica para la gestión del PNAPS.

OBJETIVOS

objetivo principal:

Evaluar el PNAPS en el marco de las prácticas y servicios sanitarios implicados en los ES definidos por el ETG de una OOSS.

objetivos secundarios:

- Establecer una agenda de trabajo y de gestión en común, en todos los CAPs de todo el país;
- Identificar el destino hacia el cual deberían dirigirse los recursos y esfuerzos para el cumplimiento de la misión y los propósitos del PNAPS;
- Analizar la evolución temporal (durante un periodo de 5 años) y regional (según la distribución geográfica

de los centros asistenciales participantes) de cada uno de los ES;

- Analizar los resultados obtenidos y su forma de devolución hacia los integrantes de los EBAMP;
- Analizar los resultados obtenidos considerando aspectos que puedan contribuir a interpretar las similitudes y variabilidades presentes entre los diferentes CAPs.

METODOLOGÍA

A los fines de organizar y optimizar tanto la gestión como la investigación en el PNAPS, se realizó una subdivisión regional de los 45 CAPs que constituyeron durante el periodo de estudio la red asistencial nacional del primer nivel de atención de la OOSS en cuestión. Así, se definieron 6 regiones (Área Metropolitana, Mesopota-

mia, Noroeste-NOA, Noreste-NEA, Cuyo y Patagonia), cada una de ellas a cargo de un Coordinador Regional (CR) que reportaba al ETG.

Por su parte, cada CAP se caracterizaba por poseer un EBAMP a cargo de un Coordinador Médico local (CML) que reportaba al CR correspondiente.

FUENTE DE DATOS:

Fueron consultadas fuentes de datos diferentes y complementarias para componer los resultados de cada indicador. El denominado SOM es un sistema informático para la emisión de órdenes médicas de consultas y prácticas de carácter ambulatorio. Abarcaba el control de cobertura de los afiliados, registro de turnos, emisión de los bonos, registro de los coseguros percibidos y hasta la carga de los códigos de problemas de salud en APS (CIAP) resultante de las consultas médicas. También generaba listados estadísticos para seguimiento y control administrativo. Este sistema estaba instalado en toda la red de CAPs del país. Cada centro transmitía sus datos al ETG central para su consolidación, constituyendo la principal fuente de información estadística sobre la atención ambulatoria de los afiliados.

Todo esto se complementaba con los reportes enviados por los CML sobre las acciones implementadas en cada CAP para optimizar los registros locales: encuestas; ficheros identificatorios de grupos de pacientes por tipo de problema de salud; reportes prestacionales, de talleres y de reuniones del EBAMP.

Para algunos autores⁽¹⁰⁾ es ordenador, al implementar la evaluación de un programa, diseñar de una matriz que presente los criterios/indicadores y los parámetros que serán utilizados, tanto como las respectivas fuentes de información a ser consideradas. En la matriz de datos de la Tabla 1, podemos observar que el "n" (número o frecuencia) calculado para el periodo de estudio de cada indicador de cada ES es diferente para cada indicador, y es agrupado en base a las diferentes fuentes de datos de donde se extrajo la información. Es necesario tener presente que las muestras seleccionadas para cada una de las fuentes fueron recolectadas en 45 CAPs de todo el país y que un mismo ES posee diferentes indicadores, los cuales a su vez se nutren de información provista desde diferentes fuentes de datos.

