

MEDICINA FAMILIAR

REFLEXIONES DESDE
LA PRÁCTICA



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Ministerio
de Salud Pública



Medicina Familiar

Reflexiones desde la práctica

Varios autores

Rita Bedoya Vaca
Editora

Quito, julio 2017

Medicina familiar. Reflexiones desde la práctica

Bedoya, R. (Ed.) (2016). Medicina familiar. Reflexiones desde la práctica. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud

ISBN: 978-9942-8604-1-5

500 Ejemplares

Impreso en Quito - Ecuador, julio/2017

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ni de la Organización Panamericana de la Salud.

Se permite el uso de los contenidos de este libro, siempre y cuando se cite la fuente y no sea para fines comerciales.

Autores en orden alfabético:

Ana Aulestia Paredes

Benoit Marchand

Caley Mikesell

Carlos E. Durán

Carlos Troya

Diego Herrera

Fúlvio B. Nedel

Iván Dueñas-Espín

Lucy M. Candib

Luci Matailo Montenegro

Michelle Grunauer

Miguel Martín

Miguel Obregón

Natalia Romero-Sandoval

Patricia Granja

Patricio Aguirre Arauz

Pedro Martínez Borrero

Rita Bedoya Vaca

Susana Tito Lucero

Virginia Gómez de la Torre

Xavier Maldonado

Editora:

Rita Bedoya Vaca

Edición de texto y corrección de estilo:

Paulina Ponce C.

Coordinación editorial:

Martha Rodríguez, OPS/OMS

Talina Mosquera, OPS/OMS

Índice de contenidos

Presentación	5
Prólogo	7
Introducción	9
Siglas utilizadas	11
Estructura del libro	13
Capítulo uno: profesión médica, medicina familiar y género	17
Capítulo dos: los principios de la medicina familiar y el modelo de salud en Ecuador	47
Capítulo tres: dolor y sufrimiento. Instrumentos de la medicina familiar	77
Capítulo cuatro: la violencia como problema social	109
Capítulo cinco: la malnutrición como problema social	143
Capítulo seis: sexualidad en el adulto mayor y abordaje por el médico de familia	169
Capítulo siete: diversidad sexual	197
Capítulo ocho: toma de decisiones en pruebas diagnósticas	217
Capítulo nueve: toma de decisiones terapéuticas	247
Capítulo diez: cuidados paliativos pediátricos	271
Capítulo once: evaluación del impacto de la atención primaria	303

Índice de tablas

Tabla 1: La medicina familiar y comunitaria y la universidad	38
Tabla 2: Características del modelo hegemónico de la medicina	55
Tabla 3: Principios de la medicina familiar	60
Tabla 4: Mujeres violadas o forzadas a tener sexo según medios utilizados por perpetradores en el 2011	134

Tabla 5: Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R)	138
Tabla 6: Criterios clásicos de Wilson y Jungner para cribados (Wilson & Jungner, 1969)	234
Tabla 7: Ejemplo de tabla para filtrar opciones terapéuticas conforme al Proceso de la Terapéutica Razonada	258
Tabla 8: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP), por grupo de causa: frecuencia absoluta y relativa en el total de egresos, en el total de egresos descontados los partos, y entre las CSAP. Ecuador, 2010	319
Tabla 9: Tasa de hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria, por sexo y grupo de edad. Ecuador, 2010	322

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Ecomapa de Yolanda. La Rinconada	96
Ilustración 2 : Los mitos sobre la violencia de género	122
Ilustración 3: Umbral de decisión	225
Ilustración 4: Poder de un argumento aplicado a un contexto clínico	228
Ilustración 5: Periodo para aplicar tratamiento paliativo	280
Ilustración 6: Oportunidades claves para aplicar los cuidados paliativos	282
Ilustración 7: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: distribución proporcional ordenada por grupo de causa. Ecuador, 2010	320
Ilustración 8: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP): frecuencia absoluta y relativa en el total de egresos descontados los partos, y tasas por mil habitantes, por provincia de residencia del paciente. Ecuador, 2010	321
Ilustración 9: Hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: mapas con proporción entre las hospitalizaciones y tasa por mil habitantes por provincia de residencia del paciente. Ecuador, 2010	323

Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha definido el Modelo de Atención Integral de Salud con una visión familiar, comunitaria e intercultural, que constituye un cambio profundo en la manera de concebir la salud, desde un enfoque tradicional a uno integral e inclusivo, fundamentado en el derecho a la salud como valor esencial. Este modelo se ha venido implementando desde hace algunos años, de manera integrada y progresiva en los diferentes niveles de atención del sistema público, experiencia que se ha trabajado en varios otros países de la Región. Para fortalecer el modelo se han adoptado una serie de medidas, normativa de inversión, como la creación y mejoramiento de infraestructura de los centros de salud del primer nivel de atención y la red hospitalaria, la incorporación de un número significativo de recurso humano al sector, entre otras.

El desarrollo de la atención primaria es clave en este modelo de atención, para lo cual se requiere un enfoque de salud pública, integral e inclusivo, con servicios de calidad, con un primer nivel altamente resolutivo, centrado en la familia y la comunidad. El talento humano y su formación también es medular y demanda de médicos de familia, técnicos de atención primaria que junto, a enfermeras, odontólogos y obstetrices, consoliden equipos capaces de realizar este trabajo integral y con enfoque intercultural.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador socializó y propuso a las universidades e institutos de educación superior, el tipo de formación profesional que requiere el sistema de salud. Así, mediante un trabajo conjunto, se desarrollaron mallas curriculares para la formación de médicos de familia y técnicos de atención primaria, que se ajustaron a necesidades institucionales y nacionales. A la fecha, estos profesionales, cerca de 450 médicos de familia y 1500 técnicos de atención primaria, se han incorporado en diferentes centros de salud del primer nivel de atención del país.

El libro titulado Medicina Familiar, reflexiones desde la práctica, aporta

en este escenario, con análisis y aprendizajes derivados de la experiencia profesional de más de veinte médicos especializados en medicina familiar y temas relacionados. El marco teórico de referencia en la mayoría de los capítulos es el enfoque de género.

Este insumo de trabajo se vuelve indispensable en momentos que los profesionales formados necesitan de un proceso de educación permanente en sus espacios laborales y sin duda, les ayudará a enfrentar problemas no solo clínicos, sino también sociales.

En esta obra se analiza la medicina familiar como disciplina, sus principios, técnicas e instrumentos y su desarrollo en Ecuador, los desafíos tanto para el personal médico como para los pacientes, sus familias y para las políticas públicas en salud. Desde una perspectiva más amplia, se plantea el rol de la medicina familiar ante problemas estructurales como la violencia, la malnutrición o la discriminación a las diversidades sexuales. También se profundiza en las decisiones terapéuticas, formas de llegar al diagnóstico, cuidados paliativos y evaluación de la atención primaria en salud.

Esta publicación es un documento que logra calidad y rigurosidad académica, trata las temáticas de forma amena y es de ágil lectura. Para profundizar en las temáticas propone relatos cortos que surgen del trabajo cotidiano de una médica familiar en una zona rural, plantea preguntas generadoras que son respondidas por los autores de cada capítulo. Finalmente, sugiere diferentes recursos como lecturas complementarias, películas y documentales para que los lectores puedan profundizar en el tema.

Como un corolario muy relevante, los autores ponen en el debate la necesidad de incorporar a las ciencias sociales en la mejor comprensión de los problemas que enfrenta el médico de familia. Aspiramos a que esta publicación sea un aporte más a un esfuerzo nacional para posicionar al Ecuador en el escenario regional y mundial, como un referente en la atención primaria de salud y la medicina familiar.

Dra. Verónica Espinoza
Ministra de Salud Pública
del Ecuador

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS
en Ecuador

Prólogo

La obra que tiene en sus manos ha sido trabajada desde la visión de Medicina Familiar para médicos de familia. Sin embargo, cualquier miembro del equipo de salud podrá disfrutar de este libro, porque si seguimos su lógica, estos saberes no son propiedad de los médicos, sino de todo aquel a quien le interese.

Esta obra tiene la particularidad de estar armada como una obra literaria, en la cual el personaje central que nos lleva por diferentes caminos es Verónica, médica de familia que trabaja en el sector rural y que al insertarse en la comunidad se plantea varias preguntas; algunas de ellas le increpan a sí misma como mujer profesional y otras le cuestionan en los conocimientos aprendidos y los referentes teóricos con los que hasta ese momento ha explicado los problemas de salud de sus pacientes. Estas preguntas son resueltas a lo largo del libro por los diferentes autores, con excelente sustento bibliográfico y distintos enfoques que incluye el enfoque de género y el aporte de las ciencias sociales.

Confío que este texto llegue a ser un clásico en las bibliotecas de muchos estudiosos de la medicina generalista, además de un buen material para las facultades de medicina, tanto en pregrado como en postgrado. La riqueza en información que nos brinda el texto, así como la variedad de temas que trata están completamente relacionadas al quehacer diario de los médicos de familia. Médicos familiares como colegas de especialidades afines han decidido documentar y sustentar con gran calidad y experticia los temas objeto de esta obra.

Los contenidos siguen un esquema lógico que permite una lectura secuencial. Sin embargo, el lector puede acceder a su lectura por el capítulo que más le interese y luego ir hacia atrás o adelante, porque está diseñado para que esto suceda.

Espero que disfruten la lectura de estas letras, tanto como yo la he disfrutado, les recomiendo saborearlo lentamente, tengan la seguridad que encontrarán diferentes colores y sabores de la vida y la muerte, que sin duda son circunstancias que rodean el que hacer de quienes transitamos por el camino de la Medicina Familiar.

Dra. Carmen Elena Cabezas E.
Presidenta de la Sociedad
Ecuatoriana de Medicina Familiar

Introducción

El objetivo del libro *Medicina Familiar, reflexiones desde la práctica* es por un lado analizar la influencia del género en los diferentes aspectos y ámbitos de la práctica de la medicina familiar, a partir del trabajo cotidiano, en el que se observa la discriminación por género como factor que profundiza las inequidades, tanto entre los profesionales de la salud como entre los hombres y mujeres de las familias con las que los médicos de familia trabajan. Por otro lado, se reflexiona críticamente en varios temas álgidos que están presentes en la práctica cotidiana del médico de familia.

La profesión médica en el mundo está en crisis. Existe una distribución inequitativa de los profesionales de la salud. África, por ejemplo, experimenta el mayor déficit de médicos, y es al mismo tiempo un continente de origen de profesionales hacia países que mantienen políticas de captación como Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido. En segundo lugar, la distribución de los médicos está concentrada en las grandes ciudades, muestra de ello es que los especialistas, entre ellos los médicos de familia, difícilmente optan por trabajar en el sector rural. En tercer lugar, el número de mujeres médicas ha aumentado a nivel mundial, marcando una tendencia que parecería irreversible.

La organización de los sistemas de salud es diversa. A nivel regional solamente Cuba mantiene un sistema de salud completamente público, con profesionales de la salud que son servidores públicos. Canadá mantiene un sistema de aseguramiento universal basado en un primer nivel fuerte, en el cual los médicos de familia y su equipo de profesionales (parteras, enfermeras) son la base del sistema. En los diferentes países de la región los sistemas de salud están conformados por instituciones que trabajan con lógica pública y por instituciones que trabaja con lógica de mercado.

En este contexto, este libro se dirige a los médicos de familia en formación y a quienes encuentran un momento en sus vidas para reflexionar acerca de su práctica. Este libro no es un tratado de medicina familiar, ni es un libro que brinde “claves” para manejar los problemas frecuentes desde un enfoque biológico. Tampoco pretende recordar las ventajas o limitaciones de las herramientas del trabajo familiar y comunitario; y menos aún, sistematizar o ejecutar evaluaciones del sistema sanitario. Se busca que los médicos de familia comprendan el enfoque de género y lo utilicen en el análisis de los problemas de salud que enfrentan.

Se invita también al lector a reflexionar de manera crítica sobre algunos de los problemas, de los que generalmente no se habla o se lo hace de manera tangencial en la formación académica de la medicina familiar: integrar el aporte de las corrientes teóricas de las ciencias sociales a la práctica cotidiana del médico de familia para comprender, de manera holística, problemas espinosos o complejos de tratar.

Si bien la medicina familiar busca salir del enfoque de causalidad que ha dominado las especialidades médicas e incorporar la teoría general de sistemas como referente teórico, es importante ampliar este marco referencial incorporando el pensamiento complejo y la epidemiología crítica. El cambio de la sociedad incluye problemas estructurales como la violencia social, lo que obliga a incorporar el análisis del poder, ampliamente debatido por la teoría de género. En el libro se utiliza este enfoque en el análisis de la formación médica, en el campo profesional y en algunos problemas del quehacer diario del médico de familia.

Teniendo en mente lo expuesto, la editora del libro se propuso conformar un grupo interdisciplinario de colaboradores con diferentes experiencias y provenientes de diferentes países, y recibir de forma didáctica, el aporte de su conocimiento basado en la lectura científica, en su experiencia de trabajo o en sus investigaciones.

Rita Bedoya Vaca
Editora

Siglas utilizadas

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions (Ver CSAP)
AOS	Apnea Obstructiva del Sueño
APS	Atención Primaria de Salud
APSr	Atención Primaria en Salud Renovada
CASIC	Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognoscitivo
CBIP	Centro Belga de Información Farmacoterapéutica (por sus siglas en francés)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIEC	Centro Ecuatoriano de Información, Evaluación e Investigación Clínica y Sanitaria
CP	Cuidados Paliativos
CPP	Cuidados Paliativos Pediátricos
CSAP	Condiciones Sensibles a la Atención Primaria
DCIS	Carcinoma ductal in situ
EAIS	Equipos de Atención Integral de Salud
EFES	Escala Familiar Estructural Sistémica
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPV	Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja
EVA	Escala Visual Análoga
FES	Escala de clima social familiar (del inglés: Family Environment Scale)
GBP	Guía de Buena Prescripción
GRAAL	Grups de Recerca d'Àfrica i Àfrica Llatines
IECA	Inhibidor Selectivo de la Enzima Convertidora de Angiotensina
IMC	Índice de Masa Corporal
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IPG	Índice de Paridad de Género
ISBD	Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (por sus siglas en inglés)
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIR	Médico Interno Residente (España)
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
NIH	Instituto Nacional de Salud (por sus siglas en inglés)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCA-Tool	Primary Care Assessment Tool
RDCAA	Registro Diario de Consultas y Atenciones y Ambulatorias
RI	Resistencia a la insulina
ROC	Característica Operativa del Receptor (del inglés: Receiver Operating Characteristic)
TAPS	Técnicos de Atención Primaria en Salud
UE	Unión Europea
USPSTF	Fuerza Operativa sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (por sus siglas en inglés)
VFE	Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador
VPN	Valor Predictivo Negativo
VPP	Valor Predictivo Positivo

Estructura del libro

El libro está organizado en once capítulos que empiezan con un relato, cuentos en los que se expone la problemática que médicas y médicos de familia enfrenta en su trabajo cotidiano, y que se constituye en la pauta para ubicar los temas de cada capítulo. En un segundo momento, los autores realizan un análisis de los problemas, plantean preguntas generadoras que guían la discusión y que son respondidas con fundamentación teórica. Finalmente se presenta al lector una serie de recomendaciones para profundizar en el tema.

En este libro se utilizan ejemplos de Ecuador, que es el país donde se escribe el texto y es de dominio de la mayor parte de los autores.

Los capítulos están ordenados en cuatro secciones. Los tres primeros capítulos constituyen el marco referencial para el análisis de la profesión médica, específicamente de la medicina familiar, sus referentes teóricos, principios e instrumentos de la medicina familiar. Una segunda parte, conformada por dos capítulos, abordan problemas estructurales como la violencia social y la malnutrición. Una tercera parte consta de dos capítulos que tratan problemas específicos de los que usualmente no se habla, como son el derecho al placer en la tercera edad y las diversas identidades sexuales. Una cuarta parte, está conformada por cuatro capítulos, dos de toma de decisiones en la terapéutica y en las pruebas clínicas; un capítulo sobre cuidado paliativo pediátrico y un último capítulo sobre evaluación de la atención primaria mediante indicadores específicos.

En el **primer capítulo** se reflexiona acerca de la situación de la profesión médica, su feminización, el sesgo de género activo en las razones por las que hombres y mujeres eligen la profesión médica, la especialidad y el campo profesional, específicamente la medicina familiar.

En el **segundo capítulo** se analiza el marco teórico referencial que orienta la medicina familiar, dejando claro que la teoría general de sistemas no es suficiente para comprender la problemática que enfrentan pacientes, familias y comunidades. En países como el nuestro es importante salir del análisis de las interrelaciones e incorporar el pensamiento complejo y la epidemiología crítica, para entender los condicionantes sociales de la salud, subrayando la importancia de una visión de género que deleve la inequidad e incorpore la diversidad.

En el **tercer capítulo** se reflexiona acerca de las herramientas de la medicina familiar, enfatizando en cómo el pensamiento holístico del médico de familia, sus habilidades y los instrumentos propios de la especialidad le permiten ir más allá del problema biológico —en este caso, el dolor— para llegar a entender el sufrimiento de sus pacientes, familias y comunidades.

Los dos capítulos siguientes analizan, desde el enfoque de género, dos problemas sociales prioritarios que los profesionales enfrentan. El **capítulo cuatro** se propone trabajar la violencia como problema social, dejando claro que la violencia es un problema estructural que produce varios tipos de violencia; y enfatiza en la necesidad de incorporar el enfoque de género y de derechos en la evaluación y manejo de la violencia en contra de la mujer, por ser causante de diversas patologías y sobre todo de múltiples inequidades y discriminaciones que afectan la salud integral de las mujeres en todo su ciclo de vida.

El **capítulo cinco** sitúa a la nutrición como problema estructural y otra expresión de violencia social; la malnutrición es analizada en sus determinantes sociales que de varias maneras —algunas irreversibles— afectan a hombres, mujeres, jóvenes, niños, y en la vida fetal, con incidencia en la salud física y mental.

Los dos capítulos siguientes tratan problemas específicos del campo del médico de familia, con frecuencia no tratados durante su formación y que, desde el enfoque de género, son prioritarios. El **capítulo seis** trata acerca de la sexualidad en los ancianos y ancianas, poniendo sobre el tapete el derecho al placer en esta etapa de la vida. Muchos de los y las médicas no se sienten cómodos tratando este tema con sus pacientes, en este capítulo

se pretende abrir un espacio de reflexión sobre el tema y proponer herramientas útiles.

El **capítulo siete** trata sobre diversidad sexual; se discuten las identidades sexuales, se trabaja sobre la identidad como derecho humano y se enfoca en el rol del médico de familia, ampliando su conocimiento y dotándolo de herramientas para un acercamiento sensible, práctico y, en lo posible, libre de prejuicios.

Los dos siguientes capítulos del libro se enfocan al análisis crítico en su práctica cotidiana. Si bien no son temas tratados específicamente con enfoque de género, buscan señalar la influencia del mercado en el quehacer de la salud y la importancia de evaluar el impacto del trabajo del médico de familia en el primer nivel de atención. El **capítulo ocho** trata acerca de la toma de decisiones basada en pruebas, como decidir qué prueba realizar y los elementos a tomar en cuenta para que estas permitan tomar una decisión pertinente y adecuada.

El **capítulo nueve** trata sobre la toma de decisiones en la terapéutica, tan importante en el trabajo del médico de familia que, en sistemas como el nuestro, debe considerar el costo beneficio de cada una de sus acciones.

El **capítulo diez** trata acerca del cuidado paliativo pediátrico, un tema ausente en la formación de los médicos de familia, y que requiere reflexión y conocimiento por parte del médico de familia para poder incluirse en el equipo multidisciplinario que debe manejar estos casos en la comunidad.

Finalmente, el **capítulo once** trata sobre evaluación en atención primaria para motivar a que los y las médicas de familia tengan conciencia de su rol en el sistema de salud. Analiza la importancia de incorporar indicadores de evaluación como las Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP), típicamente atendidas en atención primaria y que devela cómo una respuesta no oportuna ni efectiva determina una hospitalización que no debió darse. Se ejemplifica con un caso del Ecuador.



Capítulo uno: profesión médica, medicina familiar y género

Rita Bedoya Vaca*

Puntos de vista

Si Eva hubiera escrito el Génesis, ¿cómo sería la primera noche del género humano? Eva hubiera empezado por aclarar que ella no nació de ninguna costilla, ni conoció a ninguna serpiente, ni ofreció manzanas a nadie, y que Dios nunca le dijo parirás con dolor y tu marido te dominará. Que todas esas historias son puras mentiras que Adán contó a la prensa.

Mujeres

Eduardo Galeano

* Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines - GRAAL



¡Llegó abril!

Verónica ahora tiene treinta y dos años y está por estrenarse como médica familiar. Su motivación empezó en la adolescencia cuando conoció a un niño, vecino suyo, que tenía una malformación congénita en el corazón. La madre deambuló, sin suerte, en busca de atención para su hijo, finalmente el niño murió antes de realizarse la cirugía que necesitaba. Fue entonces que Verónica se propuso ser cardióloga infantil.

Desde el primer año se esforzó mucho, era una excelente estudiante, muy competitiva y tenía la meta clara: lograr la especialidad y subespecialidad en cirugía cardíaca infantil, sueño que era compartido por sus padres. Cuando llegó al internado rotativo encontró a quien supuso sería el “amor de su vida”. Aunque planificaron muchas cosas: ganar una beca, hacer juntos el posgrado de sus sueños; Verónica quedó embarazada, a pesar de usar preservativos.

Luego de la noticia surgieron muchos conflictos que se intensificaron con el paso de los meses. Él propuso interrumpir el embarazo porque era un impedimento para el posgrado; Verónica no estaba de acuerdo, así que llegó la separación. Ella decidió tener a su hija por su cuenta.

Cuidó su embarazo el ginecólogo de su madre, de muchas maneras sintió su reproche por haber “metido la pata”, cuando tenía todo un futuro brillante. El nacimiento de su hija se produjo durante su año de medicina rural. Su parto fue complicado y la niña requirió mucha asistencia. Pese a sus conocimientos no lograba integrarse a la lactancia y fue una técnica de atención primaria quién la apoyó para amamantar adecuadamente a su hija. Verónica sentía soledad y también tristeza, veía la decepción de sus padres, quienes de todos modos apoyaron el cuidando de la niña.

Las necesidades aumentaron así que Verónica buscó trabajo enseguida

que terminó la rural, así podría mejorar su situación económica y mantener a su hija. Las buenas noticias llegaron y empezó a trabajar en el sistema público de salud. Así conoció a Víctor Hugo, médico de familia con años de experiencia. Fue una inspiración para ella conocer a un médico que tenía interés en conectarse con las personas, conocía profundamente sus historias y resolvía la mayor parte de sus problemas, y además, disfrutaba de su familia.

El sueño de la cardiología quedó atrás, ahora tenía por objetivo realizar una especialidad que le permitiera trabajar la salud de manera integral. Le preocupaban las mujeres jóvenes, que como ella, enfrentan crisis inesperadas. Entonces se presentó la oportunidad de realizar el posgrado de medicina familiar, que a través de un programa de becas cubrió todos los gastos.

Hoy es su primer día de trabajo en la unidad de salud donde devengará su beca, el equipo ha organizado una fiesta de bienvenida; están felices, es la primera vez que ese centro cuenta con una especialista. Verónica espera hacer la diferencia.

Su primera impresión es agradable, su equipo parece muy trabajador y comprometido con la gente. Lista para trabajar, se ha puesto su mandil que tiene una inscripción en el pecho “Dra. Verónica, Medicina Familiar, Especialista”. El primer paciente, al verla, le dice, ¡Buenos días señorita!

Verónica se queda desconcertada y vuelve a sentir ese coraje que le embarga cuando la llaman “señorita”, le ha costado mucho trabajo llegar a este momento y no entiende por qué la gente no alcanza a verla como lo que es, una médica.

Propuesta para resolver el caso

Verónica, al igual que muchas mujeres en el mundo, optó por la facultad de medicina con el sueño de servir a la gente más necesitada. Quería ser una cardióloga de niños. Durante la formación de pregrado su meta fue lograr la especialidad y subespecialidad. Al final de su carrera, mientras realizaba el internado rotativo, se enamora y embaraza de manera no planificada; su opción por la maternidad le impide que pueda continuar con su proyecto de vida.

La decisión de ser madre soltera ocasiona que sus padres se decepcionen de ella. Vive su embarazo y primera etapa de crianza en soledad. Busca apoyo en el servicio de salud. Encuentra una respuesta fragmentada e impersonal que le hace cuestionar el modelo de atención.

Al no contar con recursos económicos, se ve obligada a trabajar en forma inmediata. El espacio que se le abre es el sistema público, allí conoce a un médico familiar que se relaciona de manera personal con sus pacientes, resuelve sus problemas de salud, está contento con su trabajo y con el hecho de poder armonizarlo con el tiempo para su familia. Es él quien le sirve de inspiración para ingresar al posgrado de medicina familiar.

Para entonces, el tema de la cardiología en la construcción de su oficio quedó en el pasado; Verónica ahora se interesa en un posgrado que le permita brindar una atención integral. La medicina familiar se le presenta como una buena opción, pues recibe la oferta de una beca completa que, en su caso, es la única manera en la que podría realizar un posgrado.

Su año de medicina rural se convierte en una buena experiencia, allí conoce el gran potencial para el trabajo comunitario de los equipos bien organizados. Se siente agradecida por la recepción que le brindan, está segura que podrá poner en práctica lo aprendido en su formación. Aunque su primer paciente no ve en ella una doctora, sino una señorita, sabe que cuando conozcan el trabajo de una médica familiar apreciarán su profesionalismo y así no se impondrán las ideas producto del pensamiento patriarcal.

En este contexto, este primer capítulo del libro *Medicina Familiar, reflexiones desde la práctica*, analiza la profesión médica y el ejercicio profesional. Para conseguir ese propósito, se examina de manera somera la situación de la profesión médica en el mundo y en Ecuador, las motivaciones que tienen hombres y mujeres para elegir la profesión médica, se desarrollan algunas reflexiones sobre la formación médica en Ecuador y la diferencia que existe entre hombres y mujeres a la hora de elegir la especialidad; analiza el impacto de la maternidad en la elección del campo profesional y cierra reflexionando sobre la medicina familiar, sus fortalezas, conflictos y desafíos.

Estos temas se analizan a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la situación de la profesión médica a nivel general y en Ecuador en particular?
- ¿Cuáles son las motivaciones para elegir la profesión médica y cómo influye el género?
- ¿Cómo influye la formación de pregrado en la elección de la especialidad?
- ¿De qué manera influye la maternidad en la elección de la especialidad?
- ¿Cuáles son las fortalezas, conflictos y desafíos de la medicina familiar en Ecuador?
- ¿Cuáles son los retos hacia el futuro de la medicina familiar en Ecuador, desde la perspectiva de género?

Fundamentación teórica

¿Cuál es la situación de la profesión médica a nivel general y en Ecuador?

Al igual que otras profesiones relacionadas con el cuidado, a nivel mundial la profesión médica está en crisis ante la escasez de aspirantes a la formación médica. Cincuenta y siete países no cuentan con un mínimo de personal sanitario. Para el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se fijó el objetivo de contar con 2,5 trabajadores por cada 1000 habitantes, pero esta meta no fue posible alcanzar. Según el *Informe sobre la salud en el mundo* de la OMS, correspondiente al año 2015, se afirma que faltaban 2,4 millones de trabajadores sanitarios (Mediano *et al.*, s. f.)

La inequidad en la distribución de los trabajadores sanitarios es seria. África, la región que presenta mayores problemas de salud, es el continente con el menor número de médicos: dieciséis veces menos profesionales por habitante que los que cuenta Europa. En África existen cinco enfermeros por cada médico, mientras en el resto del planeta esta proporción es paritaria. Esto sugiere que, ante la falta de médicos, son las enfermeras quienes asumen sus competencias. Muchos factores condicionan la falta de personal sanitario para cubrir las necesidades básicas de una población. Por un lado, la dinámica de la enfermedad es cambiante a lo largo del tiempo, y está influenciada por determinantes sociales, demográficas y culturales, a los que se suma el que cada vez más grupos vulnerables y enfermos crónicos requieren cuidado directo de los sistemas sanitarios. Por otro lado, los sistemas de salud deben adaptarse a la realidad de sus sociedades, donde las asignaciones públicas presupuestarias son escasas y en permanente conflicto. En algunos países, los sistemas privados de salud no son controlados y su visión es de lucro. A esta realidad de los últimos años se suma el hecho de que el número de estudiantes en formación no logra cubrir las necesidades del sistemas de salud. Es frecuente que en un mismo país coexistan dos realidades contradictorias: insuficiente personal sanitario y un gran número de profesionales sanitarios desempleados. Muchas veces estos desequilibrios se dan porque existe una clara centralización de servicios de salud en las zonas urbanas, en las que el problema radica en el incremento de merca-

dos de trabajo del sector privado y la sobreexplotación del personal para economizar gastos. La falta de fondos públicos para el trabajo en zonas rurales determina que este resulte poco atractivo para los médicos (Herrera, 2011). Otro problema importante en la distribución del personal sanitario es la migración, que presenta diferentes características y es de varios tipos: de la zona rural a la urbana; del sistema público al privado; de un país de menor ingreso a uno de mayores ingresos. Se han ensayado varias teorías que explican este hecho: la movilidad interna como parte de la formación del oficio de ser médico, nichos laborales que ofrecen mejores condiciones económicas, búsqueda de mejoramiento en la formación y *fuga de cerebros*¹ (Bedoya, 2008).

Si bien la migración del personal sanitario es un problema mundial, hay países desarrollados que han definido políticas migratorias específicas para captar profesionales, y mantienen programas de becas para estudiantes extranjeros, sobre todo de posgrado, lo que puede constituirse en procesos migratorios definitivos o temporales. Como es el caso de Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Australia y Japón (Araujo Bernal & Rodríguez Gavaldá, 2015; Pellegrino, 2008; Ripoll, 2010).

Según el informe del 2007 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se graduaron en otros países el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en los Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia; con entre el 40% y el 75% de aquellos médicos provenientes de países pobres. En términos globales, a pesar de lo atractivo de la profesión médica, en los países desarrollados ha disminuido el interés de los jóvenes por estudiar profesiones relacionadas con el cuidado de la salud. La desigualdad estructural, en cuanto a remuneración se refiere, marca estos procesos de movilidad, así como la formación que el oficio de médico exige, al requerir estudios de especialidad y subespecialidad que no son posibles de lograr en sus países de origen. Ante esta realidad, la Asamblea Mundial de la Salud de 2010 propuso *El Código voluntario para el reclutamiento internacional de personal sanitario*, que ha sido aprobado y se ha convertido en un avance para regular las consecuencias de la migración de los trabajadores de salud.

1 *Fuga de cerebros*: se utiliza este término para definir la situación en la que profesionales migran a otros países que ofrecen mejores condiciones sociales y económicas, dejando en su país de origen una necesidad no cubierta por su aporte profesional.

En cada país, la formación y el ejercicio de la profesión médica son distintos para hombres y mujeres. Un estudio realizado en la ciudad de Barcelona en el año 2008 encontró que el número de mujeres médicas trabajando bajo contratos temporales fue el doble del número de hombres en esta misma condición laboral, mientras menos del 50% de mujeres en comparación con el 75% de hombres logran trabajo permanente. En este estudio, un tercio de las mujeres, en comparación con los hombres, alcanzó el grado de consultor; es decir, se encontraron diferencias significativas en las condiciones laborales entre hombres y mujeres, fenómeno al que se le ha denominado *suelo pegajoso*² y *segregación horizontal*³.

En España, a finales del siglo pasado, la escasez de plazas de trabajo determinó que numerosos médicos españoles migraran. En la década anterior el problema consistió en un déficit de profesionales que provocó alarma social, lo que puso en marcha mecanismos que llevaron a la formación y a la inmigración de profesionales sanitarios; el resultado fue personal calificado en un número que excedió la demanda. Para el año 2013, tanto los médicos autóctonos como los invitados a trabajar en España tuvieron que plantearse el irse en busca de empleo (Sánchez-Sagrado, 2013).

En Ecuador, a finales de la década de los noventa se produjo una emigración masiva de médicos a Chile, para insertarse en el primer nivel de atención del sistema público de salud, que tenía dificultades en incorporar a profesionales nacionales debido a que sus médicos preferían trabajar en zonas urbanas y en los otros niveles de atención. Estos médicos, en su mayoría, se insertaron en el sistema social chileno y no han regresado al país (Bedoya, 2008).

También, en Ecuador, para el año 2013 y según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes fue de 16,5, mientras que la recomendación a nivel internacional es 21 por 10.000 habitantes. Si bien en términos nacionales este indicador ubica a Ecuador entre los países con menos médicos que el promedio mun-

2 *Suelo pegajoso* se refiere a las dificultades que enfrentan las mujeres para lograr condiciones laborales equitativas y estables (Arrizabalaga, Abellana, Viñas, Merino, & Ascaso, 2014).

3 *Segregación horizontal* se refiere a las dificultades que las mujeres enfrentan para ejercer su profesión en las mismas condiciones que los hombres (Torns & Recio, 2012).

dial, en el interior existen áreas con tasas tan bajas como de 10,3 por 10.000, y tan altas como 33,6 por 10.000. Otro dato importante es que para el año 2013, según datos del INEC, en el sector público se registraron 12.519 médicos, lo que representa el 47,5% del total del país; en ese mismo año, en el sector privado se insertaron 13.851 médicos que constituyen el 52,5% de los médicos formados en las veintidós facultades de medicina del país.

En términos globales, las facultades de medicina mantienen planes curriculares y exigencias bastante similares. Las características de la población de las escuelas de medicina han cambiado en el mundo y en Ecuador. Según un estudio realizado en el 2014 en las veintidós facultades de medicina del Ecuador, el Índice de Paridad de Género (IPG) de ingreso de las universidades Públicas fue de 1.37, y el IPG de egreso de 1.02. En las universidades privadas el IPG es 1.42 y el IPG de egreso es 0.63 (R. del C. Bedoya Vaca, Martín Mateo, & Romero Sandoval, 2014). Estos datos son comparables a otros estudios tanto en países desarrollados como en América Latina, efecto que ha sido denominado como *efecto tijeras*, para describir la forma en que se va recortando una pirámide profesional universitaria a cuyo punto más alto llegan menos mujeres.

En este contexto analizaremos las razones por las que Verónica, al igual que otros jóvenes, hombres y mujeres, deciden estudiar medicina; e indagaremos si existe discriminación por razones de género.

¿Cuáles son las motivaciones para elegir la profesión médica y cómo influye el género?

De acuerdo a diferentes estudios realizados en la región, las razones por las que hombres y mujeres deciden estudiar medicina son coincidentes. En un estudio realizado en Antofagasta, Argentina, en el año 2010, se concluyó que los jóvenes ingresan a estudiar medicina principalmente como vocación de servir a la gente más necesitada (Borracci, Poveda-Camargo, Pittaluga, Arribalzaga, & Ferraina, 2012). Otros estudios en América Latina concluyen que la decisión de estudiar medicina está motivada por la vocación de servir y que puede estar influenciada por la iglesia católica que promueve en los jóvenes un imaginario social que compara la profesión médica con el

sacerdocio (Arrizabalaga, Abellana, Viñas, Merino, & Ascaso, 2014). Desde la visión humanista, se puede explicar la decisión de estudiar medicina por el hecho de que los jóvenes mantienen valores altruistas, comprometidos con el cambio social, a quienes el dedicar la vida al servicio de los demás es parte de su manera de proponer un mundo distinto y posible.

En Ecuador, las razones por las que hombres y mujeres jóvenes deciden estudiar medicina son concurrentes con las ya mencionadas. Según el estudio realizado por Bedoya y colaboradores, no existen diferencias de género cuando los entrevistados rememoran las razones para estudiar: la búsqueda de servir; un modelo a seguir al ser sus padres médicos o tener un pariente cercano con esta profesión; por decisión propia y creer que se trata de una profesión rentable. Algunos señalaron dos o más de estas razones simultáneamente.

Los subsistemas privados tienen fuerte presencia en países latinoamericanos como Chile, Argentina, Colombia o Bolivia, en contraposición a modelos totalmente públicos como el caso cubano. Al parecer, en diferentes países de Latinoamérica no están presentes condiciones de discriminación por género en el proceso de ingreso a las facultades de medicina, pero sí son determinantes las condiciones sociales y económicas. Uno de los reclamos más conocidos es el de los estudiantes chilenos que buscan acceso a la universidad (Pérsico, 2015). Solamente Cuba tiene un sistema de educación superior de gratuidad total. En Ecuador, los jóvenes de estratos económicos pobres pueden ingresar a la universidad porque desde 2009 la educación superior es gratuita, en el nivel público.

En el caso que estudiamos, Verónica escoge estudiar medicina movida por razones altruistas; su meta es el servicio a la gente más necesitada.

¿Cómo influye la formación de pregrado en la elección de la especialidad?

Las facultades de medicina en Ecuador, al igual que en otros países de la región, organizan sus planes de estudio en etapas. La primera comprende las ciencias básicas, busca sentar bases mediante el conocimiento de bioquímica, biología, histología, anatomía, morfofisiología, con el objetivo de que

los estudiantes aprendan a nombrar las partes del cuerpo, conocer su funcionamiento y adquirir los códigos de comunicación; es decir, el *argot* propio del médico que le permitirá entrar en el oficio⁴. En ese momento de la formación, el conocimiento de la anatomía obliga al estudiante a atravesar barreras simbólicas: estudiar cadáveres humanos, diseccionar partes del cuerpo, conocer al detalle músculos, vasos, huesos; en un acto repetitivo que incluye estudiar imágenes tridimensionales, hasta lograr *cosificar el cuerpo*. En términos de Foucault, se diría que este disciplinamiento⁵ al que es sometido el estudiante de medicina es lo que le permite ser introducido en el oficio. Foucault utiliza el término disciplina, en su libro *Vigilar y Castigar* (Foucault, 1983) para referirse a las técnicas que permiten un control minucioso del cuerpo y le imponen docilidad. En la profesión médica, la disciplina se logra al obligar al cuerpo a largas jornadas de estudio y trabajo, controlando el sueño y el cansancio. Solamente quienes logran disciplinar sus cuerpos progresan en el oficio.

En una segunda etapa, los estudiantes deben aprender semiología, lo que exige nombrar los síntomas y signos que cada órgano, adquirir un nuevo lenguaje con el cual comunicarse con sus colegas y diferenciarse de los *legos*⁶. Sus modelos son los médicos, en su mayoría hombres especialistas, que generalmente funge de jefes del servicio y a la vez como docentes en la facultad. El conocimiento de la patología clínica —la clasificación de las diferentes enfermedades con sus signos y síntomas— logra que el estudiante se incline por una determinada especialidad, generalmente relacionada con un profesor al que admira y se constituye en su modelo⁷. Este aprendizaje se realiza principalmente en las salas de los hospitales y en consultas ambulatorias.

Finalmente, en la tercera etapa de formación el estudiante aplica los

4 Foucault, hace algunas décadas, en su libro *El nacimiento de la clínica* describe el oficio de ser médico con una malla curricular similar a las que muchas facultades mantienen vigente (Foucault, 1980).

5 Foucault utiliza el término *disciplina* en su libro *Vigilar y Castigar* para referirse a las técnicas que permiten un control minucioso del cuerpo, le imponen docilidad y que se recogen en reglamentos militares, escolares y hospitalarios. También las *disciplinas* se relacionan de manera estrecha con la idea de *gobernabilidad*, que incluye la clasificación y vigilancia de la población, la normalización del sujeto ciudadano y el disciplinamiento de los sujetos aberrantes.

6 Legos término utilizado para definir las personas que están fuera de un conocimiento específico en este caso del vocabulario utilizado por los médicos

7 El término modelo, en este caso, está utilizado como *persona a seguir en lo referente a comportamientos*.

conocimientos adquiridos en un mecanismo denominado *internado rotativo*⁸, donde se le posibilita el desarrollo de destrezas específicas. Durante ese año de formación, realiza prácticas en diferentes servicios junto con estudiantes de postgrado. La meta de esta etapa es consolidar destrezas que permitan trabajar de manera autónoma⁹. Durante el internado rotativo, la competencia profesional es intensa. Los estudiantes realizan guardias en diferentes hospitales y, en términos de Foucault, se ratifica el proceso de disciplina de los cuerpos. Se establece un sistema de jerarquía estricto e irrefutable; por tanto, el oficio de ser médico se desarrolla de manera escalonada y jerárquica. Es en esta etapa de la carrera que los estudiantes de medicina rinden su examen de habilitación profesional. En la mayor parte de los países de la región, los estudiantes realizan su año de servicio social antes de certificarse para ejercer su oficio como médicos generales. El *internado rotativo* está vigente en todas las facultades de medicina de Ecuador y de los países de la región.

Una vez culminado su año de servicio social, los médicos se enfrentan a la desocupación y al reto de conseguir un cupo¹⁰ para realizar la especialidad. Las médicas y los médicos que disponen de recursos económicos suficientes, aspiran a cupos de posgrado en el exterior y especializarse. Otra opción, de acuerdo a cada país de la región, es conseguir un cupo en los posgrados nacionales. En Ecuador estos son insuficientes y condicionados a la firma de un contrato de devengación, que consiste en trabajar durante seis años en el sistema público, en el sitio que le sea asignado.

En estudios realizados en Latinoamérica, los médicos consideran que existen posgrados adecuados para hombres y otros adecuados para mujeres, principalmente porque unos brindan mayor o menor posibilidad de ejercer la profesión y organizar la vida familiar. Por ejemplo, la dermatología, la pediatría o la medicina familiar se consideran especialidades adecua-

8 El internado rotativo consiste en pasantías que los estudiantes de medicina realizan en los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y rotación comunitaria, a la que se le denomina también *pre rural*.

9 Se usa el término *autónoma* en referencia a la capacidad de realizar un trabajo contando con el conocimiento y dominio propio de su área de conocimiento, y donde solamente puede ser evaluado por sus pares.

10 Cupo, es un término que se refiere a encontrar una plaza de estudio que le permita realizar la especialidad que aspira.

das para mujeres; mientras las especialidades quirúrgicas son consideradas adecuadas para hombres, principalmente porque los pacientes tienen más confianza en un hombre para los actos quirúrgicos (Castro, 2014). Cada vez más mujeres escogen especialidades consideradas aptas para los hombres, esto les obliga a competir para abrirse espacio en ese campo profesional, especialmente en el ámbito privado, donde los pacientes prefieren pagar los honorarios quirúrgicos a los hombres. Por esta razón, en Ecuador las mujeres cirujanas prefieren trabajar en el ámbito público donde, por norma, los pacientes no pueden elegir su cirujano (Rita Bedoya Vaca & others, 2015).

Por otro lado, es claro que las condiciones económicas determinan en gran medida la elección de la especialidad. Tanto hombres como mujeres podrán realizar la especialidad de su interés solamente si cuentan con un abanico de oportunidades más amplio. No requerir de becas institucionales o estar en condiciones de salir al exterior, otorga ventaja. Como se explicó en la introducción a este capítulo, la migración de los médicos desde países con menor desarrollo tecnológico en medicina se produce por la necesidad de completar una formación cada vez más exigente y que demanda adquirir la especialidad y la subespecialidad. Por otro lado, los países con mayor desarrollo tecnológico tienen un déficit de médicos para sostener su sistema y diseñan estrategias para captar a los médicos generales (Rita Bedoya Vaca, 2008).

Las especialidades médicas requieren un período de formación de tres a cinco años de dedicación exclusiva, en el que el médico posgradista debe llegar a conocer, a profundidad, el órgano en el que se especialice y ejercitar las destrezas necesarias. El médico, al lograr su especialidad, tiene una sensación de dominio que le hace sentir experto en relación a sus colegas. Esto lo coloca en un estatus profesional diferente que, en el caso de Ecuador, le permite cobrar honorarios especiales y trabajar en lugares “más prestigiosos” como hospitales, clínicas privadas o consorcios médicos.

Este proceso de clasificación de los médicos conforma grupos elitistas que comparten la vida social y académica. Los méritos académicos alcanzados deben exhibirse en las salas de espera, en la que se cuelgan los diplomas que avalan su formación. Deben realizar la subespecialidad o cursos de perfeccionamiento de manera permanente, mejor si acuden a congresos de

su especialidad fuera del país para que sus pacientes tengan la seguridad de que su médico está actualizado y es competente; es decir, nuevamente —en términos de Bourdieu— el capital cultural y social del médico necesita ser exhibido para legitimar el cobro de la consulta, que será más elevada conforme más “capacitado” se presente el médico.

Los jóvenes que eligieron la profesión médica por razones económicas buscan insertarse en el sistema privado por un lado para probar suerte, y por otro desde una motivación que marca una diferencia importante entre hombres y mujeres: el “éxito”, en términos de recompensa personal y económica que se construye en la consulta privada, depende mucho de la elección que los pacientes hagan del médico/a. Según el estudio realizado por Bedoya y colaboradores, los discursos de los profesionales expresan claramente que los pacientes eligen a un hombre cuando se trata de procedimientos complejos. Para las mujeres es más difícil abrirse campo, excepto en los casos en que son hijas de médicos o están por muchos años en la carrera profesional. Los hijos e hijas de médicos que tienen un capital social, cultural y económico, son quienes tendrán mayor facilidad para asegurarse un espacio de trabajo en el sistema privado.

Finalmente, cabe reflexionar que los y las jóvenes que eligen estudiar medicina movidos por el deseo de servir, durante el proceso de adquirir su oficio —que es jerárquico, competitivo, altamente demandante y construido en escenarios hospitalarios— ingresan en un mundo individualista que busca el éxito profesional a costa de diferenciarse del otro; entran en conflicto cuando deciden involucrarse en especialidades que fomentan el trabajo en equipo, la solidaridad social y el bien común, que son valores opuestos a los que la carrera médica promueve.

En el caso que nos ocupa, Verónica encuentra inspiración en Víctor Hugo, un médico de familia que disfruta pasar tiempo con su propia familia, es decir, ha salido del estereotipo que exige al hombre médico sacrificar el tiempo con los suyos para buscar el éxito. Según otros estudios, los médicos hombres en los países nórdicos proponen trabajar medio tiempo para tener oportunidad de participar en la crianza de sus hijos (Siu, 2015), lo que se contrapone a lo encontrado en un estudio realizado en Ecuador, en el que la mujer asume como suya la responsabilidad de la crianza de los hijos.

¿De qué manera influye la maternidad en la elección de la especialidad?

En primer lugar, es pertinente mencionar que es mínima la visión de género en la formación médica. En Ecuador, esta ausencia determina que las y los estudiantes de medicina no tengan oportunidad de reflexionar, desde el inicio de la carrera, acerca de sus derechos sexuales y reproductivos. Los cursos de introducción a la carrera son el momento ideal para que las y los estudiantes se apropien de su cuerpo, por tanto, de su responsabilidad en su vida sexual. En Ecuador las facultades de medicina consideran la vida sexual de sus estudiantes un asunto privado e individual. Los estudiantes son vacunados para evitar diferentes enfermedades, pero no se ofertan métodos anticonceptivos permanentes que garanticen que los embarazos se planifiquen, tampoco se trata el derecho a la no violencia.

Si la mujer estudiante de medicina o joven médica decide tener hijos, el futuro de su carrera está marcado. Si cuenta con recursos económicos o formalizó un hogar con un colega, la posibilidad de avanzar en el oficio persiste, podrá contratar personas que le ayuden en la crianza de sus hijos y, de ser posible, saldrá al exterior con su familia. Según el estudio de Bedoya y colaboradores, las estudiantes de medicina sienten la necesidad de postergar la maternidad, las jóvenes parejas deben esperar a completar sus posgrados para tener hijos (Actas Científicas No 1 del Encuentro GRAAL).

La mayoría de hombres y mujeres médicos educados en una sociedad patriarcal siguen considerando que la función primordial de la mujer es la crianza de los hijos y el cuidado del hogar, por tanto, las mujeres que planifican ser madres o ya son madres, escogen la especialidad priorizando la que le permitirá, a futuro, conciliar mejor la vida personal con la vida profesional. La medicina familiar, la pediatría o la dermatología son consideradas especialidades adecuadas para mujeres.

Algunos médicos hombres jóvenes se cuestionan sobre las exigencias que la vida profesional médica les impone, buscan cambiar los estereotipos que exige del hombre éxito profesional a costa de sacrificar la vida familiar, y deciden involucrarse en la crianza de sus hijos; para ellos, la elección de la especialidad es compleja, porque deben responder a la presión social que les exige ser el principal proveedor, y a su necesidad personal de no ser un padre ausente. En Ecuador no existen estudios que confirmen esta apreciación, sin embargo, médicos como Víctor Hugo están cada vez más presentes en la construcción de familias profesionales jóvenes.

En diferentes estudios latinoamericanos (Frenk et al., 2011) se describe que cada vez más mujeres deciden competir en el oficio y optan por especialidades propias para los hombres, como son traumatología o cirugía en cualquiera de sus ramas; estas mujeres demuestran con su trabajo que están en las mismas condiciones intelectuales y físicas que los hombres. En Ecuador, según el estudio analizado, estas mujeres permanecen solteras o están divorciadas.

Una mujer —como en el caso de Verónica— que no cuenta con recursos económicos y decide ser madre, está en las peores condiciones para avanzar en su oficio y será la primera en abandonar la posibilidad de hacer un posgrado. Cuando Verónica eligió la especialidad, lo hizo pensando en la oportunidad ofrecida por la medicina familiar de ejercer una medicina integral y relacional que le brinde la sensación de logro al sentirse útil para mujeres en crisis. Sin dejar de lado la ventaja que ofrece el recibir una beca institucional¹¹.

¿Cuáles son las fortalezas, conflictos y desafíos de la medicina familiar en Ecuador?

Cada país de la región diseña e implementa sistemas específicos de salud. Cuba se caracteriza como un sistema basado exclusivamente en lo público; el caso chileno se fundamenta en un sistema de aseguramiento finan-

11 Como una política de promoción de la formación de médicos familiares, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador oferta becas institucionales que cubren el total de los aranceles universitarios y confiere una mensualidad en calidad de estipendio a lo largo de los tres años de duración del posgrado.

ciado por el estado y la empresa privada; en países como Ecuador conviven dos subsistemas independientes: el privado funciona con lógica de mercado y el público se orienta a la salud como derecho universal, siguiendo lo declarado en la Constitución del 2008 (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Las fortalezas para el desarrollo de la medicina familiar se expresan en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), propuesto por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que lo define como la puerta de entrada al primer nivel de atención. En este trabajan Equipos de Atención Integral de Salud (E AIS) responsables de un número concreto de población, liderados por médicos de familia, y conformados por enfermería, técnicos de atención primaria, obstetricia y odontología.

En Ecuador la medicina familiar es política pública desde la definición del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En el año 2012, gracias a la firma del Decreto 0621 se reconoce a la medicina familiar con los mismos derechos laborales que otras especialidades, y, por tanto, con la misma remuneración.

La implementación del MAIS ha requerido una alta inversión económica para dotar de infraestructura, equipamiento, y contratación a un gran número de profesionales de la salud. Muestra de ello es que ocho universidades participan de un programa de posgrado nacional cuyo objetivo es formar a los médicos familiares y Técnicos de Atención Primaria (TAPS) que integrarán los equipos de atención.

Si bien el MAIS define de manera estratégica la importancia del primer nivel de atención, al momento de escribir este texto, las y los médicos familiares enfrentan dificultades para cumplir su rol dentro del sistema; a continuación, se presentan las más importantes:

Uno de los principios básicos de la medicina familiar es lograr la continuidad de la atención, de forma que se genere un conocimiento acumulativo de los pacientes y sus familias, en todos los ámbitos y a lo largo del ciclo vital. En Ecuador, el agendamiento de las consultas está en manos externas, impidiendo al médico y a su equipo organizar su agenda, provocando la fractura de la continuidad de la atención.

El sistema de contra referencia no logra consolidarse, muestra de ello es un muy bajo porcentaje de pacientes retornados para que su médico de atención primaria continúe su manejo. No existen estudios publicados que den cuenta de la proporción de pacientes efectivamente retornados al primer nivel.

En un sistema de salud es fundamental la *capacidad resolutive en el primer nivel*. Solamente cuando los pacientes perciben que sus problemas biológicos, o psicológicos son resueltos, valoran el nivel del sistema de salud. Para que esto suceda se requiere que el médico de familia disponga de las pruebas que soporten el diagnóstico, y de los medicamentos necesarios para resolver un mínimo del 85% de los problemas agudos y crónicos.

La sobrecarga de trabajo administrativo dificulta a los profesionales el brindar a los pacientes el tiempo requerido para una atención integral y de alta calidad; esto se agrava por el alto número de pacientes incluidos en sus metas de cobertura, lo que a la postre reduce el tiempo que se podría destinar al trabajo comunitario y de promoción de salud.

Un gran desafío para la medicina familiar es que —de momento— la proporción de mujeres estudiando medicina familiar es mucho más alta que la de hombres, de hecho, constituye mayoría, aunque no está reportado el Índice de Paridad de Género de los médicos familiares en formación y en ejercicio. La condición de mayor número de mujeres tiene incidencia en la organización del sistema para que provea de tiempo para maternidad y lactancia. En los servicios de salud en Ecuador no se disponen de espacios

de cuidado infantil con la calidad necesaria para que las médicas puedan trabajar tranquilas.