Fuente	Indicador	"n" Total Años I a V	Eje
SOM	Pacientes con al menos dos CIAP A-D atendidos en el año	37.468	Psicosocial
	DNI titular con CIAP de Violencia familiar atendidos en el año	6.754	
	Total Consultas propias	1.407.232	
	Cantidad de mujeres en edad fértil consultantes	391.365	Prevención CA
	Cantidad de mujeres mayores de 40 años consultantes	173.632	
	Cantidad de pacientes mayores de 50 años consultantes	220.320	
	n° de pacientes con HTA	79.856	ECNT
	n° de pacientes con DBT	41.134	
	n° de consultas médicas del CeMAP	4.959.274	MF - APS
	n° de consultas médicas	6.716.274	
Metas establecidas para tasas de uso (Lab, Rx, Eco, TAC, RMN)	1.150		
Registros varios	N° de embarazos finalizados en el semestre	25.452	Materno Infancia
	Cantidad de consultorios	1.865	MF - APS
Encuestas	Cantidad de mujeres encuestadas	7.857	Prevención CA
	Población total encuestada	15.643	MF - APS / ECNT
Auditoría H.C.	N° HDF auditadas (Muestra RCV)	7.357	ECNT
	N° HDF auditadas (Muestra DBT)	2.978	
	N° HDF auditadas (Muestra RN)	4.514	Materno infancia
	N° HDF auditadas (Muestra 12M)	4.134	
	N° HDF auditadas (Muestra 6M)	3.934	
	N° HDF auditadas (todas las muestras)	22.917	MF-APS

Tabla 1: Matriz de datos que ejemplifica "n" utilizado y fuente de datos para 21 de los indicadores utilizados en el periodo de estudio. Fuente: elaboración propia.

Análisis de las características principales de los Ejes Sanitarios:

Debemos considerar que la evaluación quinquenal realizada originalmente incluyó un total de:

- 5 Ejes Sanitarios;
- 10 Atributos definidos para cada uno de ellos;
- 39 indicadores (8 para MF, 9 para MI, 10 para ECNT, 5 para CA y 7 para PS)
- 53 recomendaciones (9 para MF, 22 para MI, 8 para ECNT, 6 para CA y 8 para PS)

Es importante dejar asentado que la misma información de los otros 4 ES, así como el respectivo análisis detallado en las 6 regiones geográficas mencionadas previamente se encuentra finalizado y consolidado constituyendo un material de gran riqueza, pero demasiado extenso para su publicación en un artículo científico. Por tanto y a modo de facilitar la comprensión de los conceptos centrales de esta investigación decidimos mostrar únicamente las metas, los indicadores con sus respectivas fuentes de datos, y las recomendaciones correspondientes al Eje Sanitario MF: Medicina Familiar y APS (ver Figura 3).

Eje Medicina Familiar y APS		
Meta	Indicador	Fuente datos
70% de las consultas médicas del CAP realizadas por MF	Consultas con Medicina Familiar Total de las consultas médicas del CAP * 100	SOM
89% consultas propias	Consultas propias / Total de las consultas médicas * 100	SOM
90% de los usuarios reconocen 1 MF como referente	Cantidad usuarios con MF / Total de los encuestados * 100	Encuesta
20% de las consultas con más de un código CIAP	Consultas con más de 1 CAP en el año / total de consultas propias	SOM
70% HCF con familigramas completos	HCF con familirama completo / total HCF auditadas * 100	Auditoría HCF
70% HCF con listado de problemas actualizado	HCF con lista de problemas / total HCF aditadas * 100	Auditoría HCF
Tasas de uso de Rx Eco TAC RMN Laboratorio en valores standard	Prácticas / Consultas * 100 (para cada uno)	SOM
100% consutorios con listado recursos comunitarios	Cantidad consutorios con listados / Total Consutorios * 100	Auditoría Consutorio
Recomendaciones Eje Sanitario Medicina Familiar y APS		
1.	Todos los pacientes y/o familiares deben tener asignado un Médico de Familia.	
2.	Promover el auto-cuidado responsable.	
3.	Reformar el conocimiento del área administrativa del CAP acerca del Modelo de la Medicina Familiar.	
4.	Promover las Reuniones de Equipo e incentivar el trabajo interdisciplinario con las áreas de trabajo social, salud mental y enfermería.	
5.	Tener turnos disponibles para MF dentro de las primeras 48 horas, y dentro de los 7 días para otras especialidades.	
6.	Promover calidad de los registros administrativos.	
7.	Programar al menos una reunión anual intersectorial en cada CAP.	
8.	Coordinar y fortalecer comunicación con el segundo nivel de atención para mejorar información sobre internaciones, derivaciones e interconsultas.	
9.	Promover al menos una iniciativa anual de abordaje intersectorial en cada CAP.	

Figura 3: Ejemplo de la Constitución del ES MF con sus respectivas Metas, Indicadores, Fuente de Datos y Recomendaciones. Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Para entender la evolución cronológica del trabajo y la evolución de los diferentes ES, iniciamos el análisis de los resultados obtenidos teniendo en cuenta la línea de base planteada en el Año I.

Aclarado esto, definidos los indicadores y sus respectivas metas, y luego de procesar la información proveniente de las diferentes fuentes ya mencionadas, se pasó a otorgar al indicador un valor porcentual alcanzado respecto de la meta considerando a esta última con un valor de 100%. Ese “porcentaje de alcance de meta” se decidió equiparar a una tabla cromática con los colores de un semáforo (o luces de tráfico), otorgando a los respectivos colores un rango

de porcentajes en los que se alcanzaba la meta, de la siguiente forma:

- Verde: meta alcanzada entre un 70 y 100%
- Amarillo: meta alcanzada entre 50 y 69%
- Rojo: meta alcanzada en 49% o menos.

Para facilitar la exposición de cada uno de los resultados obtenidos año tras año por cada uno de los 39 indicadores definidos para los correspondientes ES, se realizó un promedio del porcentaje de alcance de la meta de cada uno, y dicho resultado porcentual también se expresó en la referida escala cromática (Figura 4 y Figura 5).