La condición de género influencia en el trabajo directo. Según el estudio de Bedoya y colaboradores, las mujeres médicas que son madres han asumido la maternidad como *habitus*: consideran su obligación el cuidado de los hijos y de la casa, lo que explica que, sin dejar de estar presentes en las guardias o en las consultas, se reserven la obligación de supervisar las tareas escolares de los hijos y el cuidado del hogar, apelando a cualquier medio de comunicación (teléfono, mensajes, etc.) dándose así la *doble presencia*¹² en la jornada laboral.

Esta situación impacta el tiempo que —durante la crianza de sus hijos— las mujeres puedan destinar a la investigación, a sus proyectos vitales, a la docencia o a la jefatura de servicios. Las mujeres médicas viven una *segregación horizontal* impuesta por la concepción predeterminada de considerar la maternidad y el cuidado del hogar como su obligación; y una *segregación vertical*¹³ pues difícilmente logran involucrarse en jefaturas de docencia o investigación. Cuando los hijos han crecido y se interesan por ampliar su horizonte profesional, encuentra que muchas de las veces sus colegas han avanzado sin dejar espacio para las mujeres rezagadas, como lo demuestra las investigaciones de Teresa Torns (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; Martín, 2005; Torns, 2011).

En el relato de Verónica —la madre soltera insertada en el sistema público— vemos que ha logrado su especialidad y espera trabajar en equipo para demostrar, en campo, las bondades de la medicina familiar. A pesar de que el primer paciente la desconoce como médica al discriminarle tratándole de “mijita”¹⁴, espera seguir el ejemplo de su mentor y dedicarse a fondo a conocer y apoyar a las pacientes y la comunidad a la que ha sido asignada.

12 *Doble presencia*: se refiere a la persona que, mientras está presente cumpliendo su jornada laboral, está ausente por mantenerse preocupada; en este caso para supervisar las tareas escolares de los hijos o el cuidado doméstico.

13 *Segregación vertical*: se refiere a la dificultad que las mujeres tienen para alcanzar puestos gerenciales, en este caso jefaturas de servicio.

14 “*Mijita*”, forma cariñosa para tratar a una niña pequeña. En este caso el término es usado en forma discriminatoria para asumir a la médica como a una hija pequeña, y así, de manera velada, desconocer que la mujer pueda ser doctora.

¿Cuáles son los retos hacia el futuro de la medicina familiar en Ecuador, desde la perspectiva de género?

Para reflexionar sobre el futuro de la medicina familiar fortalecida, responder a la pregunta planteada conduce a formularse otras: ¿en qué consiste esta especialidad?, ¿cuál debería ser la meta de la formación de médicos familiares?, ¿qué dificultades enfrentan en su ejercicio profesional?

La medicina familiar, como disciplina, abarca un cuerpo de conocimientos que permite al médico resolver el 90% de los problemas de salud de la población con la que trabaja. Comprender a cabalidad la medicina familiar demanda entender la labor de un especialista en medicina familiar y los principios que respaldan esas acciones.

Quien se especializa en medicina familiar trabaja con los problemas planteados por las personas de la comunidad que está a su cuidado; no se focaliza en el diagnóstico que conduce a prescribir una receta con un fármaco específico, sino a tratar de comprender a las personas en su entorno y en los diferentes momentos de su ciclo vital. Su interés no radica únicamente en sus dolencias sino en la forma en que estas producen sufrimiento, su foco de atención apunta también a sus momentos de crecimiento y desarrollo. Esto se explica en el hecho de que su interés primordial es la persona, y en buscar comprender el contexto de la enfermedad. Los problemas de salud analizados en su lugar de ocurrencia brindan matices diferentes a su observación en un hospital. Por ejemplo, un paciente adulto mayor, agricultor, que acude al hospital por un dolor en su hombro que le impide manejar el azadón, en la consulta será diagnosticado de hipertensión, se le prescribirá reposo, medicación hipotensora y un analgésico para aliviar su dolor. Por la importancia que para él tiene su labor como agricultor, posiblemente acatará la prescripción de analgésicos para el dolor, pero difícilmente logrará apego al tratamiento de una hipertensión que en ese momento no da síntomas. Al trabajar aprovechando cada contacto, cada encuentro con su paciente, iniciará un proceso de educación sanitaria que ayudará a su paciente a comprender sus problemas de salud. En este caso la hipertensión, un problema planteado por el profesional, que requiere seguimiento y acompañamiento.

Quien se especializa en medicina familiar se compromete con los pacientes al punto de integrarse a su red de apoyo; ayuda a navegar en los diferentes sistemas de salud hasta lograr lo propuesto conjuntamente; se convierte en un gestor de recursos; se preocupa de manera activa por situaciones que podrían alcanzar incidencia comunitaria, como son los problemas infecciosos, la malnutrición, el sedentarismo, la violencia en contra de la mujer, la violencia social, etc.; entiende que muchos de los problemas que enfrentan sus pacientes responden a condiciones estructurales en las que es difícil incidir de manera directa, sin embargo, actúa como facilitador de la reflexión para que sus pacientes se concienticen de sus derechos y procuren condiciones de vida más justas.

Quien se especializa en medicina familiar y su equipo de trabajo, atienden a los pacientes en donde se encuentren, ya sea en la casa, en la consulta o en el hospital. Debido a que la mayor parte de los pacientes viven en grandes ciudades, los sistemas de salud se han organizado en niveles de atención; es en el primero donde trabajan los equipos de atención primaria, que mantienen poblaciones adscritas.

La medicina familiar en las zonas rurales presenta matices diferentes y produce grandes satisfacciones: permite entrar en contacto con los pacientes no solamente en los momentos de encuentro médico/paciente, sino durante la vida comunitaria cotidiana, sus fiestas, sus cosechas, sus problemas; facilita sopesar la importancia de la seguridad alimentaria, la movilidad humana, o la vida con menos apego al consumo; permite al médico comprender muchos de los aspectos subjetivos de la enfermedad y entenderla desde la práctica de la interculturalidad.

El médico y la médica de familia deben ser capaces de manejar la incertidumbre, evaluar los problemas en etapas iniciales y dar solución a una amplia gama de problemas, a veces indiferenciados, basados en una relación de confianza, con calidad y en su contexto; es decir, en la familia, en la comunidad y en los diferentes niveles de servicio. Deben trabajar con enfoque preventivo para evaluar riesgos. Son necesarias sus excelentes habilidades terapéuticas para tomar decisiones basadas en un conocimiento crítico de la evidencia para solicitar pruebas médicas y prescribir la terapéutica necesaria.

Finalmente, deben ser gestores de recursos para intervenir en problemas estructurales cuando sea posible; o puntuales, siempre basándose en el compromiso con sus pacientes y comunidades.

Para que un médico de familia sea capaz de realizar lo descrito, es necesaria una formación en centros docentes bien estructurados y de primer nivel, en los que trabajen médicos y médicas de familia capaces de convertirse en modelos a seguir, con rotaciones por centros hospitalarios cuyos tutores comprendan el rol del médico familiar.

Es importante desarrollar habilidades que permitan tener las siguientes competencias:

Tabla 1: La medicina familiar y comunitaria y la universidad

A. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos:

- A.1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica centrada en el paciente.
- A.2. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional, comprendiendo los determinantes sociales de la salud y sus implicaciones éticas en el contexto global.
- A.3. Desarrollar la práctica profesional con respecto a sus creencias y cultura, entendiendo la interculturalidad y autonomía del paciente.
- A.4. Reconocer las limitaciones y la necesidad de mantenerse actualizados en su competencia profesional, desarrollando habilidades para el aprendizaje autónomo.
- A.5. Desarrollar la práctica profesional en equipo, incorporando y desarrollando las habilidades de sus colegas de trabajo.

B. Fundamentos científicos de la medicina:

- B.1. Comprender y reconocer la estructura y la función normal del cuerpo humano, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.
- B.2. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
- B.3. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad, es decir, la historia natural de la enfermedad.
- B.4. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, desarrollo y envejecimiento, sobre el individuo y su entorno social.
- B.5. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de diagnóstico y terapéutica, basándose en la evidencia científica disponible.

C. Habilidades clínicas:

- C.1. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante, esto incluye información familiar y de relaciones comunitarias.
- C.2. Realizar a los pacientes una exploración física y una valoración mental.
- C.3. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.
- C.4. Reconocer y tratar las situaciones que ponen en peligro la vida de manera inmediata.
- C.5. Indicar el tratamiento más adecuado a los procesos agudos y crónicos más prevalentes, y en los pacientes en fase terminal.
- C.6. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.
- C.7. Adquirir experiencia clínica adecuada, centrada en el paciente, y en la utilización apropiada de pruebas, medicamentos y recursos del sistema sanitario.

D. Habilidades de comunicación:

- D.1. Escuchar con atención y comprender la información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo.
- D.2. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de manera oral como escrita, entre colegas y con los pacientes y sus familiares.
- D.3. Establecer una buena comunicación interpersonal, con empatía y calidez, con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

E. Salud pública y sistemas de salud:

- E.1. Reconocer los determinantes sociales de la salud de la población.
- E.2. Asumir su rol en la prevención y promoción de la salud.
- E.3. Reconocer su rol como líder de equipos multiprofesionales, tanto para organizar la atención como para la gestión de servicios.
- E.4. Obtener y utilizar datos epidemiológicos, y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
- E.5. Conocimiento cabal del modelo de atención y de la legislación del país.

F. Manejo de la información:

- F.1. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica.
- F.2. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas y de investigación.
- F.3. Mantener y utilizar los registros médicos de sus pacientes, en forma eficiente y con confidencialidad.

G. Análisis crítico e investigación:

- G.1. Tener en la actividad profesional un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo y orientado a la investigación.
- G.2. Comprender la importancia de las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, prevención y manejo de las enfermedades.
- G.3. Ser capaz de formular hipótesis y adquirir la formación que le permita realizar investigaciones.

Fuente: Tomado del informe SESPAS 2012 Verónica Casado Vicente y colaboradores. Modificado por Rita Bedoya 2016. (Vicente, Pitz, Arenal, Fernández, & González, 2012)

Los médicos y las médicas de familia que han desarrollado estas competencias serán capaces de trabajar en el lugar en el que se encuentren, con un compromiso serio con sus pacientes, brindando una atención continua y completa; dispuestos para atender a la unidad familiar: hombres y mujeres, niños y niñas de todas las edades. Este compromiso de continuidad de la atención le permitirá acumular un conocimiento personal de sus pacientes, construirá lazos de confianza necesarios para una atención de calidad, centrada en la persona y en la familia. La medicina familiar ejercida en los términos expuestos, se convierte en una especialidad contra hegemónica: propone un trabajo opuesto a lo establecido por el mercado de la salud. Mientras la industria biomédica propone estrategias de mercado dirigidos a convencer a los médicos a realizar una atención centrada en las pruebas clínicas, la medicina familiar propone un trabajo centrado en la persona y en su contexto, basada en la confianza y el respeto a su cosmovisión. El mercado de la salud insiste en que el médico se diferencie de los otros, promoviendo que la subespecialidad en un área específica del cuerpo sea un criterio para ser elegido. La medicina familiar, en cambio, insiste en el generalismo: ser experto en lo frecuente y en comprender los problemas de salud más allá de las causas biológicas, en sus determinantes sociales.

Actualmente la medicina familiar en el mundo y en el Ecuador es ejercida principalmente por mujeres. Es considerada como una especialidad que permite conciliar la vida personal con la vida profesional, quizás por esta razón —como consta en el relato— los pocos hombres que se interesan por esta especialidad correspondan a quienes se interesan por un modelo de paternidad que prioriza estar presentes en la vida de sus hijos.

Un estudio (Copolillo, 2013) reporta que las mujeres médicas mantienen afinidad por el trabajo centrado en la persona¹⁵ y que, cuando tienen familia, están interesadas en trabajar en horarios fijos que permitan conciliar su vida profesional con su vida familiar. Al ser la medicina familiar una especialidad que se desarrolla principalmente en el primer nivel de atención (en algunos países como Ecuador, su ejercicio profesional no requiere hacer guardias) convoca a más mujeres a interesarse por esta especialidad.

Las médicas mujeres realizan planes laborales tomando en cuenta el período de crianza de los hijos. Es frecuente que cuando sus hijos son pequeños, trabajen con un número concreto de pacientes o cumpliendo únicamente funciones de servicio; la tendencia luego es que, conforme los hijos alcanzan más independencia, amplíen el número de pacientes adscritos y se involucren en actividades de docencia e investigación o en liderazgo local.

Estas podrían ser las razones que explican la escasa investigación en el ámbito de la medicina familiar. Al momento, una de las formas en las que una especialidad se prestigia es por el número de investigaciones y publicaciones que se realicen en revistas científicas. En Ecuador, el número de estudios liderados por médicas de familia es bajo.

Es escaso el número de médicos de familia que pueden considerarse un modelo para la formación de los jóvenes estudiantes de medicina. En un estudio se reporta que a nivel mundial es bajo el número de departamentos de medicina familiar en las facultades de medicina (Ceitlin, s. f.). En Ecuador no se dispone de estudios que cuantifiquen el número de departamentos de medicina familiar en las facultades de medicina.

15 Se entiende *trabajo centrado en la persona*, al que no sigue rutinas, sino que realiza un balance individual para solicitar pruebas clínicas o definir estrategias de manejo que pueden ser observación, seguimiento estricto.

Un reto importante que enfrenta la medicina familiar en Ecuador es consolidar las unidades de primer nivel, para convertirlas en espacios de formación, unidades asistenciales-docentes en las que varios equipos implementen centros bien desarrollados, en las que se sea posible cumplir funciones de servicio, docencia e investigación.

Es importante reconocer que la medicina familiar se encuentra desprestigiada como especialidad, y es poco acogida entre los médicos jóvenes, un fenómeno presente a nivel mundial. En el caso de España, las plazas del Médico Interno Residente (MIR) de medicina familiar enfrentan dificultades para ser llenadas. En Canadá y Estados Unidos, el mayor número de médicos extranjeros son médicos familiares.

En Ecuador, entre los profesionales jóvenes ha sido poco entusiasta la acogida a la convocatoria del Ministerio de Salud Pública para especializarse. Es importante anotar que no son fuertes los referentes de los estudiantes de medicina, pues son muy pocos los médicos familiares involucrados en la docencia que hagan aportes en investigación, o en producción científica o sean referentes de servicio clínico. Sigue predominando el modelo del médico subespecialista reconocido por su trabajo en el ámbito privado y que mantiene una larga lista de espera.

Por su orientación de servicio, la medicina familiar es una de las especialidades que más satisfacción personal puede brindar a un médico o una médica involucrados en la profesión. Quienes ingresan a estudiar medicina, motivados por desarrollar un negocio, cometen una equivocación al involucrarse en una especialidad cuyo propósito se relaciona con un posicionamiento político claro: las personas y las comunidades tienen derecho a la salud y a la atención de alta calidad, integral, basada en su persona.

En el relato que analizamos, Verónica ingresa a estudiar medicina respondiendo a una vocación de servicio. Durante su formación no recibe un soporte que le permita entender su derecho al placer sexual y a la necesidad

de asumir el control de la natalidad que facilite la continuidad de su proyecto de vida. Se siente cuestionada por un sistema que no le brinda una atención centrada en la persona, y no recibe apoyo en la crisis no esperada de ser madre soltera. Debido a su condición económica, trabaja de manera inmediata tras graduarse. El conocer a Víctor Hugo, médico de familia contento con una elección que le permite conciliar su vida personal con su vida profesional, la lleva a asumirlo como su mentor; este le señala un camino diferente en el cual su meta profesional adquiere un compromiso social.



Lecturas sugeridas

La película *El médico* dirigido por Philipp Stölzl y basada en la novela del mismo nombre, escrita por Noah Gordon. Situada en el año 1021, trata cómo la ideología moldea la comprensión de la salud y la enfermedad. Aunque la medicina ha avanzado, la película reflexiona en el dogmatismo con el que muchos médicos confían en la ciencia actual, y pone en perspectiva los cambios que seguramente se producirán en el futuro.

El libro *Ejercicio de la profesión médica en Ecuador. Análisis multidisciplinar desde el enfoque de género*. Rita Bedoya & colaboradores. Permite conocer la situación actual de la profesión médica desde un enfoque de género, en Ecuador.

Referencias bibliográficas

Actas Científicas No 1 del Encuentro GRAAL - Google Académico. (s. f.). Recuperado 15 de septiembre de 2016, a partir de <https://scholar.google.com>.

Araujo Bernal, L., & Rodríguez Gavaldá, R. (2015). Migración de profesionales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 152–164.

Arrizabalaga, P., Abellana, R., Viñas, O., Merino, A., & Ascaso, C. (2014). Desigualdades de género en la carrera profesional: ¿aún existen barreras a los médicos mujeres en el siglo XXI? *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 363–368.

Bedoya, R. (2008). Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile. Tesis realizada previa a la obtención del título de Maestría en Género y Desarrollo. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Bedoya Vaca, R. del C., Martín Mateo, M., & Romero Sandoval, N. (2014). Índice de Paridad por Género y sus implicaciones en la inserción laboral pública en Ecuador. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 345–352.

Bedoya Vaca, R., & others. (2015). Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador. Recuperado a partir de <http://tdcat.cesca.es/handle/10803/333057>

Borracci, R. A., Poveda-Camargo, R. L., Pittaluga, R. D., Arribalza, E. B., & Ferraina, P. (2012). Preferencias de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires en la elección de la especialidad. *Educación Médica*, 15(3), 155–160.

Carrasco, C., Borderías, C., & Tornés, T. (2011). El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Recuperado a partir de http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El-trabajo-de-cuidados_introduccion.pdf

Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del hábitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud colectiva*, 10(3), 339–351.

Ceitlin, J. (s. f.). Origen y alcance de la medicina general-medicina familiar a nivel mundial. *Medicina general Medicina familiar*, 17.

Copolillo, F. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de medicina familiar y general*, 10(1). Recuperado a partir de <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/117>

Dayrit, M. M., Dolea, C., & Dreesch, N. (2011). Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud: ¿Hasta dónde hemos llegado? ¿Qué podemos esperar lograr al 2015? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 327–336.

Foucault, M. (1980). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. siglo XXI. Recuperado a partir de <https://books.google.es>

Foucault, M. (1983). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo xxi. Recuperado a partir de <https://books.google.es>

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... others. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 337–341.

Herrera, G. (2011). Cuidados globalizados y desigualdad social. Reflexiones sobre la feminización de la migración andina. *Nueva sociedad*, (233), 87–97.

Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 754–761.

Martín, T. T. (2005). De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. *Cuadernos de relaciones laborales*, 23(1), 015–033.

Pellegrino, A. (2008). La migración calificada en América Latina. *Foreign Affairs*. Recuperado a partir de http://rimd.reduaz.mx/documentos_miembros/102013.PellegrinoGainza.pdf

Pérsico, P. (2015). Informe sobre la educación superior en Chile 2001. Análisis de tendencias de la última década. Recuperado a partir de <https://dspace.conicyt.cl/handle/10533/91995>

Ripoll, E. M. (2010). La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, (5), 243–268.

Sánchez-Sagrado, T. (2013). ¿Sobran o faltan médicos en España? La migración, el eterno recurso. *Revista Clínica Española*, 213(7), 347–353.

Siu, J. Y. (2015). Communicating under medical patriarchy: gendered doctor-patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC Women's Health*, 15(1), 44.

Torns, T. (2011). Conciliación de la vida laboral y familiar o corresponsabilidad: ¿el mismo discurso? En *RIDEG: revista interdisciplinar de estudios de género* (pp. 0005–13). Recuperado a partir de <http://ddd.uab.cat/record/89342/>

Torns, T., & Recio, C. (2012). Las desigualdades de género en el mercado de trabajo. En *Revista de economía crítica* (pp. 0178–202). Recuperado a partir de <http://ddd.uab.cat/record/128248/>



Capítulo dos: los principios de la medicina familiar y el modelo de salud en Ecuador

Herrera Diego*
Troya Carlos*
Obregón Miguel*

* Médicos de Familia, Grupo Santo Domingo de los Colorados.



Cuando ya me iba...

Luego de tres meses de intensa labor, Verónica y su equipo visitaron la mitad de las familias a las que deben atender. Hallaron casas vacías, a las que regresaron hasta dos veces y no encontraron a nadie, los vecinos dicen que los dueños solo llegan de vez en cuando. Algunas casas son de personas que viven en la ciudad y las ocupan solo en fines de semana o en vacaciones. Otras son casas de migrantes. Hay construcciones de todo tipo, pero al estar deshabitadas se hace más grande la ausencia y lejanía de los dueños.

Verónica y su equipo caminaron por diferentes parajes del lugar, disfrutaron del aire fresco, limpio y del verdor de árboles y sembríos. Se encontraron con la amabilidad y extrañeza de la gente que en ocasiones preguntó cuál era la razón de su visita. Les sorprendía que una doctora llegue a su casa, más cuando no tenían ninguna persona enferma, alguien les dijo “los doctores solo vienen a la casa cuando se les trae porque alguien está grave”.

La doctora se preguntó y no encontró recuerdo alguno de que algún médico hubiera llegado a su casa. Hacerlo, en algunas ocasiones, la hace sentir como encuestadora. Sabía que la historia clínica inicia con el motivo de consulta, pero en este caso, la gente no la ha llamado y menos para preguntar: cómo están, qué enfermedades han tenido o qué problemas de salud enfrentan, resulta raro para los pacientes y, a veces, para ella también.

El equipo de salud fue recibido por las personas, durante las visitas, en la puerta de sus casas, otras veces en parcelas, y solo pocos invitaron al equipo a pasar a sus hogares. Verónica se cuestionó si conocer la historia de las enfermedades de la gente de la comunidad, las medicinas que cada uno toma, saber cómo están conformadas las familias, si poseen o no servicios básicos, le ha convertido en su médica familiar.

Verónica no sabe si seguir visitando a las familias, más cuando algunas están en lugares muy apartados, esto implica horas de caminata por senderos y pendientes, y trae riesgos como ser atacados por perros. El equipo decide que visitarán una casa más, al menos por ese día. Llegan con dificultad a una casa arriba de la montaña y encuentran una pareja de ancianos con su nieta de ocho años, que ese día no fue a la escuela. Los dos abuelos están enfermos, el equipo de salud se entera que llevan casi seis meses con tos, han tratado de curarse con agua de flores silvestres y creían que estaban mejor, pero la tos del abuelo presenta sangre hace un día.

Indican que no han ido al centro de salud porque es muy difícil llegar, un buen tramo se hace solo caminando, tampoco tienen dinero para tomar una camioneta que les lleve al pueblo y el retorno es otra aventura. Comentan que hace dos años fue la última vez que trataron de llegar al centro de salud, pero tuvieron que esperar hasta el mediodía y el regreso lo hicieron a pie porque el carro no los esperó. Verónica toma aire y reflexiona, es urgente visitar a todos: la gente que más necesita no llega al centro de salud, el equipo se dividirá el trabajo.

Propuesta para resolver el caso

Verónica decidió una estrategia de inmersión: visitar al cien por ciento de los hogares de la comunidad en lo que devenga su beca e involucrar a su equipo de trabajo, siguiendo así los lineamientos exigidos por la normativa institucional para el trabajo comunitario. Durante su formación universitaria escuchó acerca de estas labores, pero rara vez participó en ellas. Actividades como visita domiciliaria, medicina basada en la comunidad, atención primaria de salud, vinculación con la sociedad, fueron conceptos aprendidos en la universidad, pero no desarrollados como habilidades ni competencias; opina que deben existir herramientas para conocer e integrarse a la comunidad rápidamente. La primera preocupación que enfrenta es el tiempo que toman las visitas, pues son tres meses y apenas han cubierto la mitad de las familias. También le resulta tedioso encontrar tantas casas vacías, considera un desperdicio de sus años de formación recorrer caminos perdidos.

Durante las visitas percibe la desconfianza de los campesinos. No le permiten entrar en sus casas. Tampoco está segura de la importancia de visitar una a una todas las familias, cuando nadie valora su trabajo y todos aseguran estar sanos; tampoco se siente preparada para mejorar las condiciones de salud en las que vive esta comunidad. Se siente más cómoda diagnosticando y tratando pacientes en su consultorio.

Verónica conoce la importancia de llenar la ficha familiar y otras herramientas de diagnóstico comunitario, pero se cuestiona si debe o no visitar todas las casas del pueblo, ya que la comunidad y sus compañeros de trabajo —con su actitud y frases cuestionadoras— desvalorizan esas caminatas llenas de polvo. Las únicas palabras que logra esgrimir para levantar el ánimo de su equipo son: ¡Vamos a ser el mejor subcentro de salud!, ¡vamos a cumplir con la meta al entregar el ciento por ciento de las fichas familiares!

Regresa a su Unidad cansada, con sed y hambre, preguntándose qué aspectos de su trabajo la convierten en una verdadera médica de familia.

Verónica, por su propia historia, está dispuesta a servir a los que sufren y apoyar a su comunidad, pero no logra identificar y cuestionar los dis-

positivos que producen y perpetúan el individualismo social y la práctica centrada en la enfermedad. Como médica de familia entiende la visión reduccionista y deshumanizada de la práctica médica hegemónica, pero no encuentra un camino de salida, nunca fue política, ni se interesó en otras lecturas que no sean sobre temas médicos.

Este capítulo intenta ayudar a Verónica y a otros médicos a analizar el contexto en el que los médicos de familia se desenvuelven, donde se requiere forjar una identidad propia como médico generalista; liberarse de las ataduras impuestas por el mercado; moverse entre las políticas y las taras de una formación insuficiente para desarrollar una conciencia de transformación y ejercer una medicina de calidad y calidez, teniendo como centro de su accionar a la población que requiera de sus servicios.

Estas reflexiones son tratadas a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Qué implica ser profesional de la salud en la sociedad del mercado?
- ¿Cuáles son los principios de la medicina familiar y su marco teórico referencial?
- ¿Cuál es el modelo de salud integral del Ecuador, sus avances y retos?

Fundamentación teórica

¿Qué implica ser profesional de la salud en la sociedad del mercado?

La sociedad de mercado promueve el individualismo y el éxito profesional. La realización profesional está relacionada a la acumulación de títulos, incremento de salario y ascenso social. Las utopías sociales de justicia y equidad ya no son relevantes.

El médico prestigioso es *subespecialista*, utiliza mucha tecnología y poca empatía, enfoca su desempeño profesional como un negocio rentable para él y su familia, se mira a sí mismo como una persona sacrificada e incomprendida que desempeña un trabajo muy exigente, complicado y mal remunerado.

La visión que los pacientes tienen acerca de los galenos es que el médico no ve ni escucha al enfermo, está preocupado por registrar los datos en la computadora y no examina a sus pacientes; menos aún le interesa conocer a su familia o a su comunidad, tampoco entiende los determinantes de la salud y niega el conocimiento de las creencias de la comunidad. No miran en los médicos apoyo y solidaridad con “el sufrimiento”, pues ellos solo están preocupados por diagnosticar enfermedades.

Estos y otros fenómenos son parte de una crisis que la medicina comparte con muchas otras profesiones, una crisis del paradigma en el cual se ha sostenido el conocimiento de las profesiones. Esta crisis abarcaría tres de las dimensiones clásicas del profesionalismo: conocimiento, responsabilidad y autonomía (Novoa Jurado, Molina Durán, & Luna Maldonado, 2004).

Todos los profesionales piensan que actúan en función del interés de sus clientes. Lo que demanda un conocimiento especializado y un compromiso moral con ciertos valores. Compromiso moral puesto en tela de duda en la actualidad, debido a que en las decisiones médicas influyen múltiples intereses: los de los pacientes, los de sus familias, los de los profesionales y sus familias y sobre todo de la sociedad del

mercado (Ibíd., 2004) (Novoa Jurado, Molina Durán, & Luna Maldonado, 2004)

Este espíritu de la sociedad de mercado se aprende en la etapa de formación, a través del denominado *currículum oculto*¹⁶, notable al observar a los médicos modelando a sus estudiantes. Así aprendemos el irrespeto a la persona enferma, el individualismo en el trabajo, el poco compromiso con el enfermo y su familia, la posición acrítica ante las instituciones de salud, y la desmedida preocupación por marcas de autos, viajes al extranjero y cacería de títulos.

Este individualismo y subordinación al interés del mercado y de las instituciones de salud parece invisible para la práctica médica hegemónica, debido a una característica intrínseca a esta práctica médica: la ausencia de autocrítica.

La medicina hegemónica

El modelo hegemónico en la medicina es el modelo biomédico, cuyas características se describen en la Tabla 2 (Vargas, 2016). En este modelo, la enfermedad suele ser el centro de la escena y es la razón del encuentro entre médico y paciente. (Novoa Jurado, Molina Durán, & Luna Maldonado, 2004) (Engel, 1977) (Briceño Gil, 2005) (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013)

¹⁶ El *currículo oculto* son aquellos aprendizajes incorporados por los estudiantes que no figuran en el currículo oficial. Según las circunstancias, dichos contenidos pueden o no, ser “enseñados” con intención expresa. El currículo hace referencia a la transmisión de normas, valores y creencias que acompañan a los contenidos educativos formales y a las interacciones sociales en el seno de estos centros educativos. Los centros educativos hacen más que la simple transmisión de conocimiento a partir de currículos oficiales. Tras esto subyace el tema de las implicancias sociales, los cimientos políticos y los productos culturales de las actividades educativas modernas. Fuente: Loayssa Lara, Ruiz Moralb, & García Campayo, 2009.

Este modelo hegemónico influye en la relación médico paciente, y condiciona a estos últimos a demandar del médico respuestas precisas, certeras, bajo el supuesto de que el médico solo participa como observador. Este modelo busca enfermedades; si se descarta una patología orgánica se considera, “que no tiene nada”. Esta práctica confina a los pacientes que no encajan en el *Lecho de Procusto*¹⁷ de la biomedicina.

El modelo dominante en la práctica de la medicina se reproduce y mantiene a través de:

- La enseñanza fraccionada en las escuelas de medicina.
- Los textos de medicina, que son Tratados acerca de enfermedades.
- La transmisión de modelos del quehacer y status profesional, funcionales a la sociedad de mercado.
- La organización de los sistemas de salud desvinculada de otros sistemas (por el sistema de educación).
- La demanda de certezas por parte de los usuarios

El ser humano en general, no tolera la incertidumbre y por ello ha construido creencias o teorías que ordenen el mundo ante lo amenazante de la realidad. En esta búsqueda de control sobre lo incontrolable, la biomedicina cumple un rol social incuestionable al proponer a la sociedad la posibilidad de erradicar las enfermedades y, por qué no, la muerte (Morin, 1999).

Este modelo hegemónico ha logrado grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud, pero deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar, o estas se reducen a variables estrictamente biológicas.

17 Un *lecho de Procusto*, es un estándar arbitrario para el que se fuerza una conformidad exacta. Se aplica también a aquella falacia pseudocientífica en la que se tratan de deformar los datos de la realidad para que se adapten a la hipótesis previa. Fuente: Mario Toboso Martín. Regulando los cuerpos mediante la imposición del funcionamiento único: representaciones y prácticas en la producción del cuerpo normativo. Seminario Internacional de Jóvenes Investigadores (SIJI) Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC; 24 de marzo de 2010.

Tabla 2: Características del modelo hegemónico de la medicina

Característica	Descripción
Patologista	Las enfermedades se estudian como entidades existentes, se establecen causas, se predice su evolución y resultados
Reduccionista	Los fenómenos extremadamente complejos se reducen a componentes elementales en otro nivel, se delimita una entidad independiente del sujeto que la padece y del contexto socio-cultural en el cual vive y se enferma
Curativo	La competencia o éxito profesional de un médico se define en función de curar enfermedades y salvar vidas. Se lucha contra la muerte. Se produce una enorme frustración cuando no se pueden curar determinadas enfermedades.
Objetivista	La relación médico paciente debe ser objetiva para ser científica, tomando el modelo de las ciencias que se ocupan de fenómenos físicos o de objetos inertes. En la interacción con los pacientes, el médico deja al margen su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso, al igual que el bagaje de su paciente.
Dicotómico	La división cartesiana mente-cuerpo determina que la tarea curativa se divida: los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático; y los Psi (psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, etc.) se ocupan de lo psicológico.
Biologista	El diagnóstico se hace con procedimientos de tipo biológico e instrumentos tecnológicos. Aquello que representa el sufrimiento humano se desconoce como si no existiera, o deja de estar dentro del campo de la medicina “científica”.
Territorial	Se establecen además barreras disciplinarias (especialidades) que adquieren valor territorial y el paciente humano queda destrozado en partes que pertenecen a cada especialidad
Médicocéntrica	Los recursos para el tratamiento se consideran externos al paciente y a la relación médico paciente. El paciente (de ahí su nombre) es pasivo en este tipo de relación y se procura que la familia no interfiera. El médico es la autoridad, el experto en enfermedades. Las condiciones de vida de los pacientes no son responsables ni de sus problemas ni de sus soluciones.

Fuente: Vargas P. El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma de importancia de trabajar con familias. En Julio C, editor. Introducción a la Medicina Familiar. Buenos Aires: Libros Virtuales Intramed; 2016. p. 1-9.

Las limitaciones del modelo médico hegemónico

La visión simplista de este modelo médico niega a la medicina el estatus de ciencia, aunque no el de disciplina, pues la medicina trata de hechos particulares que suceden a personas particulares y no de verdades absolutas. Asimismo, la medicina debe ser entendida como técnica, pues su aplicación está sujeta al desarrollo tecnológico del medio donde se desenvuelve, y a la habilidad o experiencia de aquel que la ejerce (Sánchez González, 2003).

La medicina es un arte interpretativo que requiere de la hermenéutica, es decir de la interpretación humana, por lo tanto, es imprescindible la subjetividad humana. La medicina es un compromiso ético y comunitario, pues se trata de una actividad social que pretende el bienestar sanitario de la comunidad y de los individuos, o cuando menos el alivio del sufrimiento (Sánchez González, 2003).

Engel señaló que la concentración en lo biológico y la exclusión de lo psicosocial distorsiona la perspectiva e interfiere con la atención del paciente. Erróneamente se cree que los aspectos psicosociales del enfermar y del curarse están a merced de la subjetividad del médico, y por lo tanto a merced de sus prejuicios religiosos, étnicos, culturales. La integración de un modelo complejo para pensar la salud requiere la enseñanza y aprendizaje de conocimientos y habilidades que normalmente están fuera del marco de referencia del modelo biomédico (Engel, 1977).

Verónica recibió una formación de pregrado que le obligó a pensar en principios fisiopatológicos y bioquímicos, basados en un modelo biologista; ella busca enfermedades y los pacientes son sujetos en quienes el médico instaure un diagnóstico. Esta forma de pensar simplifica la realidad a procesos fisiopatológicos y bioquímicos, un reduccionismo que permite pensar que es racional y científico, y reducir el acto médico al cumplimiento de la prescripción de un diurético o un inhibidor selectivo de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), pues nuestra labor es “prevenir complicaciones”, utilizando un paradigma epidemiológico clásico: el enfoque de riesgo.

Los escenarios del consultorio médico o los hospitales son zonas de comodidad o confort para el médico, espacios donde el paradigma biomédico no solo es necesario sino además muchas veces eficaz. Este paradigma choca y colapsa cuando el escenario es una comunidad o el contexto es la familia, pues sus presupuestos ya no son tan útiles ni eficaces, e inclusive emplearlos puede ser contraproducente. Las actividades extramurales de la profesión médica son un ejemplo claro de los limitantes del modelo biomédico.

El dominio de una *episteme*¹⁸ tan sólido como el biomédico, establece verdades absolutas sobre los fenómenos observados, y genera una ceguera cognitiva que acepta como única explicación posible de la realidad a la que surge de los conocimientos de la biología.

El modelo hegemónico de práctica médica instalado en la ciencia “oficial” da la apariencia de pureza científica. Estos subterfugios metodológicos operan implícitamente en la generación de conocimiento y en la gestación de un discurso centrado en el médico: mientras más experiencia más impenetrable es dicho discurso (Sánchez González, 2003).

La medicina se ha ido configurando históricamente sobre la base de cierta epistemología¹⁹ y metodología científica. Se ocupa demasiado tiempo en la búsqueda de la “evidencia”, y se le ha conferido la categoría de meta en lugar de medio para llegar a un fin. Ningún médico discute las metodologías utilizadas en la producción de este conocimiento, parecería que la bioestadística es infalible.

Esta *episteme* brinda una zona de confort al médico que actúa como “sujeto acrítico”, no tiene que entender más que a su “ciencia”, no le interesa

18 *Episteme*: término griego cuya raíz viene a significar “saber” o conocimiento, que traducirse por ciencia que los filósofos griegos referían como verdadero conocimiento, en contraposición al conocimiento aparente, a la creencia razonable. Fuente: Raúl Gómez Marín. De las nociones de paradigma, *episteme* y obstáculo epistemológico. Revista Co-herencia Vol. 7, No 12 enero - junio 2010, pp. 229-255. Medellín, Colombia

19 *Epistemología*: parte de la filosofía cuyo objeto de estudio es el conocimiento. Como teoría del conocimiento se ocupa de las circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a la obtención del conocimiento, y los criterios por los cuales se lo justifica o invalida, así como la definición clara y precisa de los conceptos epistémicos más usuales como: verdad, objetividad, realidad o justificación. Fuente: *Ibíd.*

el contexto, la cultura, los saberes, peor los sentires del “otro”, denominado paciente.

Para ampliar su visión, el médico, a nivel personal, debe superar varios obstáculos ideológicos:

- Las limitaciones en su formación académica y el poco desarrollo de competencias, que se manifiestan en mediocridad y falta de profesionalismo.
- La arrogancia médica y el Trilema de Münchhausen²⁰, que otorgan una falsa seguridad intelectual, basada en argumentaciones inmunes e incuestionables.
- La burocratización del trabajo médico y la búsqueda de la homogenización del ejercicio de la medicina, que convierte al médico en una herramienta del sistema de salud, recurso acrítico, despolitizado e institucionalizado.
- Los valores mercantilistas y la presión social por alcanzar el estereotipo del “médico exitoso” que logra el ascenso social, son sin duda el obstáculo más difícil de vencer para todos los profesionales.

En la práctica médica, todos estos intereses entran en conflicto, provocando la insatisfacción y el rechazo de la práctica médica por parte de la comunidad que ha perdido el respeto y la confianza en la medicina. Los médicos requieren un diálogo con otras disciplinas para romper con la ignorancia de lo que sucede en el mundo. Es importante reconocer la propia ignorancia y las condiciones histórico sociales que la hicieron posible.

En conclusión, que Verónica piense solo en enfermedades concebidas como un fenómeno exclusivamente biológico; que sus dimensiones sociales, culturales, subjetivas sean sistemáticamente negadas; y que los recursos terapéuticos queden exclusivamente limitados a la farmacología o la inter-

20 Un *trilema* es un problema que admite solo tres soluciones, todas aparentemente inaceptables. Si lo que se quiere es certeza absoluta, siempre será necesario justificar los medios de la justificación, y luego los medios de esa nueva justificación, etc. Esto conduce a una de las siguientes tres alternativas: 1) una regresión infinita de justificaciones sucesivas; 2) un círculo lógico: una serie de justificaciones que regresan al punto de partida; y 3) un corte arbitrario en el razonamiento, mediante una proposición presentada como autoevidente, de “sentido común” o como un principio fundamental de la razón. Fuente: Luis E. Bacigalupo. El trilema de Münchhausen y la ética filosófica. *Eúca Filosófica y Crisis de la Fundamentación*, Revista Teológica Limense XXII 2 (1988), pp. 251- 255.

vención anatómica directa, no debería resultar sorprendente sino más bien asumirlos como consecuencias inevitables si se toman en cuenta las profundas razones epistemológicas que las originan.

La práctica de la medicina hegemónica puede humanizarse a través de las actitudes de respeto y solidaridad. Lo que será rápidamente valorado por los pacientes y el equipo de salud, al ver un gran valor en la entrega y el servicio. Un cambio así no representa el giro epistemológico hacia la medicina de familia, los convierte en médicos humanistas que siguen siendo —en términos filosóficos— *sujetos sujetos*, sujetos a los antivalores de la sociedad del mercado o a normativas burocráticas que niegan al paciente sus creencias y su sufrimiento.

Los médicos familiares no son psicólogos, sociólogos ni antropólogos, sino médicos basados en una nueva episteme: el del pensamiento complejo. Pueden mirarse a sí mismos, considerar las disciplinas sociales para reflexionar críticamente sobre las instituciones de salud y acerca de su propio rol como médico en la comunidad.

¿Cuáles son los principios de la medicina familiar y su marco teórico referencial?

Ian McWhinney, uno de los tantos fundadores de la especialidad, señaló la importancia de un abordaje integral de la práctica médica, en vista de la creciente especialización de la medicina y la fragmentación de la atención. Inicialmente, la medicina familiar tomó el modelo biopsicosocial propuesto por G. Engel (1977), ya que se asumía que la continuidad temporal y multigeneracional de la atención permitiría desarrollar un modelo como el propuesto.

Por su función integradora de diversas acciones de salud, el médico de familia estaría en condiciones privilegiadas para implementar una conceptualización sistémica de la salud-enfermedad, al mantener contacto profesional a lo largo del tiempo con diferentes miembros de la familia, en sus diferentes fases del ciclo vital.

La medicina familiar tiene un origen social, sus principios, objetivos

y actividades persiguen la atención integral al ser humano, dentro de su familia y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la que forma parte.

McWhinney brillantemente elaboró, en el siglo anterior, nueve principios, la mayoría de los cuales son válidos. Ninguno es único ni particular de la medicina familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Desde su redacción en el siglo anterior, la sociedad ha experimentado múltiples cambios, y si bien los principios siguen vigentes, es preciso discutir aspectos actuales del desarrollo del conocimiento médico y de las ciencias sociales. Con modestia, proponemos incorporar dos principios más a los redactados por McWhinney.

Tabla 3: Principios de la medicina familiar

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. Comprender al paciente como una persona total con una historia de vida única.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su práctica como una “población en riesgo”.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes, lo que le da un conocimiento de primera mano de sus condiciones de vida y trabajo.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas, así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un gerente de los recursos.

Fuente: McWhinney IR. 1994. Medicina de Familia. Madrid, Spain Mosby.

Con respecto al *primer principio* y entendiendo que en la época en que

fue propuesto, las discusiones sobre derechos humanos, discriminación, marginación y equidad de género no tenían la intensidad actuales, es menester que el médico de familia adquiera un compromiso con cada persona, hombres y mujeres de todas las edades, de diferentes orientaciones sexuales; de diversas creencias religiosas o políticas; respetando las individualidades; asumiendo responsablemente sus propios juicios y prejuicios. En este sentido, el compromiso del médico de familia es contra la desigualdad social en el ámbito de salud, para avanzar hacia una sociedad cada vez más heterogénea.

Esta premisa nos plantea la necesidad de disponer de múltiples marcos teóricos referenciales que el médico de familia utilizará para analizar los problemas desde ópticas diferentes, y entonces idear intervenciones creativas e interculturales, adaptadas a cada realidad. Por ejemplo, no es posible seguir trabajando con técnicas como re-enmarcar las situaciones buscando la homeostasis del sistema familiar, cuando la violencia hacia la mujer puede acabar en feminicidio. Este ejemplo demuestra claramente el límite de la teoría general de sistemas para analizar la dinámica social y familiar, pues el análisis debe ser más complejo y tomar en cuenta los determinantes sociales de las situaciones de salud, a la luz de la epidemiología crítica y la incorporación intensiva del enfoque de género cuando hablamos de poder.

Sobre el *cuarto principio* hay que mencionar que el enfoque de riesgo asume las teorías unicasales y multicausales de la enfermedad, por lo tanto, se supondría que la eliminación del riesgo permitiría mantener a la población en condición de salud. Este enfoque ha empezado a perder vigencia frente a otros, como el del “campo de salud”, planteado inicialmente por Laframboise (1973) y promovido posteriormente por Breihl (1991), entre otros; o el concepto de los *determinantes* de la salud, planteado también por otros autores que representan concepciones más acordes con los adelantos de las ciencias de la salud (Lip Licham & Rocabado Quevedo, 2005).

Acerca del *quinto principio* debemos precisar dos aspectos: el primero, relacionado con la hegemonía de la cultura occidental y moderna que tiende a homogenizar los sistemas de salud y jerarquizarlos en función de sí misma, relegándolos. Esto es evidente en la relación con proveedores de cuidado tradicionales, como las parteras, cuyas prácticas son incorporadas

por los sistemas cuando los considera vigentes y propias de este tipo de cuidados, aunque al mismo tiempo relegan a las parteras a prácticas occidentales que no reconocen su valor simbólico para las comunidades.

El segundo aspecto a considerar es el grado de desarrollo de los sistemas de salud, pues el médico participa en una red de organizaciones que presentan complejas variables de un contexto que lo empujan a siempre actuar estratégicamente. Un ejemplo típico es la necesidad de transferir a un paciente desde una unidad de asistencia del sector privado al sector público, ya que el sistema de salud nacional está organizado para “atender” la demanda en el sector público, pero no reconoce que las fronteras entre lo público y lo privado han sido borradas *in situ*, y expuestas por la libertad de elección del paciente. Esto genera mucha dificultad en la mencionada transferencia, en detrimento del paciente. Una lectura contextualizada de este principio sitúa al médico en una situación incómoda, conflictiva y contracorriente, y exige el reconocimiento de estos aspectos para el ejercicio de la profesión.

Sobre el *sexto principio*, es preciso añadir que los cambios sociales generan migración. La movilidad humana es un fenómeno social que supone que en la población en la cual está inserto el médico, habrá un segmento que “escapará” del tamiz de la adscripción y por lo tanto representará una epidemiología emergente con la cual el médico no estaría familiarizado.

El *séptimo principio* hace referencia al escenario en el que la relación médico-paciente se establece. Tradicionalmente se ha vinculado al médico de familia con un rol de médico de cabecera, en el domicilio junto al lecho del paciente. En la actualidad no es ajeno encontrar médicos de familia desempeñando su rol clínico en distintos escenarios de trabajo.

En el actual momento histórico es meritorio discutir no solo los principios vigentes, sino nuevos principios a incorporar:

En el *décimo principio*, el médico familiar participa como sujeto transformador del sistema de salud y de la comunidad.

La principal tarea del médico de familia, en todo el mundo y en especial en los lugares más inequitativos, es cuestionar y transformar los modos de actuar de las instituciones y de la comunidad. Para esto es necesario inte-

grar los conocimientos y habilidades de las ciencias sociales y biomédicas, con una preparación clínico-epidemiológica sólida, que permita resolver con eficiencia y en su práctica diaria, los principales problemas de salud identificados a nivel personal, familiar y comunitario.

El propósito de las visitas domiciliarias no es encontrar enfermos ni cumplir una normativa; se trata de que el médico familiar conozca las necesidades de las familias o de la comunidad donde se enmarca su labor profesional.

La función principal del médico de familia dentro del sistema de salud debería ser la de devolver la capacidad transformadora y adaptativa a la práctica médica, con significación positiva hacia el individuo y su comunidad; respetar la espiritualidad y la diversidad; aprender a aprender y cuestionar su corpus de conocimiento. Si la unidad de análisis es la familia, la medicina familiar forma parte de las ciencias sociales, y no de la medicina.

En el *principio once* el médico de familia incorpora en su práctica profesional los enunciados del pensamiento crítico y del pensamiento complejo.

El pensamiento complejo y el pensamiento crítico estarían en contra de cualquier procedimiento simplificador/reduccionista de obtención de conocimiento de la realidad clínica. El médico familiar facilitaría y guiaría el proceso de exploración denominado *modelo deliberativo de relación médico-paciente*, y para ello asumiría las premisas del paradigma de la complejidad. Estas premisas son: a) las fronteras de todo tipo siempre son difusas más que rígidas y fijas; b) la acción de los agentes está basada en reglas internalizadas, expresadas en modelos mentales o construcciones particulares de la realidad que pueden parecer incoherentes e incluso ilógicos cuando las observa otro agente y que, además, no tienen por qué ser fijos; c) es necesario adaptarse a las circunstancias; d) la tensión, la ambigüedad, la incertidumbre y la paradoja son fenómenos naturales que no necesariamente van a poder resolverse, y e) es necesario asumir el carácter o condición de impredecibilidad de cualquier proceso, lo que implica que para conocer qué

es lo mejor, no existe ninguna certeza basada en la mejor comprensión, el mejor análisis de la situación, el mejor conocimiento de los agentes o en la posesión de los mejores modelos explicativos (Novoa Jurado, Molina Durán, & Luna Maldonado, 2004) (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Los postulados del pensamiento crítico aplicados a la medicina familiar la enriquecen de muchas formas. Permiten comprender y cuestionar las circunstancias históricas-sociales y las formas directas e indirectas que sostienen y legitiman una “medicina para pobres y una medicina para ricos” (Kincheloe & McLaren, 2005). Reconoce también que entre los factores económicos que determinan muchos aspectos de la existencia humana, existen múltiples formas de poder (racial, género, dominación sexual, entre otros) expresadas en la relación médico-paciente (Kincheloe & McLaren, 2005). Esto implica profundas relaciones de poder en el acto médico, inclusive en las medidas preventivas o en actividades de “control” aparentemente inofensivas. Permite el uso racional y crítico de la racionalidad instrumental o técnica, más interesada en un método y su eficiencia que en un propósito. Uno de los aspectos más ilusorios del campo médico es ver la tecnología o la tecnificación de su práctica como un fin, en lugar de un medio para disminuir el sufrimiento humano (Kincheloe & McLaren, 2005).

Si bien el acto médico conlleva una profunda carga de subjetividad —que requiere interpretación— es necesario asumir que ningún pensamiento es ingenuo. El acto hermenéutico de interpretación da sentido a lo observado en formas que permiten su entendimiento. El propósito del análisis hermenéutico es desarrollar una forma de crítica cultural que revele las dinámicas de poder en los contextos sociales y culturales (Kincheloe & McLaren, 2005). La incorporación de estos dos principios supone un ejercicio activo y deliberativo de una medicina familiar distante de los postulados enseñados en las aulas o en los programas tradicionales de medicina familiar; está más próximo a las necesidades que la realidad demanda en los países de Latinoamérica y del tercer mundo.

En este punto Verónica se pregunta ¿cómo evitamos que nuestros pacientes sean solo objetos de descripción en esta nueva práctica médica?

La respuesta no es simple, pues lo primero es replantearse por completo la

episteme de la práctica médica, superar el centralismo médico y el egocentrismo de la práctica médica, agregando otras disciplinas como las matemáticas, las ciencias sociales (antropología, comunicación, filosofía, humanidades, etc.) como auxiliares metodológicos en el abordaje clínico del individuo entendido como un todo social (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016).

Esta respuesta debe incorporar conceptos como la observación participativa, el relativismo cultural, la eficacia simbólica, la investigación cualitativa, la escucha activa, la interpretación del discurso, los cuales deben formar parte consciente del método de abordaje e interpretación clínica (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016). El médico, inmerso en una práctica, tampoco está satisfecho con su ejercicio: repite su práctica mecánicamente sin visualizar otra forma de ejercer la medicina. Se requiere un cuestionamiento personal, enfrentar una contradicción dialéctica. Este proceso de cambio es individual, a través del cual, el médico busca su diferenciación e inicia una práctica basada en la Comunidad, que va transformando la medicina (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016).

Esto no significa dejar de conocer y estudiar el avance de la biomedicina, ni buscar refugio en las medicinas alternativas; se debe continuar con las acciones y argumentaciones que nos definen como médicos, sin olvidarnos que la pretensión de validez científica y búsqueda de evidencias logra consensos útiles pero homogenizadores del paciente. La dignificación del paciente solo es posible respetando la singularidad y la diferencia (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016).

Lejos del discurso oficial, una práctica médica despolitizada permite el ejercicio a ciegas de la medicina hegemónica. En este marco, al estar ausente el compromiso del médico, la enunciación de los principios de la medicina familiar suena más a una retórica ideologizada antes que a una filosofía de práctica profesional.

Entendemos que señalar la opción “política” genera discusiones y rechazo en la mayoría de los médicos que ven a la profesión como “apolítica” (término más bien coloquial, ya que incluso el mantenerse al margen de las discusiones políticas representa una opción política) por lo que consideramos necesario discutir la opción política como una de las limitaciones para

lograr esta nueva práctica médica, que reposan tanto en el médico como en su formación y el contexto.

El médico y la política

Un aspecto del mundo actual es la despolitización de la vida cotidiana. La política²¹ tiene que ver con todo. La medicina, la vida pública y la vida privada están configuradas por múltiples aspectos políticos. Entendida la política como el ejercicio del poder, se reconoce que la relación médico paciente es una relación sesgada por el poder. Al margen de discutir enfoques o modelos para entender la asimetría del poder en la relación médico paciente, el discurso médico requiere atención sobre el rol del poder en su accionar.

El conocimiento, el *saber hacer* del cual es portador el médico, le confiere poder en la relación médico paciente. Existe alguien “que sabe” y alguien “que no sabe”, y que por eso consulta. El modelo médico hegemónico atiende y refuerza esta relación mediante el discurso biologista de los profesionales y de los sistemas de salud, pues en este discurso la subjetividad —del paciente y del médico— está anulada. Por otro lado, en el mismo marco de relación del modelo hegemónico, las expectativas del paciente refuerzan esta práctica pues asumen que el “saber” del médico le confiere una condición de certeza (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016).