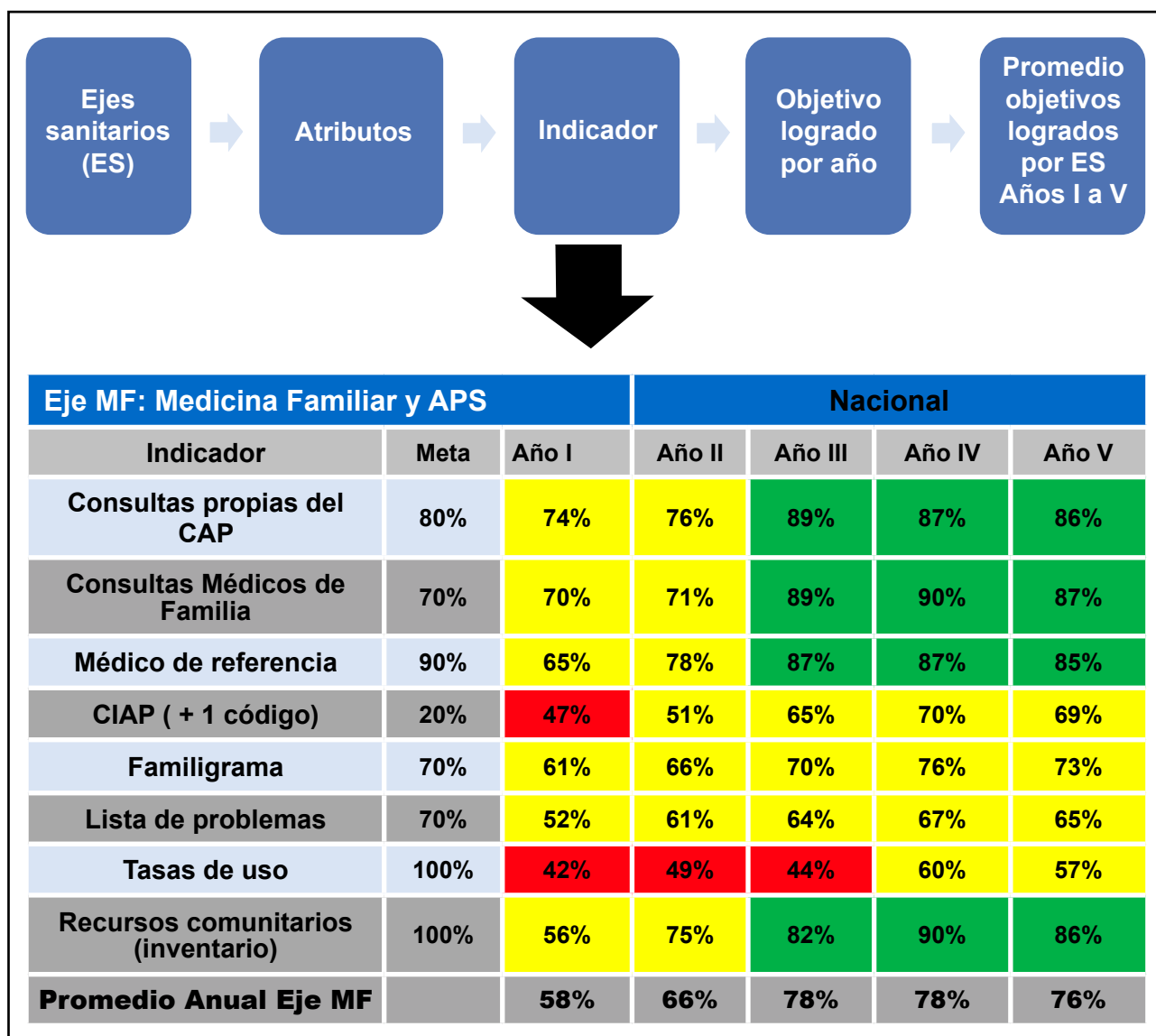


Figura 4: Secuencia de análisis de los ES y sus indicadores, con el ejemplo del ES MF mostrando el porcentaje anual de alcance de la meta para cada uno de sus indicadores y su promedio anual considerando sus 8 indicadores. Fuente: elaboración propia.