El enfoque biopsicosocial del que habla Engel, estará condicionado por una interacción dinámica entre el *peso* o *prioridad* que se tenga presente en cada una estas esferas (biológica, psicológica y/o social) y la relación médico paciente, pero no anula la asimetría en la relación de poder. Esta asimetría es más fuerte en contextos donde el paciente no participa o lo hace muy poco, como una situación de emergencia o enfermedad aguda

21 La *política* es el arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados. Constituye una rama de la moral que se ocupa de la actividad, en virtud de la cual una sociedad libre, compuesta por personas libres, resuelve los problemas que le plantea su convivencia colectiva. Es un quehacer ordenado al bien común. También puede ser entendida como la ciencia social que estudia el poder público o del Estado. La *política* es el ejercicio del poder que busca la trascendencia. Promueve la participación ciudadana al poseer la capacidad de distribuir y ejecutar el poder según sea necesario para garantizar el bien común en la sociedad. Fuente: Aguilar Ayala, 2016.

grave. Dicha asimetría es más tenue en contextos donde se requiere incluso una negociación, como las decisiones acerca de un tratamiento para un problema en el campo de la salud mental (Herrera, Gaus, Troya, Guevara, & Obregón, 2016).

Esta relación de poder es parte del discurso social sobre el entendimiento de la política, discurso y sociedad en la que se desenvuelve la relación médico paciente. En este contexto es preciso mencionar los aportes de Habermas²², quien asegura que en el mundo existen tres modelos de entendimiento de la política a partir de los cuales podemos esgrimir ciertas conductas en torno de la relación médico paciente.

El primer modelo, que llamaremos *conservador*, sostiene que la sociedad se auto organiza mediante ciudadanos unidos y comunicados a través de los medios de comunicación, dirigidos por los fines colectivos y regulados por un mercado. El accionar del médico se basa en curar y responder a los lineamientos del mercado, en sistemas de salud mixtos, en los que existen problemas graves al tratar a los pacientes que no tienen cobertura de la seguridad social (Habermas, 2012). La debilidad de este modelo es su excesivo idealismo, pues basa su accionar en las virtudes de ciudadanos orientados al bien común. La política no se compone solo de buenas intenciones y de ningún interés oculto. Esta posición política niega los intereses personales y de clase, no toma en cuenta el pluralismo cultural y social. Tras las metas políticamente relevantes se esconden a menudo intereses y orientaciones mezquinas que de ningún modo pueden considerarse constitutivos de la identidad de la comunidad en conjunto.

En el segundo modelo, que denominaremos *liberal*, el Estado es el protector de los más débiles y su rol es la redistribución económica. Existe la idea de un equilibrio de poder donde los individuos —médicos o pacientes— son invisibles tras las estadísticas. Para el modelo liberal, el sistema de

22 Jürgen Habermas (Düsseldorf, 18 de junio de 1929) fue un filósofo y sociólogo alemán. Es el miembro más eminente de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt y uno de los exponentes de la Teoría crítica desarrollada en el Instituto de Investigación Social. Entre sus aportaciones destacan la construcción teórica de la acción comunicativa y la democracia deliberativa. En su ensayo original describe y discute tres modelos de democracia: el republicano, el liberal y el deliberativo. Los términos conservador, liberal y transformador son nuestros, y han sido usados para afinar la comprensión de la terminología usada. Fuente: José María Carabante Muntada. Jürgen Habermas. <http://www.philosophica.info/voces/habermas/Habermas.html>

salud único y las instituciones que lo instrumentalizan son solo una parte de un Estado poderoso, organizado mediante dispositivos de tipo normativos (derechos fundamentales, división de poderes y normas administrativas, normas legales para la formación de profesionales y para el desarrollo de su práctica) (Habermas, 2012). Para este modelo, los actores sociales —entre ellos médicos, enfermeras y pacientes— actúan como variables independientes en el proceso de poder, que discurren de forma ciega ya que más allá de los actos de elección individual, no puede haber decisiones colectivas tomadas de forma consciente, a no ser en un sentido simplemente metafórico.

El tercer modelo que llamaremos *transformador*, por el contrario, cuenta con la intersubjetividad de orden superior que representa procesos de entendimiento efectuados de forma institucionalizada, deliberaciones en las corporaciones parlamentarias o en la red de comunicación de los espacios públicos políticos. Estas comunicaciones burocráticas, que no toman en cuenta a los individuos, o que se atribuyen a un colectivo o bien común, deben ser cuestionados con racionalidad, tomando en cuenta los saberes y sentires de pacientes, familias y comunidades, estén o no cerca de las construcciones sociales del Estado modernizador, explicitadas en forma de normativas y productos (Habermas, 2012).

En este modelo, el paciente hablante y el médico oyente se entienden desde y a partir del mundo de la vida que les es común —simbólicamente estructurado— sobre algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo. De manera que entender lo que dice el paciente significa, para el médico, saber que lo hace aceptable. De esta manera, la acción comunicativa se basa en el consenso simbólico. La verdad, rectitud y veracidad son los criterios de verdad. El mundo de la vida es el lugar trascendental en que el hablante y el oyente salen al encuentro planteándose pretensiones de validez; es el horizonte de convicciones comunes a problemáticas en el que se da la acción comunicativa.

Este modelo exige más que una práctica humanista que se pueda encontrar en los dos modelos anteriores. En este modelo dialógico se cuestiona el biologismo, el desarrollismo, el positivismo a nivel de la relación médico paciente y a nivel de la relación médico - equipo de salud y médico - institución.

En este punto, Verónica cuestiona la enseñanza de la práctica médica, la que considera dominada tanto por un modelo hegemónico puramente biologista, y por la política y el mercado; esta formación ha estado desligada de la realidad palpada fuera las paredes universitarias o del consultorio. Verónica se siente sin identidad, le han “quitado el piso”, está confundida. Cree que cambiar las cosas no está permitido.

El estado moderno y la burocracia

De acuerdo al estudio realizado por Bedoya y colaboradores (2015), los médicos especialistas que trabajan en el ámbito público se cuestionan por la percepción que ellos mismos y sus colegas tienen de haber dejado de ser profesionales independientes de la medicina, para convertirse en burócratas (Bedoya & Carmen, 2015).

Para entender los límites del actuar médico en sistemas de salud con permanentes crisis (sean estas políticas, sociales o económicas), en los que las agendas coyunturales pueden contraponerse a cualquier plan nacional; se requiere una comprensión más detallada del concepto de burocracia, ya no en el sentido peyorativo que coloquialmente se la conoce.

El surgimiento de la burocracia es un elemento constitutivo de los sistemas de las sociedades modernas. Como expone Max Weber, los profesionales son entendidos como técnicos sociales y se convierten en una pieza clave de la maquinaria administrativa. De esta manera, se niegan a cuestionar el registro político y “pragmático de su acción”, y evitan deliberar la razón y deber ser de la sociedad. Estos hombres de ciencia pierden su condición política y se “transforman” en funcionarios modernos (Osorio, s.f.). Esta racionalidad técnica sobrevalora la coerción de la obligatoriedad. El Estado capitalista deviene en coacción física (legitimada), paraliza la crítica y la resistencia social al proyecto tecnificador. Este neoautoritarismo técnico-institucional se disemina por toda la estructura social, subordina la complejidad del orden social al criterio del experto, en el cual reside toda la legitimidad de la sociedad.

La sociedad moderna deposita su fe en la administración científica, y pierde el interés en ciertos “grupos” corporativos, haciendo que las racionalidades subjetivas de los actores sociales se vean muchas veces contrapues-

tas e incluso desconocidas para el planificador social. Esto último condiciona las motivaciones y expectativas de los actores sociales para mantenerlos siempre en función de la acción planificadora gubernamental.

Finalmente, la complejidad del tejido social —de las que se pueden identificar diferentes racionalidades subjetivas, expectativas de vida, biografías y coexistencias experienciales— está subordinada a los criterios técnico-políticos del grupo de especialistas en los cuales está depositada la legitimidad.

Por lo tanto, lejos de cumplir las promesas constitucionales de cualquier Estado, la burocracia es un elemento prácticamente constitutivo, dotado de tanto poder que puede llegar a obstaculizar los mismos mandatos de su sociedad de origen. Es preciso reconocer este concepto, porque muchos aspectos de la crisis del modelo biomédico radican en que el médico a través de la vía burocrática hace un juego funcional al aparato del sistema sin darse cuenta que ha perdido su capacidad creativa.

¿Cuál es el modelo de salud integral del Ecuador, sus avances y retos?

El Estado se manifiesta a través del sistema de salud. La burocracia representa la organización o estructura que se rige por procedimientos, división de responsabilidades, especialización del trabajo, jerarquía y relaciones impersonales, en los diversos ámbitos. Para racionalizar la gran complejidad social, la burocracia formula normativas, leyes y reglamentos que se transforman en técnicas o metodologías para aprender a conocer y controlar esta realidad, en forma estandarizada o uniforme.

En salud esto se denomina, desde hace algunos años, modelos de atención. En el Ecuador, desde el año 2008 se ha querido establecer el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un enfoque familiar, comunitario e intercultural, basándose en la política nacional del *Sumak Kawsay* (buen vivir) que el Ministerio de Salud Pública resume como “*un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que, complementándose, organiza y*

descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Este modelo se incorpora y se sustenta en la estrategia de la Atención Primaria en Salud renovada (APSr) que, en teoría garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud; incrementando la oferta de servicios de salud para responder a la demanda de los mismos, integrando a la familia por ciclos de vida, vinculando su rol en la sociedad como pieza fundamental para resolver los problemas de salud de su localidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y comunitarios, para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad; reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales; fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.

Son cinco los objetivos que persigue este modelo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012):

1. Reorientar los servicios de salud desde el enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizando una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género; fortaleciendo la vigilancia epidemiológica comunitaria.
2. Implementar estrategias para el desarrollo y gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorporan especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria en Salud (APS).
3. Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

4. Organizar el Sistema Único de Información en Salud, en Coordinación con el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
5. Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.

El modelo tiene un desafío que vencer: las limitaciones epistemológicas entre el modelo teórico y su ejecución, pues a pesar de los profundos cambios en la situación de salud en los últimos veinticinco años, existe una grave disonancia entre los procesos a implementar y la realidad de las unidades de salud y ciudadanos que habitan en dichos sectores, principalmente en las zonas rurales.

La posibilidad de que la ciudadanía esté en capacidad de aportar en cualquiera de las etapas de formulación de una política sectorial también debe partir de la voluntad política de sortear la falsa dicotomía entre conocimiento científico y saber popular. Desmontando esta falsa diferencia, técnicos, técnicas y actores sociales podrán sumar sus esfuerzos para analizar los problemas y sistematizar propuestas de políticas públicas sectoriales en el marco de un diálogo de saberes.

En la base de todo aparato burocrático hay algún tipo de disciplina. La burocracia sirve como articulación de la simplificación. Se podría argumentar que la burocracia busca controlar una realidad a través de cifras; promovida por el poder central, a su vez dominar a sus funcionarios. Estas institucionalidades no tienen sentimientos, ni tampoco miran pacientes ni colectivos sino solo números para una meta final: su propia perpetuación.

El expresidente José Mujica reflexionando sobre la burocracia decía: “Por un *proteccionismo* hacia la gente que trabaja, creamos una categoría de funcionarios prácticamente intocable que tiene su porvenir asegurado; entrando en el Estado, dentro de cuarenta años se jubila y nadie lo toca, haga lo que haga. El Estado perdió vigor, y obviamente los sindicalistas defienden esas *conquistas*, con lo que se transformaron en defensores del *statu quo*” (Gabetta, 2015).

El modelo presenta una dificultad dialógica de intercambio de saberes entre ciencia-tecnología y conocimientos populares; pues está enfocado

en incrementar el número de oferta en salud, sin inquietarse en conocer la dinámica de las sociedades e individualidades. Así han surgido algunos obstáculos difíciles de franquear, entre ellos están:

La *dificultad para articular los diferentes niveles de atención*, en donde prima la falta de comunicación entre sectores de salud, siendo el primer nivel de atención el más vulnerable, pues al carecer de resolución operativa contribuye a caotizar los niveles superiores, tanto en el ámbito operativo como en el sector burocrático, donde serias barreras impiden la articulación de las unidades con las subsecretarías zonales.

La *planificación operativa se desvía* hacia el cumplimiento de requerimientos coyunturales que llenan la agenda de la organización burocrática, lo que deriva en inoperatividad del recurso disponible, ocupándolo en resolver obligaciones que, sin dejar de ser importantes, no son trascendentales para el modelo que se busca, por lo que la presión institucional se centra en reportes y metas de múltiples programas y protocolos anexos al MAIS.

La *capacidad técnica* de las instituciones locales de las cuales se espera rectoría, planificación, desconcentración, descentralización, participación, entre otros; se ve superada por la falta de personal convencido y capacitado en la política nacional de salud.

En el sector salud es *baja la participación* de los líderes sociales, tomadores de decisiones; o cuando la hay, su opinión es infravalorada. A esto se suma la opinión adversa en los medios de comunicación y grupos de poder local.

El modelo (MAIS) aunque vincula a los actores sociales para formar parte fundamental de la transformación en salud en la que está sustentado, se olvida de articular sectores fundamentales como la educación, pues la formación de personal orientado hacia el desarrollo comunitario de la salud debe tener como base una capacitación técnica y humanística lo suficientemente fuerte para reorientar el sistema sanitario.

El reto está en consolidar una formación crítica hacia un modelo que humanice la prestación de servicios en salud, entendiendo que la sociedad y su contexto deben tener un diálogo abierto con la ciencia y los recursos técnicos, integrando una mayor parte de entes estatales y particulares.

Ahora, Verónica reflexiona y se pregunta si habrá alguna forma de transformar el sistema de salud; siente que su práctica es rígida y que obedece a una lógica lineal y reduccionista que busca mantener un estatus político y social. Se pregunta si ejerciendo la medicina de familia será capaz de luchar contra el modelo médico hegemónico y establecer una práctica médica centrada en las personas y no en las enfermedades, asumiendo a las personas como una individualidad particular, pero también como un todo.



Lecturas sugeridas

Enfoques epistemológicos en medicina 2004: Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Gaceta Médica de México Número 5. Septiembre-octubre

Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I. La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. Educación Media Superior. 2012 [citado 2014 Dic 11]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/32/28>

Referencias bibliográficas

- Abril-Collado, R. O., & Cuba-Fuentes, M. S. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1).
- Bedoya, V., & Carmen, R. d. (2015). *Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Briceño Gil, M. Á. (Julio-septiembre de 2005). Epistemología y medicina compleja. *Texto Contexto Enfermería*, 14(3).
- Candib, L. (2004). Family medicine in Ecuador: At risk in a developing nation. *Family Systems & Health*, 22(2).
- D, T. (2002). Modernidad y sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. Santiago.
- Engel, G. L. (Abril de 1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286).
- Gabetta, C. (2015). Recuperado el 20 de agosto de 2016, de <http://www.jornada.unam.mx/>: <http://www.jornada.unam.mx/2015/02/22/politica/002n1pol>
- Habermas, J. (Noviembre de 2012). Tres modelos de democracia. Sobre el concepto de una política deliberativa. *Polis*, 10.
- Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Guevara, A., & Obregón, M. (2016). *Manual Médico Saludesa* (Segunda ed.). Santo Domingo de los Colorados. Gráficas Ortega.
- Jiménez Borreguero, J. F. (2012). La Medicina General Integral y su enfoque social humanista. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(2).
- Kincheloe, J., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. *The sage handbook of Qualitative Research* (Tercera ed.). (N. D. Lincoln, Ed.) California, Estados Unidos: Sage Publications.
- Lip Licham, C., & Rocabado Quevedo, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en Perú. (S. P. /, Ed.) Lima - Perú.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)* (Primera ed.). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. (UNESCO, Ed.) París: UNESCO.
- Novoa Jurado, A. J., Molina Durán, F., & Luna Maldonado, A. (Mayo de 2004). Reconstrucción del pensamiento médico: fundamentos del pragmatismo clínico. *Medicina Clínica*, 123(9).
- Osorio, A. (s.f.). Sociología crítica de la modernización: Reflexiones sociológicas sobre el Estado burocrático y sus tipos de racionalidad. Recuperado el 25 de 07 de 2016, de antroposmoderno.com/word/sociodela_180509.doc: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj38NitpsTOAhUH7B4KHx5tCHsQFfgaMAA&url=http%3A%2F%2Fantroposmoderno.com%2Fword%2Fsociodela_180509.doc&usg=AFQjCNfCS6xxDNEvrxr-GKlBg-9R8eS3_KA
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (Septiembre de 2001). The challenge of complexity in health care. *Brithish Medical Journal*, 323(15).
- Sánchez González, M. A. (2003). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico* (Primera ed.). (M. A. González, Ed.) Barcelona: Masson.
- Vargas, P. (2016). El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma importancia de trabajar con familias. En C. Julio, & C. Julio (Ed.), *Introducción a la Medicina Familiar* (págs. 1-9). Buenos Aires: Libros Virtuales Intramed. Recuperado el 10 de Agosto de 2016, de https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943



Capítulo tres: dolor y sufrimiento. Instrumentos de la medicina familiar

Luci Matailo Montenegro*

Pedro Martínez Borrero*

Rita Bedoya Vaca**

* Departamento de Posgrados Universidad del Azuay, Cuenca,

** Ministerio de Salud Pública del Ecuador

** Grups de Recerca d'Àfrica i Àfrica Llatines - GRAAL



“No entiendo por qué”

Llegó agosto: el viento es tan fuerte que parece llevarse el techo del centro de salud. Así no da ningún deseo de salir a visitar pacientes. Verónica, médica familiar, decide quedarse. Aunque todavía no conoce el barrio de la Rinconada, a veces llegan pacientes de esa zona y Lupita, su auxiliar de enfermería, que es oriunda del lugar, insiste en que hay que atenderlos porque la Rinconada está lejos y no es justo que hagan el viaje en vano.

Dicen que allá casi todos están emparentados. La Rinconada se conformó hace más o menos cuarenta años, cuando se casaron dos hermanas con dos hermanos y heredaron un pedazo de tierra grande, ahí levantaron sus casas y tuvieron tantos hijos que la familia se convirtió en barrio.

Verónica conoció sobre este sitio por un paciente con epilepsia, cuando trató de hacer su genograma, la madre le dijo que era nieto de uno de los fundadores de la Rinconada y que llenar el mapa familiar le tomará algunas visitas porque la familia es muy numerosa, la mayoría, dijo, se atiende en el otro centro de salud, el del seguro campesino.

Yolanda se atiende en el centro de salud que coordina Verónica, es nuera de uno de los fundadores del caserío; ella se convirtió a una nueva religión. La familia no está de acuerdo, ellos son parte de la religión tradicional, tanto que hasta han sido sacerdotes de la fiesta de una divinidad del pueblo.

Yolanda acude hace cinco meses al centro de salud, siempre con el mismo dolor de cabeza, dice que empezó un año atrás, entonces decidió acudir al seguro campesino. Le hicieron varios exámenes y tomografías que acostumbra llevar dentro de una funda en busca de alguna clave para curarse. El dolor no amaina, siempre es igual, solamente algunos días que sale a visitar familias para evangelizar, parece sentirse bien.

Regresa a la consulta, esta vez muy preocupada, una autoridad de la iglesia le indicó que si los médicos dicen que no tiene problemas en su cerebro, su fe debería sanarle y si la molestia persiste no es un buen testimonio de su fe. Está llorando, no entiende por qué no tiene alivio, teme que la rechacen en la iglesia por persistir su mal. Tiene miedo de que finalmente deba contarle a alguien lo que le pasó hace quince meses, con su tío Julián, cuando acudió por el dinero para la matrícula de su primera hija en la universidad.

Verónica se pregunta qué está detrás de ese dolor de cabeza, pero el viento sigue haciendo traquetear el techo del centro de salud sin dejarla aclarar sus pensamientos, ¿Qué tiene Yolanda? Y no obtiene respuesta, siente impotencia por no comprender el sufrimiento de Yolanda.

Propuesta para resolver el caso

Yolanda presenta un dolor crónico de cabeza, que al momento le provoca ansiedad y sufrimiento. El relato evidencia la necesidad de una mirada integral en el manejo del dolor y el sufrimiento, y nos invita a reflexionar en algunos aspectos:

Dolor y sufrimiento son dos sensaciones que generan miedo y angustia, usualmente se convierten en el principal detonador para buscar ayuda. El dolor es el suceso que con más frecuencia suele dar inicio a la relación médico paciente.

Este caso nos coloca frente a una paciente que consulta frecuentemente, a varios médicos, y permanece sin alivio. Yolanda sufre un dolor crónico no resuelto, al parecer, desde el inicio fue evaluada desde un enfoque biológico, en lo que puede radicar el motivo del fracaso terapéutico. En palabras de Le Breton diremos que “al mantenerse en un enfoque organicista estricto y convencional, mirando las hojas procedentes de los exámenes y no el rostro del hombre que sufre, el médico, sin saberlo, contribuye a cristalizar con creces su dolor...”

El sufrimiento y el dolor se experimentan de manera personal, por eso es importante investigar: ¿cómo lo vive Yolanda?, ¿cómo lo entiende?, ¿qué representa para ella? Ha mencionado que *tiene miedo de contar una situación que la atormenta*, podría existir culpa, lo que lleva a la necesidad de desentrañar esta situación. El aporte de los instrumentos de medicina familiar es muy importante.

Existen factores psicológicos y sociales que pueden potenciar un síntoma. En el caso de Yolanda, el ser mujer —aparentemente víctima de abuso— y miembro o descendiente de una familia disfuncional, podría contribuir al agravamiento de su cuadro. Por otro lado, están los factores que pueden aminorar el sufrimiento, como la religión y las relaciones sociales; ella dice encontrar alivio al estar en contacto con personas y compartir sus creencias religiosas.

El dolor y sufrimiento son conceptos a diferenciar: el dolor del cuer-

po puede ser calmado por el médico; el sufrimiento tiene que ver con las relaciones sociales y emocionales, y es más difícil de tratar: demanda una combinación de destrezas y persuasión que en ocasiones provoca en los médicos el sentirse superados por la situación.

Verónica siente impotencia al no descubrir y entender qué hay detrás del dolor y el sufrimiento y no saber cómo manejarlo. Reconoce que, para manejar problemas de salud como este, se requiere un mayor acercamiento a la comunidad y a los demás miembros de la familia. Decide apoyarse en los instrumentos propios de la medicina familiar que le permitirán enfocar problemas de estructura y función familiar, en busca de indicios que le permita comprender y apoyar a Yolanda.

Para analizar este tema, se plantean las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Desde la perspectiva histórica, filosófica y teológica, cómo se entiende el dolor y el sufrimiento?
- ¿Es el dolor el que nos lleva al sufrimiento o es el sufrimiento el que nos lleva al dolor?
- ¿Cuál es el aporte de los instrumentos de la medicina de familia en el análisis del sufrimiento como síntoma?
- ¿Cómo afrontar los síntomas psicósomáticos, en este caso, el manejo del dolor y sufrimiento desde el punto de vista de la medicina de familia?

Fundamentación teórica

¿Desde la perspectiva histórica, filosófica y teológica, cómo se entiende el dolor y el sufrimiento?

A continuación, mencionaremos el pensamiento de algunos autores que, desde sus vertientes, aportan en la reflexión acerca del dolor y el sufrimiento. Sin pretender hacer una revisión exhaustiva, se busca que los lectores comprendan el interés que este tema ha suscitado en las diferentes culturas y épocas.

Los griegos no entendían el dolor sin sufrimiento. Aristóteles, en su *Ética* a Nicómaco mencionado por Ariza (2014) entiende el dolor como una especie de sentimiento que afecta la intimidad del ser. El sufrimiento resulta de una multitud de factores que incluyen pérdida de la función física, aislamiento social, alteración familiar, y un sentimiento de pérdida espiritual.

Los islamistas fundamentan su fe en la entrega absoluta hacia la voluntad de Dios: lo que Alá ha decidido es algo que, ante su omnipotencia, nadie puede sustraerse. El dolor no es un castigo por alguna falta cometida, está predestinado incluso antes del nacimiento. El alivio del dolor y del sufrimiento no se produce por medio de la oración y la medicina, por lo que si no se busca su mitigación se actúa con conciencia errada. No hay en el islam un culto al dolor. Alá es el dueño de la vida y de la muerte, no se contempla la eutanasia ni el suicidio incluso para escapar de dolores o sufrimientos (Le Bretón).

Desde la perspectiva budista se entiende el sufrimiento como parte de la condición humana. La vida es un continuo en la búsqueda de la purificación, con el concepto de *karma* entendido como una rendición de cuentas pasadas y por venir. Todas las acciones del ser humano se miden en cuentas por cobrar o pagar. El sufriente debe enfrentarse a sí mismo, no puede reprochar a Dios; en realidad hay una justificación del sufrimiento en el orden del mundo (Le Bretón).

Las personas ateas no esperan nada más cuando sus días en la tierra hayan terminado. Christopher Hitchens²³, luego de su diagnóstico de cáncer esofágico

²³ Christopher Eric Hitchens (Reino Unido, 1949 – Houston, 2011) Ateo, fue un escritor y periodista británico, residente en Estados Unidos.

escribió “A veces desearía estar sufriendo por una buena causa, o arriesgando mi vida por el bien de los demás, en vez de ser solo un paciente en grave peligro”. Sin religiosidad ¿en dónde queda entonces el “sentido” del sufrimiento?

Los Testigos de Jehová manifiestan que el sufrimiento es responsabilidad de los seres humanos. “Nuestros primeros padres se rebelaron contra la autoridad divina y decidieron fijar sus propias normas sobre lo bueno y lo malo. Le dieron la espalda al Creador y pagaron las consecuencias”.

Desde el punto de vista cristiano, el sufrimiento parte de la decisión de Adán y Eva de desobedecer a Dios en el paraíso, aclarando que fue Eva quien tentó a Adán a desobedecer. El hombre tiene que tomar la autonomía de los hechos y actos, pero el precio a pagar es el sufrimiento y el dolor. Entonces el hombre, al asumir el libre albedrío, se expone a perder el cielo. En forma expresa la Biblia, en Génesis capítulo dos, versículo dieciséis dice: “(Dios) a la mujer le dijo: con dolor parirás los hijos”. En el mundo cristiano la mujer es la causante del dolor y el sufrimiento; de hecho, por mandato divino el parto es doloroso para que recuerde el castigo que se le impuso por desobedecer a Dios.

Gilles Deleuze²⁴ plantea que el sufriente es culpable; sufre porque expía, redime y es redimido. Ahí se vislumbra la idea de la trascendencia o razón del sufrimiento desde el punto de vista religioso y su importancia en un ejercicio de acercamiento a la divinidad.

El sacerdote inventa la noción de pecado: “El pecado sigue siendo el principal acontecimiento de la historia del alma enferma; representa para nosotros el juego de manos más nefasto de la interpretación religiosa». La palabra *culpa* remite a la falta que he cometido, a mi propia culpa, a mi culpabilidad. He aquí como se interioriza el dolor; consecuencia de un pecado, su único sentido es un sentido íntimo”.

El dolor se convierte en un sentimiento de duelo con la subsecuente búsqueda de alguien a quien culpar. No importa que sea “yo” el culpable, igual, servirá para aquietarme. El análisis existencial aborda la lucha del

24 Gilles Deleuze (París, 1925 - 1995) Filósofo francés de obra influyente en el arte y la literatura de la segunda mitad del siglo XX.

hombre en torno a un sentido y no solo al sentido del sufrimiento, sino también de la vida en general, de la existencia; no considera únicamente la *lucha por la existencia y la ayuda mutua*, sino también la lucha por el sentido de la existencia y el apoyo en la búsqueda del sentido. Víctor Frankl²⁵, en *El hombre doliente* (1975), refiere que, a pesar de la diversa etiología del sufrimiento, este mostrará síntomas parecidos; enfatiza en que la semejanza no debe conducir al error en el diagnóstico diferencial y en la distinción de lo espiritual y lo humano frente a lo anímico y lo patológico.

La liberación del dolor forma parte del quehacer médico, pero no podemos liberar a un ser humano de sus dolores al precio de su propia abdicación, esto sería abdicar de sí mismo; la labor consiste en evitar radicalmente el displacer, combatir el dolor incondicionalmente, incluyendo el descontento y el dolor de un sufrimiento cargado de sentido existencial.

Hemos dicho que es necesario asumir y aceptar el sufrimiento, para lo que es necesario afrontarlo. Porque solo *mana la dicha pura, solo brota la luz si bebo*, si incorporo el sufrimiento, si lo hago mío. Solo el sufrimiento asimilado deja de ser sufrimiento. Aquí observamos un contrapunto, una analogía con el placer. También este, como hemos visto, deja de ser tal cuando se persigue directamente: el hombre que busca el placer, lo pierde.

Desde el punto de vista existencialista, afrontar el sufrimiento requiere trascenderlo. En otras palabras: solo se puede afrontar el sufrimiento si este adquiere sentido, si se sufre por un algo o un alguien. Si recordamos el relato: "...llora al no entender por qué no se calma ese dolor, teme el rechazo en la iglesia ante la persistencia de su mal. Tiene miedo de que, finalmente, se vea obligada a contar a alguien lo sucedido hace ya quince meses con su tío Julián, cuando acudió a pedir el dinero para matricular a su primera hija en la universidad..." En el relato se plantea que Yolanda tiene un dolor que, al hacerse crónico, se ha convertido en razón de sufrimiento. Ella tiene un secreto: aparentemente fue violentada y no ha salido del silencio. Posiblemente su dolor de cabeza está comunicando el sufrimiento que le produjo lo acontecido entonces.

25 Viktor Emil Frankl (Viena 1905, Viena 1997) fue un neurólogo y psiquiatra austriaco, fundador de la logoterapia. Sobrevivió desde 1942 hasta 1945 en varios campos de concentración nazi. A partir de esa experiencia, escribió el libro "El hombre en busca de sentido". Fuente https://www.ecured.cu/Viktor_Frankl

Muchas de las mujeres que presentan dolores crónicos pueden estar viviendo situaciones similares a las que vive Yolanda. La perspectiva biológica de la medicina que solamente evalúa la queja clínica refiere mayor prevalencia de cuadros dolorosos en mujeres. El dolor tiene dimensiones múltiples, existe diferencia de sexos en el sistema endócrino, las vías nociceptivas y la percepción sensorial¹⁴ (LeResche, L., 2011; Gutiérrez, L., 2012).

La cultura patriarcal impone mensajes muy claros tanto a hombres como a mujeres. Frente al dolor se dice “los hombres no lloran”, pues el estoicismo es una cualidad asociada a la masculinidad. El “sexo débil” habla de la fragilidad de las mujeres, en quienes se considera que el sufrimiento va a tener mayores repercusiones. El que la mujer sea capaz de parir con dolor resignifica la maternidad, al considerarse como uno de los dolores más intensos se asume que la mujer lo soporta como castigo divino. Se puede entender el sufrimiento femenino desde la coacción o la sensación de amenaza percibida, lo que le impide tomar decisiones con libre albedrío. Las mujeres también pueden ser víctimas de un sentimiento de impotencia o incapacidad de respuesta ante situaciones de violencia o injerencia de los hombres. Al parecer Yolanda está en una etapa en la que, por temor o por miedo, guarda silencio sobre el abuso, busca ayuda en forma justificada —en el dolor de cabeza— sin encontrar un médico capaz de entender su dolor y su sufrimiento, en forma integral.

Podemos concluir que estamos frente a una víctima de maltrato cuya evaluación incluye comprender la manera en la que el poder es ejercido en su vida. Por un lado, está el miedo al tío abusador; por otro, al pastor que cuestiona su fe por sentir dolor. No conocemos qué otras historias están presentes en su vida, marcada por una gran familia que ha asignado roles y controla incluso las creencias religiosas. Yolanda ya intentó un camino de salida al abrazar una fe distinta a la de su familia de origen.

En este capítulo nos centraremos en el uso de los instrumentos de la medicina familiar para entender la complejidad del gran sufrimiento que conduce a Yolanda a un dolor crónico. Esperamos que esta breve introducción permita al lector ubicar la necesidad de tener marcos referenciales más amplios que los biológicos para trabajar de manera integral. En otro capítulo de este libro se habla de violencia de género, en el que se profundiza en las influencias del patriarcado en la vida de hombres y mujeres.

¿Es el dolor el que nos lleva al sufrimiento o es el sufrimiento el que nos lleva al dolor?

La raíz latina de la palabra *dolor* se basa en la acción del verbo *doleré*, que parte de sufrir. Habitualmente hemos considerado al dolor y al sufrimiento como sinónimos. De acuerdo a la Asociación Internacional del Estudio del Dolor este se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño”. Es de suma importancia destacar la “experiencia sensorial y emocional” con daño... “potencial”, pues el dolor es lo que el paciente dice que le duele.

Como concepto, el dolor —sobre todo el agudo— es consecuencia del daño tisular secundario a trauma o infecciones, por tanto, disminuirá conforme sanen los tejidos, en un proceso en el que se puede apelar a la eficacia de los analgésicos. El análisis de este tipo de dolor no es objeto de este capítulo. Al hablar del dolor debemos señalar que existen diferentes tipos: el dolor nociceptivo es la consecuencia de una estimulación de nociceptores periféricos que se transmiten al sistema nervioso central. Puede estar localizado en el aparato locomotor, la piel o en las vísceras. En principio es un dolor que protege al individuo de daños posteriores. El dolor neuropático, en cambio, se origina en el sistema nervioso periférico o central y se caracteriza por ser recurrente y suele provocar *alodinia*²⁶. En ocasiones puede presentarse un dolor mixto, aquel que comparte lo nociceptivo con lo neuropático.

Es posible clasificar el dolor por su intensidad. Al ser subjetivo, resulta difícil medirlo, por lo que se utilizan diferentes formas: en la graduación verbal se define con adjetivos que van desde “nada” hasta “insoportable”; en la valoración numérica se va del cero al diez o del cero al cien; en la Escala Visual Análoga o EVA, al doliente se le presentan pictogramas de caras con diferentes emociones, desde alegre hasta con dolor insoportable y se le permite escoger su dónde ubicarlo.

²⁶ *Alodinia*: sensación dolorosa ante estímulos que normalmente no deberían causar malestar y menos dolor.

Desde el punto de vista sociológico, David Le Bretón²⁷, en su “Antropología del dolor” (1999) relaciona un mundo hostil con la sensación dolorosa. En esencia se plantea que no hay dolor sin sufrimiento. En algunas culturas, los rituales de paso hacia la adultez, a más de un componente de fe, se realizan mediante actos dolorosos. Muchas culturas refieren “dolor” cuando en realidad está viviendo una manifestación de angustia emocional o sufrimiento.

Durante los años noventa, algunos estudios en diversos grupos étnicos alrededor del mundo demostraron que las diferentes actitudes y creencias desempeñan un papel en la variedad, intensidad, duración y percepción subjetiva del dolor, la que no puede separarse de la personalidad y el ambiente (Kopf 2010).

Cuando los médicos no encuentran un sustrato anatómico o fisiológico para explicar el dolor, lo consideran como *dolor psicógeno* o *enfermedad psicósomática*, lo que provoca la dicotomía, mente-cuerpo o dolor somatogénico-dolor psicógeno, y conlleva que con frecuencia el médico diga “todo está en su cabeza”. ¿A quién pertenece esa cabeza o mente y el cuerpo?, ¿son acaso dos entes separados en los que podemos dividir a las personas?

En otros estudios se ha evaluado el dolor respecto a la edad y al género, encontrándose que la percepción del dolor es más alta en mujeres y en personas mayores de 65 años (Ramírez Maestre, Anarte, Esteve, & López Martínez, 2001).

El miedo al dolor, sus orígenes o consecuencias, provoca conjeturas que afectan a la esfera cognitiva de las personas. El dolor es una señal de que “algo” no funciona y puede poner en peligro la integridad de la persona, no solamente desde el punto de vista físico sino también moral o ético.

El manejo del dolor demanda, por supuesto, de un diagnóstico adecuado, lo que precisa de una historia clínica exhaustiva, evaluaciones pertinentes en caso de requerirlas.

El dolor crónico no es simplemente un dolor de más larga duración. Autores como Genís (2007) lo consideran como una enfermedad y no so-

27 David Le Breton (1953) es sociólogo y antropólogo, entre sus obras están “Antropología del cuerpo y modernidad”, “Antropología del dolor” o “El silencio”. Es uno de los autores franceses contemporáneos más destacados en estudios antropológicos.

lamente un síntoma que conlleva a un deterioro físico, psicológico, funcional y social. El no poder realizar las actividades de la vida diaria produce cambios en la respuesta emocional de quienes sufren ansiedad, irritabilidad, tristeza e incluso depresión. Se producen cambios en las relaciones interpersonales, el doliente puede sentirse poco comprendido y los otros miembros de la familia pueden considerar a quien lo padece como egoísta.

Frente a los síntomas y enfermedades, la respuesta familiar puede diferir. Existen algunas que se cohesionan exageradamente en torno al enfermo y otras que pueden tomar una actitud de negación o evitación.

La fibromialgia es un dolor crónico que no ha podido ser explicado por causas biológicas y ha sido estudiada por Nicolas Schongut. La frecuencia por género de esta enfermedad es 9 de cada 10 mujeres. El estudio encuentra que en realidad el dolor expresa el sufrimiento que las mujeres presentan debido a múltiples factores y que los hombres diagnosticados con este problema se sienten cuestionados en su masculinidad, por presentar una enfermedad propia de mujeres.

El dolor crónico muchas veces es percibido como un “algo más”, que puede significar que la enfermedad se haya expandido o el fin puede estar más cerca. Como lo escribe Leon Tolstoi²⁸ en “La muerte de Ivan Ilich” (1881) *“el dolor continuaba su obra y la muerte se erguía ante él, le miraba... el siempre vago dolor que no afloja un instante, la sensación de la vida huyendo inevitable; pero todavía no exhausta por completo, la muerte terrible, detestable, aproximándose; la única realidad, y siempre la misma mentira”*

La sobreestimación del dolor produce en los pacientes cambios cognitivos que se expresan con palabras absolutas: “el dolor nunca acabará”, “nadie puede ayudarme”, “no puedo hacer nada más”; y explican conductas evasivas acompañadas de miedo: “nunca volveré a estar bien”.

En este caso, Verónica debe preguntarse por las causas de este dolor, para esto requiere entender a Yolanda como mujer, conocer su historia en profundidad, ¿quién es su familia?, ¿quiénes viven con ella y cómo se relacio-

28 Leon Tolstoi (1828-1910), novelista ruso, fue un profundo pensador social y moral, y uno de los más eminentes autores de narrativa realista de todos los tiempos. Fuente: <http://www.epdlp.com/escritor.php?id=2361>

nan entre sí?, ¿qué pasó hace quince meses?, ¿qué otros hechos significativos han sucedido en su vida?, ¿cuál podría ser el origen del dolor?, ¿cómo afecta su enfermedad a los demás miembros de la familia? También se necesita conocer su percepción sobre el dolor y cómo influye su vida espiritual. En este caso, ¿es la iglesia un apoyo o una fuente de angustia, a pesar de ser con quien más cuenta, en quien se puede apoyar?. Los dolores y sufrimientos que presenta Yolanda no son unicausales; requieren de un abordaje transdisciplinar desde el “modelo biopsicosocial”, base de la Medicina de Familia.

George Engel²⁹ —primero en 1962 y luego en 1977— describió este modelo de atención a partir de premisas como de que la salud no es únicamente la ausencia de enfermedad o de que no siempre es factible conocer el momento o inicio de un problema de salud. Las preguntas que surgen son: ¿por qué dos o más personas expuestas al mismo agente, uno desarrolla la enfermedad y otro no?, incluso dentro de similar contexto. ¿Hasta qué punto estoy *sano* y cuando empiezo a estar *enfermo*?, ¿quién define si estoy saludable o no?, ¿el médico, el *paciente* o alguna otra persona que lo percibe?

Es importante reflexionar en lo que dice Ian McWhinney³⁰, uno de los padres de la medicina de familia: “*los médicos modernos no han sido entrenados en entender la enfermedad como una experiencia humana*”. Lo primero que se debe aprender es el arte de escuchar.

El o la paciente evalúa la enfermedad por el impacto que pueda tener en su vida

El miedo y la ansiedad están siempre presentes en los pacientes con problemas de salud; muchas veces son sentimientos racionales y en otras irracionales; en ocasiones pueden estar ocultos al médico e incluso a los propios pacientes. Cuando la enfermedad o el problema de salud se hacen

29 George Libman Engel (1913 –1999) psiquiatra americano cuya carrera se desarrolló principalmente en la Universidad de Rochester en Nueva York, es el descriptor del modelo biopsicosocial, relacionado con la teoría general de los sistemas. Ve la enfermedad y la salud más allá de la mera biología y causa-efecto, sino más bien desde el convencimiento de que los problemas de salud —no siempre enfermedades— son multicausales. En contraste con el sistema biomédico imperante aún en muchos lugares y especialidades médicas. Fuente: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/66/70/91/66709192793610726774172638149598084555>

30 Ian Renwick McWhinney, (1926 - 2012), médico inglés y académico conocido como el “Padre de la medicina de familia” por su haber creado el programa de Medicina familiar en la Universidad de Ontario. En 1989 publicó la “Introducción a la Medicina de Familia”. Fuente: <http://www.sumaclick.com/owens/ian-mcwhinney-y-la-medicina-contemporanea/>

crónicos pueden incluso alterar el raciocinio, develar pensamientos irracionales o supersticiones. La enfermedad provoca que los pacientes se vuelvan vulnerables, y produce una asimetría en la relación médico paciente.

En este caso, Verónica debe situar el impacto que el dolor tiene en la vida de Yolanda: ¿cuánto realmente limita su vida?, ¿qué explicación tiene ella para el dolor?, ¿qué piensa que le está ocurriendo en su cabeza para que durante seis meses no haya calmado el dolor?, ¿qué función cumple este síntoma? Por otro lado, es importante comprender el rol que cumple la iglesia en la vida de Yolanda y en su dolor de cabeza. Las teorías religiosas plantean el dolor como purificador, necesario en el camino hacia Dios; implica que se requiere del dolor para tener esperanza de una vida futura, eterna.

En palabras de Bauman³¹ (2009), *“el sufrimiento determina cómo las personas viven y cómo aprenden a vivir, es decir los hábitos que practican”*. En su libro “Tres enfoques sobre el pasaje de la modernidad a la posmodernidad” (R.W. Daros)³² sugiere que las sociedades y por tanto sus participantes se acostumbraron a vivir sin grandes sufrimientos y más aún cuando el sufrimiento se vuelven público es insoportable. El dolor se convierte en humillación e incluso en ofensa hacia los demás. Antes, el sufrimiento era un paso necesario para el bienestar futuro, incluso de salvación del alma. En la sociedad posmoderna el dolor y el sufrimiento estorban y deben ser eliminados, suprimidos o, en ocasiones, ocultados.

El sufrimiento no es solo psicológico. Afecta como un todo al cuerpo, por lo que no cabe considerar la dualidad cuerpo-espíritu. En el caso de Yolanda, el sufrimiento se ha entendido como “dolor”, acentuándose ante la incertidumbre del diagnóstico, provocando incluso la duda de si el síntoma o enfermedad son “reales”, en el sentido de ser de origen físico o biológico. Cuando la enfermedad o síntoma se asocia a la culpa, el sufrimiento se hace mayor.

31 Zygmunt Bauman (1925), sociólogo polaco, es uno de los grandes pensadores europeos de la actualidad, su trabajo ensayístico abarca numerosos sujetos, entre los que habría que destacar su personal tratamiento del enfrentamiento entre modernidad y postmodernidad. Fuente: <http://nuso.org/autor/zygmunt-bauman/>

32 William Roberto Daros (Las Tunas, Argentina) es licenciado y doctorado en Filosofía (Rosario). Docente de filosofía, e investigador independiente. Fuente: <https://williamdaros.files.wordpress.com/2009/08/mi-pensamiento-filosc3b3fico.pdf>

¿Cuál es el aporte de los instrumentos de la medicina de familia en el análisis del sufrimiento como síntoma?

Los instrumentos de medicina familiar permiten obtener información sistematizada y una visión general de la familia; a verificar el cumplimiento de sus funciones básicas; al entendimiento de sus procesos de salud-enfermedad; a facilitar la comprensión de las relaciones interpersonales; y a que el profesional de la salud y la familia misma consideren un *panorama más amplio* que incluya la historia y el problema.

Esto es posible cuando el médico maneja conceptos básicos de la teoría general de sistemas; se muestra capaz de reconocer el ejercicio del poder en las diferentes relaciones, maneja un pensamiento complejo que le permite entender —más allá de lo biológico— los porqués del dolor y el sufrimiento de sus pacientes; mantiene una mirada de género que le permite descubrir las inequidades. De lo contrario llenar los instrumentos no le aportará información útil en la intervención individual y familiar.

Una de las claves en el acercamiento del médico familiar a sus familias es la continuidad de la atención, que permita adquirir un conocimiento acumulativo que el o la médica va consignando en los instrumentos familiares. En ocasiones podrá llenarlos durante una visita domiciliaria o durante las visitas al consultorio que realicen los miembros de la familia.

La relación que establece el médico familiar se basa también en la integración y calidad del diagnóstico y en intervenciones terapéuticas oportunas y adecuadas. No podemos olvidar que el médico de familia —además de empático— debe llegar a los diagnósticos correctos desde la perspectiva biológica, para tener la capacidad de aliviar o curar las enfermedades y generar confianza en sus pacientes.

Verónica se pregunta si habrá olvidado algo, o no se ha hecho todo lo posible para dar con la causa de la sintomatología que presenta Yolanda, quien —sin quererlo— se ha convertido en una paciente “difícil”. A los mé-

dicos no nos agradan quienes no se curan o no se alivian con nuestros esfuerzos.

Una adecuada comunicación médico paciente no es lo mismo que una entrevista; esta debe ser el fundamento de todo acto terapéutico. El contacto ocular, evitar distractores, un lenguaje claro, la postura corporal adecuada, utilizar el eco, las paráfrasis, estar atento a las expresiones de la paciente, hacen que la relación médico-paciente lleve a un mejor entendimiento de las posibles causas para las manifestaciones que presenta la paciente.

Es claro que en el caso de Yolanda es necesario entender mejor el contexto en el que vive, sus percepciones sobre el dolor y el sufrimiento, las reacciones de ella y sus familiares frente a sus quejas, la historia de sus problemas de dolores y sufrimientos, las formas en que ha enfrentado los problemas en el pasado. Se requiere entonces hacer un análisis básico de la familia. En este caso tener una noción de la familia es un reto cuando es un solo miembro el que acude. Si bien el diagnóstico no se centra en una sola persona, esta constituye la puerta de entrada en el sistema total, en la estructura de las relaciones de todos sus miembros. Una manera eficaz de proceder es llegar a conocer a los demás miembros con el fin de comprender mejor el problema. La aceptación o rechazo proporciona datos acerca de la actitud familiar ante el motivo de consulta.

Es importante elegir críticamente la prueba de evaluación familiar, considerando su enfoque teórico, su validez y confiabilidad. Se requiere una prueba que permita “medir” el hecho, el motivo de consulta o lo que está detrás “de lo dicho y lo no dicho”, con la intención de comprender y analizar los datos manifiestos y luego hacer una intervención que sea de utilidad para los pacientes que consultan y sus familias.

Bajo estas consideraciones es acertado iniciar con una revisión general de la ficha familiar, un instrumento propuesto por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que permite recoger información integral de la familia y vigilar su estado de salud y sus necesidades, para desarrollar los mejores planes de intervención que garanticen la prestación de servicios sanitarios. Tiene dos objetivos fundamentales: medir las condiciones de vida, y los determinantes sociales de salud (MAIS, 2013).

La ficha familiar nos permite una aproximación inicial y una visión general del grupo familiar, los eventos que han ocurrido, así como a la realidad social de la comunidad.

Por otro lado, es importante tener una visión panorámica de la estructura de la familia. Es pertinente registrar el genograma (familiograma, o árbol familiar), que consiste en la representación gráfica de los integrantes de la familia y sus relaciones. En este se detalla los nombres, nacimientos, separaciones, muertes, tipos de relaciones, antecedentes de enfermedades hereditarias, comportamientos sicosociales y otros datos que se consideren relevantes. El genograma se puede interpretar de manera estructural y funcional.

Existen formas estandarizadas para realizar este gráfico, que se pueden consultar en diferentes fuentes, como McGoldrick y Gerson³³, o en el documento del MAIS. Este instrumento es muy útil pues genera una rápida organización visual del grupo familiar que torna visible la trama complicada y maravillosa que constituyen las relaciones familiares. En el se registran los siguientes aspectos:

- El trazo de fronteras físicas y emocionales en el sistema familiar.
- Ayuda a definir las características de los integrantes de la familia.
- Es un registro práctico que identifica los antecedentes familiares.
- Muestra patrones generacionales del sistema familiar.
- Permite elaborar un diagnóstico de familia.
- Es un recurso para articular patrones multigeneracionales.
- Ayuda a establecer una relación armónica con los pacientes.

McGoldrick y Gerson han esquematizado seis categorías básicas para interpretar el genograma partiendo de la teoría de sistemas familiares: i) estructura familiar; ii) adaptación al ciclo vital; iii) repetición de pautas a través de generaciones; iv) sucesos de la vida y funcionamiento familiar; v) pautas vinculares y triángulos; vi) equilibrio y desequilibrio familiar.

33 McGoldrick y Gerson en su libro *Genogramas*, que es un manual de referencia para estudiantes, terapeutas y profesionales de medicina familiar con un enfoque general para recoger información y construir genogramas, también ofrece los principios básicos de interpretación sobre la base de la teoría de los sistemas de la familia, describe su aplicación en la práctica clínica y por último discute el potencial de los genogramas computarizados.

En el caso que nos ocupa, llenar el genograma será una tarea larga puesto que es una familia muy extensa; quizás sea necesario hacerlo en diferentes etapas. Hay que poner énfasis en los momentos de crisis, por ejemplo, que determinaron que Yolanda cambie de religión.

Una forma rápida de evaluar la funcionalidad familiar es por medio del círculo familiar. Si bien se aplica individualmente, se puede hacer una inferencia de lo que sucede en la familia. Verónica se pregunta: ¿cuál será la funcionalidad de la familia de Yolanda?, ¿cumplirá cada miembro con los papeles que le corresponden?

El método de los círculos —como señalaron Thrower y col.— ayuda al paciente y al médico a comprender mejor sus relaciones al colocarlas dentro del marco familiar. Permite explicar de forma gráfica sus relaciones con el entorno familiar y social; e implica directamente al paciente en el proceso de aportar datos sobre las personas, el entorno, las relaciones, la distancia o la cercanía. A través del dibujo puede expresar mejor sus sentimientos, emociones y de forma particular los conflictos ocultos. Tiene como objetivos: conocer algunos aspectos de la dinámica familiar; mostrar la interacción entre familia y salud; identificar situaciones de conflicto; aumentar la conciencia familiar sobre la situación problema o sobre cómo cada uno percibe a la familia; establecer metas de cambio; y obtener un perfil o línea basal de la familia (Rojas, 2000).

Con este sistema —como señalaron Jover Casas y Moreno Corredor— podemos recoger información gráfica acerca de la familia, lo que nos permitirá ayudar al paciente a entender cómo se producen las relaciones en su hogar y en el entorno social, facilitando el desplazamiento del foco de atención al ecosistema que rodea a la persona.

El ecomapa es otro instrumento gráfico, dinámico y sencillo, que permite al médico y al equipo de salud identificar las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, proporcionando información sobre la red extrafamiliar de recursos utilizados por la familia para cumplir en forma adecuada con sus objetivos; o puede ocurrir lo contrario: que estos contactos se constituyan en drenajes importantes de energía, que dificultan a la familia la posibilidad de obtener

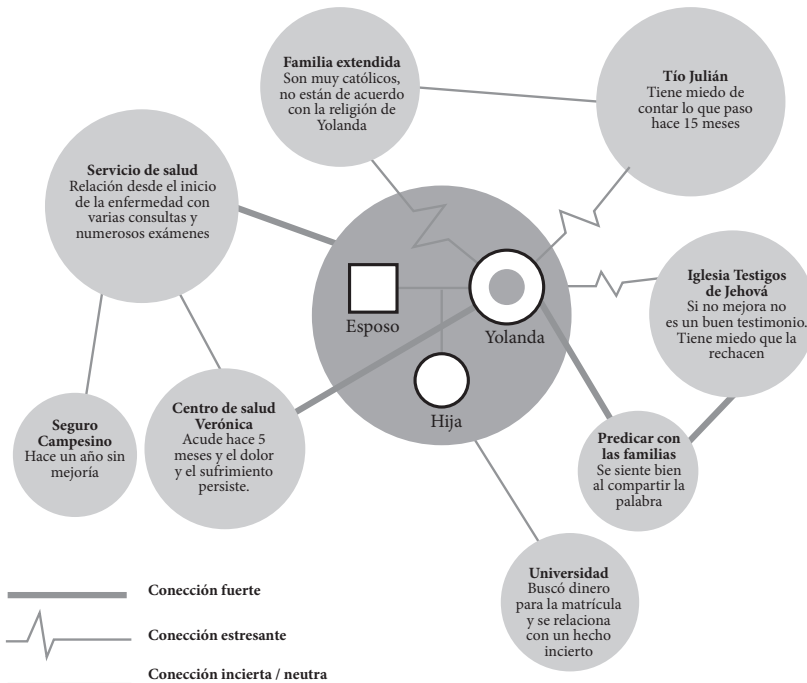
sus logros. Así mismo, permite ubicar a aquellas socialmente aisladas por religión, migración o cualquier otro motivo.

Hartman describió en 1979 el ecomapa en los siguientes términos: “representa un panorama de la familia y su situación; grafica conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo; muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y deprivaciones. Este procedimiento de dibujar el mapa destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar”

El ecomapa se diseña a partir del familiograma, que está contenido dentro de un círculo. Alrededor de esta familia se ubican otros círculos, de diferente tamaño, de acuerdo a la importancia e influencia sobre el grupo familiar y a sus grados de cercanía o lejanía, representando así a las organizaciones más frecuentemente utilizadas por esta familia como fuente de recursos. Además, se utilizan una serie de símbolos de interacción que ponen en contacto dichos círculos para indicar la naturaleza de las relaciones que existen.

Con los datos que tenemos se construye el ecomapa que muestra las relaciones que influyen en su vida, la iglesia es un drenaje importante de energía para Yolanda, ella puede reconocer el nivel de aislamiento en que está inmersa al haber salido del seno familiar y optado por una religión diferente, pero también muestra los recursos sociosanitarios que puede utilizar Yolanda y su familia para lograr sus objetivos.

Ilustración 1: Ecomapa de Yolanda. La Rinconada



Realizado por Luci Matailo Montenegro utilizando el programa smartdraw <https://www.smartdraw.com/>

Las características de este sistema son: la familia tiende al equilibrio (homeostasis) y al cambio (morfogénesis); el sistema se autorregula; la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte (familia de origen, familia extensa, comunidad, etcétera); la familia es un sistema en el que se pueden identificar subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno; existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros; el conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema es solo la manifestación de un conflicto familiar.

Existen múltiples instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar (es decir la calidad de las relaciones dentro de la familia) y las caracterís-

ticas de su ambiente que permitirían identificar el tipo de funcionalidad, se sugiere que los médicos utilicen los instrumentos con los que estén más familiarizados. El modelo CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognoscitivo) avala la capacidad de respuesta a las crisis desde el punto de vista personal y familiar. Otros instrumentos que se pueden usar son: el modelo circunflejo de Olson, Escala Familiar Estructural Sistémica (EFES) o la Escala de Clima Social Familiar (*Family Enviroment Scala* FES).

Una vez aplicados los instrumentos citados tenemos un panorama amplio que permite entender las relaciones familiares. Estos instrumentos deben ser interpretados a la luz del aporte de la teoría general de sistemas desarrollada por Ludwig von Bertalanffy, quien propone que observemos a la familia como un sistema vivo y abierto, conformado en su totalidad no solamente por los miembros de la familia, sino también por las relaciones que estos establecen entre sí; para incorporar otro tipo de influencias que están presentes en los cómo y los porqués se sana y se enferman los miembros de una familia determinada. Finalmente es importante anotar que los instrumentos de medicina familiar son herramientas útiles que, como toda herramienta, sirven en la medida de la destreza con la que se utilice; requiere por un lado contar un marco teórico que permita entender los resultados de la indagación y por otro, la destreza en su aplicación para facilitar en vez de entorpecer el encuentro con el paciente.

¿Cómo afrontar los síntomas psicosomáticos, en este caso, el manejo del dolor y sufrimiento desde el punto de vista de la medicina de familia?

Debemos encontrar la razón por la que Yolanda acude al centro de salud, identificar la verdadera causa de la consulta. El médico familiar efectivo siempre está dispuesto a escuchar y hablar en un ambiente de confianza, aplicando un modelo de atención humano, integral, personal y continuo, capaz de descubrir el auténtico motivo de consulta y proponer entonces su manejo.

Es importante entender que el significado del síntoma, el malestar de la paciente, está directamente asociado al significado que la persona o la familia hacen del problema de salud; es una elaboración cognitiva construida

a partir de creencias, experiencias previas, relaciones familiares, crisis, entre otras. Conocer la propia historia, relacionar hechos y situaciones, darle sentido al lenguaje del cuerpo cuando estalla una enfermedad o la angustia, comprender desde una noción que integre el *soma*³⁴ al espíritu son los resortes vitales para hacerse de la llave que descubre lo oculto en el dolor (Paris Diana, 2014).

Debemos pensar que hay un guión oculto ... *tiene miedo que, finalmente, deba contarle a alguien lo que le pasó con Julián...* En este caso, el real motivo de consulta es el abuso, que produce miedo y vergüenza. Yolanda se esconde detrás del dolor de cabeza, lleva en silencio un sufrimiento; solo expresa la cefalea que a su criterio justifica la consulta médica. Yolanda está en primera fase de crisis que es la negación y el silencio.

Corresponde a Verónica utilizar, en primer lugar, su habilidad para sintonizar, empatizar con Yolanda, para abrir un espacio de confianza y compartir la verdadera razón de su angustia. El arte de comunicarse con los pacientes es encontrar la mejor estrategia para tratar el tema, tal vez sea situar el tema y preguntar de forma directa; por ejemplo: si entendemos que los seres humanos somos más que un cuerpo, somos sentimientos, historias... sabiendo que el cuerpo es auténtico y habla expresando dolores... ¿este dolor de cabeza, de que nos está hablando?

Otro camino es dibujar el genograma —el mapa familiar—, hacer preguntas sobre su funcionamiento, aplicar el ecomapa. De esta forma los instrumentos de la medicina familiar se convierten en herramientas útiles para que Verónica pueda acercarse de manera profesional al tema que, en este caso, es álgido.

Solo cuando Yolanda hable de su sufrimiento será posible avanzar, porque con mayor información Verónica podrá tener un panorama más claro. De hecho, la propia catarsis que se produzca al hablar del tema ya será terapéutica. Verónica podrá evaluar la complejidad del problema y entonces decidir si requiere referencia para manejo psicológico.

34 Soma: La totalidad del cuerpo de un organismo vivo, exceptuando los gametos. Fuente: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/soma>

Referir los pacientes con problemas psicosomáticos al psicólogo sin haber realizado este primer proceso es contraproducente, porque el paciente se siente rechazado y la respuesta más frecuente es buscar otro médico. Solo cuando se ha logrado desentrañar las causas del sufrimiento los pacientes están dispuestos a probar otro tipo de manejo.

En este caso también es importante preguntar ¿cuál es la importancia de la religión? y si es que ella desea mantener el vínculo con la misma. Se debe averiguar las ventajas o pérdidas de la separación de un esquema religioso rígido que le produce tensiones.

En cuanto a la religión, C. S. Lewis³⁵ —quien tuvo una época de alejamiento de la doctrina cristiana— al volver al cristianismo dijo: “consideramos a Dios de la misma manera que un aviador considera a su paracaídas; está allí para las emergencias, pero espera que nunca tendrá que usarlo”. Dios o la deidad deberían ser “aliados” en el afrontamiento del sufrimiento, y no como ha sido utilizado por los médicos a lo largo de la historia: como un colchón para reflejar la incapacidad de las personas para entender el sufrimiento, el dolor y la dificultad con la que nosotros, como médicos, tratamos de dar explicaciones ante situaciones que no llegamos a entender.

Galen, L. W., y Kloet, J. D. (2011) demostraron que existe una significativa relación curvilínea entre creencias religiosas y salud: aquellos sujetos con fuertes creencias, sean religiosas o ateas, reportan un mayor bienestar frente a los que se definen como religiosamente inciertos o agnósticos. En este sentido, el médico de familia debe respetar el pluralismo de creencias, brindar una adecuada atención espiritual del paciente, familiares y comunidad, cuidándose de no realizar proselitismo o integrar este aspecto en la consulta como un aspecto esencial en la valoración de necesidades de salud y en la percepción del proceso de enfermar y sanarse.

Usar herramientas como el genograma —construido por un solo miembro de la familia— debe constituir solo el punto de partida. Como dicen

35 Clive Staples Lewis (Belfast 1898, Oxford 1963). Conocido por sus novelas de ciencia ficción como “Cartas del diablo a su sobrino”, “Las crónicas de Narnia” y la “Trilogía cósmica”. Muy amigo de J.R.R. Tolkien escritor de la saga “El Señor de los Anillos”. Fuente: <http://www.alohacriticon.com/literatura/escritores/c-s-lewis/>

McGoldrick y Gerson: la construcción y la recopilación de información sobre la familia debería ser parte de la tarea más general de unir y ayudar a la familia. Verónica puede realizar el genograma en etapas, visitando a la familia para conocer el entorno, e incluir paulatinamente a otros miembros en la elaboración de este mapa familiar, hasta identificar los guiones familiares que se han transmitido y formular otras hipótesis. La familia de Yolanda puede disponer de recursos sociales y familiares que se pueden evidenciar mediante el ecomapa, en este caso parecería no hacen uso adecuado de ellos, por lo que es labor importante del médico de familia identificar dichos recursos y facilitar su utilización en el manejo de problemas de salud.

Todo ser humano tiene cuando menos dos familias: la de orientación y la de procreación; la(s) familia(s) debe(n) cumplir funciones como las de protección biológica, seguridad psíquica, o satisfacción sexual de los cónyuges. Tal vez una de las más importantes sea la transmisión de valores culturales para que la persona pueda ser aceptada socialmente y, a su vez perpetuar dichos valores en el tiempo. La espiritualidad o religiosidad son constructos sociales que aprendemos en la familia de orientación, un hecho que no debe hacernos perder la perspectiva de que se estos puedan replantear posteriormente. ¿Hasta dónde, entonces, el libre albedrío del individuo que nace en el seno de una familia con una religiosidad férrea?

Debemos adentrarnos entonces en la familia de orientación de Yolanda, entender las relaciones parentales. ¿Cómo sería la función de culturización que corresponde habitualmente a la madre? Averiguar por las interacciones filiales en caso de tener hermanos. Roles y funciones que como individuo le corresponden y tal vez aquellos que se apropió o fue forzada a tomar. ¿Cuáles son los valores y creencias de la familia?, ¿existen “fantasmas en el armario”? Importante conocer los mitos, fronteras, lo que consideran como “bueno o malo”, “correcto o incorrecto”, ¿qué piensa “la familia”?

Hay que estar prestos a reconocer que Yolanda puede presentar síntomas asociados o incluso un franco cuadro depresivo. El hecho de que no tenga o se llegue a un diagnóstico —que para ella es prioritario— crea incertidumbre. Cuando recibe el comentario “de que no le pasa nada” o incluso que “todo está en su mente”, se pregunta: ¿entonces la mente, de quién?

Si no es de Yolanda, ¿entonces a quién pertenece? ¿Cuándo dejaremos de separar las enfermedades neurológicas de las mentales?

Existe suficiente evidencia que las enfermedades consideradas de “la mente” en realidad tienen bases biológicas, genéticas. Con nueva tecnología incluso se pueden “ver” en imágenes neurofuncionales (White 2012). Se vuelve a pensar en la dicotomía cuerpo, mente o alma. Yolanda debe ser vista como una persona íntegra, en quien debemos contrastar la o las capacidades de afrontamiento (*coping*), las respuestas cognitivas y conductuales que permiten una mejor o peor respuesta ante situaciones de tensión, dentro de las cuales encontramos al dolor.

Una de las características del médico de familia es observar al individuo de manera integral, pero la consideración de lo *psicosomático* crea una separación entre cuerpo y psique. Muchas de las pacientes que presentan este tipo de problemas son víctimas de diferentes tipos de abuso, razón por la cual la mirada de género debe estar presente en la evaluación de las relaciones familiares para detectar cómo se ejerce el poder en esa familia y situar de qué manera el abuso en el ejercicio de poder produce dolor y sufrimiento.

El dolor crónico de Yolanda se convierte en una relación social que afecta a los familiares, médicos e incluso a los vecinos. Se puede convertir en desconfianza tanto hacia la doliente como hacia los proveedores de “salud”. Cuando el sufrimiento se hace crónico y lo bastante agudo, se pierde casi todo interés hacia el mundo y los demás, y la persona tiende a la introspección (Le Breton).

Al ser el sufrimiento un sentimiento, es importante buscar por qué se produce, sus mecanismos y sus razones; y sobre todo buscarle el sentido, pero ¿para qué buscarle la razón? Como dice Boris Cyrulnik³⁶: “Explicar el sufrimiento sin transformarlo, no hacía más que mantenerlo como un lamento”. El mundo actual se caracteriza por la inmediatez, la ubicuidad³⁷ por lo que “el sufrimiento, la angustia, deben desaparecer enseguida: los deseos

36 Boris Cyrulnik (Burdeos, 1937) es un neurólogo, psiquiatra, psicoanalista y etólogo francés. Importante autor que ha desarrollado grandemente el concepto de resiliencia.

37 *Ubicuidad*. Que está presente a un mismo tiempo en todas partes

deben ser satisfechos de manera inmediata. Y esta cultura de lo inmediato conlleva a la frustración, es decir, a la agresión y a la *acrimonia*³⁸. Puesto que las cosas necesitan de duración para tener sentido”

La capacidad de salir fortalecido ante situaciones difíciles o complicadas se ha descrito como resiliencia (Cyrułnik). Es importante la capacidad de conocerse uno mismo, tener la independencia suficiente, el sentido del humor, tomar iniciativas, poder relacionarse con otras personas, la creatividad, un sentido de moral y sobre todo una autoestima suficiente. La función del médico de familia, en este caso, es convertirse en el “adulto significativo” para Yolanda, para que pueda desarrollar la capacidad de sobrellevar las cargas y dificultades; siempre y cuando estas no se relacionen con el abuso, en donde el rol del médico de familia es claro y está orientado a buscar la protección de la vida de las víctimas.

La enfermedad o síntoma de larga evolución no se limita únicamente al miembro que la padece, se extiende a su grupo familiar y a su comunidad. Entender al paciente desde el modelo sistémico lleva a considerar al individuo en función de sus interacciones con los demás miembros de la familia; eso no significa atender simultáneamente a toda la familia, sino crear una forma de pensamiento que considere que detrás del síntoma o la enfermedad hay un contexto de la persona integral, y de otras personas significativas para ella: la familia, su comunidad religiosa u otras.

Centrar la atención exclusiva e indefinidamente en un solo miembro obvia problemas de salud, factores de riesgo en otros miembros. Se requiere sabiduría y práctica para incorporar una visión integral que muestre que en medicina de familia siempre hay más de una manera de resolver problemas.

Verónica, a más de buscar un fundamento para el sufrimiento, tiene que aplacar el dolor; el médico de familia no solamente tiene que ser empático sino también poseer capacidades clínicas para solventar las condiciones “biológicas” de cada caso. Tratar el dolor ignorando otras dimensiones del sufrimiento es uno de los errores a evitar; cada persona sufre las alteraciones de su salud de acuerdo a su individualidad biológica, psicológica y sociocultural y de cómo afecta su vida.

38 *Acrimonia*. Acritud.

Frente a esto es imprescindible el estudio de la familia a través de instrumentos de medicina familiar. Con estos el médico amplía su horizonte de destrezas y prácticas al comprender las repercusiones del grupo familiar sobre los problemas de salud del paciente. Existen muchos otros instrumentos, pero los mencionados han sido utilizados y validados; su aplicación requiere de un análisis crítico de la base científica que los respalda, de su fiabilidad y validez, además de propiciar la comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento.

A pesar de los avances de la medicina en el tratamiento de las enfermedades, no se ha priorizado el alivio del sufrimiento —que debería ser la principal meta en la medicina familiar— Se tiene la obligación profesional y moral de ampliar el panorama frente a los síntomas de dolor y sufrimiento. Se debe ubicar su fuente y emplear los medios disponibles para permitirle, de ser posible, aliviar al paciente y su familia.

En definitiva, el dolor y el sufrimiento aparecen como dos brazos de una misma cruz, donde uno puede ser la continuación del otro. Un análisis a fondo expone que enfermedad y sufrimiento son fenómenos que plantean siempre interrogantes que van más allá de la medicina clásica para tocar la esencia de la condición humana.



Lecturas recomendadas

Mc Goldrick M, (1985) Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa

El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, durante por lo menos tres generaciones. Permite valorar la dinámica, composición, estructura, tipo de familia, relaciones, roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado. El genograma es una fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar.

Cyrułnik B. (2007) La maravilla del dolor el sentido de la resiliencia. Editorial Granica

La resiliencia definida desde las ciencias sociales como “la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente de manera socialmente aceptable a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo” La concepción de Cyrułnik se basa sobre todo en que las dificultades y problemas a las que un niño se enfrenta, no necesariamente implican que esa persona no pueda tener luego una vida satisfactoria. La capacidad de cambiar la forma en que se enfrentan las dificultades es lo que diferencia a los individuos que superan los obstáculos de quienes no lo hacen.

Le Bretón D. (2002) La sociología del cuerpo. Editorial Nueva Visión

No es posible separar la corporeidad (o cuerpo) del contexto; es decir la educación, el medio ambiente, los roles que cumplimos. Una crisis de valores, la búsqueda de lo legítimo. El cuerpo se construye socialmente, mas otra vez es válido preguntar ¿de qué cuerpo se habla?, ¿de aquel biológico, basado en la anatomía y la fisiología?, o ¿de aquel perteneciente a una comunidad o sociedad? Le Bretón trata de contestar esas dudas desde el punto de vista de la sociología.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association, (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Virginia.

Ariza R, (2014). "El dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional" Disponible en <http://filocoaching.com/zona-de-confort-sufrimiento/>

Avalos Carranza, María Teresa, (2009). Manejo del padecer familiar. Corinter. México

Bauman Z. (2009). El arte de la vida. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona.

Bauman Z, Un mundo nuevo y cruel. Disponible en http://www.revistaen.clarin.com/notas/2009/07/18/_-01960446.htm

Bergman J., (1987). Pescando Barracudas: Pragmática de la Terapia Sistémica Breve. Paidós Ibérica, Barcelona.

Daros W., (2015). Tres enfoques sobre el pasaje de la modernidad a la posmodernidad. Editorial UCEL Argentina

Deleuze G., (1971). Nietzsche y la Filosofía. Traducción de Carmen Artal. Editorial Anagrama, Barcelona. 6ta edición.

Flores A., (2008). Diagnostico estructural y funcional. Medicina familiar. México, CORINTER.

Frankl V., (1975). El hombre doliente, fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Editorial Herder, España.

Galen, L. W., y Kloet, J. D. (2011). Mental well-being in the religious and nonreligious: Evidence for a curvilinear relationship. *Mental Health, Religion, and Culture*, 14(7), 673-689

Garza T., (2009) Trabajo con familias. Monterrey, México. Segunda edición, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Genis M., (2007). Manejo del dolor por el médico de primer contacto. Editorial Alfíl.

Gutiérrez L., (2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología* disponible en <http://www.revcolanest.com.co/es/diferencias-sexo-el-dolor-una/articulo/S0120334712000081/> Revisado el 3 de septiembre de 2016

Hidalgo de las M., & León Moreno, D. C. (2011). Calidad de vida de los médicos familiares que residen en el Ecuador. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4095>

Hitchens C (2012) Mortalidad. Editor digital Akhenaton ePub base r1.0.

IASP Taxonomy. Disponible en <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> Visitado el 14 de julio de 2016

Thumala, D., (D, 2002). Modernidad y sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. Santiago

Jover I, Moreno A., (2005). Eco-mapa y modelo de círculos familiares. En Revilla L de las bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada. Adhara.

Kopf A., (2010). Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Washington.

Le Breton D., (1999). Antropología del dolor Barcelona: Editorial Seix Barral.

Membrillo A et al, (2008). Instrumentos de evaluación familiar, Medicina familiar. México, CORINTER.

Linares J, Campo C., (2010) Tras la honorable fachada. Editorial Paidós España

McGoldrick M y Gerson R. (2000). Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa. Tercera reimpresión. Barcelona.

Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (s/f). Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia_gestion_diversidad_religiosa.pdf

MSP, MAIS (2013) Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- París Diana (2014) Secretos familiares ¿Secretos personales? Editorial del Nuevo Extremo. Buenos Aires.
- Revilla L de la, Fleitas, L., (1999). El modelo de los círculos familiares y el mapa familiar. Revilla L de la, Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol. I. Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia.
- Rojas V., (2000). Evaluación psicosocial de las familias por el equipo de salud. Medicina familiar. Caracas. Disponible en <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/medifami/medf812art4.pdf>
- Rubio J., (s/f) Enfoque biopsicosocial del dolor: propuestas para una buena praxis. Disponible en <https://fisioterapiajesusrubio.com/tag/evaluacion/> Revisado 15 de julio de 2016.
- Slaikue K., (1996). Intervención en crisis. Segunda edición. Manual Moderno. México.
- Soria R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 13. No. 3. septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>
- Testigos de Jehová ¿Es Dios culpable del sufrimiento? Disponible en <https://www.jw.org/es/enseñanzas-b%C3%ADblicas/preguntas/sufrimiento/> Revisado el 26 de julio de 2016.
- Thumala D., (2002). Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. Tesis presentada para obtener el grado de Magister en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile, Santiago.
- Tolstoi, L., (1886). La muerte de Ivan Ilich.
- White P, (2012) Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. Disponible en <http://www.bmj.com/bmj/sectionpdf/187559?path=/bmj/344/7861/Analysis.full.pdf>



Capítulo cuatro: la violencia como problema social

Rita Bedoya Vaca*
Virginia Gómez de la Torre**

Sobre la niña ejemplar:

Una niña juega con dos muñecas y las regaña para que se queden quietas. Ella también parece una muñeca, por lo linda y buena que es y porque a nadie molesta.

Mujeres (2015)
Eduardo Galeano

* Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines - GRAAL

** Fundación Desafío



“Me da vergüenza”

Llueve a cántaros, como nunca en este pueblo, se ven relámpagos y escuchan truenos. Sonidos imperativos de fuerza, como de marido borracho, violentos, espantan hasta los perros. Con todo ese barullo los pacientes no llegarán hoy al centro de salud. Verónica decide hacer un cafecito para calentarse, invita a Paty la encargada de la limpieza. Se sientan y en el consultorio comentan lo extraño de una lluvia tan torrencial en el pueblo.

Cuando Paty alza su jarro de café, Verónica observa que lo hace con bastante dificultad. ¿Tiene dolor? le pregunta. Paty responde que un poquito, pero su voz se resquebraja. Verónica entonces le anima a contarle lo que le está pasando. Paty se calla, el silencio es largo y finalmente es interrumpido por un sollozo.

Verónica acerca su silla y le dice... *estoy aquí para ayudar*. Paty, con las manos en la cara, responde: *es que tengo vergüenza*. La lluvia cae intensa como las lágrimas de los ojos de Paty, luego del llanto finalmente habla y confiesa que su esposo la golpea, a veces tan fuerte que ha llegado a fracturarle algún hueso, *esta vez no fue tan fuerte*, dice. Por ahora se le dificulta barrer, eso le angustia porque tiene miedo de perder el trabajo.

Pero su esposo y el trabajo no son las únicas preocupaciones de Paty, también le inquieta su hija Belén de catorce años, últimamente se comporta violenta con su hermano Javier, de doce, le ha golpeado incluso hasta sangrar.

Paty no ha querido contarle a nadie lo que le pasa, su marido la amenazó. Paty conoce de lo que es capaz y no sabe qué hacer.

Verónica, médica de familia, piensa en toda la distancia que puede existir con una persona aunque comparte con ella ocho horas de trabajo, o tal vez no ... Sus historias de vida se parecen en algunos aspectos, recordó su

embarazo, las peleas con el padre de su hija, la separación, son recuerdos matizados por violencias. Verónica piensa en la gravedad del problema, la reacción de Belén es un patrón de violencia que se repite, esta vez en manos de la hija de Paty.

Hace tres meses ella le pidió permiso para visitar a su mamá, la conversación termina con una confesión más, durante esos días Paty perdió su embarazo luego de otro episodio de golpes de su esposo. ¡Cuánta violencia!, ¿cómo se puede parar?

Propuesta para resolver el caso

La violencia en el ámbito familiar nos remite a una cotidianidad que la invisibiliza y naturaliza. El escenario de la familia, de cualquier tipo, concentra en la mujer la mayor cantidad de agresiones, que pueden ser físicas, psicológicas, sexuales y patrimoniales. La violencia intrafamiliar afecta a todos y todas, esto incluye al que violenta, que de manera general es un hombre. Este es un problema mundial con especificidades locales, por esta razón en este capítulo nos referiremos a lo que sucede en Ecuador.

La violencia intrafamiliar trasciende los límites del hogar en el cual se produce. Las mujeres sufren riesgo de violencia en el barrio en el cual viven, en el transporte público, en la calle e incluso en su sitio de trabajo o espacio educativo. La violencia en contra de la mujer, para decirlo con más especificidad, está en el imaginario colectivo como producto de las relaciones desiguales de poder que viven los seres humanos, sometiendo en este caso a la mujer al dominio masculino bajo la premisa de que las mujeres son ciudadanas de menor valor y de su propiedad.

En el caso descrito, vemos que la situación por la que atraviesa la señora Paty afecta su desempeño laboral y a su capacidad y/o habilidad de encontrar una solución a este problema. La violencia, sin ser una patología que se apegue a una descripción médica clásica, es causa de un sinnúmero de dolencias, sintomatología inespecífica, situaciones de emergencia en las cuales la vida de la mujer violentada corre peligro, o la enfrenta a riesgos que la inhabilitan para sortear los desafíos de la vida cotidiana.

Si nos ubicamos en la orilla de cualquier profesional de la salud, nos debemos cuestionar qué tanto sabemos de la violencia que se produce en la familia, o de la violencia en contra de la mujer. El sector salud, es *per se* privilegiado para diagnosticar la violencia manifiesta en la usuaria o usuario, a través de indicadores que nos deben hacer sospechar su presencia.

La violencia en el ámbito familiar tiene ramificaciones que alcanzan a todos los integrantes de la familia; es a través de estos miembros que podemos intuir o ver claramente que la violencia intrafamiliar es la causante de varios problemas que generalmente no se solucionan, son recidivantes

o incluso se van agravando. No es raro encontrar casos en los cuales es la muerte (femicidio) de una mujer la que nos lleva a diagnosticar que la violencia fue la causa.

Como profesionales de la salud es necesario ubicarnos en el lugar adecuado para enfrentar este problema: desde una posición de facilitadores de ejercicio de derechos y de promotores de una vida libre de violencia; desde el conocimiento de la legislación nacional, e internacional; desde el marco normativo que nos proporciona el Ministerio de Salud; y desde la constatación que alguna vez hemos sido violentados/as o violentadores/as.

La violencia intrafamiliar y la violencia que sufren las mujeres se expresan en una serie de actos premeditados, planificados, que van de menos a más si no existe de por medio una acción que evite estas acciones. Los procesos vividos por familias y mujeres violentadas dan como resultado situaciones interminables de dolor, impotencia, silencio e impunidad. Muchas mujeres —incluyendo sus hijos— mueren en medio de situaciones de violencia que pudieron evitarse. Si en algún momento el sistema de salud y sus profesionales hubieran tenido actitudes más proactivas para detener el abuso, se habría evitado la muerte de mujeres, en casos en los que se ha comprobado asistieron a los servicios de salud pidiendo ayuda.

Diagnosticar la violencia en la usuaria que estamos atendiendo hace la diferencia entre una vida tranquila, en paz; o una vida miserable no solo para la mujer violentada, sino para los hijos, familia ampliada e incluso para el violentador. Para esto se necesita de los recursos que brinda la administración de justicia, como el divorcio o la separación de la pareja. Diagnosticar la violencia en una mujer, niño/a, adolescente en la consulta médica, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Ante esta problemática se generan algunas preguntas que serán analizadas a lo largo de este capítulo. El enfoque predominante en el manejo del tema será situar a los médicos en el problema desde un enfoque de género y dotar de herramientas que les permitan realizar un diagnóstico adecuado, oportuno e integral, y brindar pautas para el manejo interdisciplinario en su nivel de atención.

Para situar el contexto en el que trabajaremos el tema, es importante

señalar algunas cifras. Según el informe 2012 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), ocho de las quince causas de la muerte en personas de 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la región de las Américas. La violencia de género es una problemática social mundial que —por efecto de las diferentes crisis sociales— se agudiza, afectando profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y de la sociedad (Almérás & Calderón, 2012).

En Ecuador, la violencia basada en el género constituye un problema social de gran magnitud. Los datos de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género en Contra de las Mujeres, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2011, muestran que seis de cada diez mujeres de 15 o más años ha sufrido una o más agresiones físicas, psicológicas, sexuales o patrimoniales, por el hecho de ser mujeres. La forma de violencia más frecuente es la psicológica o emocional: se reporta que el 53,9% de las mujeres han sufrido este tipo de violencia. En segundo lugar se ubica la violencia física, con el 38%; seguida por la violencia sexual que alcanza el 25,7%. Finalmente se ubica la violencia patrimonial con el 16,7% (Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género, 2011).

Según esta encuesta, la violencia de género no diferencia edades, ni ámbitos. Afecta a las mujeres de todas las edades y ocurre en todos los espacios; al interior de la familia y fuera de ella; en el campo y la ciudad; en todos los estratos económicos y en los diferentes grupos étnicos; confirmando que el principal riesgo es ser mujer. No obstante, se encuentran factores que favorecen o inhiben de alguna manera el ejercicio de la violencia hacia las mujeres, sobre todo la ejercida por parte de la pareja. Se ha constatado que tener un mayor nivel educativo es un factor que interviene para disminuir la incidencia de la violencia de género, aunque no para erradicarla.

Existen distintos factores personales, familiares, sociales, económicos y culturales que colocan a las mujeres en situación de mayor riesgo frente a la violencia masculina. En esta condición se encuentran, principalmente, las mujeres que tienen alguna discapacidad, indígenas y las que pertenecen a hogares de escasos recursos económicos. Así, la probabilidad de sufrir violencia se incrementa enormemente para una mujer indígena, pobre y, más aún, si tiene alguna discapacidad. Se trata de la confluencia de múltiples discriminaciones: por ser pobre, por su condición de género, su pertenencia étnico-cultural y por su discapacidad.

Estos datos han logrado comprometer a las entidades relacionadas con el tema. Así el Ministerio de Salud Pública ha elaborado una Norma técnica para la atención en violencia de género que está vigente y debe ser implementada en todo el sistema de salud del país. Esta norma contiene definiciones de términos para que los profesionales de la salud puedan ubicar con claridad los diferentes problemas. Detalla los procedimientos y los roles de los miembros del equipo de atención. Sin embargo, los profesionales de la salud se conflictúan frente al tema y generalmente atiende solamente los problemas explícitos que vienen a demandar su atención.

Con estos antecedentes daremos respuesta a las preguntas generadas por el relato:

- ¿Qué tipos de violencia en contra de la mujer existen y en que ámbitos se producen?
- ¿Cuáles son los mitos respecto a la violencia?
- ¿Por qué se genera la violencia en contra de la mujer?
- ¿Cuál es el ciclo de la violencia en contra de la mujer?
- ¿De qué manera la violencia en contra de la mujer se convierte en factor de riesgo para su salud integral?
- ¿Por qué el personal de salud se muestra resistente a tratar este tema?
- ¿Cuál es el rol del médico familiar en el caso analizado?

Fundamentación teórica

¿Qué tipos de violencia en contra de la mujer existen y en qué ámbitos se producen?

En Ecuador, respecto del tratamiento de la violencia contra la mujer y los miembros de la familia, está vigente lo descrito en el Código Orgánico Integral Penal (COIP). De otra parte, la Coalición Nacional de Mujeres preparó una propuesta de Ley Orgánica Integral por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias, cuyas definiciones se describen a continuación.

Física

Cualquier acción u omisión que ocasione daño o sufrimiento físico a la mujer, que pueda o no provocar lesiones como resultado del uso de la fuerza física o de cualquier objeto.

Sexual

Cualquier conducta que amenace, vulnere o restrinja el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente sobre su vida sexual, de manera que esta puede ser segura y plena; comprende las relaciones sexuales, prácticas análogas como la explotación sexual, la prostitución forzada, el acoso sexual y cualquier otra que provoque degradación de la mujer al ser tratada como objeto.

Psicológica

Cualquier conducta que cause daño emocional y disminución de la autoestima, perjudique o perturbe el pleno desarrollo personal de la mujer; se dirija a afectar su honra, desacreditar o menospreciar el valor o dignidad personal o someterla a tratos humillantes y vejatorios; vigilancia constante, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conlleven o no a las mujeres víc-

timas de violencia a disminuir su autoestima y/o, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, que conduzcan a la depresión e incluso al suicidio.

La violencia psicológica incluye el acoso u hostigamiento. Toda conducta abusiva y especialmente comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer y que pueda afectar su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan afectar su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él. Incluye amenazas, el anuncio verbal o la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer.

Económica y patrimonial

Es toda acción u omisión que afecte los bienes propios de la mujer y/o de la sociedad conyugal, y/o de la sociedad de bienes que se forma por una unión de hecho, ocasionando un daño o menoscabo de su patrimonio, propiedades, valores o recursos; que busque controlar, aprovecharse indebidamente o limitar sus ingresos económicos y la disposición de los mismos, o la privación de los medios indispensables para una vida digna; o la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo. Incluye también la pérdida, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.

Simbólica

Marcela Lagarde define: “violencia simbólica es la que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o signos, transmite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de las mujeres en la sociedad”. Este tipo de violencia es considerada la “madre de todas las violencias” ya que subyace en todas las demás y se encuentra tan naturalizada, que es asumida como normal por sus víctimas. Nombrarla es ubicarla en el lugar de lo cuestionable, de lo reprochable, de lo que debe ser considerado una violación a los derechos de las mujer (Lagarde, 2014).

Con el propósito de aclarar el marco conceptual que está detrás de estas definiciones, haremos referencia a los conceptos de Bourdieu respecto de la violencia en contra de la mujer. Este autor considera que es importante tomar en cuenta el *mundo social*, definido como un espacio pluridimensional en el que diversos *campos* funcionan como espacios de fuerza y que tiene su propia estructura. En el cuento corto que introduce este capítulo, se hace referencia a dos campos: el de la familia y el de los servicios de salud. En estos, Verónica y Paty se convierten en *agentes sociales* que se ubican de acuerdo a posiciones relativas que cada una ocupa, estableciéndose algo así como un sistema de coordenadas guiado por la lógica de la distribución y la diferenciación (Bourdieu, 1997).

De acuerdo a este autor, el *campo social* es un espacio en el que los agentes ponen en juego un determinado tipo de capital que les es propio; cuentan con *capital económico* relacionado con el nivel de ingresos y acumulación monetaria; *capital cultural* relacionado al nivel de educación formal e informal que cada una tiene; *capital social* relacionado a las redes de amistad con las que cuentan y *capital simbólico* relacionado al significado que —cada una— le da a los tres capitales descritos, y que le asigna cierto tipo de poder en ese campo social (Bourdieu, 1987).

En el caso que estamos analizando, Paty tiene una representación social de lo que significa la violencia que le infringe su esposo. Para ella, la violencia es un asunto privado que pasa en muchas familias; por eso ella no lo ha denunciado, ni tampoco ha comentado en su trabajo. Incluso ha mentido para justificar unos días de reposo, pues el aborto también es un asunto privado, más cuando es provocado por violencia física. La violencia para Paty es “vergonzosa”, se genera cuando el hombre tiene motivos para ponerse enojado. Esta creencia de que la violencia es vergonzosa porque es producto de algo que la misma mujer hace es claramente violencia simbólica, porque es producto de un sentido común generado por un determinismo que Paty asume como cierto, que en el caso que analizamos está agravado por las amenazas que Paty ha recibido, que sin duda también le producen miedo.

Respecto de los ámbitos en los que se produce la violencia, diremos que el cuento relata violencia intrafamiliar, que según la propuesta de Ley Orgánica Integral por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias se define como:

Intrafamiliar: Es todo tipo de violencia ejercida contra las mujeres por un integrante de su núcleo familiar, considerando todos los tipos de familia; de forma independiente del espacio físico donde ocurra; que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial; que vulnere la libertad, que abarca, entre otras, la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo o cualquier otro derecho de las mujeres.

Se entiende por integrante del núcleo familiar al cónyuge, la pareja en unión de hecho o unión libre; el conviviente; ascendientes, descendientes; hermanas, hermanos; parientes por consanguinidad y hasta el segundo grado de afinidad; y personas con las que la víctima mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.

Existen otros ámbitos en los que se ejerce la violencia: institucional, política, laboral, educativa y mediática. En este capítulo no definiremos estos ámbitos de violencia por no estar relacionada al caso que nos ocupa.

Creemos que los médicos de familia deben reflexionar sobre la violencia que se produce en contra de la libertad reproductiva, definida como toda acción que tenga por finalidad la inseminación artificial o la transferencia de un óvulo fecundado a una mujer sin su consentimiento; así como la privación forzada de la capacidad de reproducción, sin consentimiento o viciando el consentimiento, libre e informado de una mujer.

La Coalición Nacional de Mujeres, también propone como parte de la Ley Orgánica Integral por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias, la definición de *violencia obstétrica* a todo trato deshumanizador, abuso de medicamentos y patologización de los procesos reproductivos de las mujeres por parte de personal de salud, que acarree imposición de prácticas culturales, una pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre su cuerpo y/o sexualidad y/o acarree secuelas físicas y/o psicológicas.

En resumen, podemos decir que existen diferentes tipos de violencias contra las mujeres que se ejercen en diferentes ámbitos. En el caso que nos ocupa, Paty padece violencia en contra de la mujer en un ámbito familiar. La violencia ejercida por parte del esposo de Paty es un ejercicio de poder para

controlar su vida. Belén, su hija adolescente, presenta una conducta agresiva debido al enojo que le produce la situación familiar, ella mantiene un comportamiento violento hacia su hermano, Javier. En definitiva, vemos una familia en la que se vive dolor y sufrimiento producto de la ideología patriarcal, que produce miedo, angustia e inmovilidad en Paty, y agresividad en Belén.

¿Cuáles son los mitos respecto a la violencia?

Es importante reflexionar sobre los mitos respecto de la violencia en contra de la mujer, presentes tanto en los profesionales de la salud como en los y las pacientes. Para contestar esta pregunta tomaremos en cuenta un estudio realizado en España: un mapa de los mitos presentes en el siglo XXI; creemos que los resultados de este estudio son equiparables a la realidad local (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

Un mito es la creencia estereotipada sobre algo —en este caso la violencia— generalmente falsa, aunque sostenidas en forma amplia y persistente (Peters, 2008). El estudio clasifica a los mitos en diferentes categorías: mitos sobre las mujeres maltratadas; mitos sobre los maltratadores; mitos sobre la marginalidad; mitos de negación.

Los *mitos que minimizan la importancia* de la violencia de género son: la violencia de género es un fenómeno puntual, muy localizado; la violencia psicológica no es tan grave como la física; los hombres y las mujeres son violentos/as por igual en la pareja. Estos mitos sitúan a la violencia como un combate mutuo, donde no existe un ejercicio de poder.

Mitos negacionistas comprenden: asumir que la mayoría de las denuncias son falsas o que los hombres son tan víctimas como las mujeres. Estos mitos buscan negar que el problema existe; son muy importantes porque resultan influyentes, dan vuelta atrás con todo el avance realizado en defensa de derechos a la no violencia.

Mitos que marginalizan el problema: la violencia de género solo ocurre en personas y familias de pocos recursos, y en países subdesarrollados. Estos mitos sitúan al problema en los otros, en los pobres, en los menos educados. Sin embargo, la violencia está presente en todos los estratos y en todos los niveles de educación.

Algunos mitos sobre maltratadores son: los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) han sido, a su vez, personas maltratadas por parte de sus padres (o han sido testigos de maltrato en su familia de origen), mito que sostiene la hipótesis de la transmisión intergeneracional de la violencia de género; los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) son enfermos mentales; los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) consumen/abusan de alcohol y/o drogas y los malos tratos se deben a celos. En estos tres últimos mitos se busca una explicación que justifique el comportamiento de los maltratadores, ya sea porque son enfermos, o porque están bajo el efecto de alguna sustancia o circunstancia especial, como los celos.

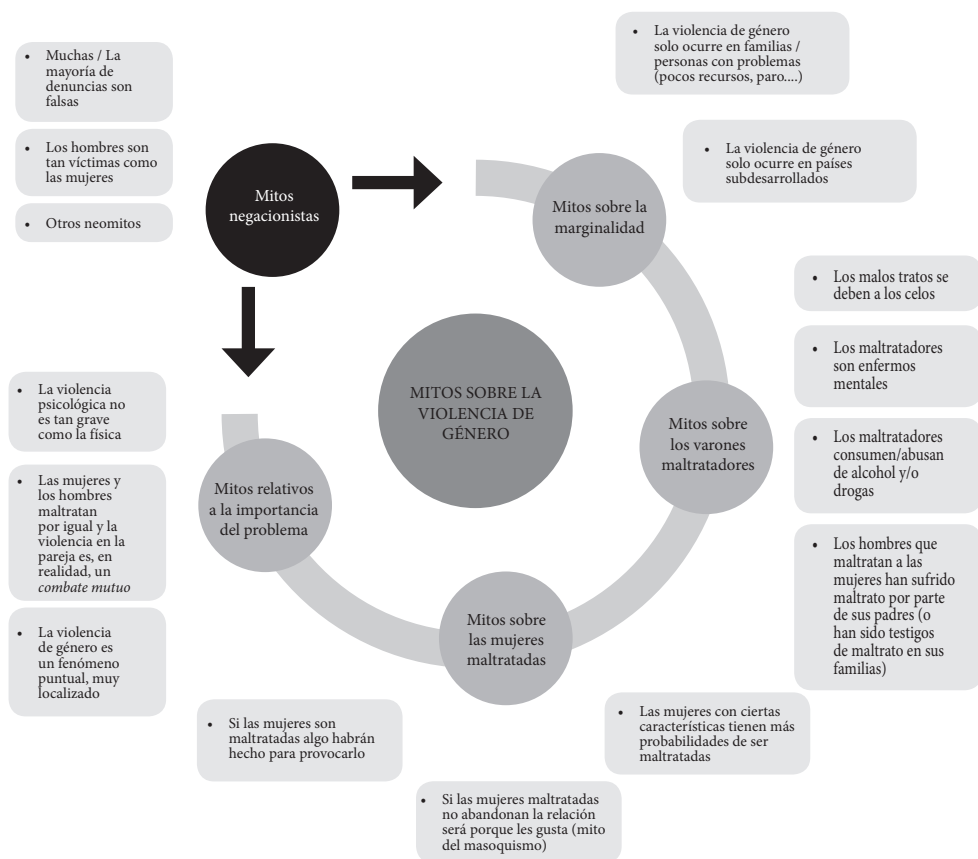
Los mitos sobre mujeres maltratadas son: las mujeres con unas ciertas características tienen más probabilidades de ser maltratadas; si las mujeres que padecen violencia de género no abandonan esa relación “por algo será, quizá les gusta”, es el mito del masoquismo o de la personalidad de auto derrota; si las mujeres padecen violencia de género, algo habrán hecho para provocarla. Estos mitos claramente señalan que la culpa está en la víctima de la violencia.

Estos mitos desnaturalizan, minimizan, y en definitiva contribuyen, de un modo u otro, a negar la existencia misma del problema; tienen la función de tranquilizar a la sociedad, situando el problema en “los demás”. Buscan negar que la violencia de género se produce por ejercicio de poder sustentado en una visión patriarcal del mundo; de hecho —de acuerdo a estos mitos— la víctima no es realmente una víctima, porque ella pudiera evitar un abuso que probablemente provocó, y secretamente lo deseaba (Peters, 2008).

Es importante estar atentos a los mitos porque un rebrote de los mismos y/o el surgimiento de otros nuevos puede dificultar los avances en relación con esta temática, con repercusiones tanto institucionales (al cuestionar, por ejemplo, los recursos públicos que se destinan a su prevención y tratamiento), como psicológicas (alterando la conciencia de amenaza en las víctimas potenciales y/o la conciencia de culpa en los perpetradores). Los más peligrosos son los mitos negacionistas que dan vuelta atrás a los avances realizados, que descalifican la existencia misma de la violencia de género al poner en tela de duda su existencia o lo recluyen al ámbito privado.

Para resumir, compartimos el siguiente gráfico realizado por Esperanza Bosch-Fiol y Victoria A. Ferrer-Pérez.

Ilustración 2 : Los mitos sobre la violencia de género



Fuente: Imagen diseñada por Virginia Ferreiro Basurto. Técnica del Grupo de Investigación “Estudios de Género” de la UIB (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012)

En este caso le corresponde a Verónica reflexionar acerca de sus creencias o sus mitos respecto a la violencia de género. Será muy importante que analice si existe una base cierta respecto a lo que cree. Para el profesional que atiende a una mujer violentada, es fundamental realizar este autoexamen y aclarar su visión de mundo.

¿Por qué se genera la violencia en contra de la mujer?

Es importante reflexionar sobre las razones por las que niñas y mujeres sufren violencia debido a su condición de género. El concepto de género circula a partir de los años setenta y fue propuesto por la antropóloga norteamericana Gayle Rubin en el año 1976 (Rubin, 2011), quien planteó esta categoría para explicar cómo la sociedad construye la subordinación de las mujeres, y así cuestionar las posturas esencialistas que explicaban las desventajas de las mujeres desde las diferencias biológicas. A partir de estos postulados, se explica cómo las diferencias sexuales van traducéndose en desigualdad real, y van generando relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres. Estos mitos que, como se explicó en la pregunta anterior, afirman la dominación masculina. La discriminación hacia las mujeres y la violencia no obedecen a las características biológicas; son el resultado de los procesos de socialización y de las construcciones sociales y culturales de las identidades de género. Simone de Beauvoir (De Beauvoir, 2014) resume lo expresado en “no se nace mujer, se hace mujer”.

Mirar la realidad desde una perspectiva de género no significa solamente considerar las diferencias atribuidas a hombres y mujeres; exige tomar en cuenta una “variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales” (Lamas, 1996). En otras palabras, el género por un lado cuestiona la existencia de una esencia femenina y masculina; y por otro, pone en duda la organización social de las relaciones entre sexos y la naturalización de las desigualdades que se establecen entre ellos.

Si bien el término *género* se encuentra incorporado en el ámbito académico, los discursos cotidianos de la sociedad en general han dejado de lado el planteamiento central de las feministas: la desigualdad social de las

mujeres se basa en esas diferencias, en el establecimiento de relaciones de poder que las coloca en un rol subordinado con respecto a los hombres y en una situación de desventaja en la sociedad. La acepción del término género que comúnmente se usa es equivalente a diferencia sexual.

Joan Scott (Scott, 1986) considera que se debe retomar el potencial analítico del término género para explicar las relaciones sociales y de poder que se establecen en los distintos ámbitos del quehacer social y humano, ya que los contenidos de género están presentes en los mitos y símbolos culturales, en las normas y doctrinas, en las instituciones y organizaciones sociales, y en los referentes de identidad individual y colectiva.

En términos de Foucault (Foucault & Varela, 1978), el poder no es algo que se posee, sino que se ejerce, lo que supone un carácter relacional y un desequilibrio. De ahí que el poder sea el resultado de un incesante juego de relaciones sociales asimétricas, posible en cualquier ámbito. Esta comprensión es clave para explicar las causas de las distintas violencias que se ejercen contra las mujeres a lo largo de su vida, tanto en el ámbito familiar y de las relaciones personales como en el ámbito público, por ejemplo, cuando la mujer que sufre violencia llega al servicio de salud con una queja implícita o explícita, y es ignorada. Marcela Lagarde³⁹ sostiene que ese poder desigual es el que sustenta la violencia hacia las mujeres (Lagarde, 1993).

Finalmente, es importante recalcar que las Naciones Unidas participa de este enfoque y reflexión. En la Introducción de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, aprobada en diciembre de 1993, señala: “[...] la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre” (ONU, 1993).

39 Marcela Legarde. Antropóloga mexicana, feminista y activista social, trabaja sobre diferentes temas de violencia en contra de la mujer. Acuñó el término femicidio y ha logrado incorporar leyes en la constitución mexicana para sancionar este delito.

En resumen, la violencia de género se produce por distribución desigual del poder que ha otorgado mayor autoridad y jerarquía a los hombres, y colocado a las mujeres en una situación subordinada. El poder puede ser utilizado con muchos fines y no siempre es sinónimo de dominación; sin embargo, cuando se recurre a este para imponer o someter a otro —en este caso a las mujeres a través de la violencia de género— se trata de un uso abusivo del poder.

¿Cuál es el ciclo de la violencia en contra de la mujer?

La violencia en contra de la mujer no es solo el momento de la agresión, es un *continuum* que se vive de diversas maneras y que de manera general se expresa en un ciclo que al parecer se repite en la mayoría de situaciones de violencia. Esta forma de vivir la violencia en lo cotidiano explica por qué la víctima se vuelve cada vez más vulnerable, perdiendo con ello su capacidad de autodefensa.

Todo comienza de forma invisible y/o silenciosa: la pareja puede durar varios años de convivencia sin presentar violencia explícita; la que inicia siempre de forma sutil, invisible a los ojos de la mujer. Al comienzo se aprecia un exceso de control por parte del hombre hacia su pareja, que ella suele confundir con celos, una preocupación excesiva por su parte o, incluso, como signos de un gran amor hacia ella.

Esta actitud controladora se evidencia en muchos aspectos (su forma de vestir, su trabajo, el control de sus gastos, el control de salidas y de las amistades, intentos de separación de su familia) así como humillación o menosprecio de las cualidades o características de la mujer, intentando dejarla en muchas ocasiones en ridículo, a veces ante los demás, y en la mayoría de los casos, en la intimidad del hogar. Avanza conforme esta vaya perdiendo poco a poco su autoestima, su autonomía e incluso su capacidad de reacción o defensa ante esta situación (Alvarez, Gomez, & Jara, 2012).

El comportamiento agresivo del hombre va aumentando en frecuencia e intensidad hasta que la mujer decide consultar o pedir ayuda. Esta se convierte en la fase visible en la que muchos/as se enteran de la situación por la que están pasando. A muchas mujeres no les creen o sus testimonios son desvalorizados, incluso viven situaciones en la que las personas supuestamente llamadas a ayudar, justifican la agresión. Muchos de los maltratadores suelen comportarse de forma admirable fuera del hogar, siendo a los ojos de la sociedad, “el marido o compañero perfecto”, lo que genera dudas en el testimonio de la mujer agredida. En este escenario, nos encontramos que un ciclo de violencia es una secuencia repetitiva. El primer pedido de ayuda generalmente se da tras un largo período de violencia sutil, que va poco a poco en aumento, hasta que la mujer siente que no está en control de su vida.

Se describen tres fases en este ciclo: acumulación de tensión, explosión y reconciliación, esta última más comúnmente denominada “luna de miel”.

Fase de acumulación de la tensión: en esta fase los actos o actitudes hostiles hacia la mujer se suceden, produciendo conflictos dentro de la pareja. El maltratador demuestra su violencia de forma verbal y, en algunas ocasiones con agresiones físicas, con cambios repentinos de ánimo que la mujer no acierta a comprender y que suele justificar, ya que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada. La víctima intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que le moleste, con la creencia de que así evitará los conflictos, e incluso, con la equívoca creencia de que son provocados por ella. Esta fase seguirá en aumento.

Fase de agresión: en esta fase el maltratador se muestra tal cual es y se producen los malos tratos de forma visible, tanto psicológicos, como físicos y/o sexuales. En esta fase se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, temores fundados que suelen conducirla a consultar a alguna amiga, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor.

Fase de reconciliación, más conocida como “fase de luna de miel”: tras los episodios violentos, el maltratador suele pedir perdón, mostrarse amable y cariñoso, suele llorar para que estas palabras resulten más creíbles, jura y promete que no volverá a repetirse, que ha explotado por “otros proble-

mas” siempre ajenos a él. Jura y promete que la quiere con locura y que no sabe cómo ha sucedido. Incluso se dan casos en los que la víctima cree que esa fase de violencia se ha dado como consecuencia de una actitud de ella, que ella la ha provocado, haciendo incluso que esta llegue a creerlo. Con estas manipulaciones el maltratador conseguirá hacer creer a su pareja que “no ha sido para tanto”, verá la parte cariñosa de él (la que él quiere mostrarle para que la relación no se rompa y seguir manejándola). La mujer que desea el cambio suele confiar en estas palabras y en estas “muestras de amor”, creyendo que podrá ayudarle a cambiar. Algo que los maltratadores suelen hacer con mucha normalidad es “pedirles a ellas que les ayuden a cambiar”. Por desgracia esta es solo una fase más del ciclo, que comienza nuevamente con la fase de acumulación de la tensión.

Por desgracia estos ciclos suelen conducir a un aumento de la violencia, lo que conlleva a un elevado y creciente peligro para la mujer, quien comienza a pensar que no hay salida a esta situación. Esta sucesión de ciclos a lo largo de la vida del maltratador es lo que explica por qué muchas víctimas de malos tratos vuelven con el agresor, retirando incluso la denuncia que se le había interpuesto (Romero, 2010).

Es importante que el o la profesional de salud que atiende a la mujer maltratada, diagnostique la fase del ciclo en la que está la mujer, para direccionar su respuesta a acciones de apoyo emergente y salvaguarda de su vida, que podría estar en una situación de riesgo vital o femicidio (Melgar, 2011) (Atencio, 2015).

En el caso que nos ocupa, Paty vive violencia física y psicológica, de larga data; seguramente han transcurrido varios ciclos de violencia que la han llevado, por ejemplo, a perdonar a su esposo después del aborto producido por violencia física. En el momento que habla con Verónica, está en fase de acumulación de tensión de un nuevo ciclo de violencia. Es muy importante que Verónica pueda evaluar si tiene riesgo de femicidio.

¿De qué manera la violencia en contra de la mujer se convierte en factor de riesgo para su salud integral?