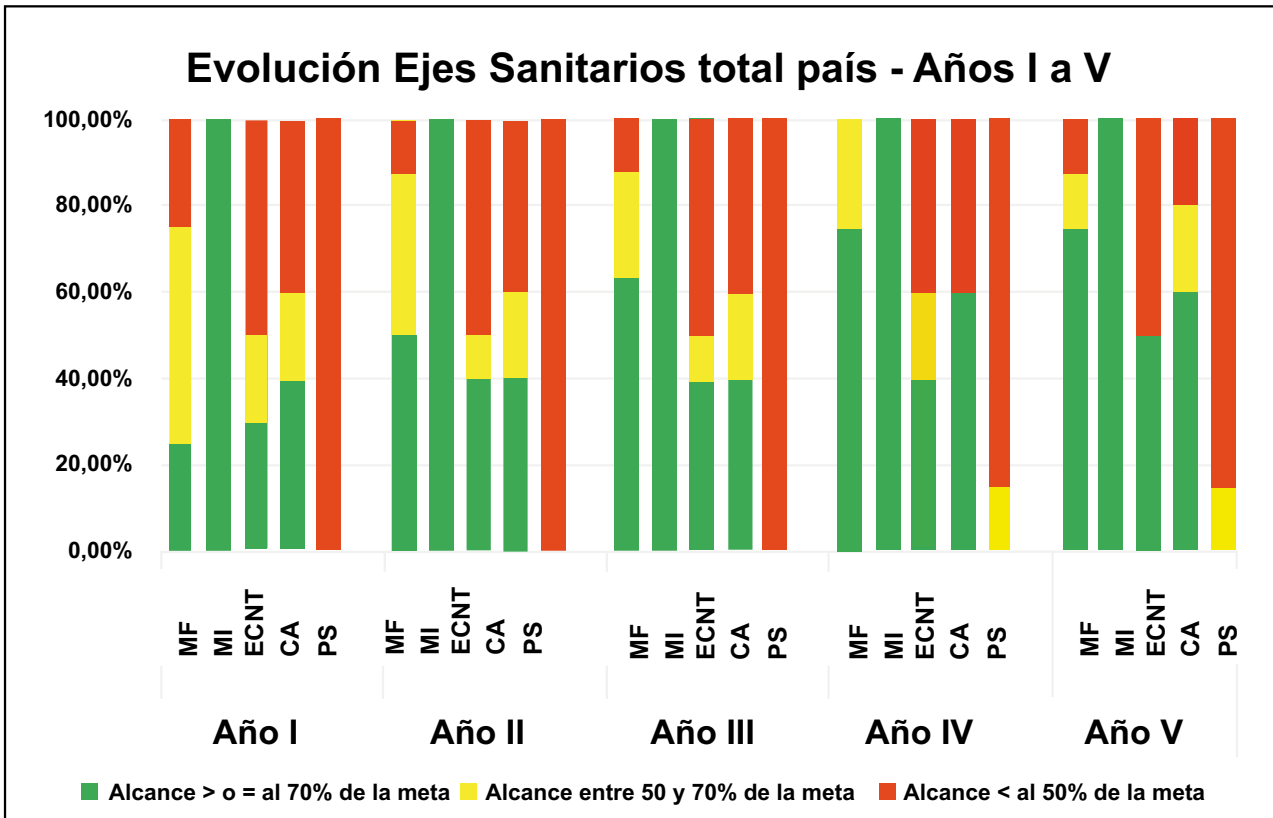


Figura 5: Evolución por Ejes Sanitarios, Años I a V, promedio de todo el país. Fuente: elaboración propia.