Los servicios de salud son ámbitos privilegiados para diagnosticar a mujeres sobrevivientes de violencia, sea en su relación de pareja o en otros espacios y/o circunstancias. Es necesario sin embargo desarrollar una sensibilidad específica, partiendo de reconocer en la vida e imaginarios de quien provee el servicio de salud, sus propias vivencias en relación a la violencia que ha vivido o vive, e incluso la violencia que genera como persona y como proveedor/a.

La violencia en contra de la mujer suele estar sentada en la sala de espera, es necesario desarrollar habilidades para invitarla a pasar, diagnosticarla y darle una respuesta. El primer paso es entender que la violencia en general es una conducta premeditada y planificada, quien violenta sabe que lo va hacer y cómo lo va hacer; es por esta razón que es posible predecir en alguna medida los riesgos a los que se enfrenta una mujer o una persona en situación de vulnerabilidad.

Las y los médicos de familia sin duda tienen una posición aventajada para abordar este tema. Al realizar el genograma de sus familias pueden detectar patrones de violencia intrafamiliar que le darán oportunidad para tratar el tema. Una entrevista más acuciosa, con preguntas que indirectamente pongan a la violencia en la relación de pareja como un problema que afecta a muchas mujeres, puede activar una reacción que la motive a romper el silencio, expresar su situación y pedir ayuda.

El médico general o familiar y las obstetrices que trabajan en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva tienen oportunidades valiosas al,

por ejemplo, observar leucorreas resistentes a tratamiento. Desde la visión clásica de un tratamiento que solo ve la sintomatología y la causa biológica de la infección, la respuesta será una receta con un medicamento determinado, que a pesar de ser el indicado no da resultado. La causa puede ser que la pareja de la mujer no lo toma, sea porque no acepta su infección de transmisión sexual producto de conductas sexuales de riesgo, o porque la mujer afectada tiene temor de decirle que él también tiene que tratarse. Estas mujeres no tienen una vida sexual satisfactoria, su salud reproductiva puede estar afectada por múltiples embarazos, o expuesta a abortos en condiciones de riesgo, pues no es raro que esta misma mujer tenga dificultades en utilizar anticonceptivos pues su pareja se lo impide. Esto grafica una muy clara situación de violencia, que generalmente no es diagnosticada en los servicios de salud.

Las quejas de comportamientos que denotan ansiedad en los niños pueden esconder situaciones de violencia. Al estar las mujeres preocupadas por mejorar las condiciones de los hijos, permiten al médico familiar evaluar la funcionalidad mediante diferentes instrumentos que abren la oportunidad para tratar el tema. La queja múltiple, o el problema recidivante son otras formas con las que las pacientes acuden a la consulta de atención primaria. Si existe la sospecha de un problema de violencia, es importante establecer relaciones de confianza que permitan a los profesionales de la salud abrir el espacio para que las mujeres salgan del silencio.

En el caso que nos ocupa: Paty, auxiliar de servicio del centro de salud, sale del silencio y comparte una situación de maltrato que incluye episodios de tal magnitud que le provocaron fracturas y un aborto por violencia física. Es evidente que Verónica debe pensar en el riesgo de femicidio que presenta Paty.

Para mejor comprensión de los lectores se hará una aclaración de los términos feminicidio y femicidio:

Feminicidio

Es un concepto más amplio que involucra la inacción del estado y/o los gobiernos para garantizar la vida de las mujeres y protegerlas de la vio-

lencia. “El feminicidio es un crimen que afecta únicamente la vida de las mujeres en todo el mundo; es un nuevo término que está buscando un lugar en el discurso de criminalística y busca a su vez visualizar una situación de violencia sistemática y silenciada por muchos siglos por la indiferencia y tolerancia social. El feminicidio, es una categoría que debe abordarse como alternativa a la neutralidad del término homicidio. Es un problema social, político, cultural y es un problema de Estado” (Melgar, 2011).

En otras palabras, el feminicidio es el genocidio contra mujeres y sucede cuando las condiciones históricas generan prácticas sociales que permiten atentados contra su integridad, salud, libertades y su vida. En el feminicidio concurren —en tiempo y espacio— daños contra mujeres realizados por conocidos y desconocidos, por violentos, violadores y asesinos individuales y grupales, ocasionales o profesionales que conducen a la muerte cruel de algunas de las víctimas. Lo que tienen en común los perpetradores es que creen que las mujeres son usables, prescindibles, maltratables y desechables. Todos coinciden en su infinita crueldad y son, de hecho, crímenes de odio contra las mujeres (Ramos, 2012).

Femicidio

Es el asesinato de niñas y mujeres cometido por hombres, por el simple hecho de ser mujeres. El Art. 141 del Código Orgánico integral Penal COIP de Ecuador dice: “La violencia en contra de la mujer tiene a su haber, un indicador extremo que es la muerte de mujeres producto de situaciones de violencia. Estas muertes no son simples homicidios, o asesinatos, son acciones letales que llevan a la muerte y que han sido catalogadas como femicidios”. Con esta explicación es claro que Paty presenta un riesgo de femicidio que debe ser evaluado por Verónica, para tomar acciones que protejan su vida.

¿Por qué el personal de salud se muestra resistente a tratar este tema?

El personal de salud tiene cada vez mayor conciencia social de la tragedia que implica la violencia de género. Existen leyes, normas sanitarias, y capacitación específica que buscan orientar y respaldar el accionar del

personal de salud. Sin embargo, algunos hombres y mujeres que trabajan en los servicios de salud en los diferentes niveles de atención se muestran indiferentes y no abordan el tema, lo ignoran aun cuando tienen claras sospechas de su presencia; no lo diagnostican incluso cuando es denunciado por la víctima, o lo naturalizan como un hecho esperado en la vida, que corresponde al mundo privado y que no es objeto de atención médica.

A continuación, ensayamos algunas razones que explican la resistencia a enfrentar el tema o a dar una respuesta en el contexto de la consulta médica, o de una intervención en la comunidad.

El personal de salud no percibe la violencia doméstica como un problema de salud

Los profesionales de la salud tienen historias de vida en las que han construido sus referentes de masculinidad y feminidad, y que no han sido trabajados en su formación como médicos y médicas; por tanto, se enfrentan al problema de la violencia de género sin contar con las herramientas, conocimiento, reflexión y posicionamiento político que les permita comprender a cabalidad el problema que enfrentan. Ante ese desconocimiento, llegan a la conclusión que este no es un problema médico, por tanto, está justificado el no diagnosticar o intervenir en el mismo (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano, & Kageyama-Escobar, 2005).

Otros profesionales toman una actitud puramente biológica y deciden que la violencia de género es un problema privado, ante el que no tiene un rol, porque la medicina es una ciencia que diagnóstica una deficiencia o disfunción y repara el órgano dañado mediante intervenciones concretas como la cirugía, o los medicamentos. Hablar del tema puede ser intimidante pues se asemeja a abrir una “olla de grillos”⁴⁰ En este caso, no existe un medicamento que calme ese dolor y se decide no evaluar, ni tratar el sufrimiento de la víctima (Coll-Vinent et al., 2008).

⁴⁰ “Olla de grillos” término usado para hablar de algo que se sabe está dentro, porque produce ruido, como los grillos en una olla; al no tener claro qué hacer es mejor no destaparla, no preguntar, y evitar que salgan grillos e invadan a la persona que interroga. El médico debe tener el control, por eso no puede abrir un tema que no conoce cómo manejar.

Tanto hombres como mujeres profesionales de la salud, pueden tener mitos patriarcales

La violencia en contra de la mujer es un problema de múltiples aristas, complejo y de difícil abordaje. Algunos profesionales justifican la violencia desde un imaginario colectivo machista, que le impide sospechar y diagnosticar la violencia y sobre todo adoptar una posición técnica no contaminada con sus propias creencias, mitos y valoraciones personales.

Algunos profesionales creen que las mujeres tienen determinados “deberes” que cumplir. Al escuchar el relato de las pacientes acerca del acto violento, consideran que la víctima dejó de cumplir con sus “deberes”, por tanto la violencia estaría justificada, como en caso de infidelidad femenina, o de que la mujer se niegue a mantener relaciones sexuales, o la ineficiencia en cumplir con sus labores domésticas (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

Otra causa por la cual el profesional de salud no diagnostica la violencia o se resiste a tratar el tema o enfrentarlo es porque en su propia historia la violencia ha sido naturalizada como un comportamiento “normal” en función de los valores en los cuales cree y de los estereotipos que la sociedad define para el comportamiento femenino y masculino.

Por falta de capacitación el profesional de la salud tiene temor o no quiere involucrarse con el problema de violencia

La decisión de estudiar medicina u otra disciplina relacionada, inmediatamente sitúa a los profesionales en una posición de servicio a la comunidad. El momento en el cual atiende a una mujer que refiere un problema de salud, el/la médico/a se coloca no solo en la oportunidad de resolver un problema físico, sea cual fuere, también se ubica en la posibilidad de relacionar ese problema con su salud integral. Involucrarse en la vida de las personas que atiende es una obligación ética, pues en el momento en que elige “curar” se es parte de la vida de las personas, quienes, al acudir en busca de ayuda, le están dando permiso de hacerlo. En el caso de la violencia intrafamiliar y de la violencia específica en contra de la mujer, el profesional de la salud tiene que cumplir con su obligación en concordancia con la norma sanitaria y las leyes vigentes.

Aunque la violencia contra de la mujer es grave en cualquier etapa de su ciclo vital, es particularmente dramática en la etapa reproductiva. “La violencia daña la salud reproductiva, la salud materna y la del niño. La violencia basada en el género limita considerablemente la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos, con graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva. Una de cada cuatro mujeres padece violencia física o sexual durante el embarazo. Esto aumenta la probabilidad de que se produzcan abortos y muertes de neonatos, partos prematuros y de que nazcan niños con poco peso. Entre el 23% y el 53% de las mujeres que sufren abusos físicos a manos de su pareja durante el embarazo reciben patadas o puñetazos en el abdomen. La violencia limita el acceso de las mujeres a la planificación familiar, que puede llegar a reducir la mortalidad materna entre un 20% y un 35% al disminuir la exposición de las mujeres a riesgos de salud relacionados con el embarazo” (Casique, 2010; González Galbán & Fernández de Juan, 2010; Guido, 2015).

En Ecuador se producen alrededor de 2000 embarazos anuales en niñas menores de 14 años, catalogados por el Código Penal Integral Ecuatoriano⁴¹ como violaciones sexuales, aunque la niña haya dado su consentimiento. Más del 80% de estas situaciones de violencia sexual se producen en el ámbito más cercano de la niña, es decir su familia y comunidad (Montalvo Holguín & Zurita Herrera, 2013).

La obligatoriedad ética y técnica de diagnosticar violencia en las embarazadas hace la diferencia entre seguir siendo profesionales de la salud o cómplices de la violencia que estamos viendo. Desarrollar tolerancia ante la evidencia de que una mujer está atravesando una situación de violencia, equivale a complicidad. “Nada justifica la violencia” y disminuir la tolerancia al máximo en estas situaciones es un deber y responsabilidad del profesional de la salud. La insistencia en este llamado se basa en las cifras dadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en la Encuesta de Relaciones Familiares realizada en el año 2011 en Ecuador:

41 En el Artículo 171 del COIP. - Violación. - Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos: 1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse. 2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación. 3. Cuando la víctima sea menor de catorce años. (Constitucional, 2008)

Tabla 4: Mujeres violadas o forzadas a tener sexo según medios utilizados por perpetradores en el 2011

Medios	Número	Porcentaje
Engaños, chantaje o amenaza	263.075	4,6 %
Uso de la fuerza o de un arma	216.604	3,8%
Por dinero o fines económicos	55.723	1,0%
Uno o más medios	379.068	6,8%

Fuente: INEC, Encuesta de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres, 2011. Elaborado por la unidad de información socio ambiental UASB y CEPLAES

A pesar de lo datos referidos, en la formación profesional las facultades de medicina no han dado la importancia debida a este tema. Por esta razón los y las médicos experimentan un vacío de conocimiento que determina una actitud expectante. Aunque el Ministerio de Salud ha elaborado normas para el manejo de la violencia de género, el proceso de apropiación de este conocimiento es complejo y no pasa solamente por la información, se quiere un trabajo formativo que lleve a los profesionales a posicionarse frente el tema y adquirir destrezas específicas.

El profesional de salud siente inseguridad

La falta de capacitación y sobre todo la falta de procesos de sensibilización generan en el profesional de salud inseguridad respecto a qué hacer ante la presencia de violencia en la consulta o en la comunidad en la cual trabaja. La inseguridad de un profesional es aliada de la falta de diagnóstico de la violencia, por lo tanto también aliada de la impunidad (Arredondo-Provecho et al., 2012; Jaramillo & Uribe, 2013).

No es necesario que los servicios de salud se conviertan en espacios de administración de justicia, pues no les corresponde, pero sí son espacios en los cuales algunas mujeres inician la ruta de búsqueda de justicia y de solución. Después de que el problema es diagnosticado, el profesional a cargo tiene la obligación de enfrentar el caso en equipo; será entonces im-

prescindible que conozca y tenga a la mano la normativa para saber cómo proceder en estos casos y estar al tanto del marco legal nacional que define a la violencia en contra de la mujer como delito. La Ley Orgánica de Salud la define como un problema de salud pública.

Enfrentar un problema de violencia desde una posición de médico/a es hacerlo desde una posición de poder. Utilizar esta ventaja implica trabajar en equipo, pedir apoyo cuando un caso sea muy complicado y se sienta que sobrepasa su capacidad de intervención, y sobretodo no dejar sola a la mujer, sin respuesta o sin alternativa, pues esto equivale a robarle la esperanza de que se puede vivir sin violencia.

Un aspecto importante a reflexionar es el enfoque teórico desde el que realizará el abordaje. La Teoría general de sistemas no es el enfoque adecuado para enfrentar problemas de violencia, pues la meta no puede ser restablecer la homeostasis familiar, es fundamental tomar en cuenta el costo que para la vida de esa mujer tiene la violencia (Trujano, 2010). Los profesionales de la salud deben reconocer que en un acto violento existe un ejercicio de poder en el que la pareja en conflicto entra en un ciclo de violencia que es repetitivo, de larga data y requiere intervención para que cada miembro de la pareja adquiera conciencia de su derecho a una vida libre de violencia (Baeza, 2013; Fontán et al., 2013).

En resumen, para que los profesionales de la salud puedan diagnosticar e intervenir en este problema, es necesario:

1. Una perspectiva teórica clara con enfoque de género.
2. Situar el riesgo de femicidio.
3. Contar con herramientas de trabajo como la entrevista motivacional.
4. Conocer todas las redes de apoyo que existen en su lugar de trabajo a nivel institucional e interinstitucional que puedan brindar servi-

cio jurídico, apoyo social y psicológico e incluso de protección en casos de riesgo para la vida.

Una vez que la paciente comparte su historia de violencia es fundamental determinar el riesgo que enfrenta. Existen varios instrumentos que permiten medir el riesgo. Las autoras de este capítulo proponemos la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja (EPV) elaborado por Enrique Echeburúa, Javier Fernández-Montalvo y Paz de Corra (2009). Se trata de una escala de 20 ítems que apoya la predicción y facilitar así la adopción de medidas de protección a las víctimas, ante episodios de violencia que generan la primera denuncia (Echeburúa, Amor, Loinaz, & De Corral, 2010).

Al mantener un principio de continuidad, los y las médico/a familiares tendrán la mejor oportunidad para una primera aplicación del instrumento: la escala es solo una fotografía de la situación en un momento concreto y debe completarse con todos los datos disponibles de la realidad. Conviene por ello pasar la escala de nuevo cuando surja otra situación de violencia; cuando ha transcurrido un tiempo considerable (el valor de la predicción se debilita a medida que transcurre el tiempo desde la evaluación); o cuando las circunstancias han cambiado respecto a la valoración inicial. De este modo la evolución del caso permite tomar en cada momento las decisiones oportunas. La interpretación de la escala debe tomar en cuenta los ítems que, por su mayor capacidad discriminativa, conviene prestar atención específica. Se trata especialmente de los que denotan la intencionalidad clara de producir un daño grave (ítem 8) o que revelan el recurso a las amenazas con objetos peligrosos (ítem 9), así como los que reflejan la existencia de celos intensos o de conductas controladoras (ítem 11), o suponen una justificación de la conducta violenta efectuada (ítem 17). La percepción de la víctima de hallarse en peligro de muerte en las últimas semanas (ítem 18) tiene una gran capacidad predictiva.

Se han establecido con esta escala tres niveles de riesgo: bajo (0-9), moderado (10-23) y alto (24-48). En los casos de duda (por ejemplo, cuando en la escala se de una puntuación de 23, limítrofe con el riesgo alto, o cuando esté presente alguno de los ítems señalados anteriormente), es conveniente aplicar las medidas de protección de rango más alto. En estos casos se va

más allá de la interpretación estrictamente cuantitativa de la escala. Por razones obvias, es preferible pasarse por exceso que por defecto. Es importante que los médicos familiares conozcan un instrumento de evaluación de riesgo, esto posibilitará a futuro realizar estudios de investigación de la situación de la violencia en contra de la mujer en el primer nivel de atención y aportará para caracterizar la situación de violencia en el país.

La norma de atención de la violencia de género en Ecuador propone un tamizaje general, es importante que el personal lo utilice para detectar pacientes con problema de violencia. Es importante aplicar la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja (EPV) cuando los profesionales de atención primaria —ya sea en centros ambulatorios o en servicios de emergencia— sospechen de riesgo de violencia grave. Uno de los signos que hay que tomar en cuenta es la presencia del compañero de la víctima controlando en forma total lo que ella pueda decir. Cuando un violentador se niega a dejar sola a la víctima, el profesional debe realizar una pregunta clave ¿siente riesgo grave para su vida? De ser la respuesta afirmativa, es muy importante mantener una conversación privada con la víctima para aplicar este instrumento, tomar medidas de protección antes de que abandone el servicio de salud y establecer un trabajo de equipo ante una posible situación de vida o muerte.

Tabla 5: Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R)

Indicadores	Valoración
<i>I. Datos personales</i>	
• Procedencia extranjera de la víctima	0 ó 1
<i>II. Situación de la relación de pareja</i>	
• Separación reciente o en trámites de separación	0 ó 1
• Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento	0 ó 2
<i>III. Tipo de violencia</i>	
• Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones	0 ó 2
• Violencia física en presencia de los hijos u otros familiares	0 ó 2
• Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos en el último mes	0 ó 3
• Amenazas graves o de muerte en el último mes	0 ó 3
• Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo	0 ó 3
• Intención clara de causar lesiones graves o muy graves	0 ó 3
• Agresiones sexuales en la relación de pareja	0 ó 2
<i>IV. Perfil del agresor</i>	
• Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja	0 ó 3
• Historial de conductas violentas con una pareja anterior	0 ó 2
• Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo, etc.)	0 ó 3
• Consumo abusivo de alcohol y/o drogas	0 ó 3
• Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos	0 ó 1
• Conductas de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento	0 ó 3
• Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima	0 ó 3
<i>V. Vulnerabilidad de la víctima</i>	
• Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes	0 ó 3
• Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor	0 ó 3
• Vulnerabilidad de la víctima por razón de enfermedad, soledad o dependencia	0 ó 2
<i>Valoración del riesgo de violencia grave</i>	
BAJO (0-9)	BAJO (10-23) BAJO (24-48)

Fuente: Elaborado por Enrique Echeburúa, Javier Fernández-Montalvo y Paz de Corra (2009).

Verónica, en el caso analizado, debe aplicar esta escala de riesgo en Paty, para evaluar el riesgo de femicidio que exista.

¿Cuál es el rol del médico familiar en el caso analizado?

Verónica debe realizar una evaluación integral de Paty y su familia, mediante un plan de intervención y una guía anticipada. El primer paso que Verónica puede tomar es realizar un genograma (McGoldrick & Gerson, 1993) con Paty, para que sea ella quien descubra las pautas repetidas de casos de violencia presentes en su familia y en la de su compañero, entonces será importante explicar su punto de vista acerca de las razones de las mujeres de la familia que sufrieron violencia, sea para permanecer en esa relación o para haberse separado. Esta entrevista permitirá a Verónica ubicar la etapa del ciclo de violencia en que se encuentra Paty.

Paty ha sido objeto de violencia grave, ha llegado a presentar fractura, aborto por golpes, amenazas graves que ocasionan miedo intenso. Verónica debe aplicar la escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV), si esta es positiva en riesgo alto o llega a los 23 puntos debe buscar mecanismos de protección; para esto es importante trabajar con Paty los conceptos que tiene respecto de la violencia, pedir ayuda al psicólogo y a la trabajadora social.

Otro instrumento importante que Verónica debe aplicar es el ecomapa (De la Revilla, 2005), con el propósito de conocer la red de apoyo con la que Paty cuenta y que ella pudiera activar en caso de necesidad. Este instrumento es importante porque le permite a Paty darse cuenta que no está sola. Una vez que Verónica, cuente con la información de la familia nuclear y ampliada de Paty, sus pautas de funcionamiento, las redes con las que cuenta y el nivel de riesgo que presenta, podrá realizar una *guía anticipada*⁴² (Garza Elizondo, 2009) para que Paty conozca las posibilidades y riesgos de mantener una conducta de inmovilidad. Para esto puede utilizar las diferentes preguntas de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999) para generar en Paty una actitud al cambio. Solo entonces Verónica puede referir a Paty a la trabajadora social o al psicólogo, avanzar con el trabajo iniciado y mantener una continuidad de atención, preguntando a Paty la evolución de su problema.

42 *Guía anticipada*: es un instrumento de medicina familiar que permite trabajar con los y las pacientes una vez que el médico tiene clara la evaluación integral sobre las posibilidades que podrían presentarse a futuro si no se toman las decisiones pertinentes; buscando aclarar y llegar al cambio, utilizando las preguntas que sugiere la entrevista motivacional.

Por otro lado, Verónica debe realizar una evaluación clínica y ginecológica completa de Paty; descartar problemas; garantizar que acceda a un método de planificación familiar efectivo para evitar un nuevo embarazo; concertar una cita con Belén y con Javier para evaluar su situación integral; y de acuerdo a la evaluación realizada, intervenir en lograr la resiliencia necesaria para construir proyectos de vida que garanticen su desarrollo personal.



Lecturas recomendadas

Artículo escrito por Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I., & De Corral, P. (2010), denominado Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja. *Psicothema*, 22(4), 1054–1060. Es importante que los profesionales reconozcan los antecedentes con los cuales se propone la escala que en este capítulo se recomienda.

Norma técnica de atención de violencia de género, disponible en la página web del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Se recomienda la película, *Durmiendo con el enemigo*, dirigida por Joseph Ruben y protagonizada por Julia Roberts. El guion muestra una relación de pareja aparentemente normal, que esconde un drama de violencia hacia la mujer. En esta película es posible observar el ciclo de violencia repitiéndose una y otra vez, hasta amenazar la vida.

Referencias bibliográficas

- Abreu, M. L. M. (2006). La violencia contra las mujeres: una revisión crítica de la Ley Integral. *Revista penal*, (18), 176–187.
- Almérás, D., & Calderón, C. (2012). Si no se cuenta, no cuenta: información sobre la violencia contra las mujeres. CEPAL. Recuperado a partir de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/27859>
- Alvarez, M. C. D., Gomez, M. C. S., & Jara, P. A. F.-D. (2012). Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer. *Universitas Psychologica*, 11(3). Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/>
- Arredondo-Provecho, A. B., Broco-Barredo, M., Alcalá-Ponce de León, T., Rivera-Álvarez, A., Jiménez Trujillo, I., & Gallardo-Pino, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 85–99.
- Atencio, G. (2015). *Feminicidio. El asesinato de mujeres por ser mujeres*. Madrid: Catarata. Recuperado a partir de http://www.cooperaccio.org/wp-content/uploads/2015/03/Feminicidio_LIBRO_TEASER_03_small.pdf
- Baeza, S. (2013). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y psicopedagogía*, 1(3). Recuperado a partir de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1200/1493>
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548–554.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultura. Recuperado a partir de <http://apuntes.cejvg.com.ar/>
- Bourdieu, P. (1997). Capital cultural, escuela y espacio social. *Siglo xxi*. Recuperado a partir de <https://books.google.es/>
- Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista mexicana de sociología*, 72(1), 37–71.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., Santiñá, M., & others. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7–10.
- Constitucional, T. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito-Ecuador: Registro Oficial, 449, 20–10.
- De Beauvoir, S. (2014). O segundo sexo. Nova Fronteira. Recuperado a partir de <https://books.google.es/>
- De la Revilla, L. (2005). Bases teóricas, instrumentos y técnicas de Atención Familiar. Familia F para el E de la A a la, editor. Granada: Adhara.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I., & De Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja. *Psicothema*, 22(4), 1054–1060.
- Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género 2011 - Bing. (s. f.). Recuperado 25 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.bing.com/>
- Fontán, J. B., de Torres, L. Á. P., Navarro, M. C., Fontcuberta, J. M. B., Brun, N. B., Castillejo, J. A. P., & others. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 45(9), 486–495.
- Foucault, M., & Varela, J. (1978). Microfísica del poder. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=112376>
- Garza Elizondo, T. (2009). Trabajo con familias. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González Galbán, H., & Fernández de Juan, T. (2010). Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios fronterizos*, 11(22), 97–128.
- Guido, L. (2015). Violencia conyugal y salud pública: El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 2(15), 231–262.
- Jaramillo, D. E., & Uribe, T. M. (2013). Rol del personal de salud en la atención a mujeres maltratadas. In-

vestigación y educación en Enfermería, 19(1). Recuperado a partir de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/download/16834/14575>

Lagarde, M. (1993). Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas. Recuperado a partir de <http://philpapers.org/rec/LAGLCD-3>

Lagarde, M. (2014). El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías. Horas y Horas. Recuperado a partir de https://www.mujeresenred.net/IMG/article_PDF/article_a2107.pdf

Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, 327–366.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1993). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.

Melgar, L. (2011). Tolerancia ante la violencia, feminicidio e impunidad: algunas reflexiones. La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica. México, uam/Itaca. Recuperado a partir de <http://www.incidesocial.org/>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Paidós. Recuperado a partir de http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/31/30319_La_entrevista_motivacional.pdf

Montalvo Holguín, A. G., & Zurita Herrera, G. (2013). Estadística y Distribución Espacial de las mujeres en edad reproductiva en el Ecuador. Recuperado a partir de <http://www.dspace.espol.edu.ec/xmlui/handle/123456789/24809>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (1993). Declaración en contra de la Violencia contra la Mujer. New York: ONU. - Buscar con Google. (s. f.). Recuperado 6 de octubre de 2016, a partir de <https://www.google.es/#q=Organizaci%C3%B3n+de+las+Naciones+Unidas>

Peters, J. (2008). Measuring myths about domestic violence: Development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16(1), 1–21.

Ramos, M. M. (2012). Historia de un debate inacabado. La penalización del feminicidio en el Perú. Recuperado a partir de http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/2012/08/Dador_feminicidio.pdf

Rodríguez-Bolaños, R. de los A., Márquez-Serrano, M., & Kageyama-Escobar, M. de la L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud pública de México*, 47(2), 134–144.

Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial intervention*, 19(2), 191–199.

Rubin, G. (2011). *Deviations: A Gayle Rubin Reader*. Duke University Press. Recuperado a partir de <https://books.google.es/>

Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*, 91, 1053–1075.

Trujano, R. S. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 89



Capítulo cinco: la malnutrición como problema social

Natalia Romero-Sandoval*

Miguel Martín**

Lucy M. Candib***

* Universidad Internacional del Ecuador UIDE

** Grups de Recerca d'Àfrica i Àfrica Llatines - GRAAL

Unidad de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, España

*** Department of Family Medicine and Community Health University of Massachusetts Medical School
Worcester, Massachusetts USA



... las gorditas no se embarazan

Verónica, médica familiar, sigue preocupada, sabe que nacer en condiciones difíciles es un obstáculo que no puede solucionar a sus pacientes. Atiende ahora a Marcela: tiene quince años, cursa décimo de básica del colegio y está embarazada. Verónica la conoció hace dos semanas cuando fue a su primer control prenatal y no ha regresado. Ahora tendría veinte y cuatro semanas de embarazo, piensa, y decide ir a buscarla a su casa.

Cuando llega, observa que Marcela vive en una casa donde tres familias comparten un solo baño. Marcela, a su vez, comparte la habitación con su abuela de sesenta y siete años y un tío de cuarenta que tiene discapacidad mental. Él trabaja como jornalero, pero no le pagan completo el diario porque no hace del todo bien las tareas agrícolas, entonces la abuela sale algunos días para ayudar con la cosecha de fréjol. También Marcela, cuando tiene libre, trabaja con la abuela cosechando fréjol o pimienta.

El cuarto tiene dos camas, una es compartida por Marcela y la abuela y en la otra duerme el tío; tienen una mesita con dos sillas viejas y otra más pequeña en la que solo cabe una cocineta de dos quemadores, todo en el mismo cuarto.

Marcela pesa 78 kilos y mide 1,50 cm., ahora tiene un índice de masa corporal de 34,8 y dice que ha aumentado de peso, casi ocho kilos en cinco meses.

Ha escuchado historias sobre su madre, se llamó Patricia, fue muy bonita, nada gorda y trabajaba en un bar. Se quedó embarazada a los dieciséis años, pero recién supo del embarazo a los cinco meses, porque en las primeras semanas ella menstruaba. El padre de Marcela, su enamorado y primer marido, la llevó a vivir a su pueblo. Cuando tuvo su parto ella se preocupó

mucho porque la niña nació muy pequeña y delgada, apenas pesaba cuatro libras. Su suegra la regañaba mucho, culpándola de las carencias de la niña, decía que nació así porque ella no comía durante el embarazo. Tan mal se sintió que un día, temprano, se fue y no regresó; todos supusieron que salió en busca de otra vida.

Marcela fue criada por su abuela paterna y desde pequeña le enseñó a comer bien. Logró que comiera bastante arroz y camotes, y lo que se daba en la huerta de la casa, y coladas de harina de maíz en leche de vaca.

El padre de Marcela, que trabaja fuera de la ciudad, la visitaba de vez en cuando. La abuela recibía algo de dinero para ayudarse con la compra de leche y ropa para la niña. Cuando Marcela fue a la escuela, su padre pagó los uniformes, útiles escolares y dejaba dinero para la colación. Marcela compraba gaseosas, papas fritas, pan y otras golosinas a la salida de la escuela. La niña se engordó, la abuela estaba orgullosa de que fuera así, ella pensaba que se veía sana.

Marcela dice que en el colegio nadie le hace caso, no la invitan a ninguna fiesta y los chicos no la toman en cuenta porque está muy gorda, ella siente vergüenza de sudar tanto y no hace ejercicio para no oler mal.

Cerca de su casa conoció un día al esposo de una vecina, que durante un año la rondó, no dejaba de mirarla, se siente bien, alguien se interesa en ella, piensa. Al final, a escondidas, empezó a tener vida sexual. No pensó en embarazarse. Ahora Marcela no sabe dónde está el padre de su hijo, cuando él se enteró que estaba embarazada se fue a vivir en otro lugar.

Marcela le cuenta a Verónica que dejó de ir al control prenatal porque su abuela se cayó y se fracturó la cadera, está en el hospital y le han dicho que tiene diabetes. Debe dejar el colegio para trabajar y pronto cuidar a su bebé. Está preocupada porque no sabe qué debe comer en el embarazo para que su bebe nazca bien.

Verónica piensa y se inquieta, debe lograr que el niño nazca con buen peso, es lo único que puede hacer, pero no se conforma. Su condición económica tampoco es buena, no sabe cómo más apoyar a Marcela, ni cómo lograr que el círculo de pobreza se rompa.

Propuesta para resolver el caso

Este caso trata de Marcela, una adolescente de quince años, con el antecedente de haber nacido de peso bajo. Actualmente obesa, está embarazada de veinte semanas y no acude al control prenatal; vive en una familia atípica⁴³ en la que la abuela está a cargo de la nieta. En la casa hay hacinamiento, se mantienen condiciones económicas precarias. Ante esta situación, Verónica se pregunta ¿cómo pudo engordar Marcela cuando hay tan pocos recursos en la casa donde ha vivido su infancia y adolescencia?, ¿por qué Marcela no empezó la atención prenatal en el primer trimestre de su embarazo?

El cuento nos relata también que la madre de Marcela se embarazó cuando era adolescente y fue la abuela quien crió a la niña. La abuela está muy orgullosa de su capacidad de cuidar de su nieta, a pesar de su pobreza, porque pronto logró que la niña engordara y se mantuviera así. Verónica se pregunta ¿qué factores (históricos, sociales, psicológicos) determinan que las madres y abuelas prefieran que sus bebés estén gordos?, ¿cuál es la relación entre obesidad y autoestima para niñas y mujeres jóvenes?

Por otro lado, el cuento nos habla de la diabetes de la abuela, recientemente diagnosticada. Verónica se pregunta: ¿qué factores de riesgo (biológicos, sociales y económicos) tiene Marcela para diabetes gestacional, al ser una adolescente obesa y embarazada?, ¿qué implicaciones habría si Marcela presentara diabetes gestacional?

En las siguientes páginas el lector encontrará algunas reflexiones para responder las preguntas de la médica de familia. No queremos empezar el desarrollo de este capítulo sin antes presentar al lector dos problemas más. El primero es preguntarnos si puede afectar a Verónica, la médica de familia, la experiencia compartida con Marcela de ser madre soltera; los lectores deben recordar que Verónica tomó la decisión de tener su hijo y su pareja se fue. Y la segunda pregunta: ¿cuáles son los aspectos claves que Verónica, como médica familiar, debería tener en cuenta en el manejo integral de los problemas de Marcela?

⁴³ *Familia atípica*: familia en la que vive la abuela, un tío paterno y la nieta.

En esta sección se desarrollan las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la malnutrición, cómo se genera, cuál es su historia natural?
- ¿Cómo se relaciona la obesidad con las enfermedades crónicas no transmisibles?
- ¿Cuáles son los factores biológicos, sociales, económicos que están presentes en la obesidad de Marcela?
- ¿Cómo se relaciona la historia de Marcela con la de Verónica?
- ¿Cómo intervenir de manera integral en este caso?

Fundamentación teórica

¿Qué es la malnutrición, cómo se genera, cuál es su historia natural?

A pesar de ser una condición universal precipitadamente incrementada en las últimas décadas, no es nueva la malnutrición como problema de salud pública. Se la concibe como una deficiencia de nutrientes en la alimentación —o de mala calidad— que ocasiona la desnutrición; o por un exceso que conduce a una ingesta superior al gasto energético de la persona. Los dos problemas son igualmente importantes y están relacionados fuertemente entre sí a lo largo de la vida de una persona.

La desnutrición tiene consecuencias muy graves y generalmente irreversibles en el desarrollo fisiológico del individuo (peso, talla, desarrollo intelectual, entre otros). Se observa la paradoja de personas que han sufrido desnutrición en su infancia, con frecuencia en la etapa adulta desarrollan el problema de obesidad.

Es posible luchar contra la desnutrición, en especial porque sus causas se conocen: básicamente centradas en privación o pobreza alimentaria, además de ser un fenómeno ampliamente descrito y estudiado. El fenómeno de la obesidad, por su parte, ha alcanzado cifras epidémicas, hasta hace muy poco tiempo ha sido considerado como problema de salud en sí mismo, por lo que las medidas preventivas no se han llevado a cabo con la misma intensidad que para la desnutrición.

Si bien todos los países tienen programas para luchar contra la desnutrición, especialmente materno infantil, no es así para la obesidad. A nivel mundial y de manera particular en América Latina, se reportan datos de la presencia conjunta de desnutrición y obesidad en la población, y se reconoce la necesidad de políticas sanitarias públicas para combatir este fenómeno conocido como “doble carga”.

En Ecuador se ha descrito que en uno de cada siete hogares existe una madre con exceso de peso y un hijo menor de 5 años con desnutrición; más aún, entre las madres con exceso de peso aproximadamente uno de cada

ocho de sus hijos presenta anemia y uno de cada siete deficiencia de zinc. Entre las mujeres de 12 a 49 años, el 8,9% y el 32,6% de ellas tienen exceso de peso y anemia o deficiencia de zinc, respectivamente (Freire, Silva-Jaramillo, Ramírez-Luzuriaga, Belmont, & Waters, 2014).

Como se ha mencionado, la malnutrición incluye desnutrición, deficiencia de micronutrientes y exceso de peso. En este capítulo nos centraremos en el exceso de peso por las razones antes indicadas y sus implicaciones directas en otras patologías de gran incidencia en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, como son las enfermedades crónicas no transmisibles.

Breve historia de la evolución del constructo de obesidad y su planteamiento terapéutico

Hipócrates ya describió el rol de la obesidad en cuanto a la fertilidad y mortalidad temprana en quienes padecían un exceso de los cuatro humores, así también propuso una actitud terapéutica basada en la modificación de la dieta, el ejercicio y masajes.

Los términos sobrepeso y obesidad se usan en base a un constructo antropométrico que pretende evidenciar un exceso de masa; con mayor interés en masa grasa. Aun así, el origen de este problema en la modernidad nace del interés de las empresas de seguros de salud para establecer una relación masa-estatura *ideal* (1942), posteriormente *deseable* (1959) y finalmente *estandarizado* (1983). Así pues, el sobrepeso y obesidad son formalmente definidas como una relación talla/peso que excede el umbral de un valor de referencia que se deriva de la distribución de la población considerada sana. Este modelo surgió de forma paradigmática basado en población norteamericana.

Definiciones

Actualmente el sobrepeso y la obesidad no se entienden únicamente mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), descrito por Quételet (el peso corporal aumenta progresivamente en función de la talla al cuadrado); se

requieren otras medidas antropométricas (índice cintura-cadera, circunferencia abdominal, etc.) que figuran de forma más clara la hipertrofia del tejido lipídico, la masa muscular o masa magra y el panorama patológico asociado a estas condiciones (Komaroff. 2016); esto debido a varios estudios que muestran las limitaciones del IMC (Carvajal D, Martin M, & Romero-Sandoval N, 2013; Chiquete et al., 2014).

Para definir el exceso de peso, los puntos de corte para población mayor de 19 años son: para sobrepeso = $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ y para obesidad = $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Para la población infantil y juvenil se recurre a los puntos de corte de referencia para cada sexo y edad, esta última presentada en meses. Estas definiciones han sido propuestas hasta el momento por dos organismos dedicados a salud, la Organización Mundial de la Salud, cuya aplicación es de referencia y ampliamente extendida a nivel mundial, a excepción de Estados Unidos de Norteamérica, que precisamente utiliza los puntos de corte propuestos por el Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés). Al lector interesado, recomendamos revisar la página web de la Organización Mundial de la Salud donde encontrará todos los detalles requeridos para el cálculo del IMC para población de 5 a 19 años⁴⁴, así como del NIH⁴⁵.

Aspectos epidemiológicos

El sobrepeso y la obesidad son considerados como dos hechos asociados tanto a un desequilibrio entre el ingreso de calorías como al consumo de las mismas mediante la actividad física. Presentes en los países de altos, medianos y escasos ingresos; afectan a cualquier edad; están comprendidos entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles; se asocian con frecuencia a otras enfermedades y no cuentan con un tratamiento eficaz a largo plazo, por lo que constituye un desafío sanitario, social y económico (Komaroff, 2016).

44 World Health Organization. Growth reference 5-19 years. Disponible en: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>

45 National Center for Health Statistics. *National Health and Nutrition Examination Survey: 2000 Growth Charts: United States*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/growthcharts>

El tejido adiposo, al ser un órgano que produce hormonas, interactúa con la información que llega al organismo desde su interior (metabolismo) y desde el medio externo (determinantes sociales); tiene una intensa actividad neuro-endócrina, por lo que es un paradigma en reconstrucción el considerar únicamente que quien come más, será obeso, aduciendo que el excesivo consumo alimenticio causa el aumento de peso de manera directa (Gluckman & Hanson, 2005; Hales & Barker, 2001).

En los países en desarrollo, de manera particular, se vive un estado de transición nutricional entre las dietas tradicionales y la dieta occidental moderna, caracterizada por carbohidratos refinados y mayor presencia de alimentos de rápida preparación y altos en grasa. Pero además hay un alto consumo de calorías de mala calidad en la infancia, sin el gasto calórico adecuado y un deficiente ingreso calórico para los adultos (Mattei et al., 2015; Santosa, Wall, Fottrell, Högberg, & Byass, 2014).

Los valores culturales y hábitos físicos de cada espacio geográfico imprimen un grado de presión sobre la percepción y construcción del peso corporal: en regiones donde la inanición y hambruna se ligan a la memoria colectiva de la mortalidad infantil, el peso es sinónimo del estado de salud y la expectativa de supervivencia. Así también las mujeres (niñas y madres) se condicionan a una ingesta disminuida de calorías al compararlas con los hombres, en parte, para favorecer la supervivencia de estos. En la población juvenil masculina, el aumento de peso se relaciona con el acrecentamiento de la fuerza; para hombres adultos el aumento de la masa corporal se concibe como un indicador de bienestar, riqueza y poder social (Gumble & Carels, 2012).

En otras culturas, la ganancia de peso en mujeres puede estar asociada con la construcción de un cuerpo deseable desde un punto de vista reproductivo. Para las sociedades donde la moda —como industria— domina la definición del “cuerpo deseable”, un menor IMC y la delgadez son cada vez más valorados desde parámetros estéticos y sexuales. Los patrones de dieta restrictiva crónica y los problemas consecuentes como la anorexia, bulimia y/o deficiencias de micronutrientes, componen enfermedades con peculiar presencia en la población femenina (Lin & Soby, 2016).

La obesidad entre los niños en Ecuador y en América Latina en general, crece a un ritmo acelerado. La obesidad tiene inclusive un sentido generacional pues los padres la presentan de forma habitual. Los abuelos, como en el caso de la de Verónica, mantienen presente el recuerdo de la inseguridad alimentaria, la escasez y la mortalidad y morbilidad entre los recién nacidos con bajo peso y entre los niños pequeños, por lo que la obesidad significa, de cierta manera, un sinónimo de salud.

Según la creencia popular, los niños con exceso de peso gozarían de salud, y la familia tendría prestigio social, serían vistos con la tranquilidad y certeza de cerciorar un buen crecimiento; mientras que los niños delgados (con un IMC adecuado) dan la impresión de ser “muy flacos” y son semejados con preocupación. Alimentar a los niños —aun en cantidades inadecuadas— es percibido como un factor protector ante la presencia de patologías en el infante y una posible mortalidad, así como una muestra de la capacidad económica de la familia para el cuidado de sus hijos. Estos hechos son visibles de manera particular después de guerras, catástrofes o grandes crisis económicas.

Inevitablemente, la construcción social asumida de la normalidad en el peso o imagen corporal delgada se ha trasladado hacia el sobrepeso para niños pequeños, así como en la etapa pre escolar y escolar. Hoy en día se estima que uno de cada cuatro niños en Ecuador tiene un IMC por encima del adecuado («Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT | Ministerio de Salud Pública», 2013) así como en América Latina (Rivera et al., 2014).

Historia natural

La obesidad en el infante y en el adulto puede encontrar su origen durante la vida fetal. Se presume que la explicación subyace en la hipótesis del *genotipo ahorrador* (*thrifty genotype*), la cual describe la tendencia del cuerpo por ahorrar calorías en tiempos de hambruna. Fisiológicamente, la hipotética concatenación de eventos se dibuja de la siguiente manera: la malnutrición fetal conlleva bajo peso al nacer, depósito lipídico en la niñez, reducida capacidad de secreción de insulina y resistencia tisular a la insu-

lina en la juventud; consecuentemente: diabetes y síndrome metabólico en edad adulta (Candib, 2007). Claramente la asociación entre el componente genético y el mal ambiente fetal conduce al exceso de peso.

Desde un punto de vista pre-natal, mujeres con obesidad y aquellas que excesivamente ganan peso durante el embarazo tendrán un recién nacido macrosómico. Si la madre, previo a la gravidez, presenta resistencia a la insulina, es más probable que genere intolerancia a la glucosa y diabetes gestacional. El ambiente hiperglicémico promueve la respuesta hiperinsulinémica fetal, responsable del desarrollo de la macrosomía, hecho que se asocia directamente con la progresión de la obesidad desde la niñez (Yessoufou & Moutairou, 2011). En contraposición, la privación calórica fetal —debido a una mala nutrición materna o ayuno/hambruna— se asocia a un pobre crecimiento fetal. Un embarazo en un ambiente hipocalórico se adapta a expensas del desarrollo somático del feto, adoptando una estrategia de “aferrarse y guardar” calorías (*hold onto*). El feto, en condiciones de retraso de crecimiento, establece una fisiología capaz de acostumbrarse a ahorrar calorías en la vida post-natal. Si después del nacimiento el aporte calórico disponible se normaliza o aumenta, el infante con bajo peso al nacer fácilmente sobrepasará una masa corporal saludable, entrando en estados de sobrepeso y posterior obesidad, generalmente a partir de los dos años de edad. Dicho de otra manera, la inanición relativa de estos embarazos prepara la fisiología fetal para un entorno de escasez, incongruente con el mundo hipercalórico postnatal; actitud muy marcada en países en vías de desarrollo que están en una transición nutricional. De esta manera, los recién nacidos son genotípica y fenotípicamente permeables para consolidar un estado de obesidad posterior (Robinson, Sian; 2011) (Mosaddik, Ashik; 2011).

La actual epidemia de niños, adolescentes y adultos jóvenes con obesidad conlleva el inevitable riesgo de obesidad en sus futuros hijos. Así, tanto la nutrición excesiva como inadecuada en mujeres embarazadas acarrea la desafortunada predisposición de su progenie para la obesidad.

Anecdóticamente, el seguimiento epidemiológico de infantes cuyas madres sobrevivieron a la hambruna en Holanda luego de la Segunda Guerra Mundial, mostró que 50-60 años después, una vez adultos, estos tenían ma-

yor riesgo de desarrollar enfermedad vascular y diabetes en comparación con el resto de la población (Roseboom, de Rooij, & Painter, 2006).

Si bien no es definitivo, los niños pequeños obesos son más propensos a convertirse en escolares obesos, los niños obesos en adolescentes obesos, y así sucesivamente. Los esfuerzos a nivel educativo, social, familiar y personal son necesarios para intervenir en esta prototípica cadena (Rasmussen, Catalano, & Yaktine, 2009).

A continuación, enlistamos un conjunto de causas sociales y ambientales asociadas a obesidad, una vez explicitado el componente genético:

El fenómeno de la urbanización, migración de áreas rurales a urbanas, con la consecuente urbanización de estilos de vida: aumento del uso de transporte motorizado, disminución de la actividad física, aumento del trabajo sedentario.

Cambio en el abastecimiento de provisiones: salida de productos alimenticios domésticos y tradicionales, ingreso de comida procesada; presiones de soporte transnacional por el monocultivo; pérdida de la capacidad de cultivar los alimentos. Todos fenómenos propios del neoliberalismo y la urbanización que no consideran la cosmovisión de los nuevos colectivos que proceden a tal ocupación (Kingman & Solo de Zaldívar, 2016).

Cambios en consumo de alimentos: reducción de la ingesta de “comida casera” y aumento del consumo de comida rápida para adultos y niños, incitado por las condiciones laborales, la falta de tiempo para cocinar y la amplia disponibilidad de comida rápida en las zonas urbanas.

Aumento de entretenimiento y medios de comunicación pasivos, como TV, telefonía celular móvil, computadores portátiles, tabletas.

Publicidad desmesurada en cadenas de restaurantes y comida rápida que impulsa a jóvenes y adultos a elegir productos altamente procesados, con exceso de grasas y altos en carga calórica; presionando con la oferta de actividades lúdicas dentro de los mismos locales de comida.

Disponibilidad adquisitiva, impulsada por los bajos precios de bebidas endulzadas con azúcares, como jarabe de maíz (rico en fructosa). Las bebidas endulzadas y gaseosas se convierten en una vía rápida para la ingesta excesiva de azúcar sin siquiera involucrar una comida completa.

Mirada de la obesidad desde un enfoque de género

En las familias las mujeres generalmente desempeñan el rol principal en la determinación de las opciones de alimentos y en la preparación de los mismos. Las mujeres que trabajan fuera del hogar toman atajos para cumplir con ese rol: echan mano de la compra de alimentos preparados o llevan a la familia a comer en restaurantes de comida rápida, como un obsequio o recompensa, o más aún como último recurso para un descanso provisional del trabajo doméstico.

La urbanización conlleva que las familias jóvenes pierdan a la familia ampliada como recurso para la preparación de alimentos y cuidado de los niños. Las abuelas o tías ya no están presentes para preparar platillos tradicionales, lo que es importante no porque estos resulten totalmente saludables, sino porque son sustituidos por algo de peor calidad.

Las mujeres pueden sentirse alarmadas por el tipo de alimentación de sus hijos y su progresiva ganancia de peso. La necesidad de empleo de ambos padres para tener un ingreso adecuado y la fácil disponibilidad de alimentos poco nutritivos, se convierte en una carga para la mujer en una sociedad en la que no se privilegia el cuidado compartido de los hijos.

Los hombres suelen acceder a trabajos físicamente exigentes y/o continuar en la recreación deportiva en la edad adulta, aunque no siempre acompañada de hábitos saludables. Para las mujeres, el trabajo remunerado y tiempo libre es presumiblemente sedentario; el cuidado del hogar ni siquiera se considera “actividad física”, sobre todo porque hombres y mujeres interiorizan que esta actividad no consume calorías; así también es menos probable que las mujeres accedan a actividades con el mismo nivel de gasto calórico que las tradicionalmente ejecutadas por los hombres.

Existen diferencias culturales que imprimen hábitos alimenticios sobre el género. Existe la idea de que los hombres gustan de alimentos salados (por ejemplo, hamburguesas) mientras que las mujeres son afiliadas con alimentos dulces (por ejemplo, pasteles). Presumiblemente estos hechos están relacionados a las diferentes patrones neuroendocrinos sexuales y alimenticios, por lo que se requiere una mayor comprensión de cómo los cambios hormonales pueden influir en la alimentación y por lo tanto en el peso (Hallam, Boswell, DeVito, & Kober, 2016).

¿Cómo se relaciona la obesidad con las enfermedades crónicas no transmisibles?

Las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto cardiometabólicas (diabetes, resistencia a la insulina, dislipemia, hipertensión, síndrome metabólico) como las no cardiometabólicas (depresión, osteomusculares, etcétera) poseen especial importancia por su asociación directa con la obesidad, están vinculadas tanto a discapacidad y muerte prematura como a elevados costos sanitarios para su control (Martin, Bland, Connelly, & Reilly, 2016).

Las patologías crónicas están reemplazando a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte y discapacidad en Ecuador y en Latinoamérica. La información basada en las estadísticas de mortalidad de Ecuador, reportada para el año 2014, muestra que la presencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón, ocupan los primeros lugares de las veintiséis primeras causas de mortalidad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

La obesidad y muchas de las enfermedades cardiovasculares tienen características comunes en su origen fisiopatológico: aparecen desde muy tempranas etapas de la vida, requieren largos períodos de tiempo hasta presentar síntomas o signos, y comparten factores de riesgo que pueden ser prevenidos. La obesidad lleva a un estado de resistencia a la insulina (RI), una ruta precursora de la diabetes. La RI provoca un mecanismo de hiperproducción de insulina por parte de las células β -pancreáticas con el fin de mantener la glicemia. En última instancia, el mecanismo se satura y colapsa. La hipoinsulinemia se traduce en una incapacidad de manejar excesos de glucosa (por ejemplo, post-prandial), cuyo resultado es la diabetes.

La diabetes se relaciona con múltiples enfermedades crónicas. Vagamente definida como enfermedad relativa a la concentración de “azúcar en la sangre”, la afección en corto y largo plazo es multiorgánica; de hecho, la cronopatía de todas las vasculopatías se acelera en una persona con diabetes: riñones, retina, nervios, son los territorios que con creciente prevalencia se ven afectados, y que se manifiestan en forma de retinopatía diabética, nefropatía diabética, pie diabético y amputación. La presencia de diabetes en términos de puntaje de riesgo (*risk score*) cardiovascular es equivalente a un infarto de miocardio previo.

En términos metabólicos la obesidad promueve el depósito de grasa visceral; hecho evidenciado tanto en ámbitos rurales como urbanos. El impacto sobre la salud de esta acumulación recae sobremanera bajo una respuesta química inflamatoria vascular, es decir, una respuesta arteriosclerogénica, tanto de arterias cardíacas, como en grandes y pequeños vasos. La enfermedad arterioesclerótica no necesita de un estado diabético pleno para iniciarse.

La acumulación visceral de lípidos se asocia a depresión. Las cininas inflamatorias resultantes del exceso de lípidos acoplados a la producción/estimulación de hormonas adrenales tienen un efecto sobre el estado de ánimo. Existe una asociación establecida entre diabetes y depresión. Muchos piensan que la diabetes por sí misma es la causa del estado distímico; sin embargo, la contribución del estado lipídico al ambiente bioquímico ha encaminado a una nueva perspectiva del problema: la obesidad, en su manifestación bioquímica-metabólica representa un adyuvante de la depresión (Capuron, Lasselin, & Castanon, 2016).

De igual forma, las enfermedades articulares toman protagonismo dentro de la historia de la obesidad. El diagnóstico de enfermedad articular degenerativa, especialmente de rodilla, se asocia directamente con el aumento de obesidad. Mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 son cuatro veces más susceptibles, mientras que en hombres comporta un riesgo intrínseco que aumenta en cinco veces el desarrollo de artropatía degenerativa de rodilla. El exceso de peso se comporta como carga mecánica crónica. Para el IMC ejemplificado (mayor de 30), la carga sobre la rodilla en marcha se incrementa en tres y hasta seis veces (Richter, Trzeciak, Owec-ki, Pucher, & Kaczmarczyk, 2015).

El exceso de masa corporal no es la única forma en la que la obesidad afecta a las articulaciones. Las citosinas y otros mediadores inflamatorios originados en el tejido adiposo generan un ambiente inflamatorio intraarticular que se apoya en la sobrecarga mecánica para la instauración del daño degenerativo articular. La inflamación activa no se limita a articulaciones axiales que soportan la mayor carga de peso; por ejemplo: existe una estrecha relación entre obesidad y enfermedad degenerativa de la mano.

Así mismo, la obesidad y la patología respiratoria se enmarcan bajo la denominada Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), una condición cada vez más común caracterizada por el cansancio y somnolencia diurna, sueño no reparador, apneas y despertares en el momento de dormir. La hipoxia severa y mantenida, acompañada de los episodios de apnea durante el sueño, conllevan una pobre oxigenación sanguínea que, entre otras manifestaciones, provoca hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, depresión, disminución del rendimiento neurocognitivo funcional diurno y accidentes vehiculares y laborales.

Sobre este aspecto los hombres tienen mayor susceptibilidad que las mujeres (hasta la menopausia, quizás por la reticencia a reportar el ronquido debido a un estigma o la aversión al uso de ventilación mecánica como tratamiento). La AOS puede ser subdiagnosticada en mujeres dado que la somnolencia diurna o la disfunción cognitiva suele ser asociadas a otras causas. De cualquier forma, en la actualidad esta enfermedad es tomada en cuenta, con mayor incidencia, en el grupo mujeres, sobre todo con IMC o circunferencia abdominal patológicos.

Por lo tanto, el aumento de tejido adiposo (acumulación de grasas visceral) y la obesidad, dados su actividad secretora de citocinas y mediadores bioquímicos inflamatorios activos, se asocian a múltiples enfermedades crónicas: como enfermedad cardiovascular, depresión, osteoartritis, AOS; así como a enfermedades ligadas a un estado de hiperglucemia: RI, síndrome metabólico, diabetes manifiesta; y al usual daño pan-orgánico propio de la diabetes.

Son abrumadoras las implicaciones de la obesidad como epidemia mundial y la forma de las enfermedades crónicas con las que se relaciona, especialmente para los países que no están preparados para brindar atención crónica. Cabe preguntarse: ¿cómo podemos comenzar a revertir esta tendencia?

¿Cuáles son los factores biológicos, sociales, económicos que están presentes en la obesidad de Marcela?

Desde el ámbito de la Medicina Familiar, cabe plantearse los siguientes supuestos: Marcela pudo ser una recién nacida con bajo peso al nacer, con un escaso consumo de calorías durante la vida fetal debido a la mala nutrición materna y el posterior manejo nutricional de la abuela caracterizado por un exceso de calorías sin el adecuado gasto de las mismas, que en su conjunto aportaron al aumento de peso.

Para Marcela, la falta de recursos, el limitado conocimiento acerca de opciones y hábitos dietéticos, el inequitativo acceso a formas de consumir las calorías consumidas y la falta de redes de apoyo, restringen las perspectivas para el logro de una dieta saludable y actividad física adecuada.

La imagen corporal de Marcela le ha dificultado muchos tipos de relación social, por ejemplo, en la escuela y el colegio, y a futuro, para lograr un trabajo de mejor retribución. En el caso de Marcela, su propia obesidad, falta de actividad física y el alto consumo de carbohidratos auguran macrosomía para su feto (con posibles complicaciones obstétricas), así como un progresivo y persistente aumento de peso por parte de su hijo. La obesidad en todo ser humano, como en Marcela, conduce a un estado de salud física, mental, social y espiritual, completamente deficiente; más aún en una sociedad que se rige por patrones de belleza o de imagen que castigan, marginan y culpabilizan a las personas obesas.

¿Cómo se relaciona la historia de Marcela con la de Verónica?

Cuando un médico de familia y su paciente comparten experiencias de vida o enfermedades, este debe descubrir la relación entre el conocimiento sobre las condiciones médicas del paciente y su situación de vida, siempre tomando en cuenta que las experiencias compartidas pueden llevar al médico a enfrentar situaciones y sentimientos difíciles.

Así mismo se puede encontrar útil o conveniente compartir información personal para calmar al paciente o recomendar un tratamiento, siempre tomando en cuenta el riesgo de que el paciente cree una relación más cercana y se torne sobredependiente del tratante.

La apertura personal es un área difícil en la relación médico - paciente y debe introducirse con inteligencia y vigilancia. Aun así, incluso sin la autorevelación, el médico que ha vivido por sí mismo la experiencia del paciente, tal vez se siente con confianza sobre cómo abordar al paciente para resolver tal situación. Es posible que sus ideas fijas sobre cómo la paciente debe manejar varias situaciones, tal vez no sean apropiadas para una persona de edad, clase, educación y personalidad que resultan diferentes a las de la médica.

Los hechos recreados en este cuento presentan una realidad más frecuente de lo que el lector puede suponer: médica y paciente son madres que decidieron tener su hijo sin la presencia de un padre; ambas fueron abandonadas por sus compañeros; las dos no tuvieron al aborto como opción; ninguna ejerció su derecho a la anticoncepción segura.

En cuanto a los determinantes bioculturales de sobrepeso, obesidad y sedentarismo, médica y paciente tienen formas de alimentarse condicionadas a la presión comercial y cambios culturales; sus nuevos hábitos están caracterizados por dietas basadas en “comida rápida” y en los estilos de vida vinculados con la sedentarización.

¿Cómo intervenir de manera integral en este caso?

El trabajo de Verónica consiste en proporcionar a Marcela toda la información necesaria para tomar la mejor decisión para ella y su futuro hijo; para tratar la relación con el padre del mismo y a los aspectos económicos que les debería vincular. Es importante tomar en cuenta que los pacientes a veces toman malas decisiones o no aceptan el asesoramiento que ofrece el médico; y que, si nos involucramos demasiado con un paciente, podemos sentirnos culpables si tienen un mal resultado.

En la situación de Marcela, una adolescente embarazada, soltera, con una abuela enferma (y ausente), sin apoyo paterno; es probable que se fie en gran medida de la perspectiva de un consejero, en este caso, de la médica de familia. Verónica puede encontrarse a sí misma luchando con el impulso para rescatar a Marcela. En el proceso se puede llegar a sentir muy responsable de esta joven mujer, sin apoyo social, sin educación sobre el embarazo, parto, anticoncepción o la nutrición para ella y el bebé.

Un enfoque interdisciplinario que asocia al personal con la práctica de Verónica, hace que enfermería, trabajadores sociales, técnicos de atención primaria y actores claves del lugar se distribuyan las responsabilidades en el cuidado de Marcela.

Si Verónica siente que está sobreinvolucrada, puede ser útil discutir el caso con un jefe o mentor, o con un grupo de apoyo de otros médicos de familia, con el fin de encontrar guías para la gestión de sus sentimientos y afinar el enfoque técnico —y humano— en el cuidado de la obesidad y embarazo de Marcela.

Desafortunadamente, incluso con el equipo más dedicado de profesionales y trabajadores de la comunidad, encontrar una estrategia para que Marcela controle su aumento de peso durante el embarazo puede convertirse en un reto significativo. La razón primordial para este reto es que la dinámica social que involucra a la obesidad incluye relaciones económicas, políticas y sociales que trascienden el reducido entorno de la paciente; es decir, requieren una acción sistemática a nivel nacional e internacional.

La educación en torno a una dieta y actividad física saludables para niños y adultos exige un compromiso a nivel municipal, nacional y regional, con el fin de adoptar estrategias de salud pública que repercutan en los hogares, escuelas y lugares de trabajo; en los medios de comunicación y en la publicidad; en los anuncios del riesgo en el etiquetado de los alimentos y bebidas; de tal modo que la población esté constantemente informada, acceda y elija las opciones más saludables para padres e hijos.

Se requieren medidas de prevención y promoción, como imposiciones tributarias especiales para los elementos que componen la dieta *obesogénica* (por ejemplo “comida basura”, bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas, cigarrillo), limitar la publicidad de comida chatarra, promover el correcto etiquetado de los alimentos, restringir la venta de comidas rápidas (al menos, en los alrededores de las escuelas); todo esto requiere de una enorme valentía política.

Para invertir en la lucha contra la progresión actual de la obesidad, los gobiernos tendrían que adoptar una postura firme ante las empresas multinacionales (empresas que pueden llegar a tener mayor influencia que las mismas naciones). Tal vez la única fuerza persuasiva a favor de tal compromiso con la salud pública es la realidad de que la obesidad de hoy es y seguirá siendo la causa directa de la epidemia de enfermedades crónicas del mañana (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, artritis, etcétera) (Candib, 2007) La pregunta es entonces: ¿podemos darnos el lujo de no actuar?

Retos y recomendaciones

Los resultados del presente ejemplo plantean un conjunto de recomendaciones que forzosamente incluyen a varios actores de diversos espacios, como son la escuela o colegio, la comunidad, los individuos y sus familias. El propósito es movilizar un conjunto de actividades de intervención entre los integrantes de la sociedad con el objetivo de facilitar la adopción de actividades saludables, la prevención de la obesidad y la intervención clínica terapéutica en quienes amerite.

El foco principal para prevenir la obesidad es la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y el aprovechamiento de la oportunidad que causa el estrés de la crisis, para crecer emocionalmente y no estigmatizar ni medicalizar a nadie.

El ámbito de actuación abarca tanto a niños, niñas, adolescentes y a sus padres y/o tutores; las escuelas/colegios; las autoridades públicas locales y actores sociales influyentes en la comunidad. Todas las intervenciones se deben desarrollar de forma organizada, evaluada, intersectorialmente y adaptadas culturalmente.

En la modificación de la presencia de los factores de riesgo comunes al espacio familiar, académico, comunitario y públicos que se asocian a sobrepeso/obesidad, sedentarismo, inapropiadas prácticas alimentarias, en el caso de Marcela, debería incluir:

Involucrar el equipo sanitario en trabajar con Marcela sobre la nutrición, los micronutrientes, la actividad física, la relación madre-hijo, en grupos de madres solteras embarazadas.

Activación de redes sociales: pares, profesores, líderes comunitarios.

En general, podemos decir que el problema de Marcela, no es singular, sino que por desgracia es frecuente en el ámbito escolar. En este caso las recomendaciones comunitarias para prevención de la obesidad podrían ser:

Aprendizaje de la nutrición para población infanto-juvenil y sus maestros, a través de actividades lúdicas (pirámide de colores, talleres, carteles, pegatinas), con el fin de que los maestros repliquen estos conceptos y hagan una práctica cotidiana, tal como suele ser la atención que ponen para la prevención de accidentes.

Explicación lúdica a niños y adolescentes sobre los cambios corporales, el comportamiento de las células grasas y los órganos relacionados al consumo de grasas.

Incorporación en los planes de prevención de obesidad a los comités de padres de familia, gobiernos estudiantiles, grupos sociales en el barrio, así como a las autoridades, para que, desde la visión del derecho a una alimentación saludable, a la recreación y a vivir en un barrio/ciudad incluyente, se implementen actividades de promoción de la actividad física, se garantice el acceso a alimentos saludables y a la seguridad en el espacio público.

La actividad física en el ámbito académico debe pasar de horas pasivas, excluyentes y estigmatizantes, a un programa evaluable de actividad física que ponga en movimiento a todos los escolares, diseñado con base en las pruebas científicas disponibles. Estas recomendaciones implican que la escuela y colegio dispongan de espacio para el entrenamiento, y de monitores para coordinar las acciones con un objetivo de sana competición; estas actividades físicas también deben coordinarse con las horas de alimentación, antes del recreo y antes de salir al almuerzo.

Finalmente, en este capítulo se ha enfatizado en la obesidad en el ámbito juvenil por ser el más preocupante y por sus consecuencias en el futuro. Este enfoque sobre el embarazo en adolescentes obesas, niños y jóvenes obesos es crucial, porque es el área principal donde la prevención puede todavía ser posible.

Cambios durante la vida fetal, infancia, niñez y juventud tienen el potencial de ser prevenidos o al menos reducir las complicaciones y enfermedades que cabe esperar en las próximas décadas, si no se hace nada. Una vez establecida la obesidad en la edad adulta, las posibilidades de su revocación, la posibilidad de prevención secundaria (de las enfermedades crónicas mencionadas anteriormente) se convierten en mucho más improbable.

Obviamente, muchas de las recomendaciones y actitudes del médico de familia, delante de cualquier caso de obesidad, pueden ser coincidentes con las expuestas en este cuento, especialmente en lo que se refiere a hábitos alimentarios y actividad física. Este enfoque es precisamente lo que se necesita para visualizar cualquier futura prevención de las enfermedades crónicas de la adultez que, por otro lado, ya han llegado.



Lecturas sugeridas

Informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Ecuador 2011-2013. Datos en la población de 0 a 59 años de edad, en Ecuador y a nivel de provincia. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>

Documental de Morgan Spurlock: Súper engórdate, que hace referencia a la comida chatarra y la influencia en la salud en los Estados Unidos. Disponible en YouTube.

Tres artículos científicos que describen el estudio censal sobre obesidad y factores asociados en escolares municipales de Quito de 9 a 17 años, efectuado en el periodo 2010-2011:

Romero-Sandoval, N., Ruiz Vinueza, V., Quizanga, J., Recalde, R., Anchali, E., Falconi, J., Flores, O., Martín, M., 2012. "Quito municipal schools" cohort study: Baseline results. *Open Journal of Epidemiology* 2, 70–74. doi:10.4236/ojepi.2012.23011

Romero-Sandoval, N., Guanopatin, A., Gallegos, G., Collaguazo, A., Sáenz, P., Latorre, V., Egas, V., Flores, O., Utzet, M., Martín, M., 2013. Breakfast habits and family structure associated with overweight and obesity in general basic students, Ecuador. *British Journal of Medicine and Medical Research* 3, 128–139.

Romero-Sandoval, N., Flores, O., Egas, C., Villamar, G., Larrea, Z., Cruz, M., Icaza, L. and Martín, M. (2014) Quito Municipal Schools—Cohort Study: Self-Perception of Body Image and Factors Related with It. *Open Journal of Epidemiology*, 4, 122-128. doi: 10.4236/ojepi.2014.43017.

Referencias bibliográficas

- Candib, L. M. (2007). Obesity and diabetes in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. *The Annals of Family Medicine*, 5(6), 547–556.
- Capuron, L., Lasselin, J., & Castanon, N. (2016). Role of Adiposity-Driven Inflammation in Depressive Morbidity. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. <http://doi.org/10.1038/npp.2016.123>
- Carvajal, D., Martin, M., & Romero-Sandoval, N. (2013). Modelo explicativo del efecto de la talla y grasa corporal en el peso de escolares entre 9 y 17 años de edad. *Revista Médica Vozandes*, 24(1-2), 9–18.
- Chiquete, E., Ruiz-Sandoval, J. L., Ochoa-Guzmán, A., Sánchez-Orozco, L. V., Lara-Zaragoza, E. B., Basaldúa, N., Ruiz-Madrigal B., Martínez-López E., Román S., Godínez-Gutiérrez S.A., & Panduroc A. (2014). The Quételet index revisited in children and adults. *Endocrinología y Nutrición*, 61(2), 87–92.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT | Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Recuperado 15 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
- Freire, W. B., Silva-Jaramillo, K. M., Ramírez-Luzuriaga, M. J., Belmont, P., & Waters, W. F. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Ecuador. *The American journal of clinical nutrition*, 100(6), 1636S–1643S.
- Gluckman, P., & Hanson, M. (2005). *The fetal matrix: evolution, development and disease*. Cambridge University Press. Recuperado a partir de <http://books.google.com.ec/books?hl=en&lr=&id=t6zBLKcokMgC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Gluckman+P.+Hanson+M.+The+Fetal+Matrix:+Evolution,+Development+and+Disease+,+Cambridge,+UK:+Cambridge+University+Press+,+ISBN+0-521-83457-0,+&ots=Ubs-8qIoE3U&sig=FIEZAG5ZJQGwwsRNTxeuGqyGBak>
- Gumble, A., & Carels, R. (2012). The harmful and beneficial impacts of weight bias on well-being: The moderating influence of weight status. *Body Image*, 9(1), 101–107.
- Hales, C. N., & Barker, D. J. (2001). The thrifty phenotype hypothesis. *British medical bulletin*, 60, 5.
- Hallam, J., Boswell, R. G., DeVito, E. E., & Kober, H. (2016). Gender-related Differences in Food Craving and Obesity. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 161–173.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s. f.). Anuario de Estadísticas de Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales) - 2011. Recuperado a partir de http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf
- Kingman, E., & Solo de Zaldívar, V. B. (2016). Las fronteras arbitrarias y difusas

entre lo urbano-moderno y lo rural-tradicional en los Andes - Buscar con Google.
<http://doi.org/10.1111/jlca.12216>

Komaroff, M. (2016). For Researchers on Obesity: Historical Review of Extra Body Weight Definitions. *Journal of Obesity*, 2016. <http://doi.org/10.1155/2016/2460285>

Lin, L., & Soby, M. (2016). Appearance comparisons styles and eating disordered symptoms in women. *Eating Behaviors*, 23, 7-12. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.006>

Martin, A., Bland, R. M., Connelly, A., & Reilly, J. J. (2016). Impact of adherence to WHO infant feeding recommendations on later risk of obesity and non-communicable diseases: systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 418-427. <http://doi.org/10.1111/mcn.12201>

Mattei, J., Malik, V., Wedick, N. M., Hu, F. B., Spiegelman, D., Willett, W. C., & Campos, H. (2015). Reducing the global burden of type 2 diabetes by improving the quality of staple foods: The Global Nutrition and Epidemiologic Transition Initiative. *Globalization and Health*, 11. <http://doi.org/10.1186/s12992-015-0109-9>

Richter, M., Trzeciak, T., Owecki, M., Pucher, A., & Kaczmarczyk, J. (2015). The role of adipocytokines in the pathogenesis of knee joint osteoarthritis. *International Orthopaedics*, 39(6), 1211-1217. <http://doi.org/10.1007/s00264-015-2707-9>

Rivera, J. Á., de Cossío, T. G., Pedraza, L. S., Aburto, T. C., Sánchez, T. G., & Martorell, R. (2014). Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 2(4), 321-332. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)

Roseboom, T., de Rooij, S., & Painter, R. (2006). The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early human development*, 82(8), 485-491.

Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global Health Action*, 7. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.23574>

Yessoufou, A., & Moutairou, K. (2011). Maternal Diabetes in Pregnancy: Early and Long-Term Outcomes on the Offspring and the Concept of «Metabolic Memory». *Experimental Diabetes Research*, 2011. <http://doi.org/10.1155/2011/218598>



Capítulo seis: sexualidad en el adulto mayor y abordaje por el médico de familia

Rita Bedoya Vaca*
Susana Tito Lucero**

*Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines - GRAAL

** Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE



“Siempre es buen tiempo para amar”

Es jueves y como todas las semanas, este día está reservado para atender a los pacientes de la tercera edad. Verónica apoya al grupo organizado por el municipio de la localidad, que tiene actividades regulares con los adultos mayores de la comunidad. Es un grupo muy cohesionado, se junta dos veces a la semana, realizan varias actividades, entre otras, paseos, ejercicios, bailes, terapia ocupacional. Su rol con el grupo es cuidar de su salud y realizar talleres con temas propuestos por los adultos mayores.

Doña Lucinda tiene sesenta y cinco años, es una de sus pacientes hipertensas, hoy está radiante y muy dispuesta a colaborar en todo. Le comenta a Verónica que tiene una novedad, don Pepe le propuso matrimonio. Él tiene setenta años, es viudo desde hace un año, antes participaba con su esposa en el grupo, pero a ella le dio cáncer, a pesar de los cuidados que él le prodigó durante el tiempo que duró la enfermedad.

El problema es que los hijos de Don Pepe no están de acuerdo con su decisión de casarse, especialmente la hija soltera no ve razón alguna para que esto suceda, ella le da a su padre todas las atenciones con dedicación. También el hijo mayor de Lucinda se opone, dice todo tiene una edad y que le da vergüenza que a esta altura de la vida su madre se comporte como una jovencita y quiera casarse con ceremonia y todo, él no piensa asistir a la ceremonia.

Doña Lucinda le comenta que están decididos a casarse, y lo van hacer también por la iglesia, esa fue su condición. Verónica sabe que ella es católica y una decisión tan importante no puede hacerse sin la bendición de Dios. Lucinda está emocionada, también organizarán una fiesta para invitar a los compañeros del grupo.

Lo que sí le preocupa es cómo reiniciar la vida sexual, ella no ha tenido relaciones sexuales hace 10 años, época en que murió su esposo y además padece un problema con la orina, a veces se le escapa sin que pueda controlar. Lucinda le dice a Verónica en la consulta que espera su ayuda, necesita estar preparada para la nueva etapa de su vida.

Afuera espera su turno don Pepe, como Lucinda no sabe si él preguntará sobre el tema, aprovecha y le comparte a Verónica que él también está inquieto y con dudas sobre su desempeño sexual, así que pide para su futuro esposo algunos consejos.

Doña Lucinda se despide dejando en Verónica el recuerdo de la ilusión que ella vivió cuando hacía planes con su novio. Piensa además en los cambios que se han producido en la sociedad respecto de la sexualidad humana. No ha tenido suficiente oportunidad de investigar la historia sexual de adultos mayores y se plantea revisar la fisiología de la sexualidad, en esta edad, para poder apoyar la salud de la nueva pareja.

Propuesta para resolver el caso

Verónica reconoce que la ilusión del enamoramiento no tiene edad. Percibe en Lucinda la misma alegría que ella sintió en su etapa de noviazgo. Se plantea la relación de enamoramiento de personas de la tercera edad, lo que implicará para ellos el retomar la vida sexual y la consejería que podría ofrecer para ayudarles a lograrlo de manera satisfactoria. Considera también la resistencia de la familia acerca de que las personas adultas mayores establezcan relaciones amorosas.

Por un lado, la hija de Don Pepe pierde su rol; y por el otro, el hijo de Lucinda se avergüenza de que su madre viva su etapa de noviazgo con tanta ilusión, y quiera una ceremonia; opina que en todo caso debería ser discreta y no explicitar una situación que para él resulta bochornosa.

La respuesta de la familia refleja el pensamiento patriarcal y el prejuicio de la sociedad acerca del rol de las hijas de cuidar de los padres viudos; y el hecho que las mujeres adultas mayores no tienen derecho a una vida amorosa explícita. En ausencia de su padre, el hijo asume el rol de control social sobre la sexualidad de su madre.

Verónica tiene un rol privilegiado como médica de familia. Requiere conocimientos sobre sexualidad humana y entender el proceso histórico que definió los comportamientos actuales; necesita recapacitar sobre la sexualidad como derecho para apoyar a su grupo de adultos mayores, siempre dispuestos a reunirse para tratar temas como este. Deberá adquirir algunas destrezas para intervenir en este caso concreto.

A la luz de estas reflexiones, las preguntas generadoras que abordará el capítulo son:

- ¿Cómo ha cambiado la sexualidad en las personas adultas mayores a lo largo de la historia?
- ¿Cuáles son las influencias culturales presentes en la sexualidad del adulto mayor?
- ¿Cuál es la respuesta sexual en los hombres y mujeres adultos mayores?

- ¿Qué aspectos clave se deben tomar en cuenta en una historia sexual en el adulto mayor?
- ¿Cuáles son las claves de manejo en los problemas más frecuentes de sexualidad en el adulto mayor?
- ¿Por qué las médicas y los médicos usualmente no realizan historias de la vida sexual de sus pacientes?
- ¿Cómo puede el médico familiar promover la salud sexual de sus pacientes?

Fundamentación teórica

¿Cómo ha cambiado la sexualidad en las personas adultas mayores a lo largo de la historia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: “La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (Gorguet Pi, 2010).

Llegar a este concepto ha implicado recorrer un largo camino. No es objeto de este capítulo describir su evolución, lo que haremos es revisar la influencia del pensamiento judeocristiano, traído por la iglesia católica en la colonia a los países de la región. Para esta revisión tomaremos en cuenta los estudios de historia realizados por el venezolano Frédérique Langue (Langue & Pino Iturrieta, 1994). Cuando los españoles llegan a las Américas está vigente en la iglesia católica lo promulgado por el Concilio de Trento; respecto de la familia se aplicaban las *Pragmáticas del matrimonio* que se mantuvieron vigentes hasta 1803. Sobre la base de estos instrumentos, la iglesia católica elaboró documentos locales denominados *Constituciones sinodales* que se impusieron en las colonias desde 1687.

Se crearon tribunales eclesiásticos encargados de hacer cumplir lo instituido en estos documentos, vigentes hasta el año 1904. La justicia eclesiástica atendía diariamente las causas matrimoniales referidas a concubinatos⁴⁶, y amancebamientos⁴⁷, el pecado nefando⁴⁸ (sodomía), el de

46 *Concubinato* es la relación marital de dos personas sin estar unidos en vínculo matrimonial. El término *concubina* generalmente indica relaciones en donde la mujer es de menor posición social que el hombre o que la esposa o esposas oficiales. El concubinato involuntario o servil involucra algunas veces la esclavitud sexual de un miembro de la relación, usualmente la mujer. Fuente: (Setina, s. f.)

47 *Amancebamiento* se refiere a una unión que puede ser de un hombre y mujer de la misma condición social pero que no ha formalizado su vínculo matrimonial mediante una ceremonia religiosa, en este caso católica. Fuente: (Setina, s. f.)

48 *Pecado nefando*, se refiere a la *sodomía*, un término de origen religioso que hace referencia a determinados comportamientos sexuales. Históricamente utilizado para describir el acto del sexo anal entre homosexuales y las demás prácticas homosexuales masculinas, si bien también puede usarse para describir el sexo anal heterosexual. Fuente: (Langue & Pino Iturrieta, 1994)

lenocinio⁴⁹ (alcahuetería), incesto⁵⁰ y adulterio⁵¹.

Estos tribunales cumplían la función de llevar a conocimiento público hechos como las malas amistades, amancebamiento, adulterio, bigamia⁵² y otras formas de la “fragilidad” humana. Ante quejas anónimas, el prelado de la iglesia visitaba los sitios en los que se sabía se están cometiendo estos pecados, para sacarlos a la luz como demostración de un fallo de la autoridad espiritual. Las personas acusadas generalmente reconocían su culpa y se mostraban dispuestas a enmendar de acuerdo a la recomendación de la autoridad eclesial.

En los relatos registrados por los prelados eclesiales, la figura de la mujer aparece como seductora y la causa de las calamidades públicas. Dificilmente se diferenciaba a la mujer prostituta de la mujer que tenía varios compromisos. En la colonia, pecados como el incesto tenían regulaciones distintas e incluía a los parientes políticos como cuñadas, madrinas, ahijadas.

En este estudio se registran denuncias sobre “malas amistades”, en referencia a encuentros sexuales esporádicos de hombres blancos con esclavas negras; o a hombres manteniendo relaciones con mujeres viudas. Se diferenciaba entre “mala amistad” y amancebamiento. El pecado era un asunto de preocupación, pues al hacerse público se convertía en un mal ejemplo para el pueblo cristiano.

Entre las denuncias con mayor resonancia, en el estudio se incluye la de hombres blancos que, siendo casados, vivían con sus esclavas, negándose a regresar con sus esposas; eran estas últimas las que acudían al tribunal eclesiástico y a los tribunales civiles para obligar a sus esposos a que cumplan su función. Este problema era de tal envergadura que la autoridad eclesiástica realizaba campañas para recoger a esposos descarriados y regresarlos a

49 *Pecado de lenocinio*, termino religioso que se refiere a la alcahuetería que se relaciona con actos en los cuales se oculta la verdad a sabiendas que, con ello, se ayuda a cometer un acto que se considera inmoral. Fuente: (Ibíd.)

50 *Incesto*, es la práctica de relaciones sexuales entre individuos muy próximos en consanguinidad. En la época de la Colonia incluía a los parientes políticos, como cuñadas, suegras, nueras. Fuente: (Ibíd.)

51 *Adulterio* (del latín *adulterium*) se refiere a la unión sexual de dos personas cuando uno o ambos están casados con otra persona. El adulterio ha sido moralmente censurado y hasta penado, considerándose un delito. Fuente: (Ibíd.)

52 *Bigamia* es el acto y estado de una persona que contrae un segundo matrimonio estando ya casada. En el campo del derecho canónico, se contraponen a monogamia considerada por el cristianismo como la verdadera y única forma del matrimonio, en la tradición cristiana la bigamia es un delito. Fuente: (Ibíd.)

sus hogares. Entre los castigos impuestos se incluía el regreso inmediato al hogar, ejercicios espirituales, pago de limosnas para edificar templos, o en casos extremos, la cárcel eclesiástica.

Otro de los problemas registrados son los casos de raptó y matrimonio clandestino. La no autorización de los padres se presentaba por diferencias económicas o de etnia: por ejemplo, cuando los padres que se consideran blancos y no querían que su hija se case con un indio o mulato. El castigo era confiscar los bienes del hombre y encerrar en un convento a la chica, solo entonces el padre sentía que se resarcía su honor

El delito de incontinencia o estupro se presentaba cuando una pareja prometida en matrimonio, iniciaba relaciones sexuales; la denuncia se hacía por la pérdida de la virginidad y de la honra. Era motivo de excomunión, cárcel y confiscación de bienes.

Era posible solicitar la separación de la pareja, por parte de la mujer, cuando el marido la maltrataba de forma cruel, o cuando había despilarrado los bienes de la familia. El trámite duraba años. La mujer separada, si era pobre, debía ir al convento o a una casa respetable. El hombre podía solicitar la separación comprobando que su esposa estaba amancebada.

Durante la colonia, la mujer era catalogada de dos formas polarizadas: como la encarnación satánica o la depositaria del honor y la stirpe de la familia. En la cotidianidad las parejas viviendo en “mala vida” eran tan comunes que las autoridades eclesiásticas no lograban intervenir más que en los casos de personas de clase social alta. Los terremotos o desastres naturales en etapa colonial, eran explicados por la iglesia como un castigo dado por la “mala vida” en que vivían las parejas (Langue & Pino Iturrieta, 1994).

Es evidente que la injerencia eclesial ha sido determinante en la vida sexual de hombres y mujeres. Normados por la iglesia durante más de cuatrocientos años, con menor intensidad en los últimos años, su influencia está presente en la vida cotidiana de hombres y mujeres que relacionan el placer sexual con el pecado (Setina, s. f.).

Por otro lado, en países como los nuestros, la influencia de la revolución sexual ocurrida en los Estados Unidos en mayo del 1968, llegó mucho más tarde, pero ha sido determinante para cambiar la imposición hegemónica del pensamiento eclesial.

El aporte del pensamiento feminista ha influido en forma drástica en el comportamiento sexual de hombres y mujeres. Su activismo para conquistar igualdad de derechos, equidad en el trabajo productivo y reproductivo y respeto a la diversidad sexual han sido determinantes para la construcción de relaciones de pareja basadas en una ética laica.

En países como Ecuador, la vida sexual —especialmente de las personas adultas mayores— mantiene una fuerte influencia del pensamiento judeo-cristiano. En el caso que nos ocupa, doña Lucinda y don Pepe, a su edad, requieren la ceremonia religiosa católica para tener el consentimiento público de iniciar su vida sexual.

¿Cuáles son las influencias culturales presentes en la sexualidad del adulto mayor?

La sexualidad de las personas adultas mayores está influenciada por varios factores culturales. En este capítulo nos referiremos únicamente a los más relevantes en nuestra cultura.

El erotismo en nuestra cultura está ligado a imágenes de personas jóvenes, hermosas, de piel lozana, cuerpo firme y escultural. El cuerpo flácido y arrugado no se considera erótico. Mientras las canas en un hombre son signo de sabiduría, tal vez en todos los sentidos, incluido en el arte de amar; en cambio las canas en una mujer se asocian con el hecho de ser abuela, por tanto, menos atractiva sexualmente.

Cuando un hombre se queda viudo, dependiendo de la condición de salud y condición económica, se considera un partido codiciado; incluso en etapas tardías de la vida como don Pepe, quien por mantener vitalidad y ser una persona sociable, rápidamente se le presenta la oportunidad de construir una relación de pareja. En este sentido, los hombres tienen mayor oportunidad para volver a conformar una pareja, quizá debido al mayor nú-

mero de mujeres solteras o viudas. En general no es mal visto el que un hombre viudo busque otra pareja, incluso es esperado que se case con una mujer más joven, porque se asume que los hombres necesitan ser cuidados por una mujer.

Por el contrario, si una mujer adulta mayor enviuda, no se espera que se case. Se parte de que ella puede realizar actividades como cocinar, cuidar la ropa; por tanto, al ser capaz de autocuidarse no existiría justificación para casarse, a lo que se suma la sanción social que podría recibir si su compañero es más joven.

En este caso, doña Lucinda no debe demostrar entusiasmo ni expresar alegría por el enamoramiento o hacer público sus sentimientos. No guardar discreción provoca el rechazo de su hijo, quien se asume como el encargado, socialmente, de velar por el pudor de su madre, viuda.

El pensamiento patriarcal (Bourdieu & Jordá, 2000) determina que los varones son quienes deben tener la iniciativa sexual; es una demostración de *hombría*⁵³ relacionada con la potencia sexual. Cuando el hombre llega a la vejez y por razones fisiológicas cambia su respuesta sexual, en ocasiones entra en la llamada crisis de la edad media (Fuentes & Medina, 2013), aparece la infidelidad con una pareja más joven que pueda despertar su libido y darle la sensación de integridad de su función sexual, y confirmar que mantiene todas sus cualidades de *hombría*.

La jubilación en el hombre determina muchas pérdidas, en ocasiones crisis de estatus⁵⁴ (Hermida, Tartaglini, & Stefani, 2016). Cambia su rol; disminuyen sus contactos sociales; se reduce su capacidad de generar recursos económicos; desaparece el poder ligado a su rol laboral. Esta situación produce depresión en muchos hombres adultos mayores (Quiroz & Flores, 2013), la presencia de enfermedades crónicas, el uso de diferentes medicamentos incluyendo antidepresivos; estos factores influyen de manera drástica en la libido y por tanto en su función sexual.

53 *Hombría*: en este caso, el término es usado para referirse a la capacidad del hombre para mantener erección.

54 *Crisis de estatus* se produce cuando una persona cambia su condición social en la cual por diferentes razones ejercía poder, ya sea por denominación de cargo, o por solvencia económica.

La menopausia es un factor determinante en la vida sexual, para algunas mujeres se convierte en la mejor etapa de su vida, se sienten libres del temor al embarazo, más seguras de sí mismas y capaces de expresar lo que les gusta. Para otras, en cambio, se convierte en una etapa que les justifica dejar de tener sexo, puesto que ya no sienten la obligación de mantener relaciones sexuales, consideradas una obligación necesaria para la reproducción y función obligada dentro del matrimonio (Santiso Sanz, 2011).

Otro factor importante a tomar en cuenta, dentro de los factores culturales, es el nivel de educación de las personas adultas mayores. Si cuentan con un nivel educativo medio o superior, tendrán mayor acceso a información que permita aclarar dudas, mitos y prejuicios.

Las condiciones sociales y económicas son otro factor determinante. Si la persona adulta mayor no cuenta con un cuarto propio que le brinde privacidad, difícilmente podrá mantener vida sexual. Si se trata de ancianos que deambulan de un sitio a otro, o permanecen en hogares para ancianos, no podrán contar con un ambiente privado que les permita mantener vida sexual, ya sea solo o acompañado. Su preocupación más importante en ese caso será la sobrevivencia.

La religión es otro factor importante. Como dijimos en la primera parte de este capítulo, la influencia del pensamiento judeocristiano ha sido determinante en la sexualidad, a partir de la cual las relaciones sexuales se las considera ligadas a la reproducción, por tanto, es muy difícil que las personas adultas mayores puedan exigir su derecho al placer. En este caso, doña Lucinda ve como indispensable un matrimonio eclesiástico para animarse a reiniciar su vida sexual.

¿Cuál es la respuesta sexual en los hombres y mujeres adultos mayores?

En el caso que analizamos, don Pepe y doña Lucinda tienen sesenta y cinco y setenta años respectivamente. Ella ha estado inactiva sexualmente durante los últimos diez años. Acuden solicitando consejo para reiniciar la vida sexual, para lo cual es necesario, en primer lugar, revisar los cambios fisiológicos que viven los hombres y las mujeres.

Es importante señalar que, en la vida sexual de una pareja adulta mayor, la genitalidad puede estar funcional o no, dependiendo de muchos factores. Dentro de la respuesta sexual, la primera etapa del deseo conocida como *libido*, presenta cambios fisiológicos tanto en hombres como en mujeres. Los pensamientos y fantasías relacionadas con la actividad sexual se generan en el hipotálamo y en las estructuras límbicas adyacentes, este deseo es estimulado por la testosterona en hombres y mujeres (van Anders, 2012). En el caso que nos ocupa, aunque los niveles de testosterona estén bajos, el enamoramiento que están viviendo genera respuestas que sin duda producen una expectativa, fantasía y deseo en los dos miembros de la pareja.

En la *fase de excitación* las personas adultas mayores presentan un proceso exitatorio igual que cuando jóvenes, solo que en menor intensidad y en mayor tiempo. Los hombres tienen la ventaja de que la urgencia eyaculatoria que en la juventud y edad madura les produce eyaculaciones precoces, resulta mejor controlada en la vejez, lo que permite aumentar el tiempo de disfrute. Estas condiciones fisiológicas que pueden ser vistas como pérdida, se pueden convertir en ventajas para mejorar su calidad como amantes (Llanes Betancourt, 2013).

La *fase de meseta* se refiere a la sensación de alivio sexual eufórico inminente u orgasmo, manifestada por la eyaculación en los hombres y las contracciones rítmicas de la musculatura genital en las mujeres. En las personas adultas mayores, sus cambios fisiológicos determinan variaciones importantes como menor cantidad de expulsión de semen en los hombres; a propósito, se concluye que en una de cada tres relaciones sexuales de un adulto mayor logrará la eyaculación, circunstancias que no influyen en el orgasmo. La mujer presenta menor intensidad orgásmica, pero mantiene su capacidad multiorgásmica (Córdoba, Aparicio, & Rueda, 2012).

Los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren en la menopausia provocan cambios en la sexualidad femenina. La disminución de la función sexual ovárica o perimenopausia —por lo general inicia alrededor de los 40 años— dura entre 2 y 10 años, y culmina con el cese de la menstruación alrededor de los 50 años. En esta etapa de producen cambios fisiológicos que se caracterizan por una atrofia del tejido urogenital que conduce a la disminución de tamaño del útero y la vagina; disminución de la lubricación

vaginal y de la vasocongestión; disminución de la sensibilidad erótica de los pezones, clítoris, la vulva y el del tejido perineal durante la actividad sexual. Estos cambios no dificultan la vida sexual cuando esta se mantiene sea por autoerotismo o por un compañero sexual activo; de ser necesario se puede utilizar lubricantes (Pérez Martínez, 2008).

Algunos hombres pueden experimentar cambios importantes en las funciones corporales vinculadas a la disminución de la producción de testosterona. A medida que los hombres envejecen, hay disminución gradual en la función sexual, aunque el deseo sexual se mantiene relativamente estable en la mayoría de los hombres. Las erecciones tienen menor rigidez y tumescencia, para que se produzcan requerirán una mayor estimulación táctil (Herrera & others, 2003). Los niveles de testosterona comienzan a disminuir en un 1 a 2 por ciento cada año a partir de la mediana edad. Entre el 35 al 70 por ciento de los hombres mayores de 70 años sufren de *hipogonadismo*, debido a niveles de testosterona inferiores a 200 ng / dl (Fernandez-Balsells et al., 2010).

La *fase de resolución o período refractario* implica un estado psicológico y físico de relajación tras el orgasmo en el que los tejidos genitales son generalmente menos sensibles a la excitación y el orgasmo. En los hombres adultos mayores esta fase se amplía, llegando a cubrir días y semanas.

Puede decirse que el envejecimiento normal se asocia con una disminución general de la respuesta sexual fisiológica y una disminución en la actividad sexual coital, dependiendo de múltiples factores, como la salud de la persona, los medicamentos que toma, la edad, la presencia de compañero sexual, la privacidad, la salud mental, la presencia de discapacidad y de dolor, entre otros.

Debido a estos cambios fisiológicos, los investigadores del área sexual en las personas adultas mayores han definido como *función sexual adecuada* a la frecuencia de una o más relaciones sexuales al mes; *mediana función sexual* a la frecuencia de una cada tres meses; y *frecuencia disminuida* a la que se produce una vez al año (Campanioni, 2013).

Los principales predictores de interés sexual y de permanencia de la actividad sexual en la vejez son: el nivel previo de actividad sexual, la salud física y psicológica del individuo y la disponibilidad (es decir que se sienta seducido por alguien), el nivel de interés y la salud de un compañero (Syme, Cohn, & Barnack-Tavlaris, 2016).

La salud física parece ser el factor más influyente en la actividad sexual en los hombres mayores, mientras que la calidad de la relación es más importante para las mujeres de edad (Gillespie, 2016). Estos factores parecen ser similares tanto para los individuos heterosexuales como para homosexuales.

Los individuos y las parejas homosexuales y lesbianas se enfrentan a problemas similares a los heterosexuales en términos de cambios fisiológicos asociados con la edad en la función sexual. Varios estudios indican que las personas homosexuales y lesbianas mayores sienten altos niveles de satisfacción, puesto que han asumido su identidad y estilo de vida, un factor que incrementa el nivel de satisfacción sexual (McParland & Camic, 2016).

Respecto a los cambios psicológicos, el envejecimiento conduce a mayor madurez emocional y a una capacidad aumentada para la intimidad, lo que puede mejorar las relaciones sexuales. Las parejas de edad avanzada pueden tener una mayor privacidad y más tiempo para la intimidad. Las personas que entienden que ciertos cambios en la función sexual son normales, tienen menos miedo y mayor capacidad de adaptación. En lugar de temer los efectos de la menopausia, una mujer puede disfrutar la libertad de la preocupación acerca de la anticoncepción y el embarazo no deseado.

En lugar de centrarse únicamente en las relaciones sexuales coitales, un hombre puede ser capaz de cambiar su enfoque al placer de la intimidad sensual, en lugar del placer de las relaciones sexuales coitales. Las parejas que se comunican bien pueden ampliar las prácticas sexuales con el fin de incorporar prácticas que mantengan o mejoren los anteriores niveles de disfrute (Thompson et al., 2011).

Algunas personas reaccionarán negativamente a los cambios relacionados con la edad, viéndolos como precursores de deterioro físico o disfunción sexual. Para los hombres, la disminución de la función eréctil puede ser vista como una amenaza a su sentido de la masculinidad, y dar lugar a una excesiva preocupación, ira, o depresión. Algunas mujeres pueden sentir una intensa pérdida del potencial de maternidad, especialmente si nunca han tenido hijos. Estas reacciones pueden reforzar puntos de vista negativos sobre la sexualidad en la vejez, inadecuados y peligrosos, lo que a su vez provoca relaciones sexuales menos frecuentes y menos agradables.

¿Qué aspectos clave se deben tomar en cuenta en una historia sexual en el adulto mayor?

En el caso que analizamos, Verónica requiere evaluar a doña Lucinda, que es hipertensa; y a don Pepe, que no presenta patología crónica. A continuación, detallaremos los aspectos que hay que tomar en cuenta a la hora de realizar una historia sexual.

Dentro de los datos de filiación, hay que anotar que la edad de la persona adulta mayor la sitúa claramente en el nivel de cambio fisiológico que se encuentre. La identidad sexual nos define el grupo poblacional. Las personas adultas mayores con diferentes identidades sexuales estarán más abiertas a incorporar otras formas no coitales de disfrute sexual. La situación personal, es decir, si está soltera/o o acompañada/o, si mantiene una pareja estable o fortuita, determinan un abordaje distinto.

Los antecedentes patológicos personales, como enfermedades crónicas, son muy importantes pues muchas veces definen la capacidad para establecer relaciones coitales. Cualquier enfermedad médica que afecte el suministro de sangre o la inervación nerviosa del tejido genital puede justificar la disfunción sexual; entre otras, la neuropatía diabética o la enfermedad vascular periférica.

La disfunción sexual secundaria puede ser el resultado de la fatiga, el dolor o la discapacidad física. A modo de ejemplo, un hombre con enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede llegar a tener falta de aliento

durante la actividad sexual, dificultando el proceso de excitación. Una mujer con antecedentes de cáncer de cuello uterino sometida a cirugía y radiación, podría tener cicatrices y contracturas de su tejido vaginal, lo que lleva a dolor durante las relaciones sexuales y la posterior pérdida de la libido (Basson, Rees, Wang, Montejo, & Incrocci, 2010).

Otra fuente de afectación de diferentes etapas de la respuesta sexual son los medicamentos. Estos a menudo desempeñan un papel crucial en el desencadenamiento de la disfunción sexual, y pueden afectar a ambos sexos en cualquier punto del ciclo de respuesta sexual. Entre los más frecuentes se encuentran los antihipertensivos (por ejemplo, beta-bloqueantes, diuréticos), antiandrógenos, y muchos medicamentos psicotrópicos, particularmente los antidepressivos (Baldwin & Foong, 2013).

Un estudio prospectivo encontró que casi el 60 por ciento de los individuos que toman inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) o venlafaxina, presentaban tasas más altas de disfunción sexual. La presencia de enfermedad psiquiátrica se asocia a disfunción sexual en la vejez y está presente en varias enfermedades psiquiátricas, en particular las que afectan el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, donde la pérdida de la libido es un síntoma frecuente (Baldwin & Foong, 2013). Entre el 40 y el 50 por ciento de las personas que sufren depresión experimentan la pérdida del deseo sexual como un síntoma cardinal. Hasta el 90 por ciento puede experimentar cualquier tipo de disfunción sexual por el uso de antidepressivos (Basson, Wierman, Van Lankveld, & Brotto, 2010).

Por las razones expuestas, el médico de familia debe solicitar la lista de medicamentos que toma el o la paciente que está evaluando, para realizar una revisión pertinente de cada uno de los fármacos y conocer si tiene efectos en alguna de las fases de respuesta sexual.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta en la historia sexual, es determinar su momento vital, para situar las pérdidas y acontecimientos estresantes que esté atravesando. Muchos episodios iniciales de la disfunción sexual en los adultos mayores a menudo se precipitaron por un estrés psicosocial importante, como la pérdida del trabajo o de un ser querido, o crisis médica o enfermedad prolongada o de hospitalización. Tales tensio-

nes pueden romper los patrones sexuales y conducir a la incertidumbre de cómo reanudar la actividad sexual. La pérdida de la pareja es particularmente devastadora.

El dolor o la “culpa del sobreviviente” puede suprimir el deseo sexual y el deseo de buscar un nuevo compañero en el largo plazo. Una enfermedad aguda, como un ataque al corazón reciente o compromiso respiratorio, pueden provocar que las personas mayores sufran de ansiedad o temor al dolor, a las lesiones o incluso a la muerte durante el acto sexual. Algunas personas pueden sentirse menos sexuales al avergonzarse de los cambios en su apariencia personal (por ejemplo, debido a una cicatriz o una bolsa de colostomía quirúrgica), o tienen miedo de los olores corporales o a la incontinencia durante el acto sexual. La enfermedad crónica también puede minar la energía y el entusiasmo de una persona por el sexo.

Es importante preguntar de manera directa sobre la vida sexual, buscando en forma específica conocer su historia sexual. La evaluación de la función sexual en una persona mayor depende, ante todo, de un médico, que esté cómodo y bien informado acerca de la sexualidad en la vejez. Si el médico se siente avergonzado o incómodo al hacer preguntas acerca de la función sexual, es poco probable que se produzca una evaluación adecuada. El médico debe ser capaz de hacer preguntas directas utilizando un lenguaje común, y escuchar con atención y paciencia, teniendo en cuenta que las personas mayores tienen muchos de los mismos problemas sexuales que las personas más jóvenes. Una fuente indispensable de información sobre un problema sexual es el compañero. La presencia de la pareja durante una entrevista ayudará a facilitar la comunicación abierta con la persona afectada.

Una manera de organizar el proceso de evaluación y aumentar el nivel de confort tanto del médico y el paciente es el uso de una entrevista formal,

denominado también *examen del estado sexual*. El objetivo del examen del estado sexual es identificar la presencia y el grado de cambios problemáticos en la función sexual a través de las etapas del ciclo de respuesta sexual. Inherente a este examen es una *historia de sexo* que informa del funcionamiento sexual común del individuo, las experiencias sexuales anteriores, las actitudes hacia la sexualidad, y el estado de cualquier relación actual.

El *proceso de evaluación* debe incluir, en primer lugar, una historia médica y psiquiátrica completa; seguido de un examen del estado mental para identificar síntomas de ansiedad o depresión que pueden estar bloqueando el deseo y el rendimiento; o pensamientos obsesivos, psicóticos que están interfiriendo con la excitación sexual. Después, un examen físico con un enfoque en la función urológica y ginecológica. Finalmente, seleccionar los estudios de laboratorio, incluidos los niveles de testosterona y prolactina si se sospecha una etiología hormonal o metabólica.

Es fundamental preguntar acerca de la calidad de las relaciones actuales, hay que interrogar sobre estrés marital o de pareja, ya que estos son factores importantes asociados con la disfunción sexual. Si el individuo está solo, es importante preguntar sobre prácticas de autoerotismo y la respuesta sexual ante esta práctica; o si en algún momento de la historia el hombre o la mujer disfrutaron de su vida sexual. Si mejorar la vida sexual es de interés mutuo, interesa conocer qué consideran normal para su vida sexual y preguntar sobre trastornos sexuales.

En los hombres, los trastornos como disfunción eréctil se definen como la incapacidad para lograr o mantener una erección; esto último en referencia a una tumescencia adecuada para la función sexual. Es la queja más común en los hombres de esa edad, que afecta del 20 al 40 por ciento de los hombres de 60 años, y de 50 a 70 por ciento de los hombres en sus 70 y 80 años (Tan, Tong, & Ho, 2012).

En las mujeres adultas mayores es importante averiguar sobre resequedad vaginal, desinterés en las relaciones sexuales y dolor en la penetración. Es probable que el trastorno sexual más común en las mujeres mayores esté dado en parte por la disminución de los niveles de testosterona y los cambios en la función sexual después de la menopausia (Muliira & Muliira, 2013).

El porcentaje de mujeres con bajo deseo sexual salta de un 10 por ciento de las mujeres menores de 50 años a casi el 50 por ciento de las mujeres de 60 y 70 años. Un estudio encontró que del 43 por ciento de las mujeres de entre 57 a 85 años que consultaron por disminución del deseo, el 39 por ciento tenía dificultades con la lubricación, y el 34 por ciento anorgasmia (Ambler, Bieber, & Diamond, 2012).

La pérdida de la libido en las mujeres mayores con frecuencia involucra factores psicológicos, incluida la mala imagen corporal o la imagen de sí misma, debido a las pérdidas asociadas con la edad, belleza, la fuerza física y con los estereotipos negativos internalizados de que la sexualidad no es adecuada para las mujeres mayores. Para muchas mujeres de edad avanzada que han enviudado, el sexo deja de ser una parte importante de su vida, aunque esto no necesariamente indica que tienen una disfunción sexual. La práctica de autoerotismo en muchas mujeres de edad avanzada está ausente principalmente porque el placer sexual no se consideraba un derecho para las mujeres adultas mayores; esta situación seguramente cambiará en las generaciones futuras.

Las relaciones dolorosas, dispareunia y vaginismo, se caracterizan por las dificultades asociadas con la penetración vaginal o marcado dolor vulvovaginal o dolor pélvico durante el coito; con el consiguiente miedo, ansiedad o el endurecimiento de los músculos del suelo pélvico en previsión de o durante la penetración vaginal. El dolor genito-pélvico es más común durante y después de la menopausia porque el tejido vulvovaginal se atrofia, y está menos congestionado y lubricado durante la excitación sexual (Mostafa et al., 2015). El dolor durante el acto sexual también se asocia con condiciones médicas que afectan a la región genital (por ejemplo: vulvitis, vulvodinia y vestibulitis vulvar) o a los órganos pélvicos (Ambler et al., 2012).

¿Cuáles son las claves de manejo en los problemas más frecuentes de sexualidad en el adulto mayor?

Uno de los problemas más frecuentes es la disfunción sexual en la vejez, la clave en este manejo radica en proporcionar tranquilidad y educación. Es indispensable que el o la profesional, entienda a profundidad la fisiología sexual en la vejez y reconozca que las relaciones sexuales siguen siendo importantes para muchos pacientes de mayor edad. Es un factor clave el escuchar empáticamente, hacer hincapié en un lenguaje claro y no técnico acerca de la normalidad de la sexualidad en la vejez y la posibilidad de un tratamiento eficaz para los problemas sexuales.

Se debe tener en cuenta que muchos pacientes han interiorizado perspectivas negativas sobre la sexualidad en la vejez. El acto de enseñar técnicas básicas para mejorar la tumescencia y ofrecer garantías de la eficacia de estas, genera confianza en el paciente, le permite sentirse cómodo, hablar de manera abierta acerca de las reacciones emocionales al problema, y buscar tratamiento. Muchos tratamientos fallan en este punto: no en que el tratamiento no llegue a funcionar, sino por el hecho que el paciente y el médico no establecen una relación de trabajo sólida, o porque el paciente es superado por el pesimismo o la duda y se niega a participar en el tratamiento.