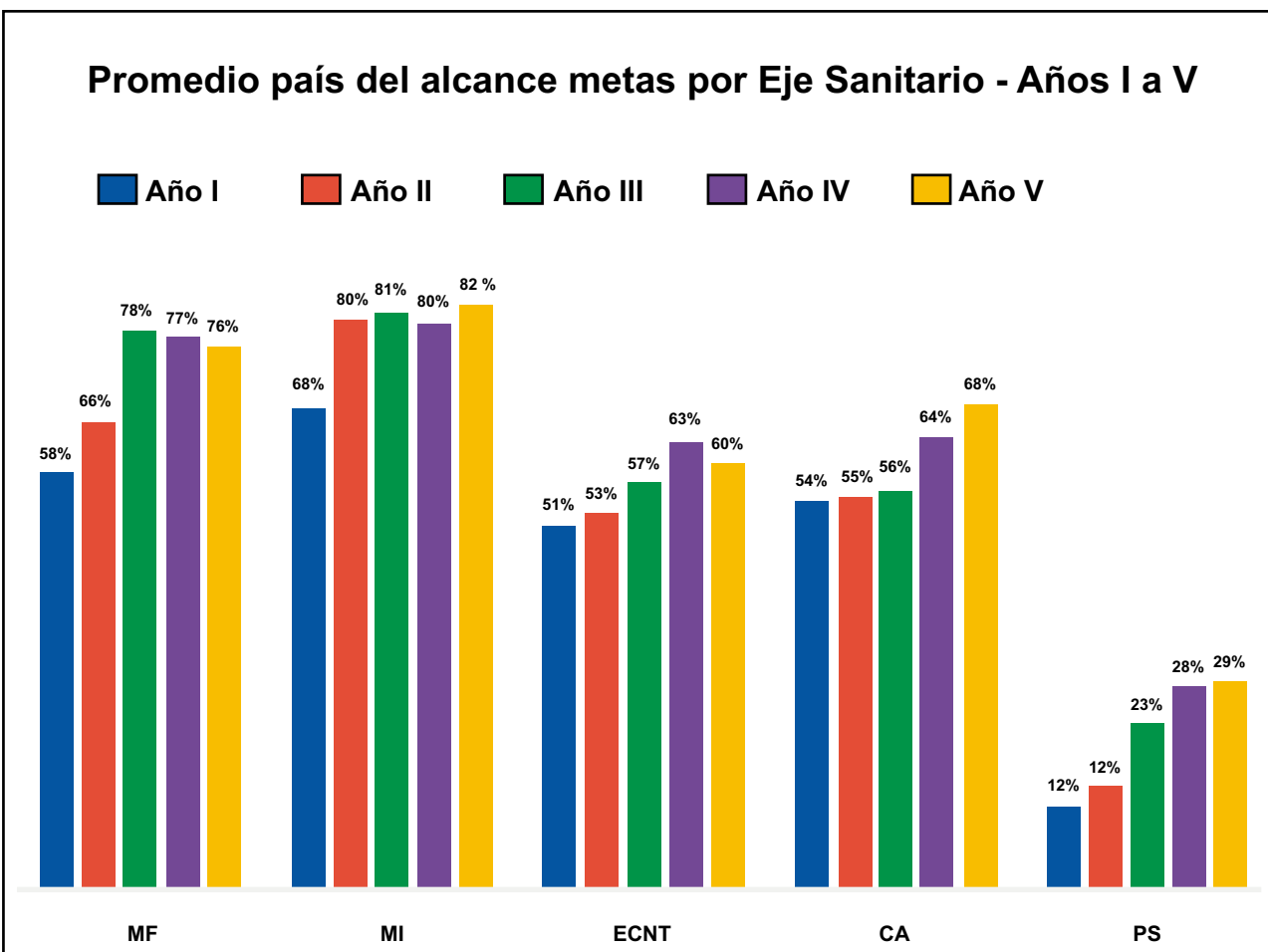


Figura 6: Evolución del promedio nacional de alcance de metas por Eje Sanitario y por Años I a V. Fuente: elaboración propia.

Los atributos mostraron, en su totalidad, una evolución favorable en el período evaluado. Sin embargo, el cumplimiento de las metas estuvo bastante alejado de lo propuesto de manera teórica que, si bien pudo haber sido ambicioso inicialmente, se basó en los estándares generales propuestos para los problemas abordados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud de Nación (MSAL) y las diferentes sociedades científicas. A partir de esta línea de base, se comenzó desde el PNAPS a trabajar con los responsables de los diferentes CAPs a través de capacitaciones, reuniones de gestión y encuentros regionales y nacionales, poniendo especial énfasis en los ES propuestos, con la intención de lograr mejoras graduales y progresivas para cada uno, y sostenibles en el tiempo.

DISCUSIÓN

La evolución favorable de los atributos representa un hallazgo sumamente importante porque permite interpretarla como una mejora cualitativa con reafirmación y asimilación del modelo propuesto para la atención y gestión sanitaria.

A partir del análisis de los resultados precedentes se desprende que, a pesar de encontrar una mejora clara tanto en el porcentaje de alcance de las metas propuestas para cada uno de los ES (Figura 5 y Figura 6) como en sus atributos, fue necesario fortalecer acciones recurrentes para lograr esas mejoras graduales y progresivas, y para reforzar su sustentabilidad temporal. Así, el ETG se planteó diferentes estrategias destinadas a optimizar los modelos asistenciales y de gestión del PNAPS, que interpretamos tuvieron repercusión directa sobre los ES implementados:

1) Reformulación de las CR para los CAPs que formaban parte de la red Nacional de Atención Primaria con referenciación y articulación con el ETG.

2) Formalización de una Coordinación de docencia e investigación del PNAPS.

3) Implementación de un curso bianual de gestión para modelos de atención centrados en la APS (acreditado por Federación Argentina de Medicina Familiar y General - FAMFyG) para todos los coordinadores responsables de los CAPs.

4) Conformación de equipos de trabajo centrados en los ES propuestos.

5) Actualización de guías de práctica clínica (GPC).

6) Capacitación en adicciones.

7) Formación de Espacios Amigos de la Madre y el Niño siguiendo la iniciativa del MSAL.

8) Presentación de los resultados obtenidos a los propios equipos de salud mediante estrategia de visualización por rango cromático o “escala semáforo” como retroalimentación de datos traducida a la vez en una autoevaluación del trabajo local.

9) Encuentros regionales y nacionales para los equipos de salud de la red como espacio de intercambio y puesta en común de las diferentes realidades locales, logros y dificultades de cada región/CAP, herramientas innovadoras aplicadas por cada equipo, etc.

CONCLUSIONES

Entendemos que esta evaluación de resultados se constituye en un precedente dentro del ámbito de la APS y de la seguridad social de nuestro país. La investigación realizada ejemplifica la importancia vital de la instancia de evaluación como un momento fundamental dentro la gestión sanitaria principalmente por 3 motivos: (a) permite disponer de información útil para tomar decisiones en varios niveles de la organización; (b) dispara un mecanismo de retroalimentación para el mejoramiento continuo de los procesos y de las funciones; y (c) respalda nuestras decisiones a la hora de rendir cuentas y legitimar la tarea realizada desde los ETG.