Otro aspecto importante radica en educar a los pacientes tanto acerca de los cambios normales como de los patológicos, en la función sexual en la vejez. Esto puede reducir el miedo excesivo e incrementar la aceptación de estos cambios. A modo de ejemplo, relataremos algunas condiciones de cambios sexuales que pueden tener una causa identificable, posiblemente tratable:

Un hombre puede *malinterpretar el normal declive en la función eréctil* como un problema sexual. Una mujer puede *malinterpretar su experiencia de la sequedad vaginal* en el sentido de que ella no quiera tener relaciones sexuales. Tales reacciones exageradas a los cambios normales pueden

afectar la sexualidad, incluso más que los cambios físicos subyacentes, lo que lleva a algunas personas a participar en actividades sexuales menos frecuentes o más limitadas.

Un hombre mayor con *diabetes o enfermedad aterosclerótica* puede tener un declive más pronunciado en la función eréctil o incluso la disfunción eréctil, por el posible compromiso del flujo sanguíneo en el pene.

Una mujer mayor, con una historia de una *cadera artrítica*, podría experimentar un movimiento limitado de la pelvis o incluso dolor durante las relaciones sexuales, además de la incomodidad potencial debido a la disminución de la lubricación vaginal.

Un paciente que padece *depresión* puede informar de una reducción significativa en la libido.

La educación debe centrarse en la mejora de la calidad de la relación sexual de un individuo con su pareja. A veces el médico puede abrir un foro para que la pareja discuta acerca de las dificultades básicas durante la actividad sexual y explorar estrategias para mejorarlos. El o la médica de familia debe hacer hincapié en que el sexo puede ser algo más que el coito y que es importante el apoyo con masaje y masturbación. Una buena sugerencia es que la mujer ponga en su mano lubricante vaginal para frotar el pene y ayudar a mejorar la tumescencia y a la vez la lubricación vaginal durante la penetración. Por otro lado, si existe una imposibilidad para mantener el coito, la pareja necesita hablar abiertamente para que puedan darse prácticas de autoerotismo sin sentir vergüenza o culpa.

Las parejas a menudo tienen que adaptar sus técnicas sexuales y reorientar más tiempo en los juegos previos con el fin de preservar los niveles anteriores de la función sexual y el disfrute. La educación sobre la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y las prácticas de sexo seguro no deben ser descuidadas en la atención clínica para los adultos mayores. Muchos son sexualmente activos, pero pueden estar en riesgo debido a la falta de conocimiento.

Los tratamientos específicos para los trastornos de la función sexual en los adultos mayores no difieren significativamente de las mo-

dalidades utilizadas en los adultos más jóvenes; sin embargo, hay un número de consideraciones importantes para la pareja de más edad: si uno o ambos miembros de la pareja sufren de una enfermedad crónica o discapacidad; las prácticas sexuales pueden necesitar adaptarse a limitaciones físicas, fatiga, pérdida de fuerza muscular y el dolor. Se puede aconsejar el uso de analgésicos, estiramiento muscular, oxígeno, inhaladores antes de la actividad sexual. Las posiciones sexuales con la pareja acostado de lado a lado, la penetración desde la parte posterior, o el acomodo con almohadas pueden reducir al mínimo el esfuerzo físico o la tensión en ciertas partes del cuerpo. Lubricantes de venta libre deben utilizarse para contrarrestar las posibles molestias del tejido genital seco o atrofiado (Bitzer, Platano, Tschudin, & Alder, 2008).

¿Por qué las médicas y los médicos usualmente no realizan historias de la vida sexual de sus pacientes?

Los mitos presentes en la cosmovisión del médico pueden ser uno de los principales frenos para interesarse por este tema. Se considera que las vidas sexuales de las personas de la tercera edad son un asunto privado, y que a los adultos mayores el tema les resultará incómodo. Se da por sentado que presentan disfunción sexual y que especialmente las mujeres no están interesadas en mejorar su vida sexual (Santiso Sanz, 2011).

El derecho al placer sexual en esta etapa de la vida no es una preocupación. En su plan de trabajo está presente lograr que se cumplan los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, pero el derecho al placer sexual de los adultos mayores no se incluye en el plan. Si un adulto mayor presenta disfunción sexual, se espera que esa persona solicite apoyo clínico (Guadarrama, Zaragoza, Castillo, & González Pedraza Avilés, 2010).

Los médicos mantienen una fuerte carga biologista en su formación, sienten que su rol radica en controlar la patología crónica. Cura un proceso agudo, prescriben ejercicio, dieta saludable, buenos hábitos para el sueño, pero la esfera sexual no se incluye en su rutina de control incluso cuando está realizando un chequeo preventivo.

Una laguna importante de conocimiento del médico es la sexualidad en general y mucho más de las personas adultas mayores. No se conocen los cambios fisiológicos y las potencialidades que brinda la vejez para el placer sexual. Al parecer no se pregunta lo que no se conoce. Por esta razón es mandatorio profundizar en este tema.

¿Cómo puede el médico familiar promover la salud sexual de sus pacientes?

En primer lugar, aceptando su desconocimiento e interesándose por estudiar el tema; y, en segundo lugar, incluyendo en su guía anticipada el derecho al placer sexual de los adultos mayores. Para esto se requiere conocer la respuesta sexual masculina y femenina del adulto mayor y ser capaz de transformar ese conocimiento en consejos útiles para sus pacientes.

La guía debe incluir que las personas de alrededor de sesenta años pronto empezarán a presentar cambios fisiológicos que deben ser reconocidos como tal, y no asumir que la vida sexual terminó. Abrir la pregunta en los hombres y mujeres de esta edad, le permitirá conocer los miedos, ansiedades y angustias presentes; estas serán diferentes de acuerdo al nivel de educación, influencia religiosa, vida sexual previa, conflictos de pareja, hábitos como cigarrillo, alcohol, uso de marihuana, medicinas que toma para regular enfermedades crónicas, etc.

El médico puede ser muy efectivo reconociendo la influencia de los fármacos en la respuesta sexual y cambiando el medicamento por uno similar que produzca menos problemas en esta área, haciéndole saber al paciente que su respuesta cambió no porque envejeció, sino porque estaba tomando un medicamento que tenía ese efecto secundario.

Explicar al paciente los efectos que sobre la vida sexual tienen hábitos perniciosos como el tabaco, alcohol y marihuana, puede ayudarlos a tomar la decisión de seguir o dejar este hábito.

Los médicos que se animen a indagar sobre esta esfera de la vida se toparán con preguntas a veces muy sencillas que ocasionaban sufrimiento simplemente por ignorar la fisiología. La dificultad de lograr una tumescen-

cia del pene adecuada, por ejemplo, en la etapa adulta requiere una participación activa de la compañera o el compañero para mejorar la respuesta con estímulo táctil.

Otra gran ventaja de la vida sexual en la vejez es el control de la urgencia eyaculatoria propia del hombre joven. Este control permite al hombre adulto mayor mantener una relación sexual suficientemente prolongada para lograr una relación sexual satisfactoria para los dos.

Si bien es cierto que con la vejez disminuye la sensibilidad y existe una flacidez y pérdida del tejido graso, la confianza establecida con la pareja, la posibilidad de intimidad al contar con la casa solamente para los dos, permite que sea posible explorar otras formas no coitales de placer sexual.

También es importante recomendar ejercicios pélvicos para mejorar la tonicidad del piso pélvico tanto en hombres como en mujeres, al tener más tiempo pueden participar en grupos de personas adultas mayores que brinden gran estímulo social, y permitan retomar placeres pospuestos como el baile, que puede ser un estímulo importante para la pareja para lograr un buen acondicionamiento sexual.

Reconocer que el cambio de pH en la mujer lleva a mayor alcalinidad vaginal, lo que al sumarse con la disminución de estrógenos la predispone a sufrir infecciones; recomendaciones como el uso de óvulos de ácido láctico, y estrógenos vaginales sin duda mejorará estos problemas.

Los y las médicas deben salir de la hipótesis de que los adultos mayores tienen menos posibilidad de vida sexual o que no están interesados en el tema, para estudiar soluciones que sean apropiadas y adecuadas para cada persona, en busca de su derecho al placer sexual.

En su trabajo de promoción, es importante que los grupos de la tercera edad —conformados por diferentes instituciones— tengan el aporte de un o una médica que trabaje el tema de manera lúdica y grupal, valiéndose

de películas, documentales, canciones, que permitan a los adultos mayores expresar sus dudas, y a los médicos aprender cómo viven la vida sexual las personas con las que trabajan.



Sugerencias

Mirar la película *Irina Palm* del director Sam Garbarski. El argumento de esta película permitirá al lector desmitificar la masturbación en la mujer adulta mayor.

Conocer las fichas farmacológicas de cada uno de los medicamentos que prescribe a sus pacientes adultos mayores, haciendo énfasis en los efectos secundarios en la esfera sexual

Leer el artículo: *Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida*, que comparte un ejemplo de cómo podrían los médicos y médicas de familia realizar estudios sobre la vida sexual de las familias con las que trabajan para en el futuro contar con información más pertinente. *Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida*. Revista Mexicana de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010;15(2):72- escrita por RM Guadarrama, MCO Zaragoza. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=30177>

Referencias bibliográficas

- Ambler, D. R., Bieber, E. J., & Diamond, M. P. (2012). Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Reviews in obstetrics & gynecology*, 5(1). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19412797&AN=83431502&h=-fOGkyLiT%2BXU8KARUb4Y19J2sukN4P7%2FMmse9UjeYVriFcqxigTEZlwSkvTpN4gfRV5RabLRlyo-dDHJDBIks1SA%3D%3D&crl=c>
- Baldwin, D. S., & Foong, T. (2013). Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *The British Journal of Psychiatry*, 202(6), 396–397.
- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejó, A. L., & Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *The journal of sexual medicine*, 7(1pt2), 374–388.
- Basson, R., Wierman, M. E., Van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Reports: Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*, 7(1pt2), 314–326.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *The journal of sexual medicine*, 5(9), 2027–2043.
- Bourdieu, P., & Jordá, J. (2000). La dominación masculina. Anagrama Barcelona. Recuperado a partir de <http://www.redui.org/cii/sites/default/files/field/doc/Bondui%20Pierre%20%20la%20dominacion-masculina.pdf>
- Campanioni, Y. B. (2013). Estudios sobre sexualidad y género: su visualización en la revista *Sexología y Sociedad*. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(1). Recuperado a partir de <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/8/4>
- Córdoba, A. M. C., Aparicio, M. J. G., & Rueda, M. L. C. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(2), 73–81.
- Fernández-Balsells, M. M., Murad, M. H., Lane, M., Lampropoulos, J. F., Albuquerque, F., Mullan, R. J., ... others. (2010). Adverse effects of testosterone therapy in adult men: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(6), 2560–2575.
- Fuentes, N. I. G.-A. L., & Medina, J. L. V. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941–955.
- Gillespie, B. J. (2016). Correlates of Sex Frequency and Sexual Satisfaction among Partnered Older Adults. *Journal of sex & marital therapy*, (just-accepted), 0–0.
- Gorguet Pi, I. C. (2010). Comportamiento sexual humano. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Recuperado a partir de <http://tesis.repo.sld.cu/124>
- Guadarrama, R. M., Zaragoza, M. C. O., Castillo, Y. del C. M., y González Pedraza Avilés, A. (2010). Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 15(2), 72–79.
- Hermida, P. D., Tartaglini, M. F., Stefani, D. (2016). Actitudes y significados acerca de la jubilación: Un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. *Liberabit*, 22(1), 57–66.
- Herrera, P., & others. (2003). ¿Sexualidad en la vejez: mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150–162.
- Langue, F., & Pino Iturrieta, E. (1994). Las ansias de vivir y las normas del querer. Amores y mala vida en Venezuela colonial. Pino Iturrieta, Elías (coordinador). *Quimeras de amor, honor y pecado en el siglo XVIII venezolano*. Caracas: Planeta. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/profile/Frederique_Langue/publication/30435616_Las_ansias_del_vivir_y_las_normas_del_querer/links/55fe94eb08aeb1d9f77c8c2.pdf
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223–232.

- McParland, J., & Camic, P. M. (2016). Psychosocial factors and ageing in older lesbian, gay and bisexual people: a systematic review of the literature. *Journal of clinical nursing*. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13251/full>
- Mostafa, T., Mostafa, R. M., Hassan, M. M., Nasrallah, Y. S., Salman, W. S., & Taymour, M. (2015). Female sexual dysfunction among menopausal women. *Human Andrology*, 5(2), 23–27.
- Muliira, J. K., & Muliira, R. S. (2013). Sexual health for older women: Implications for nurses and other healthcare providers. *Sultan Qaboos University medical journal*, 13(4), 469.
- Pérez Martínez, V. T. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 0–0.
- Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291–300.
- Santiso Sanz, R. (2011). La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (12), 115–128.
- Setina, S. N. (s. f.). Amancebamiento y concubinato en la Colonia 1750-1800. Goliardos. *Revista estudiantil de Investigaciones Históricas*, (6). Recuperado a partir de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/gol/article/viewFile/47346/48549>
- Syme, M. L., Cohn, T. J., & Barnack-Tavlaris, J. (2016). A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults. *The Journal of Sex Research*, 1–12.
- Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link? *The journal of sexual medicine*, 9(3), 663–671.
- Thompson, W. K., Charo, L., Vahia, I. V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1503–1508.
- van Anders, S. M. (2012). Testosterone and sexual desire in healthy women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6), 1471–1484.



Capítulo siete: diversidad sexual

Ana Aulestia Paredes*

Patricio Aguirre Arauz*

* Ministerio de Salud Pública del Ecuador



“La diversidad de matices en salud”

Anoche llovió. En la mañana el sol brilla y los pájaros revolotean cantando, los colores son más vivos, cada flor por más pequeña que sea parece más alegre y bella, después de haberse lavado con la lluvia, las plantas logran un reflejo más intenso y es posible apreciar distintos tonos en el verde.

Verónica piensa en la palabra verde, es sinónimo de campo. Realmente no tenía idea de que existieran tantos matices del verde, van del casi transparente, a un verde pesado y oscuro y otros verdes que no sabe ni cómo nombrar ¿por qué no conozco más palabras que permitan nombrar todas las tonalidades del verde?, cavila.

Verónica reflexiona sobre los matices que tienen las cosas que nos suceden en la vida, donde la realidad no es blanca o negra, donde los colores conocidos describen solo una pequeña gama de los reflejos que nos da la luz. Es muy importante encontrar los matices al fondo de cada oportunidad, de cada aprendizaje que nos brinda la vida.

Cuando Verónica se dispone a salir de su consulta, llega doña Martha, secretaria de la Tenencia Política, paciente conocida por sus dolores persistentes de espalda. Trae sus ojos llenos de lágrimas y apretado contra el pecho un álbum de fotografía. En cuanto entra le dice a Verónica: mire doctora el mundo se me está cayendo encima. Entonces, casi sin que le pregunte nada ella empezó el relato.

Martha se casó a los cuarenta y dos años, no podía tener hijos con su esposo, así que decidieron adoptar. La vida les dio la oportunidad de convertirse en padres de una niña recién nacida, pesaba apenas 1500 gramos. Verónica mira las fotos de doña Martha la niña está cargada en un marsupial pegada a su pecho. Le dijo: fueron días, meses de cuidarla hasta que

creció y se convirtió en la alegría de la casa. Aunque era bastante tímida, le gustaba jugar fútbol, hace dos meses se graduó de bachiller y de pronto decidió dejar los estudios por otras cosas más importantes.

Entonces empezó el conflicto; los padres replicaron que a esa edad nada era más importante que prepararse. Ella respondió que no está conforme con ser María Belén, que se siente Raúl y quiere ser Raúl.

Por su cuenta había pedido apoyo en una organización de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales – GLBT. Había tomado varias decisiones, recibir su primera inyección de testosterona, cortarse el pelo, y comprar ropa de hombre con algunos ahorros que tenía. En la organización encontró la ayuda de un médico gay y de una abogada lesbiana, ellos le hicieron sentir que no estaba solo.

Dijo doña Martha: imagínese, éramos muy unidas. Yo salí al trabajo dejándole en la casa, pero ella o él vino tras de mí y se subió al bus. Se sentó y todos los que estaban alrededor se levantaron y empezaron a gritarle ¡vos no eres hombre, lo que pareces es maricón!, a mí me dijeron ¡eso pasa por dejar solas a las hijas! Mario, esposo de Martha, con todo esto llegó a su oficina tan angustiado que cayó en una crisis de llanto. Ella quiere que Verónica ayude a Mario, que ahora parece sentirse muy deprimido.

Verónica recuerda que ha atendido en varias ocasiones a María Belén, le parecía una chica un tanto extraña, porque era de pocas palabras y en verdad nunca logró conectarse con ella, piensa que, “un médico no ve lo que no conoce”. Tampoco sabe cómo abordar este caso. Se le ocurren unas primeras preguntas ¿cómo atender la salud de las personas de diversidad sexual?, ¿Qué hacer para respetar las diversidades sexuales? Reflexiona sobre cuántos gays, lesbianas habrá en la comunidad, y se cuestiona si ella no ha abierto un buen espacio de confianza. Ahora entiende la importancia de preguntar sobre la identidad sexual, cuando llena el formulario que reporta el trabajo diario.

Verónica cae en cuenta que no conoce los recursos profesionales, las organizaciones GLBT que existen en la comunidad y en el Distrito en el que trabaja, cree que debe empezar por saber con quién cuenta para apoyarse. Finalmente reflexiona que en este caso, tiene un rol como médica de familia, pero quiere aclararse cuál es su límite y cuál su responsabilidad.

Propuesta para resolver el caso

Verónica enfrenta con sorpresa un motivo de consulta inesperado. De manera explícita una madre líder del pueblo le enfrenta ante el caso de una persona trans que al no sentirse conforme con su cuerpo pidió ayuda a un equipo profesional de una organización (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Intersexual) LGBTI para cambiar de mujer a hombre. Verónica se confronta con la necesidad de entender que las personas LGBTI tienen necesidades de salud como todas las demás, consciente de que sus derechos se ven violentados en la atención por discriminación.

Verónica reflexiona acerca del abordaje de la diversidad sexual y la salud de las personas. Además de la heterosexual, ¿qué otras diversidades sexuales pueden encontrar en su comunidad? Debe plantearse qué hacer para respetar los derechos de las personas LGBTI que son parte de la diversidad sexual. Verónica se interesa en conocer qué instrumentos y mecanismos existe en el sistema de salud para incluir a la población LGBTI, cae en cuenta que el indicador del RDACAA⁵⁵ no está en el manual de atención. Entiende que debe trabajar sobre este tema.

El caso que narra este cuento no es lo común.

La mayoría de los jóvenes con identidades sexuales diversas, viven discriminación y permanecen ocultos, muchas veces por miedo a ser discriminados y otras por desconocer lo que pasa con su sexualidad. En múltiples ocasiones algunos de ellos llegan a la consulta con problemas aparentemente banales, quizás buscando la oportunidad para hablar con un profesional que le brinde confianza para preguntar sus inquietudes.

De hecho, Verónica conocía a María Belén, la había atendido en varias ocasiones, sin percatarse de nada.

55 REDACAA Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias, instrumento utilizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para Verónica, una de las preocupaciones más importantes es encontrar la forma para abordar la discriminación que viven sus pacientes, en diversos contextos –familiar, laboral, comunitario– determinar las acciones a emprender los aliados en su localidad para informarse, aprender, referir y apoyar este tipo de casos.

El caso confronta a Verónica —como médica de familia— en el ejercicio de la profesión orientada a los derechos, en este caso particular de las personas LGBTI. Como médica de familia que brinda salud integral, requiere identificar los problemas asociados a la diversidad sexual (por falta de información, prejuicio o estigma) y abordarlos integralmente para disminuir las brechas en la salud.

Es importante que Verónica pueda intervenir en la crisis y el discrimen que una persona con una sexualidad diversa debe enfrentar; y en su familia, que vivirá diferentes etapas que necesitan ser diagnosticadas e intervenidas en forma adecuada.

Para desarrollar este capítulo se analizan las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Cómo abordar la diversidad sexual en la salud de las personas?
- ¿Cómo abordar la discriminación que viven las personas LGBTI, en sus contextos familiar, laboral o comunitario?
- ¿Qué acciones puede emprender el médico de familia?
- ¿Qué hacer a nivel familiar y comunitario?
- ¿Cómo intervenir en esta crisis familiar?

Fundamentación teórica

¿Cómo abordar la diversidad sexual en la salud de las personas?

Verónica descubre que el matiz del color hace parte de la diversidad del mundo, en la cultura, en la etnia, en la lingüística, en la biología y... ¿por qué no en la sexualidad?

La diversidad sexual hace referencia a las distintas manifestaciones de la dimensión humana. La sexualidad de Raúl es un ejemplo de las diversas orientaciones sexuales y de las diversas identidades de género.

Lo cierto es que la diversidad sexual pone en el tapete la existencia de múltiples tipos de expresiones sexuales: heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, entre otras. Alfred Kinsey y sus colaboradores, en el informe producto de investigaciones realizado mediante 300 ítems que podían ampliarse a 521⁵⁶ (Saavedra, 2006) presenta como resultado una clasificación de las tendencias sexuales en los 7 grados de disposición sexual que van desde la absoluta heterosexualidad hasta la homosexualidad completa, pasando por cinco generaciones de bisexualidad. Según el estudio, en la bisexualidad se encuentra gran parte de la población. Refiere que el 60% de los hombres y el 33% de las mujeres han participado al menos en una práctica homosexual desde los 16 años de edad y que al menos un tercio de los hombres han alcanzado el orgasmo en prácticas homosexuales (Leonhardt, 2000).

Según la teoría *queer* las expresiones de la sexualidad no se ajustan a una descripción estrecha donde las personas deben ser encasilladas de acuerdo a los polos de normalidad versus patología, sino a la existencia de numerosas formas de sexualidad (Fonseca y Quintero, 2000) las cuales, por su diversidad, enriquecen la condición humana y superan los límites de las normas.

⁵⁶ La entrevista realizada a un hombre de 63 años, duró 17 horas. Fue la entrevista más larga hecha por Kinsey y su equipo.

Otra entrada para mirar la diversidad sexual sería aplicar el sustento del feminismo de la diferencia, que conllevaría a afirmar que las sexualidades han de construirse y valorarse desde la diferencia, rechazando el modelo de la normativa heterosexual en el que otras expresiones sexuales no se reconocen.

El principio de la diferencia rechaza la idea de una sexualidad universal, el modo de liberar la diferencia sexual de la sexualidad universal es que las otras expresiones sexuales se reconozcan como diferentes.

Verónica se pregunta, ¿cuál es la riqueza de los planteamientos de la diversidad sexual y de la diferencia?

Vivir la diversidad sexual remite al principio de la alteridad, que parte desde la perspectiva del yo para descubrir a la otra persona o, desde la perspectiva de nosotros para descubrir a los otros (ellos-ellas). La otra persona tiene costumbres, tradiciones, representaciones, deseos diferentes a las del yo, por eso forma parte de ellos-ellas y no de nosotros; la alteridad es una explicación de los vínculos entre yo y los otros (Ruiz-Delapresa, 2007)

La alteridad implica colocarse en el lugar del otro, alternando la perspectiva propia con la ajena. La alteridad viene a ser una buena muestra del interés por comprenderse: ¿qué pienso yo-nosotros?, ¿qué piensa el otro-otros, otras?, ¿qué siento yo?, ¿qué siente él o ella? Plantea el reconocimiento de mí mismo en mis aspiraciones, sueños, miedos, formas de pensar, actuar, intereses y necesidades para reconocer al otro-otra-otros-otras en sus aspiraciones, sueños, miedos, formas de pensar, actuar...

Esto significa que la alteridad representa una voluntad y necesidad de entendimiento que fomenta el diálogo, el conocimiento de la otra persona y propicia las relaciones de respeto. Cuando una persona heterosexual entabla una relación respetuosa con una persona transexual, la alteridad es indispensable para entender y aceptar las diferencias entre ambas personas. Al contrario, si se registra desinterés, abulia o discriminación para la otra persona, la relación será imposible.

El diálogo enriquecerá a ambas personas. Si no hay alteridad, el otro más fuerte —por el peso de la legitimidad de la normatividad histórica— dominará a la otra persona cuya fortaleza se encuentra en la necesidad de reconocerse y de decidir sobre sí misma.

A lo largo de la historia se ha construido un modelo sexual binario predominante, donde los otros (no heterosexuales) pueden revelarse como amenaza. Parafraseando a Jeffreys, se encontrará que toda una generación encontraría este material francamente embarazoso para el público heterosexual (Jeffreys 1996).

El otro no es peligroso por su condición, sino solo cuando la sociedad y la cultura lo normalizan.

La alteridad es sobre todo respeto, apertura, interpelación a un sistema que trata de ser impermeable. Desde esta perspectiva, el problema no se encuentra en las características del otro, sino en la tendencia que el modelo binario sexual tiene de obligar a los otros a responder a conductas y roles que considera normales. Esto responde a la tendencia de considerar cualquier comportamiento humano “inusual”, no bien conocido, o no bien entendido, como neurótico, psicópata, inmaduro, perverso, o la expresión de algún tipo de trastorno psicológico.

Parafraseando a Kosofsky, el pánico de los heterosexuales es ver la existencia de una minoría diferenciada y, por otro, de una minoría de latentes que implica cierta inseguridad sobre su propia masculinidad (Hernández y Fonseca, 2009).

Verónica, en su afán de entender un poquito más sobre el tema, busca en el internet información, investigaciones, estudios y se encuentra con la primera investigación sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Cumplimiento de Derechos Humanos de la población LGBTI⁵⁷ en Ecuador,

57 Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales (femeninos y masculinos), travestis, intersex:

Lesbianas: Término para reconocer a mujeres que aceptan de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otras mujeres.

Gays: Término para identificar a hombres que asumen de manera abierta su atracción física y sexual por otros hombres.

realizada desde noviembre del 2012 hasta enero del 2013 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos⁵⁸.

Los datos arrojan que el 36,1% de la población entrevistada participa de forma activa en algún grupo o movimiento, de estas personas, el 73,5% participa en grupos LGBTI, el 16,1% en grupos sociales y/o culturales, el 15,1% en deportivos. Entre las personas que afirman no participar en grupos, el 47% no lo hace debido a la falta de interés, mientras que el 12,4% manifiesta es por temor a que se enteren de su orientación sexual (INEM, 2013).

Verónica concluye que Raúl entró en la etapa de vencer el temor y, acercarse a una organización LGBTI y ser parte del porcentaje de personas que busca ayuda, participan, proponen, incorporan en sus proyectos de vida la participación como mecanismo de encuentro con el otro, de negociación y de reconocimiento a sí mismos.

El movimiento LGBTI en el Ecuador ha realizado varias acciones para la concreción de los derechos de poblaciones junto a organizaciones de la sociedad civil y de la academia, es así como en 1997 se logra la despenalización de la homosexualidad y, un año después, la Constitución amparó la no discriminación por orientación sexual. Este principio se reafirmó en la Carta Magna de 2008, en el artículo 11, numeral 2 que versó sobre la no discriminación por identidad de género. Desde el 2009, el Código Penal sanciona los delitos de odio por orientación o identidad sexual.

Bisexuales: Mujeres u hombres que sienten atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos.

Transgénero: persona que construye su género distinto al que se le asigna socialmente, en este sentido puede ser: Transgénero femenina y Transgénero masculino. Transgénero femenino es la persona que nace con una biología de hombre y que construye un género femenino, mientras que Transgénero masculino que nace con una biología de mujer y que construye un género masculino.

Transexuales: persona que realiza intervenciones en su cuerpo que la alejan de su biología original. Las personas transexuales pueden ser: mujeres transexuales quienes realizan intervenciones en su cuerpo para adaptarlo a la biología femenina y hombres transexuales que intervienen su cuerpo para lograr una estética corporal masculina. Los cambios incluyen en algunos casos administración de hormonas, extirpación de partes del cuerpo y en algunos casos una cirugía de reasignación genital.

Travestismo: es una preferencia humana que se caracteriza por el uso de vestimenta, lenguaje, manierismo, etc., que en una determinada sociedad se consideran propios del otro género. Una persona puede travestirse de forma permanente, frecuente o esporádica.

Heterosexualidad: Término para reconocer a hombres que sienten atracción física, emocional o sexual por las mujeres y a la inversa mujeres que sienten atracción física, emocional o sexual por los hombres. Fuente: (MSP, Manual LGBTI 2016).

58 Investigación realizada mediante estudios de 2.805 entrevistas realizadas a personas pertenecientes a la población de referencia.

Otros de los logros emblemáticos desde el 2013 hasta la actualidad: el reconocimiento de la unión de hecho homosexual en el Registro Civil; la inclusión de género opcional para el reconocimiento de la identidad de género de las personas transexuales en el 2016; la inclusión de variables de orientación sexual e identidad de género en el Registro Diario Automatizado; entre otros⁵⁹. Paralelamente se han creado organizaciones de asesoría legal, psicológica y de apoyo para poblaciones LGBTI.

Siguiendo con la investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, de la población LGBTI entrevistada, el 58% no está afiliada al seguro social, ni tiene acceso a otro tipo de seguro de salud; mientras que el 31% tiene afiliación y acceso al seguro. El 61,1% de los entrevistados accedió a salud a través de establecimientos públicos y un 37,9% en establecimientos privados.

La mayoría de las personas asisten a establecimientos de salud pública, ¿cómo se sienten los profesionales al atender a poblaciones sexualmente diversas?, ¿cómo se sienten frente a la percepción que la sociedad tiene de las diferentes formas de manifestar la sexualidad humana?, ¿cómo se sienten frente al trato de algunos profesionales?

Lo cierto es que la actitud y los comportamientos que las personas asumen está cruzada por el conocimiento o desconocimiento sobre las identidades de género y la orientación sexual; los resultados se relacionan más bien con el acercamiento y visión que cada persona tiene sobre la población LGBTI, antes que por su comprensión sobre el impacto o formas de expresión de las exclusiones, o de la falta de respeto a los derechos humanos.

La diversidad sexual y particularmente la orientación sexual no se elige —sea esta heterosexual, bisexual, homosexual, transexual o el tránsito entre ellas—, lo que pone en cuestionamiento si es o no un ejercicio de voluntad, o de las influencias después de nacer. Lo cierto es que lo zurdo, diestro o ambidiestro no es un ejercicio de voluntad. A través de ellas se expresa la humanidad, la dignidad, el amor, los derechos. Este es un núcleo central

59 Movimiento Alianza País. Logros de la población LBGT. Disponible en versión HTML en: <http://www.alianzapais.com.ec/2016/03/30/resultados-de-la-reunion-lgbt-con-presidente-rafael-correa-2/> Con acceso en enero del 2017.

para trabajar en salud: en la medida en que más personas asimilen esta información básica más se reduce el prejuicio.

Ojalá pronto todas las personas podamos ser más dignas, en lugar de gastar tanta energía y recursos en la lucha por sobrevivir a la discriminación.

¿Cómo abordar la discriminación que viven las personas LGBTI, en sus contextos familiar, laboral o comunitario?

La discriminación expresa un acto de violencia al desvalorar, criticar o desconocer su existencia, debido a que es diferente o aparece diferente. Según Goffman, indica que la discriminación refiere a negar una identidad específica con el propósito de descalificarla, asignarle la categoría de inválida o anormal. Esta situación sobre la persona discriminada se convierte en estigma, ya que no solo permite a los discriminadores identificar los atributos o cualidades que se usan para desvalorar a la persona (enfermo, si tiene alguna discapacidad, homosexual, ladrón, adicción a las drogas, etc.), sino que hace que esa persona se autoidentifique y crea que esas palabras, frases o cualidades descritas, en efecto son legítimas para discriminarla (Goffman, 2006).

El estigma afecta la salud mental y la vida de las personas, ya que al ser excluidas, rechazadas o desvalorizadas, generan situaciones de estrés que afectan su salud.

Según el estudio sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador, se registra que las personas LGBTI enfrentan los riesgos de la violencia homofóbica a todo nivel, incluso en el entorno familiar: 70,9% reportó que han vivido alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar; de los cuales el 72,1% reporta haber sufrido algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia (INEC, 2013).

El mismo estudio señala que esta población también sufre discriminación en espacios privados en un 50,5%, y en públicos en un 55,8%. Las cifras de exclusión en espacios privados alcanzan un 71,4%, y públicos en un

60,8%. La violencia en perjuicio de la población LGBTI en lugares privados es de 52,1%, y en públicos de un 65,6% (INEC, 2013).

Como resultado del estigma asociado a la no conformidad de género (es decir, las divergencias de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer), las personas trans se encuentran en riesgo de experimentar niveles altos y crónicos de estrés, asociados a tasas desproporcionadas de problemas mentales tales como depresión, ansiedad, tendencias y conductas suicidas (OPS, 2015).

Esta situación se agrava frente a las barreras en los servicios de salud, sea por desconocimiento o falta de información de los profesionales y servicios de salud; sea por la falta de acceso ante los costos que pueden implicar los procedimientos; o simplemente la ausencia de ellos (OPS, 2015).

En otros casos, las situaciones con la familia son más violentas, al punto de querer normalizar la vida de las personas LGBTI a través del internamiento en clínicas para tratamiento de la orientación sexual. Debe aclararse que la homosexualidad no es una patología, por tanto, no puede ser tratado; lo que requiere tratamiento o acompañamiento terapéutico es la situación de violencia o estrés a la que ha sido expuesta por su condición de identidad de género; o su rechazo a la orientación sexual que vive.

Raúl vive un contexto de discriminación, por su identidad sexual y de género. La decisión que tomó, lo llevó a enfrentar condiciones de exclusión, violencia psicológica y posiblemente física por parte de familia, amigos o vecinos, sin contar con la violencia y exclusión que enfrenta en otros espacios públicos: escuela, barrio, transporte, entre otros. Verónica revisa el caso y concluye que no solo enfrenta un tipo particular de discriminación con Raúl, sino que las cuestiones de género involucran también otro tipo de discriminaciones que ella hasta ahora le resultan evidentes y que posiblemente están afectando la vida de sus pacientes. Enseguida se pregunta, ¿qué aspectos debería tener en cuenta en la consulta a fin de acortar las barreras con los pacientes?

Una manera de reducir el estigma y las barreras en los servicios de salud es generar espacios de confianza con los pacientes LGBTI, a fin de asegurar un adecuado diagnóstico sobre la situación de sus pacientes e identificar las situaciones o contextos de discriminación o estigma que atraviesan.

Para lograrlo, los profesionales deben tener en cuenta que la confidencialidad es clave en la práctica sanitaria ya que no solo genera confianza con sus pacientes, sino que, al hacerlo, promueve una mejor comunicación y mayor acceso a información sobre su salud, sus dolencias, inquietudes, necesidades, vivencias, dudas o aspiraciones.

En este sentido, la confianza no solo es clave para lograr que los pacientes lleguen al servicio, sino que se encariñen con él, tengan confianza para preguntar y entregar información, y que estén seguros que la información se mantendrá confidencial entre ellos y el profesional que les atiende.

Por otra parte, lograr un buen diagnóstico requiere que los profesionales se familiaricen con los instrumentos, formatos y nomenclaturas de llenado de registro de atenciones e historias clínicas. Debido a que en el país existe poca o nula información sobre la situación de la morbilidad de las personas LGBTI, es útil el RDCAA para registrar las atenciones de salud. Este es un instrumento que requiere de cierta sensibilidad para su aplicación, pues al considerarse las sexualidades y la orientación sexual temas tabú o que propenden a situaciones de exclusión y rechazo, los profesionales deben encontrar el mecanismo para hablar de las variables de orientación sexual e identidad de género como algo necesario para la salud, deberán usar lenguaje sencillo, directo y claro que permita a sus pacientes entender las preguntas que se hacen sobre si las personas son sexualmente activas, mantienen relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos, así como si las personas se sienten o tienen interés por algún género en particular o si se consideran transmasculinas, transfemeninas. No debe asumir la identidad de género de la persona que lo consulta, independientemente de su apariencia física, se recomienda preguntar primero cómo le gustaría ser llamado. En estos espacios es indispensable que los profesionales se informen previamente sobre las situaciones o patologías recurrentes asociadas a cada una de las identidades LGBTI. Por ejemplo: respetar, asesorar sobre prevención de cáncer a mujeres lesbianas; la necesidad de diagnóstico e interconsulta con endocrinología a personas

intersex y transgénero; la identificación de factores de riesgo asociados por la violencia en cualquiera de ellas; entre otras.

¿Qué acciones puede emprender el médico de familia?

Es importante revisar la situación de discriminación asociada a la violencia y exclusión que vive Raúl. Verónica enfrenta la situación en múltiples dimensiones: individual, familiar y en la comunidad. Ella entiende que el problema de la discriminación es multicausal y que implica varios ámbitos de la vida de Raúl: su entorno directo (casa, colegio, trabajo, intereses personales, organizaciones con las que se vincula) y su comunidad (vecinos, colegas, familiares, medios de transporte, entre otros); en ambas, Verónica intenta identificar sobre los causantes de la violencia y los agentes de cambio. Se percata que, pese a haber recibido varias veces a Raúl en su consulta antes de su cambio de género, ella nunca notó los intereses que luego manifestó. ¿Qué faltó hacer o qué aspectos de la comunicación con sus pacientes debió implementar para saber las situaciones o determinantes que influyen en su salud? A partir de allí, empieza a buscar información:

Las recomendaciones de OPS señalan que las personas LGBTI y particularmente personas trans, pueden desarrollar depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental —incluido el suicidio— debido al estigma y discriminación; y recomienda que el apoyo familiar es clave en las pacientes para enfrentar estas situaciones y reducir el impacto sobre su salud mental (OPS, 2015).

La OPS alerta respecto a que no siempre la familia está dispuesta a aceptar las condiciones de cambio de género y la orientación sexual de hijos o hijas. “...se ha demostrado que las personas trans experimentan los niveles más bajos de apoyo de la familia y sus pares en comparación con otros segmentos de la población LGBTI” (Bockting et al., 2005). Por lo tanto, una evaluación de salud mental es crucial, con especial énfasis en cómo la persona trans ha enfrentado el estigma social vinculado a la no conformidad de género. La ansiedad y la depresión deben distinguirse de otras situaciones de salud mental; la angustia que la persona trans puede estar manifestando asociada a un conflicto entre su sexo asignado al nacer

y su identidad de género, puede incluir conflictos físicos o referentes a su papel (OPS, 2015).

Además, se necesita considerar otros aspectos de la salud integral, como la alimentación, actividad física, salud sexual, ocupación, actividades de recreación y otros que pueden estar exponiendo problemas colaterales en la salud, provocados por la discriminación y el estigma. La OPS recomienda que “Es esencial que los proveedores de salud estén atentos a las manifestaciones de la ideación suicida. La Asociación Americana de Suicidología proporciona una lista de señales a las que el proveedor debe prestar atención para evaluar el riesgo de suicidio: ideación, uso de sustancias, falta de objetivos, ansiedad, desesperanza, aislamiento, ira, imprudencia y cambios en el estado de ánimo. Los signos de riesgo agudo de suicidio incluyen: hablar sobre o amenazar con quitarse la vida, buscar formas de cometer el acto (por ejemplo, comprar pastillas, una pistola, veneno), y hablar o escribir sobre la muerte o sobre quitarse la vida. En presencia de estos signos, los usuarios deben ser inmediatamente referidos a un servicio de salud mental (OPS, 2015).

Se recomienda prestar particular atención a los síntomas depresivos —debido a la recurrencia en este tipo de casos— y que al igual que con todos los pacientes de atención primaria, descartar enfermedades psiquiátricas. En este sentido, se recomienda que los profesionales de salud pregunten “...sobre estados de ánimo depresivos persistentes, incapacidad de experimentar placer (anhedonia), e ideación suicida, y tratar o derivar a las personas con depresión clínica. Las personas trans pueden haber sufrido acoso o trauma físico. En los pacientes que han experimentado trauma se debe investigar sobre síntomas del trastorno de estrés post-traumático, así como otros trastornos de ansiedad. El consumo de sustancias puede ocurrir como una forma de evitar hacer frente a las situaciones o ambientes estresantes. La referencia para el tratamiento psiquiátrico debe hacerse hacia proveedores de salud mental que comprendan bien las cuestiones trans” (OPS 2015).

Verónica evalúa su caso: al menos a partir de la explicación de la madre de Raúl, no parece mostrarse alguna descompensación en su salud mental. En cualquier caso, va a motivar un acercamiento con el paciente para descartar cualquier signo depresivo u otro según las recomendaciones de OPS.

¿Qué hacer a nivel familiar y comunitario?

Verónica sabe que la multidimensionalidad y multiplicidad de actores que rodean la vida de Raúl complejiza el problema del abordaje de la violencia y discriminación generado. Se da cuenta que no está sola en este proceso y que Raúl tiene el apoyo de la organización LGBTI que le ayudó a realizar su transición de género. Empieza a organizar un mapa sobre los factores de salud que rodean a la vida y entorno de Raúl, delimita aspectos o actores que generan violencia versus los actores y aliados de la comunidad que pueden ayudar a contrarrestar el estigma; identifican organizaciones, líderes comunitarios, autoridades locales, clubes deportivos, juveniles, mujeres, vecinos de confianza, entre otros. Se distingue los agentes de cambio o protectores de salud de aquellos que no los son. Para el caso es importante contar con aliados sensibilizados, interesados o con afinidad para colaborar en atender el problema de discriminación en la comunidad, y en sus efectos en la salud de las personas.

Debe plantearse un plan de acción que motive a los aliados a generar estrategias de colaboración e incidencia en la localidad, para sensibilizar a la población sobre la convivencia y el respeto de los derechos LGBTI, la libertad y la autonomía de las personas para la convivencia en vecindad.

¿Cómo intervenir en esta crisis familiar?

A breves rasgos, el término comunidad se refiere a un conjunto, asociación o grupo de individuos que comparten elementos, intereses, propiedades y/o objetivos en común. En ese compartir, los individuos elaboran y socializan una identidad común que refuerza su visión del mundo, valores, creencias, entre otros elementos.

La comunidad tiene un alto potencial para la transmisión de valores y conocimientos, aspectos clave en la formación de las personas. Si el objetivo es construir espacios saludables a partir de buenas prácticas, se hace necesario priorizar la apertura a la diversidad.

Para ello es indispensable que las personas que prestan servicios en salud:

- Revise su propia postura sobre la sexualidad, su manera de pensar como prestadores de servicios. Esto implica necesariamente hacer cambios en las concepciones y percepciones y, por lo mismo, en la búsqueda de información para comprender el tema y evaluar la sexualidad más allá de la genitalidad de cara a la diversidad sexual.

- Construya un mensaje fuera del punto de vista anatómico-fisiológico o desde la perspectiva del riesgo, pues desde ahí se restringen las referencias de las dimensiones del gusto, deseo, placer y erotismo; y se limitan expresiones afectivas; particularmente aquellas no heterosexuales, visibilizando otras que integran la diversidad sexual.

- Relea las manifestaciones culturales de la comunidad, analizando los mensajes de cuentos, leyendas, canciones, medios de comunicación, en los que se evidencian mensajes discriminativos. El objetivo es el generar conciencia en la comunidad sobre temas de convivencia, respeto a los derechos humanos y a la libertad de vivir las diferencias. Todo esto es un pilar importante para lograr la justicia y el respeto por la dignidad de las personas.
- Brinde información clara y libre de prejuicios, que sirva para lograr los acuerdos relacionados con justicia, equidad y respeto a la diversidad. En cada oportunidad fortalecer el sentido del respeto a las diferencias, y la utilidad que esta actitud conlleva a la mejor convivencia.



Recursos de apoyo

En los últimos años, la preocupación sobre las sexualidades ha fomentado la producción de documentos y herramientas para el abordaje multidisciplinario de la diversidad sexual en la salud. A continuación, se plantea la revisión de algunos recursos para profundizar el tema tratado en este capítulo y que podrían utilizarse como instrumentos de sensibilización, capacitación y atención en los servicios de salud.

Textos

Sapos y culebras y cuentos feministas (los niños de preescolar y el género). Brownyn Davies. De la colección Feminismos. Ediciones Cátedra – Madrid. El texto trata la manera en que se configura el género en nuestra sociedad, los mecanismos para que las personas desde sus primeros años aprenden las formas masculinas y femeninas ya establecidas. Bronwyn Davies entrega detalles sobre el mundo sexual de la infancia.

La construcción del sexo (Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud), Thomas Laqueur. De la colección Feminismos. Ediciones Cátedra – Madrid. La obra pretende ejemplificar desde la historia de la ciencia cómo los roles y atribuciones dadas históricamente a las personas a propósito de su sexo construyen conceptos, percepciones y prácticas de la sexualidad y cómo esas concepciones legitiman y recrean relaciones desiguales de poder.

El poder de amor (¿le importa el sexo a la democracia?), Anna Jónasdóttir. 1993, Ediciones Cátedra, Madrid. El libro aporta valiosos aportes sobre la concepción de la democracia en las miradas masculinas y en el enfoque feminista incluyendo el amor como práctica sociosexual y como poder organizado.

La confidencialidad. Un derecho en la atención de salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en versión PDF en http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/Confidencialidad_Un_derecho_en_la_atencion_de_salud.pdf

Es una herramienta educomunicacional dirigida principalmente a

profesionales de la salud con el propósito de orientar sobre las normativas acuñadas por el Ministerio de Salud Pública para garantizar el cumplimiento del derecho a la confidencialidad desde una perspectiva sanitaria.

Películas

XXY, producción argentina de 2007, escrita y dirigida por Lucía Puenzo. Trata la historia de una persona intersexual de 15 años que junto a su familia buscan alternativas para evitar la discriminación.

Secreto detrás de la montaña (Brokeback Mountain en nombre original en inglés) es una película estadounidense dirigida por Ang Lee, sobre la construcción de relaciones afectuosas entre hombres y la discriminación.

La piel que habito. Dirigida por el director español Pedro Almodóvar, expone el desastre que implica el vivir una identidad de género impuesta y devela el poder médico frente a la vida de las personas.

¿Cuál es la diferencia?, este video muestra que al carecer de un enfoque de diversidad de género puede conllevar a diagnósticos erróneos de salud, lo que puede afectar a la salud de las personas LGBTI. Iniciativa “Centros Libres de Homofobia”, del Ministerio de Salud Pública y el Colectivo Ovejas Negras de Uruguay. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>

Cursos virtuales de capacitación

Servicios de salud y atención a poblaciones LGBTI en el Sistema Nacional de Salud.

Derechos Humanos y Salud: derechos del paciente, principales instrumentos internacionales de derechos humanos y claves para el abordaje de usuarios en servicios de salud con enfoque de derechos. Disponibles en: <http://capacitacion.msp.gob.ec>

Atención Integral de Salud sobre la Violencia de Género. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Derechos_Humanos/

Referencias bibliográficas

Fonseca, H. y Quintero, S (2009), Epistemología del Armario, en la Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas, Revista Sociológica, Recuperado de <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/6903.pdf>

Goffma, Irwin. (2006). Estigma La identidad deteriorada. Amarrortu. Buenos Aires.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013), Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la Población LGBTI en Ecuador, Recuperado en http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf

Jeffreys, Sh. (1996). La herejía lesbiana: Una perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana. Madrid, Ediciones Cátedra.

Leonhardt, D. (2000). El Informe Kinsey. The New York Times, Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Informe_Kinsey

Ministerio de Salud Pública (2016), Atención en salud a personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI), Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión-MSP, Quito. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de http://www.paho.org/arg%20%20/index.php?option=com_content&view=article&id=1207:nueva-publicacion-ops-advierte-sobre-marginacion-que-afrontan-personas-trans&catid=736:-prevencion-y-control-de-enfermedades-transmisibles&Itemid=268

Quesada, T. (2011). Aproximación al concepto de alteridad en Levinas. Propedéutica de una nueva ética como filosofía primera. Investigaciones Fenomenológicas vol. Monográfico 3. Recuperado de http://www2.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.03/pdf/25_QUESADA.pdf

Ruiz-Delapresa, J. (2007). Alteridad, un recorrido filosófico. Publicaciones ITESO, Recuperado de <http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/136/Alteridad.pdf?sequence=2>

Saavedra, C. (2006), El Informe Kinsey, Revista Índice, Recuperado de <http://www.revistaindice.com/numero15/p20.pdf>



Capítulo ocho: toma de decisiones en pruebas diagnósticas

Xavier Maldonado*

Patricia Granja**

* Universidad Central del Ecuador

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, PhD candidato

** Pontificia Universidad Católica del Ecuador



La incertidumbre de Verónica...

Gladis es una mujer de cuarenta y nueve años, se sonroja cuando le dicen que no parece abuela, ella dice que se debe a su buen ánimo y a que siempre está activa. No pudo estudiar porque se casó muy joven y desde que enviudó se enfocó en trabajar para salir adelante con su hija. Siempre se reprocha no haberle dedicado más tiempo, se sentía sola en el mundo y con una gran responsabilidad. Limpiaba una casa, pero desde que su hija consiguió trabajo en una florícola no pudo trabajar más por cuidar a su nieto. Mateito, como le dicen de cariño, es su adoración, llegó a poner alegría en su hogar y a terminar con esa monotonía que las estaba consumiendo, cumplirá ocho años el mes que viene.

Aracely, su hija, tampoco terminó sus estudios. Ella siempre creyó que la forma más fácil de salir adelante en la vida era casarse; cuando su esposo la abandonó por el embarazo y tuvo que regresar a su casa, se prometió que haría lo imposible para que su hijo estudie y sea un hombre de bien.

Hoy Mateito ingresa por emergencia del centro de atención de primer nivel, Gladis lo llevó, lo regresaron de la escuela indicando que tenía una leve fiebre, decaimiento y dolor de estómago. Lo recibe Verónica, quien luego de examinarlo, ha pedido unos exámenes y conversa con Gladis para explicarle la probable situación en la que se encuentra.

Gladis cree que su nieto está en buenas manos, la doctora le inspira confianza, recuerda que la conoció hace unos meses cuando la visitó para elaborar la ficha familiar. Hicieron “buena liga” como se dice y por eso le llevó a conocer su jardín que es su otro orgullo, lleno de flores y plantas me-

dicinales. Aprovechó para invitarle a almorzar y le regaló unas frutas para que comparta con su familia.

Gladis aprovecha que está ahí y pide que le hagan un examen general de control. Se siente sana, pero quiere detectar a tiempo cualquier problema de salud. No desea enfermarse, tiene a cargo el cuidado de su nieto y esa es la forma de apoyar a su hija. Hizo su última mamografía cuando cumplió cuarenta y cinco años, pero por cuestiones económicas no ha podido hacérsela cada 2 años como le recomendaron. Esta situación la tiene inquieta, ella ha visto cada vez más programas en la televisión que recomiendan hacerse exámenes de control, sobre todo ese, la mamografía.

Verónica se encuentra en un dilema, el cuadro de Mateo no le parece muy claro, pero no quiere arriesgarse a derivarlo a otro centro de mayor complejidad sin un diagnóstico definitivo. Siempre le dijeron que un buen médico es el que llega al diagnóstico exacto sin muchos exámenes, pero ella se siente insegura, le aterra la idea de equivocarse, de que le pase algo al niño y hasta que le pongan una demanda por mala práctica. No puede negar que pese a su experiencia y conocimientos muchas veces se siente rodeada de incertidumbre.

Por otra parte, cree que no es necesario hacerle exámenes a Gladis, pero recuerda que también le dijeron en la universidad que en medicina es preferible “hacer de más” y que sería un poco irresponsable de su parte no hacerle los chequeos a tiempo. Aprovechando la confianza que se tienen y en un espacio de tiempo en su descanso, conversa con Gladis sobre Mateo, sobre Aracely, sobre ella misma; le explica el cuadro y sus dudas y le invita a ser parte de la decisión...

Propuesta para resolver el caso

Esta historia nos presenta una serie de elementos que se correlacionan. Empieza la narración con Gladis, una mujer de cuarenta y nueve años, aparentemente sin patología previa y con una vida tranquila hasta que sufre un quiebre al enviudar. Este hecho la lleva a trabajar de forma intensa, primero de forma remunerada y, desde hace un par de años, en casa cuidando a su nieto Mateo. Está preocupada por su salud, quiere hacerse todo tipo de control para estar bien y seguir apoyando a su hija, que no ha podido ni estudiar ni encontrar un trabajo estable.

Verónica, joven médica de familia, atiende a Mateo en una consulta de emergencia al presentar un cuadro sospechoso de abdomen agudo. Su ejercicio médico está lleno de inquietudes que le generan miedos: a equivocarse, a ser cuestionada por sus colegas, a ser enjuiciada por cometer errores. Ella tiene una hija pequeña y cuando atiende niños, inevitablemente, piensa en ella. Verónica comparte con Aracely el ser madre soltera y el trabajar mientras sus madres las apoyan con la crianza de sus hijos.

Verónica ha visto a sus colegas resolver la incertidumbre de forma sencilla. No le gusta hacerse un conflicto mental por decisiones que ella considera simples, como solicitar exámenes de apoyo diagnóstico, o menos aún, de control; quisiera resolverlo de modo rápido, pero aún no se siente preparada. Le molesta que los pacientes sugieran cosas que han escuchado en medios o en su entorno social; también es consciente que la gente es así y que su rol como médico familiar es, en esos momentos, escuchar y enseñar.