Se aporta información valiosa y original para subsidiar la toma de decisiones en el futuro, no sólo porque la experiencia tiene como protagonista un agente de la seguridad social de nuestro país, sino porque además representa la factibilidad y la importancia de la investigación en el ámbito de la APS.

Debemos considerar, en base a todo lo observado, algunas cuestiones que creemos permitirán optimizar la gestión dentro del primer nivel de atención y de esta forma obtener mejores resultados a nivel local potenciando así los resultados globales de cada ES. En base a lo antedicho, es necesario recordar las siguientes medidas⁽³⁾:

- Replantear los procesos clásicos y rígidos de gestión;

- Instalar una metodología sistematizada de análisis, monitoreo y evaluación rutinaria de las diferentes acciones llevadas a cabo;

- Adecuar, modernizar y optimizar registros informáticos/codificación;

- Redefinir indicadores estructurales, de procesos y de resultados, generando una rutina de monitoreo y análisis de los diferentes procesos;

- Aportar información y resultados que contribuyan tanto con la planificación como con la toma de

decisiones en la implementación de diferentes políticas sanitarias;

- Considerar mejoras, ajustes y correcciones respecto de los ES evaluados, ya sea para redefinir las prioridades sanitarias del PNAPS así como las intervenciones más pertinentes para cada uno en su contexto particular.

De esta forma podemos encontrar modelos de gestión y de atención de la salud más flexibles y adaptables a las diferentes realidades y contextos, que busquen relacionar los problemas y necesidades en salud de determinados conjuntos sociales con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios disponibles, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales y factibles para actuar, manejando recursos, y buscando la resolución de los diferentes problemas.

Considerando que las prácticas de salud colectiva tienen por objeto garantizar la salud de las personas, y que para lograrlo se involucran una gran cantidad de actores, procesos y acciones que deben coordinarse y gestionarse de forma óptima⁽¹¹⁾, es el momento adecuado para que desde la gestión sanitaria podamos permitirnos sin desconfianza extrapolar el uso de nuestros propios saberes y tecnologías médico-sanitarias a la vez que empecemos a incorporar otros nuevos saberes que estimulen la participación comunitaria, trascendiendo el ámbito formal de las instituciones de salud, e involucrar a otros sectores y órganos gubernamentales y no gubernamentales para optimizar la salud de las personas.

FINANCIACIÓN

La investigación ha sido financiada por la Fundación AEQUUS, organización sin fines de lucro que tiene por objeto el desarrollo de la medicina familiar y la APS en América Latina.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no han reportado ninguno.

AGRADECIMIENTOS

A la gran cantidad de personas que en el transcurso de los 5 años evaluados fueron parte de los diferentes EBAMP, de las CR y del ETG, cuyo trabajo cotidiano, constante, perseverante y articulado fue vital para el desarrollo e implementación de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubinstein A. Sistema de salud argentino: finan-

ciamiento, organización y prestación de servicios. Construyendo la agenda de reformas pendientes en el Sistema de salud argentino. Vol. 4, Health Systems and Reform. Buenos Aires: Taylor and Francis Inc.; 2021 Jun.

2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Análisis de situación de salud República Argentina 2018. Buenos Aires; 2018.

3. Cacace P. "Experiencia del modelo de atención primaria basado y medicina familiar en OSPeCon." In: Jornada iSALUD "Experiencias innovadoras en gestión de salud." Buenos Aires: iSalud; 2017.

4. Cacace P, Coppolillo F. La investigación en Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar y General. 2006;3(2):32-4.

5. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ache Management; 1980.

6. de Araujo Hartz ZM, Vieira Da Silva LM. Evaluación en Salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

7. Contandriopoulos A, Hartz Z, Champagne F, Brousselle A. Avaliação: conceitos e métodos. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

8. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005 Sep;83(3):457-502.

10. Magalhães Bosi ML, Mercado FJ. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

11. Campos GW de S. Gestión en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.