Este capítulo busca explicar los mecanismos de toma de decisiones para solicitar pruebas de apoyo diagnóstico. Se analizará también el hecho de solicitarlas en contextos de chequeos de rutina, que es un tema poco explorado. Hablaremos del poder de las pruebas, en la *fuerza del argumento* y la definición de *umbrales de decisión* y cómo estos elementos deberían primar en el momento de tomar una decisión.

Para profundizar en este análisis usaremos preguntas generadoras que se irán resolviendo a lo largo del capítulo:

- ¿Qué es el *umbral de decisión* y cuáles son los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones?
- ¿Qué es un *argumento* y de qué depende su poder?
- ¿En el proceso de toma de decisiones, influye en algo la probabilidad *pre-test*?
- ¿Existen otros procesos mentales que se utilicen en el proceso de toma de decisiones?
- ¿Qué tan importantes son los exámenes de rutina?

Fundamentación teórica

Introducción

Entre la incertidumbre y la certeza

Como médicos queremos lo mejor para los pacientes, para alcanzarlo generalmente partimos de la premisa de que debemos tener certeza en nuestros diagnósticos y realizar todo lo posible para detectar oportunamente las enfermedades.

Durante los largos años de nuestra formación médica, general y de especialización, acumulamos muchísima información y conocimientos que sin duda son fundamentales en nuestro ejercicio cotidiano; sin embargo la práctica médica implica mucho más que solo un acervo de conocimientos: nos enfrenta a situaciones complejas como confirmar o descartar una hipótesis, iniciar un tratamiento, solicitar un examen de apoyo, comunicar una mala noticia, tomar medidas profilácticas, entre otras (Van den Ende, Moreira, & Bisoffi, 2008).

Para sustentar nuestras acciones nos basamos en signos y síntomas, detalles de la historia clínica, exámenes o pruebas de diagnóstico, entre otras; y echamos mano a nuestra experiencia y conocimientos previos. Nuestras “decisiones están cargadas de elementos subjetivos que, si no se controlan adecuadamente, pueden constituir un sesgo que altera los resultados esperados” (Moreira & Van den Ende, 2007).

Intuitivamente creemos que debemos llegar a un diagnóstico con una certeza casi absoluta y para ello, en más de una ocasión, entramos en un espiral de solicitudes de pruebas de laboratorio o de imagen, sin parar a reflexionar si son necesarias. ¿Cuál es el umbral a partir del que nos planteamos actuar o seguir investigando?

En estos escenarios, parece que hemos olvidado que una característica inherente a la atención en salud es la incertidumbre, pese a todos nuestros esfuerzos, nunca o casi nunca estaremos 100% seguros de un diagnóstico o podremos predecir con exactitud la efectividad de una determinada intervención, ya que existen factores que no podemos controlar en la vida real.

Para incrementar esta certeza y disminuir la variabilidad de la práctica, nos apoyamos en flujos, protocolos, guías etc., teóricamente basadas en evidencia; estas a su vez se basan en modelos matemáticos y estadísticos que —en el caso puntual de las pruebas diagnósticas— se expresan en sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), curvas de Característica Operativa del Receptor (ROC)⁶⁰ y otros términos no siempre amigables para los médicos.

Otras motivaciones para seguir solicitando más pruebas de apoyo son “documentar el caso” para publicarlo y “cubrirse las espaldas” frente a posibles demandas. Cuando en el momento de tomar una decisión se piensa en reclamos judiciales antes que en el beneficio del paciente, hablamos de *medicina defensiva*⁶¹. Es un tipo de práctica cada vez es más frecuente y que está produciendo un daño severo al ejercicio sanitario.

60 Acrónimo de *Receiver Operating Characteristic*, o *Característica Operativa del Receptor*, es una representación gráfica de la sensibilidad frente a la especificidad.

61 *Medicina defensiva*: modo de ejercer la medicina que intenta evitar denuncias por mala práctica médica. Consigue este objetivo realizando un número excesivo de pruebas diagnósticas para descartar incluso situaciones insólitas (cuando ya está razonablemente claro otro diagnóstico) y asegurando que el enfermo consigna por escrito su consentimiento a todas las pruebas o tratamientos que se le realizan. Tiene como inconvenientes muy serios el aumento desorbitado del costo de la medicina (v.) y la pérdida de la confianza mutua entre médico y paciente. Fuente: *Relación médico-enfermo*. Diccionario médico Clínica Universitaria de Navarra. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-defensiva>

¿Qué es el *umbral de decisión* y cuáles son los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones?

Ya hemos abordado el hecho de que el conocimiento adquirido durante nuestra formación no siempre garantiza decisiones pertinentes en relación al estado de salud de las personas a las que atendemos (entendido como un bienestar integral⁶²). ¿Cómo podemos entonces actuar a partir del conocimiento e información que tenemos de los pacientes?

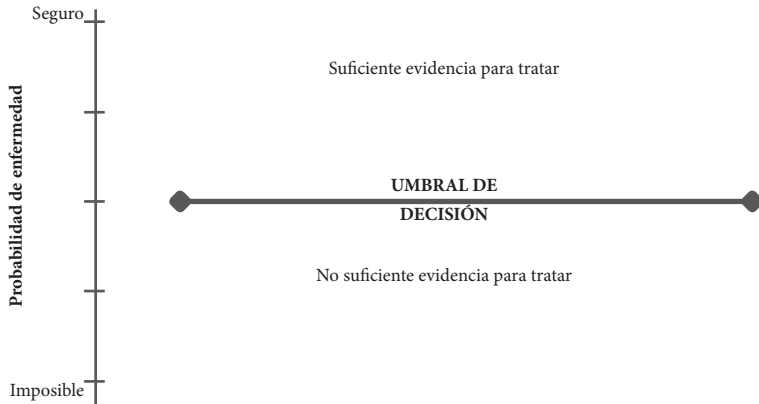
Un elemento que facilita la decisión es la ubicación del umbral de acción para la enfermedad que sospechamos. Entendemos el umbral como “el punto de equilibrio entre los efectos nefastos de una enfermedad no tratada (*falsos negativos*), por un lado, y los efectos secundarios del tratamiento en las personas que no tienen la enfermedad en cuestión (*falsos positivos*)” (Van den Ende et al., 2008).

Cuanto más grave es una enfermedad, más urgidos estaremos de actuar; de igual manera si nos enfrentamos a una enfermedad altamente contagiosa, no tendremos mucho tiempo para decidir y hemos de dar un paso. Pensaremos dos veces antes de instaurar una acción/intervención costosa o con altas probabilidades de reacciones adversas ante enfermedades incurables, como por ejemplo quimioterapia paliativa.

La probabilidad de que una persona presente una determinada patología, varía en una escala que va de una cifra muy cercana al 0% hasta una muy cercana al 100%. Mientras más bajo situemos el umbral tendremos más oportunidades de tratar, de forma innecesaria, a personas que no tienen la enfermedad, llamados *falsos positivos*; al contrario, al ubicar el umbral más “arriba” corremos el riesgo de dejar sin tratamiento a personas que sí tenían la enfermedad, los llamados *falsos negativos* (Pauker & Kassirer, 1980). Sobre esta dinámica que intenta equilibrar el riesgo de tratar contra el de no tratar, se fundamenta el proceso de toma de decisiones.

62 “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Fuente: Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Ilustración 3: Umbral de decisión



Fuente: Tomado de: ¿Cómo tomar decisiones en medicina clínica? Nociones de análisis de decisiones aplicadas a ejemplos en Latinoamérica Van den Ende, J., Moreira, J., & Bisoffi, Z. (2008). Con autorización de los autores.

Los factores que determinan el umbral de decisión, son objetivos y subjetivos. Los *factores objetivos* son la enfermedad (gravedad, transmisibilidad, consecuencias sobre el ambiente⁶³) y el tratamiento (eficacia, reacciones adversas, costo.) Los *factores subjetivos* dependen del contexto en el que se trabaja y de quién toma la decisión y para quién (contexto social y económico, repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad, expectativa del paciente, carga moral⁶⁴) (Van den Ende et al., 2008).

Tomando en cuenta estos factores, ubicaremos el umbral más arriba (cercano al 100%) o más abajo (cercano al 0%), por ejemplo: el umbral de una enfermedad grave, cuyo tratamiento sea costoso y/o que tenga grandes probabilidades de presentar reacciones adversas (como una enfermedad rara del colágeno) será bastante cercano al 100%. Esto quiere decir que requeriremos una mayor certeza del diagnóstico para comunicarlo al paciente; se aplica de igual forma para instaurar un tratamiento invasivo, riesgoso, o de alto impacto financiero, etc. No queremos someter a pacientes que no

63 Como puede ser el caso de una epidemia en la que debemos parar la propagación.

64 Entendida como el miedo del médico a cometer errores.

tengan esta patología (*falsos positivos*) a un tratamiento innecesario, pero tampoco debemos dejar sin tratamiento a quienes lo necesitan (por ejemplo, una enfermedad grave que sí tiene tratamiento, como una meningitis).

Cuando enfrentamos una enfermedad para la cual hay un tratamiento altamente eficaz, disponible y seguro, o cuando el impacto sobre el ambiente (como en el caso de una epidemia), sea importante, ubicaremos nuestro umbral más bajo. En estos casos, el riesgo de tratar falsos positivos es menor que dejar sin tratamiento a quienes lo necesitan. Este es el dilema más frecuente e importante que encontramos: el equilibrio entre el riesgo de tratar y el de no tratar.

¿Cómo aporta esta teoría en la decisión que debe tomar Verónica frente al caso de Mateo? Partimos de que Verónica, contrario a todo lo aprendido durante la universidad y rotaciones hospitalarias, no requiere una certeza del 100% para actuar (en este caso comunicar un diagnóstico y referir) ante una apendicitis —es su sospecha diagnóstica— una enfermedad grave que puede tener complicaciones de no realizarse una intervención oportuna. Su tratamiento (quirúrgico) es efectivo, se encuentra disponible con cierta facilidad, puede ser relativamente costoso y, como todo procedimiento quirúrgico, lleva un riesgo inherente.

Al colocar en una balanza el riesgo de realizar un tratamiento innecesario (apendicectomía blanca) contra el riesgo de no tratar una posible apendicitis (peritonitis, sepsis), entendemos que el umbral para iniciar un tratamiento debería ser relativamente bajo⁶⁵: el riesgo de que Mateo sufra una complicación grave como la peritonitis supera los otros riesgos.

65 La mayoría de cirujanos aceptan un umbral de decisión de alrededor del 30% (Van den Ende et al., 2008). Con los datos clínicos que se tiene de Mateo, más los exámenes básicos de laboratorio, nos ubicamos muy cerca del 90%, es decir: no siempre la certeza requerida será igual a la alcanzada, generalmente esta última es mayor.

¿Qué es un argumento y de qué depende su poder?

En la teoría de toma de decisiones, se llaman argumentos a todos los elementos útiles para un diagnóstico (Van den Ende et al., 2008):

- Información de la anamnesis: edad, sexo, antecedentes relevantes;
- Signos y síntomas;
- Resultados de pruebas diagnósticas (laboratorio e imágenes).

Cada argumento tiene un *poder* propio, una fuerza o valor relativo que permite avanzar o retroceder en la certeza, para alcanzar un umbral de decisión. Dependiendo de su poder, para excluir o confirmar un diagnóstico podemos clasificar a los argumentos en: débiles, buenos, fuertes y muy fuertes.

El *poder de confirmación* es el “poder intrínseco que un argumento tiene para confirmar una sospecha.” El *poder de exclusión* es el “poder intrínseco que un argumento tiene para excluir una sospecha.”⁶⁶ (Van den Ende et al., 2008)

Para entender esto de forma sencilla vamos a regresar al cuadro que presenta Mateo y analizar los tres argumentos más importantes que se describen: febrícula, defensa abdominal y sensibilidad a la palpación abdominal (rebote abdominal.)

La fiebre es un síntoma que está presente en muchísimas enfermedades, el solo hecho de presentarla, no aporta en casi nada al diagnóstico, tiene, por tanto, un poder de confirmación débil. De la misma forma, su ausencia no es suficiente para excluir el diagnóstico, tiene, por tanto, un poder de exclusión también débil.

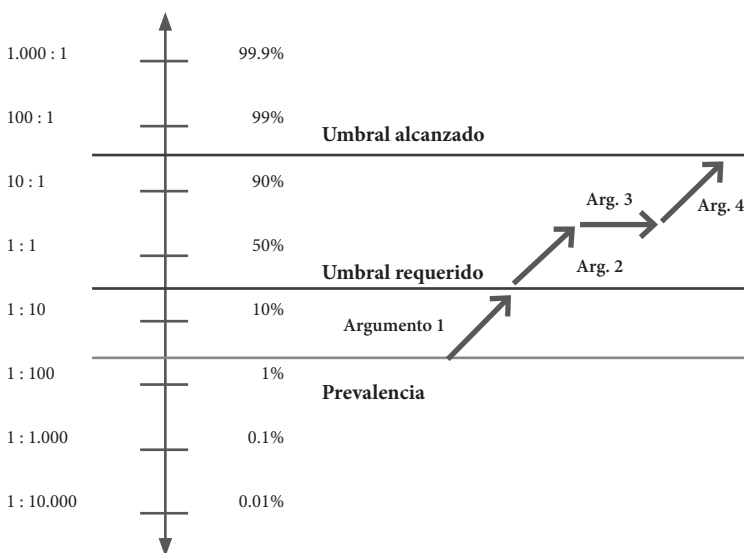
La defensa abdominal, en caso de encontrarse, nos da una idea clara de un proceso inflamatorio en esa localización, su poder de confirmación es alto. Pero si no estuviese presente, de ningún modo podríamos excluir el diagnóstico, tiene por tanto un poder de exclusión débil.

66 Matemáticamente el *poder de confirmación* es la razón entre los verdaderos positivos y los falsos positivos en una muestra de pacientes; y el *poder de exclusión* es la razón entre los verdaderos negativos y los falsos negativos en una muestra de pacientes. (Van den Ende et al., 2008)

La sensibilidad a la palpación abdominal (rebote abdominal) nos da cuenta de irritación peritoneal, si bien su presencia es importante, lo que más nos interesa ver es su ausencia. La ausencia de este argumento nos ayuda a descartar nuestra hipótesis, tiene por tanto un poder de exclusión fuerte.

Si partimos de un nivel de prevalencia establecido (edad, etc.) y colocásemos los argumentos que tenemos juntos, habríamos sobrepasado con mucha ventaja el umbral requerido. Solicitar una biometría hemática, elemental y microscópico de orina o un eco abdominal no aportarían prácticamente en nada ya que sus poderes de confirmación y de exclusión para apendicitis son débiles.

Ilustración 4: Poder de un argumento aplicado a un contexto clínico



Fuente: Elaboración de los autores sobre la base de ¿Cómo tomar decisiones en medicina clínica? Nociones de análisis de decisiones aplicadas a ejemplos en Latinoamérica Van den Ende, J., Moreira, J., & Bisoffi, Z. (2008). Con autorización de los autores

Este ejemplo nos permite deducir que la fuerza de los argumentos es asimétrica. Un argumento puede tener un fuerte poder de confirmación y un débil poder para excluir; puede ser débil para confirmar y fuerte para excluir; puede ser fuerte para confirmar y excluir (este caso es muy raro); finalmente puede ser débil para confirmar y excluir.

La fuerza de los argumentos puede variar en diferentes patologías, por ejemplo, la fiebre tendrá un poder de confirmación (y su ausencia, de exclusión) totalmente distintos si hablamos de apendicitis o de una enfermedad tropical como dengue. En este último caso, la ausencia de fiebre es un fuerte argumento que nos ayudaría a descartar la probabilidad de esta enfermedad.

Es muy claro lo mencionado por Archie Cochrane: “La idea básica es que el valor bruto de una prueba clínica puede ser medido por el producto de dos probabilidades: la probabilidad de que el resultado de la prueba modifique la decisión del clínico, o la probabilidad de que la modificación terapéutica realizada por el clínico como resultado de la prueba mejore la historia natural de la enfermedad (Cochrane, 2000)”

Expresado de otro modo: “Antes de solicitar una prueba pregúntese: ¿Qué hará si el resultado es positivo? ¿Qué hará si el test es negativo? Si la respuesta es la misma, entonces no realice la prueba”.⁶⁷ Es decir que una prueba de apoyo debería solicitarse en la medida en que su resultado modifique la conducta diagnóstica o terapéutica; de no ser así, enfrentamos al paciente a potenciales riesgos y gastos innecesarios, además de sobrecargar el sistema de salud.

67 Poster en una sala de emergencia (Ulahannan, 2002).

¿En el proceso de toma de decisiones, influye en algo la probabilidad *pre-test*?

Es una tendencia generalizada que frente a los argumentos (resultados de laboratorio, datos de anamnesis y examen físico, estudios de imagen, etc.) nos sintamos más seguros con aquellos que tengan valores más altos de sensibilidad y especificidad; de forma equivocada podemos incluso confundirlas con poderes de confirmación o de exclusión.

La sensibilidad es la tasa de verdaderos positivos en los enfermos, es decir, la capacidad de una prueba (argumento) de ser positiva en aquellos que tienen la enfermedad.

La especificidad es la tasa de verdaderos negativos en quienes no tienen la enfermedad estudiada, es decir, la capacidad de una prueba (argumento) para ser negativa en aquellos que no tienen la enfermedad. Ambos son intrínsecos al argumento; pero su aplicabilidad es realmente limitada cuando son analizados de forma aislada, sin considerar la prevalencia (probabilidad *pre-test*).

La prevalencia es, de forma sencilla, la frecuencia de una enfermedad en la población correspondiente en un momento dado y, “En la práctica, según el teorema de Bayes la probabilidad pos-prueba de enfermedad depende más de la exactitud con que se haya determinado la probabilidad pre-prueba de enfermedad que de las características de la prueba diagnóstica (sensibilidad y especificidad)” (J Gervas & Pérez Fernández, 2005; Van den Ende et al., 2008).

Intentemos un ejemplo sencillo: tenemos una prueba con una sensibilidad de 90% y especificidad de 95% para detectar una patología A. Si la prueba se aplicara en una población como la de Quito, de 2 800 000 personas, y la prevalencia fuera de 0,5%, el Valor Predictivo Positivo (VPP)⁶⁸ sería de 8,29%. En la misma población, si la prevalencia fuera del 1% este ascendería a 15,38%; y si fuera del 2% el VPP sería de 26,86%

68 El *Valor Predictivo Positivo* (VPP) es la probabilidad de presentar la enfermedad cuando el resultado es positivo. Se calcula dividiendo los VP entre la suma de los VP y FP. $VPP = VP / (VP + FP)$

El *Valor Predictivo Negativo* (VPN) es la probabilidad que una persona no tenga la enfermedad cuando el resultado es negativo. Se calcula dividiendo los VN entre la suma de los FP y VN. $VPN = VN / (FN + VN)$

Volviendo a las preocupaciones de Verónica frente al caso de Mateo, en apendicitis, el punto de partida (prevalencia, probabilidad pre-test) está entre 7% y 12%, que es la prevalencia en nuestro medio; a partir de allí colocaremos todos los argumentos: defensa abdominal, sensibilidad a la palpación (rebote); la edad y el hecho de ser hombre; y con eso hemos sobrepasado el umbral de decisión. Mateo debe ser referido a un centro de mayor complejidad resolutive.

¿Existen otros procesos mentales que se utilicen en el proceso de toma de decisiones?

La cotidianidad de los médicos está llena de decisiones a tomar; unas quizá simples, otras más complejas; unas serán acertadas, otros quizá menos; pero todas, por más sencillas que parezcan, terminarán en hechos concretos. Frente a problemas complejos (aquellos que resulta complicado analizar e integrar de forma objetiva todos los argumentos) nuestro cerebro utiliza “atajos” de pensamiento, denominados *heurísticos*⁶⁹, los que generalmente conducen a decisiones acertadas en corto tiempo, aunque pueden sesgar nuestra decisión y hacer que cometamos errores.

Si volvemos al caso, en este momento, Verónica experimenta el vértigo de la incertidumbre, recuerda que el diagnóstico de esta patología se sustentaba en criterios clínicos y que en muy pocos casos estaría justificado realizar exámenes complementarios; en relación a la mamografía está convencida que debe hacerse, pero no recuerda desde qué edad.

Para resolver este último problema, que le parece más sencillo, recurre a una compañera de turno, quien le responde que “no se acuerda muy bien, pero cree que se debía iniciar desde los 40 años”; entonces decide solicitar la mamografía, porque 45 años está muy cerca.

Este heurístico se denomina *de ajuste y anclaje*, y tiene que ver con la estimación que podemos hacer a partir de un valor conocido que actúa como “ancla” y de allí se va “ajustando” nuestra estimación. Si su colega le hubiese

⁶⁹ *Heurísticos*, son caminos alternativos más cortos que utiliza nuestra mente para tomar decisiones de manera más eficiente

dicho que cree que el inicio es a los 60 años, probablemente su decisión habría sido otra. Este heurístico se denomina también *efecto del enfoque*, muy utilizado por agentes de ventas cuando, por ejemplo, negocian un bien (automóvil, departamento, etc.), partiendo de un valor muy por encima del real, definiendo lo que sería el estándar y luego *ceder* hacia abajo llegando, generalmente, un poco más arriba del valor real.

En el proceso de toma de decisiones, una vez que hemos fijado el ancla, la información que se genera estará en torno a ese valor, lo que nos podría llevar, en determinados casos, a cometer un error, como el que ha sucedido en la decisión de Verónica.

El otro dilema al que se está enfrentando es a la decisión de pedir una ecografía para Mateo. No estaba muy segura si le aportaría en la confirmación de su sospecha, pero motivada por el temor a equivocarse, recordó que el jefe de emergencia siempre pedía ese examen y en más de una ocasión —aseguraba él— le había salvado de los casos más graves. Pensando en que no haría ningún daño, prefirió pedir el examen.

En esta decisión estuvieron presentes varios heurísticos en juego. A través del *heurístico de disponibilidad* nuestra mente determina la probabilidad que un evento suceda o no a partir de “cuan disponible” este en nuestra mente, en función de recuerdos, experiencias previas o estereotipos que tengamos frente a un fenómeno.

La idea de inocuidad de una prueba y el que se use de forma rutinaria la vuelve “disponible” en nuestra mente; si alguna vez diagnosticamos una enfermedad muy rara, este hecho nos llevará a buscarla cada vez que veamos algo parecido, aunque estadísticamente sea casi imposible (es un adagio común en el mundo hospitalario que las enfermedades raras “siempre vienen de a dos”)

El miedo a viajar en avión es mucho mayor al de viajar en automóvil, aunque las estadísticas digan lo contrario respecto de la accidentabilidad de estos medios de transporte. El peso que tiene en nuestra memoria el impacto de un accidente de aviación, hace que resulte más “disponible” y modifique nuestra percepción de riesgo.

El miedo a ser procesado judicialmente por un error, como ha visto que sucedió a un colega, empujó a Verónica a solicitar la prueba. Esta decisión se amparó también en que el jefe de servicio lo hace siempre, la *heurística de autoridad* hace que nos apoyemos en las personas que consideramos como autoridad en la materia. A esto se suma que no podía pensar en Mateo sin asociarlo con su propia hija; lo ponía como ejemplo: ¿qué haría si ella fuera la paciente?, ¿y si se llegara a complicar? El *heurístico de simulación* nos lleva a estimar la probabilidad de que un evento suceda en la medida en que somos capaces de imaginarlo.

En sicología cognitiva se ha estudiado muchos heurísticos, estos son solo algunos, pero están otros. El *heurístico de representatividad* nos lleva a asignar mayor probabilidad a un evento que es más representativo en nuestra mente. La descripción clínica de un evento que cumple el patrón clásico del diagnóstico o el uniforme son otros ejemplos habituales.

La “corazonada”, el “sentido común”, el “sexto sentido”, el “ensayo – error”, entre otros, son ejemplos de heurísticos que, si no estamos atentos, nos llevan a cometer errores comunes como pensar que lo más caro es mejor; que el médico joven no es tan bueno como su maestro; que un fármaco nuevo utilizado por médicos famosos siempre será seguro; o que los exámenes de rutina son fundamentales. Aunque en ocasiones algunos de los heurísticos han sido relacionados con algún género en particular, no existen estudios que demuestren aquello.

Estos “atajos mentales” que evitan la sobrecarga cognitiva asociada a procesar cada problema, nos pueden llevar a cometer errores y a ejercer una medicina despersonalizada. El reto es superarlos y apoyarnos en la toma de decisiones compartidas, en el involucramiento real y empático del paciente en su proceso.

¿Qué tan importante son los exámenes de rutina?

Generalidades

El inicio de los *cribados* no es muy claro. Podría situarse por 1900 cuando el oftalmólogo George Milbry Gould proponía los chequeos generales en Estados Unidos. Desde allí se han popularizado convirtiéndose en herramientas que, en mayor o menor medida, son utilizados por los sistemas de salud, públicos y privados, con fines diversos.

Un *cribado* puede definirse como un conjunto de intervenciones que se realizan a personas asintomáticas para distinguirlas de aquellas que probablemente estén enfermas, con el objetivo de reducir morbilidad y mortalidad asociada a dicha enfermedad. Hay que tener claro, que no todas las intervenciones de cribado son inocuas.

La premisa que sostiene las pruebas de cribado o tamizaje, es que, si se detectan enfermedades de forma precoz —antes que produzcan síntomas— sería más fácil realizar intervenciones de forma temprana, optimizando recursos económicos y mejorando el pronóstico de la persona. Participan, obviamente, quienes están (o piensan que están) sanos.

Los cribados deberían cumplir los criterios propuestos por Wilson y Jungner (Wilson & Jungner, 1969) (Tabla 6) pero es notorio que por lo menos dos de ellos habitualmente no se cumplen: conocimiento de la historia natural de la enfermedad y existencia de tratamiento⁷⁰.

Tabla 6: Criterios clásicos de Wilson y Jungner para cribados (Wilson & Jungner, 1969)

1. La condición ha de ser un importante problema de salud.
2. Debe existir un tratamiento aceptado para los pacientes con la enfermedad.
3. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles.
4. Debe existir una fase latente o estadio preclínico.
5. Debe existir un test adecuado para examinar el órgano.
6. El test ha de ser aceptado por la población.
7. La historia natural de la condición, incluyendo el desarrollo desde fase latente hasta la enfermedad declarada, debe ser entendida.
8. Debe existir una política acordada de a quién tratar como pacientes.
9. El coste de encontrar un caso (incluyendo el diagnóstico y tratamiento de pacientes diagnosticados) debe ser económicamente balanceado con relación al tratamiento total.
10. El cribado ha de ser un proceso continuo y no de una sola vuelta.

⁷⁰ Ejemplos de esto son los cribados para la demencia, depresión o cáncer.

Quienes presenten un resultado positivo serán considerados como probablemente enfermos y serán sometidos a nuevas intervenciones que terminen por etiquetarlos como *verdaderos positivos*, es decir, “portadores de una enfermedad”; sin tomar en cuenta que quizá muchas de esas lesiones incipientes nunca progresarán o incluso podrían desaparecer (Juan Gervas & Pérez Fernández, 2013). Esto es lo que se conoce como *sobre-diagnóstico*.

Los *verdaderos positivos* son una mezcla de *enfermos-enfermos* y *enfermos falsamente etiquetados como tales* en lo que se refiere a su evolución. Como estos dos grupos no pueden distinguirse, a todos se les considera enfermos y consecuentemente son tratados como tales (Juan Gervas & Pérez Fernández, 2013).

Vale la pena que revisemos dos casos, de entre otros muchos, a los que se enfrentan los médicos familiares con frecuencia: los chequeos preventivos y el tamizaje de cáncer de mama.

Chequeo preventivo

En más de 100 años, los chequeos clínicos preventivos (Han, 1997) no han podido demostrar que sean efectivos o que reduzcan costos al sistema de salud. Un metanálisis Cochrane (Krogsbøll et al., 2013) demostró que los controles generales de salud no redujeron la morbilidad ni la mortalidad, ni en general, ni por causas cardiovasculares o cáncer, aunque se observó un aumento en el número de nuevos diagnósticos. Un aumento en la incidencia sin impacto en mortalidad se podría interpretar como sobre-diagnósticos que están llevando a sobre-tratamientos y “ejércitos de supervivientes (en falso) al cáncer” (Juan Gervas & Pérez Fernández, 2013).

Los riesgos asociados dependerán del tipo de chequeo; por lo general, mientras más sofisticado es más riesgoso. Por mencionar algún ejemplo, la irradiación excesiva al realizar tomografías de cuerpo entero —al ser acumulativa— aumenta el riesgo de cáncer (American Cancer Society, 2015); las tomografías cerebrales pueden triplicar el riesgo de cáncer de cerebro y de leucemia (Pearce et al., 2012); el sobre-diagnóstico de cáncer de próstata puede llegar al 60% y los daños, como impotencia e incontinencia urina-

ria, secundarios a intervenciones innecesarias, afectan al 20% de ellos (Juan Gervas & Pérez Fernández, 2013).

Este tipo de tamizaje se ha popularizado muchísimo. Centros de atención médica y empresas aseguradoras los han incluido en su cartera de servicios. Unos son muy extensos, otros son más simples; ese nivel de complejidad se liga al costo, obviamente. Se han convertido en requisitos para conseguir y mantener el trabajo. Se han estratificado por ciclo de vida: niño sano, mujer embarazada, llegando a retacear el continuo de la vida con “alarmas” temporales: pasado los 40 años, a partir de los 50, etc. Se han vuelto muy populares y los medios están inundados con publicidad de los mismos, se ofertan en paquetes y con todas las facilidades de pago. En las campañas publicitarias es casi constante la alusión al miedo y al riesgo. Uno de los más conocidos cribados es para el cáncer de mama, al que nos referiremos en el apartado siguiente

Cribado de cáncer de mama

Desde inicios del siglo anterior, cuando el cirujano Salomón realiza por primera vez radiografías a piezas de mastectomía, el desarrollo de las técnicas de imagen para detectar lesiones sospechosas de malignidad ha presentado un avance vertiginoso. A mediados del siglo pasado se iniciaron los programas de cribado y en 1973 se realizó el primer ensayo clínico para evaluar la eficacia de la intervención.

El cáncer de seno empezó a copar los espacios de opinión y la mamografía eclosiona de forma errada como la mejor alternativa para “salvar vidas”; movimientos ciudadanos y de pacientes organizados empiezan a presionar para que el cribado se incorpore como política sanitaria, una práctica que persiste en casi todo el mundo.

En este sentido, cabe señalar consideraciones clínicas y epidemiológicas al respecto, como el hecho que el cáncer de mama —como causa de muerte— es muy pequeño⁷¹, que aproximadamente 1 de cada 8 mujeres

71 Entre las 10 principales causas de muerte de las mujeres está la diabetes, enfermedades cerebro-vasculares, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión, influenza y neumonía; y de neoplasias de cuello de útero y de estómago. Fuente: INEC - Defunciones 2014. Disponible: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>

tendrán cáncer de mama al llegar a los 85 años, lo que, sumado a los potenciales riesgos asociados al uso excesivo de mamografías, han llevado a que se cuestione esta intervención desde espacios académicos y sanitarios independientes. En 2013, el Consejo Médico de Suiza (Swiss Medical Board, 2013) luego de realizar una revisión sistemática, mostró que el cribado sistemático de cáncer de mama con mamografía, evitaba de 1 a 2 muertes por cada 1000 mujeres, pero producía daño —como exceso de terapias o estrés psicológico— en 100 de cada 1000 mujeres. Además, no era costo – efectivo, por lo que recomienda no introducir nuevos programas de cribado sistemático con mamografía y limitar los existentes, incluyendo, en el consentimiento, una aclaración de las ventajas y desventajas del mismo.

Para entender la utilidad de este examen es necesario conocer qué sucede con los *falsos positivos*, los *falsos negativos* y los *sobre-diagnósticos*. Los resultados *falsos positivos* son más frecuentes cuando se realiza el cribado anual entre 40 y 49 años ya que las mamas son más densas (Nelson, Pappas, et al., 2016); esta densidad mamaria va disminuyendo con la edad. Los *falsos negativos* y las recomendaciones de biopsias no son diferentes según la edad (Nelson, O'Meara, Kerlikowske, Balch, & Miglioretti, 2016). Las mujeres con *falsos positivos*, presentaron más ansiedad, estrés y preocupación por cáncer de mama (Nelson, Pappas, et al., 2016).

El sobre-diagnóstico (incluido el carcinoma ductal in situ) se ha estimado en 31% (Løberg, Lousdal, Bretthauer, & Kalager, 2015). No son *falsos positivos*, son *verdaderos positivos*, pero son cánceres histológicos, no biológicos. El carcinoma ductal in situ (DCIS) se asocia con desarrollo de cáncer invasivo en el 10% de las mujeres en 10 años (Independent UK Panel on Breast Cancer Screening et al., 2013). Al parecer estamos sobre-diagnosticando de cáncer de mama a entidades histológicas distintas que muy probablemente evolucionarán de forma espontánea hasta la curación. Se puede exponer a una mujer a tener una mastectomía y recibir quimio y radioterapia por un cáncer que muy probablemente no le habría hecho nada.

Un factor asociado fuertemente a cáncer de mama es la exposición a rayos X; hecho comprobado en mujeres sobrevivientes de Hiroshima y que se ha repetido en mujeres que fueron diagnosticadas de escoliosis cuando niñas y que, por tanto, recibieron frecuentes exposiciones de baja intensidad (Hoffman et al., 1989)

Se estima que el número de muertes de cáncer de mama inducido por radiación, podría ser de 2 a 11 por cada 100 000 mujeres, dependiendo de la edad y el intervalo del cribado (Nelson, Pappas, et al., 2016) esto podría disminuirse hasta en un 60% si la edad de inicio de detección para este examen sería 50 años en lugar de 40 años; el cribado cada 2 años comparado con el cribado anual reduce a la mitad el riesgo; estas dos medidas juntas (cribado cada 2 años de 50 a 74 años) podría reducir el riesgo de cáncer inducido por radiación en 5 veces comparado con el cribado anual de 40 a 74 años (Miglioretti et al., 2016).

Un análisis de 8 estrategias distintas según la edad de inicio (40, 45 o 50 años) e intervalo del screening (anual, bianual, híbrido: anual hasta 50 y bianual luego) mostró que el cribado bianual de 50 a 74 años fue el más eficiente para mujeres con riesgo promedio, evitando una media de 7 cánceres frente a las mujeres no cribadas. El screening anual de 40 a 74 años evitó 3 muertes más, pero aumentó mucho la tasa de falsos positivos con un resultado de 11 sobre-diagnósticos por 1000 mujeres que se realizaron el screening. Para mujeres con comorbilidad moderada o severa, el cribado debería detenerse a los 66 – 68 años (Mandelblatt et al., 2016)

Acorde con estos datos, a nivel mundial, algunas recomendaciones se han adaptado, por ejemplo, la Fuerza Operativa sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés) recomienda realizar cribado mamográfico cada 2 años entre los 50 y 74 años (Recomendación B) (Siu, 2016)

De la misma forma, esta organización aclara que es insuficiente la evidencia para discernir entre riesgo y beneficio, para recomendar la mamografía pasado los 75 años, así como para la realización de ecografía, Resonancia magnética o tomosíntesis digital en mujeres con mamas más densas (Siu, 2016)

En conclusión, la mamografía podría disminuir el número de muertes por cáncer de mama, pero no disminuye la mortalidad general, porque la mortalidad aumenta por la cirugía y la quimio y radioterapia, incluso por infarto agudo de miocardio ya que la radioterapia en mama izquierda aumenta la isquemia coronaria.

El consentimiento informado para realizar mamografías debería incluir la información relacionada con falsos positivos, falsos negativos, sobre-diagnósticos y las complicaciones que acarrearán.

La mamografía no es una prueba diagnóstica, es un cribado cuyo beneficio es controversial fuera de los márgenes establecidos (de 50 a 74 años cada 2 años). Realizarla de forma indiscriminada y sustentar esa intervención más en el miedo que en la evidencia, resquebraja el derecho de la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo convirtiéndola en una víctima de intereses no necesariamente sanitarios.

Por tanto, y luego de este análisis, la recomendación para Gladis es no realizarse la mamografía este momento.

Reflexiones finales

Debemos tener la claridad suficiente para aceptar que nuestro ejercicio diario se realiza en la incertidumbre; un accionar coherente nos lleva a tomar decisiones una vez que hayamos alcanzado nuestro umbral de acción, sin necesidad de realizar más pruebas que pueden significar mayor riesgo para el/la paciente. El fin de la medicina no es “hacer diagnósticos”, es aportar para que la calidad de vida de las personas sea mejor.

En muchas ocasiones, la conducta expectante es una decisión acertada para enfrentar la incertidumbre. La empatía médico – paciente y la garantía de continuidad son elementos clave para tranquilizar al paciente y obtener buenos resultados sin enfrentarlo a exámenes innecesarios y riesgosos.

Una prueba de apoyo (laboratorio, imagen, etc.) debe ser pedida con un objetivo claro; si no va a modificar nuestra actitud, diagnóstica o terapéutica, no tiene sentido realizarla.

La sensibilidad y la especificidad de una prueba diagnóstica no deben ser interpretadas sin considerar la prevalencia.

El médico familiar tiene un rol fundamental dentro del sistema de salud para racionalizar el uso de pruebas diagnósticas y de cribado.

La medicina defensiva destruye la relación médico-paciente al colocar el centro de la atención en el médico, generando de este modo una relación de asimetría y por tanto de jerarquía.

Los cribados de rutina, salvo muy pocas excepciones, no han demostrado disminuir la mortalidad ni mejorar la calidad de vida. Al contrario, pueden enfrentar al paciente a riesgos innecesarios, por tanto, debemos individualizar nuestra decisión al momento de solicitarlos.

Juan Gérvas, reconocido médico familiar español, es muy crítico en relación a las intervenciones que considera que innecesariamente se practica en las mujeres, tal es así que se refiere a “encarnizamiento médico” al referirse a algunos de los cribados.

La medicalización de la pubertad, el embarazo, la menopausia; la reali-

zación continua de pruebas diagnósticas fútiles no solo aceptadas, sino en muchas ocasiones requeridas y solicitadas por las mismas mujeres.

La política pública debería también nutrirse de estas reflexiones, la focalización de las intervenciones en poblaciones consideradas vulnerables pudiera no solo no tener los resultados esperados (disminución de carga de enfermedad, disminución de mortalidad) sino que podría exponer a la población a riesgos innecesarios, bajo el discurso de la prevención. En este momento tal vez un ejemplo importante es el de la vacuna contra el virus del papiloma humano, de dudosa eficacia y con un importante potencial de riesgo.

En medicina —y también en salud pública— “hacer más” no es sinónimo de “hacer mejor”.

Epílogo

A manera de epílogo, la incertidumbre y toma de decisiones compartidas en la medicina familiar.

En el *continuum* de la relación entre el médico y el paciente, que en el caso de los médicos de familia se prolonga por años, se presentan incontables momentos cruciales que requieren tomar una decisión. El ejercicio de escoger una opción de entre varias, lleva implícito el riesgo de cometer un error y los médicos debemos tener la sinceridad de comunicarlo. Saber explicarlo es un ejercicio de honestidad que a la larga desemboca en mayor respeto y aceptación por parte de los pacientes.

El médico de familia es el primer contacto que los individuos tienen con el sistema de salud y de esa relación se desprenden sus características. Es generalista por definición, posee saberes que le permiten enfrentar un amplio abanico de situaciones asistenciales, como realizar suturas o atender partos, manejar diabetes o bronquitis, ansiedad o tristeza; brinda continuidad en el tratamiento de los problemas de salud, es decir, acompaña en el tiempo al paciente y su familia conociendo su entorno y su historia.

El quehacer cotidiano de los médicos está lleno de incertidumbres y la mayoría de sus decisiones se basan en probabilidades, por tanto, el problema es “determinar el nivel de certeza a partir del cual se justifica iniciar cualquier acción médica o detener la investigación de otra causa” (Van den Ende et al., 2008) y allí es donde se marcan (aunque no debería ser así) muchas diferencias entre los diferentes especialistas. El médico familiar atraviesa el umbral de acción, es decir toma una decisión en función del bienestar del paciente, “muchas veces sin llegar al diagnóstico, con una valoración de la importancia y gravedad del problema de salud, pero sin la «etiqueta» que denominamos diagnóstico” (Juan Gervas & Pérez Fernández, 2013).

El individuo que va en busca del médico también va lleno de incertidumbres ¿su enfermedad es grave?, ¿cuál es su pronóstico?, ¿sentirá dolor? En muchos casos se pregunta si su médico de cabecera estará en capacidad de resolver su problema. Curiosamente, siendo el paciente quien más conoce sobre sus propias expectativas, en la mayoría de los casos no es tomado

en cuenta para resolver sus problemas, a lo sumo es informado sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

La práctica de una medicina centrada en la resolución de problemas de forma aislada del paciente, donde es el médico quien sabe y quien decide, tiende a exagerar medidas para disminuir la incertidumbre, llegando a niveles extremos de encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, con las previsibles consecuencias en el individuo y en el sistema. La alternativa es una atención centrada en el paciente, que “consiste en situarlo realmente en el centro de la atención sanitaria y hacer que, junto con el médico, participe en la toma de decisiones sobre su enfermedad” (Prados Torres & Leiva Fernández, 2006).

Involucrar al paciente y a su familia en el proceso de toma de decisiones implica despojarse de posturas en las que, una especie de arrogancia, ubica al médico (que todo lo sabe) por encima del paciente (que nada sabe) en una clara relación de paternalismo; y adoptar una relación de horizontalidad en la que el paciente, su familia y el médico, de forma integrada y complementaria llegan a acuerdos sobre el o los caminos a seguir.

Se puede entender la toma de decisiones compartidas como “un proceso orientado a conocer las preferencias y necesidades del paciente y capacitarlo para que tome un papel activo en el cuidado de su salud en consonancia con sus deseos. Requiere un intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el profesional sanitario, deliberación entre las distintas opciones y llegar a una decisión consensuada” (Departamento de Salud de Osakidetza, 2014).

Debemos tener claro que hay un momento en que —por respeto a la dignidad del paciente— debemos parar en la búsqueda de diagnósticos y tratamientos. Los seres humanos somos finitos, el discurso salvador de vidas, no cabe. A veces la decisión más importante es saber acompañar, ofrecer calidad y confort al final de la vida “sería todo un progreso, un buen remate, un final con beso”⁷²

72 Llegar a viejo, es una canción de Joan Manuel Serrat.



Lecturas sugeridas

Toma de decisiones en medicina clínica, de Jef Van Den Ende, Juan Moreira et. al, que de forma clara y con ejemplos cotidianos amplía los puntos aquí tratados.

Kabisa. Es un software libre diseñado para entrenamiento en toma de decisiones. Se puede descargar en: <http://www.kabisa.be/>

Némesis médica, de Ivan Illich, que aborda la institucionalización del cuidado y el control a través del ejercicio profesional médico.

Efectividad y eficiencia de Archie Cochrane, un texto indispensable para quienes requieren un análisis de las intervenciones y su impacto en los sistemas de salud.

La película: *Batman, el Caballero de la Noche* explora de manera didáctica bases de teoría de los juegos (ver dilema del prisionero), heurísticos y su influencia en la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

- American Cancer Society. (n.d.). X-rays, Gamma Rays, and Cancer Risk (2015). Retrieved October 4, 2016, from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acs-pc-038756-pdf.pdf>
- Cochrane, A. (2000). Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Asociación Colaboración Cochrane Española., Ed. Barcelona: Asociación Colaboración Cochrane Española.
- Departamento de Salud de Osakidetza. (2014). La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. Boletín INFAC, 22(3).
- Gérvás, J., & Pérez Fernández, M. (2005). Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Atención Primaria, 35(2), 95–98. <http://doi.org/10.1157/13071916>
- Gérvás, J., & Pérez Fernández, M. (2013). Cribados: Una propuesta de racionalización. Gaceta Sanitaria, 27(4), 372–373. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.007>
- Han, P. K. J. (1997). Historical Changes in the Objectives of the Periodic Health Examination. Annals of Internal Medicine, 126(10), 910. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-127-10-199711150-00010>
- Hoffman, D. A., Lonstein, J. E., Morin, M. M., Hi, B. S. H. H., Boice, J. D., Visscher, W., ... Boice, J. D. (1989). Breast Cancer in Women With Scoliosis Exposed to Multiple Diagnostic X Rays. Journal of the National Cancer Institute, 81(17), 1307–1312. JOUR. <http://doi.org/10.1093/jnci/81.17.1307>
- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening, Marmot, M. G., Altman, D. G., Cameron, D. A., Dewar, J. A., Thompson, S. G., ... Screening, T. I. U. K. P. on B. C. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review: A report jointly commissioned by Cancer Research UK and the Department of Health (England) October 2012. British Journal of Cancer, 108(11), 2205–2240. JOUR. <http://doi.org/10.1038/bjc.2013.177>
- Krogsbøll, L., Jørgensen, K., Grønhoj Larse, C., Gotzsche, P. L., K., Jørgensen, K. J., ... Gotzsche, P. C. (2013). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review) General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), 1–4. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub2> Copyright
- Loberg, M., Lousdal, M. L., Bretthauer, M., & Kalager, M. (2015). Benefits and harms of mammography screening. Breast Cancer Research: BCR, 17(1), 63. JOUR. <http://doi.org/10.1186/s13058-015-0525-z>
- Mandelblatt, J. S., Stout, N. K., Schechter, C. B., Van Den Broek, J. J., Miglioretti, D. L., Krapcho, M., ... Cronin, K. A. (2016). Collaborative modeling of the benefits and harms associated with different U.S. Breast cancer screening strategies. Annals of Internal Medicine, 164(4), 215–225. <http://doi.org/10.7326/M15-1536>
- Miglioretti, D. L., Lange, J., Van Den Broek, J. J., Lee, C. L., Van Ravesteyn, N. T., Ritley, D. Hubbard, R. A. (2016). Radiation-induced breast cancer incidence and mortality from digital mammography screening a modeling study. Annals of Internal Medicine, 164(4), 205–214. <http://doi.org/10.7326/M15-1241>
- Moreira, J., & Van den Ende, J. (2007). Toma de Decisiones Clínicas. Manual para tutores. (Salud de Altura, Ed.) (1ra Edición). Quito: Salud de Altura. CTB.
- Nelson, H. D., O'Meara, E. S., Kerlikowske, K., Balch, S., & Miglioretti, D. (2016). Factors associated with rates of false-positive and false-negative results from digital mammography screening: An analysis of registry data. Annals of Internal Medicine, 164(4), 226–235. <http://doi.org/10.7326/M15-0971>
- Nelson, H. D., Pappas, M., Cantor, A., Griffin, J., Daeges, M., & Humphrey, L. (2016). Harms of breast cancer screening: Systematic review to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation. Annals of Internal Medicine, 164(4), 256–267. <http://doi.org/10.7326/M15-0970>
- Pauker, S. G., & Kassirer, J. P. (1980). The threshold approach to decision making. New England Journal of Medicine, 302(20), 1109–1117. JOUR. <http://doi.org/10.1056/NEJM198005153022003>
- Pearce, M. S., Salotti, J. A., Little, M. P., McHugh, K., Lee, C., Kim, K. P., De González, A. B. (2012). Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: A retrospective cohort study. The Lancet, 380(9840), 499–505. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60815-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60815-0)

- Prados Torres, D., & Leiva Fernández, F. (2006). Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Atención Primaria*, 38(10), 531–534. <http://doi.org/10.1157/13095919>
- Siu, A. L. (2016). Screening for breast cancer: U.S. Preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 164(4), 279–296. <http://doi.org/10.7326/M15-2886>
- Swiss Medical Board. (2013). Dépistage systématique par mammographie. Retrieved from http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf
- Ulahannan, T. J. (2002). Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 108–109. JOUR. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279329/>
- Van den Ende, J., Moreira, J., & Bisoffi, Z. (2008). Cómo tomar decisiones en medicina clínica. Nociones de análisis de decisiones aplicadas a ejemplos en Latinoamérica. (Salud de Altura, Ed.) (Segunda ed.). Quito.
- Wilson, J., & Junger, G. (1969). Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades. (Organización Mundial de la Salud (WHO), Ed.) Cuadernos De Salud Pública No34, Organización Mundial De La Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41505/1/WHO_PHP_34_spa.pdf



Capítulo nueve: toma de decisiones terapéuticas

Carlos E. Durán*
Iván Dueñas-Espín**
Benoit Marchand***

* Centro Ecuatoriano de Información, Evaluación e Investigación Clínica y Sanitaria (CIEC), Empresa Pública Yachay EP.

Heymans Institute of Pharmacology, Ghent University, Belgium.

** Centro Ecuatoriano de Información, Evaluación e Investigación Clínica y Sanitaria (CIEC), Empresa Pública Yachay EP.

Postgrado de Medicina Familiar, Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador

*** Centro Ecuatoriano de Información, Evaluación e Investigación Clínica y Sanitaria (CIEC), Empresa Pública Yachay EP.



... y regresó de España

Doña Rosita es una mujer de sesenta y cinco años, activa, autosuficiente, parte del colectivo de la tercera edad, integra un grupo de danza, está muy orgullosa de tener dos hijos y tres hijas sanas y está convencida que llegará a los noventa años igual que su padre y su madre, siempre sanos. Cuando murió su esposo, hace diez años, le detectaron hipertensión arterial, desde entonces toma la medicación en forma regular y es presidenta del grupo de hipertensos del centro de salud; es una de las pacientes más queridas de Verónica, médica de familia.

La casa de doña Rosita es muy bonita, tiene un jardín interior con caruchos, gladiolos, geranios y rosas silvestres; también hay borraja y flores de violeta para la tos, toronjil y valeriana para dormir mejor y un sinfín de plantas medicinales que Rosita comparte con sus vecinas. En el patio trasero hay un corral para gallinas y otro para cuyes, en el terreno también están sembrados diez árboles de aguacate, tres limoneros, dos plantas de naranja y mantiene un pequeño huerto donde cultiva verduras y hortalizas.

Rosita tuvo que viajar, así que encargó la casa a sus compañeras del grupo, unas regarán las plantas y otras cuidarán los animales; una de las cosas que ella más aprecia del grupo es contar con sus amigas cuando las necesita.

Doña Rosita finalmente regresa de Barcelona y enseguida visita a Verónica, le trajo un montón de medicinas que le dio su hija quien trabaja cuidando ancianos. A su hija le habría gustado ser enfermera o doctora, tiene mucho interés y habilidad para detectar a tiempo dolencias y enfermedades, siempre se aprende los nombres de las medicinas que toman las ancianas a quienes cuida.

Apenas tres días después de su llegada doña Rosita sufre una caída, sucedió mientras iba al baño, en la noche. No entiende que pasó, tomó su medicina para la presión, el calcio con vitamina D y antes de irse a la cama la pastilla que le dio su hija para dormir bien. Cuando Verónica la examina encuentra que tiene fracturada su cadera, debe ir al hospital y permanecer en cama por algún tiempo, no podrá cuidar sus jardines por un tiempo y tampoco encontrarse con don Roberto su compañero del grupo de danza.

Verónica se angustia porque no tiene ningún analgésico a más de paracetamol e ibuprofeno para calmar el dolor de Rosita, piensa en los medicamentos que le dejaban los visitantes médicos cuando trabajaba reemplazando a su amiga en una clínica privada. Si tuviera alguno de esos medicamentos podría calmarle mejor el dolor...

Propuesta para resolver el caso

Doña Rosita, mujer de 65 años, independiente, autosuficiente, está esperanzada en llegar sana a los 90 años, como sucedió con sus padres. Tiene un alto sentido de cuidado de la salud, a través de una alimentación sana y de autocuidado mediante el uso de plantas medicinales. Es activa, participa en el grupo de adultos mayores y está abierta a nuevas experiencias, como viajar a España para visitar a su hija. Su hija está fuertemente influenciada por una forma de cuidado basado en los medicamentos y convence a su madre que tome las medicinas para dormir que habían sido prescritas en una consulta de control que generó su hija para doña Rosita. Su hija cree que son buenas porque las ancianas que ella cuida toman esos medicamentos.

Verónica es una médica joven que busca que sus pacientes estén bien atendidos y confortables. Al conocer que doña Rosita está tomando medicinas para dormir, no le explica las consecuencias de esta prescripción; ante la fractura de la cadera, lo que más le importa es calmar el dolor hasta trasladarle al hospital. A sus adentros, piensa que no cuenta con los mejores analgésicos que puedan frenar el dolor. Conoce de este grupo de medicamentos por lo que estudió en la facultad y por la información que los visitantes médicos le han entregado.

En este contexto se aborda el asunto de la toma de decisiones terapéuticas. El capítulo inicia con una exploración del rol de la industria de medicamentos sobre el acto de prescribir; explica la influencia del visitador médico, las cenas con auspicio y otras prácticas promocionales que en general los médicos no las reconocen como amenazas a su profesión o a la seguridad de sus pacientes, pero son el principal determinante de la prescripción médica hoy en día. Una vez planteado el problema principal, el texto presenta propuestas de solución a retos que pretenden —al menos como objetivo primario— llamar a la reflexión sobre las prácticas cotidianas de prescripción. La palabra información juega un rol preponderante a lo largo del capítulo. Se aborda la información al paciente como el eje central de las decisiones terapéuticas, reivindicando la entrega de información como el acto principal, y con frecuencia único, del acto de prescribir. En segundo lugar, el capítulo aborda el asunto de la *información terapéutica* como instrumento de

apoyo a los procesos de actualización profesional y a la toma de decisiones clínico-terapéuticas. Se explora aspectos como las publicaciones científicas, la manipulación de la información, y las estrategias para acceder a información de calidad e independiente de intereses comerciales. El texto no deja de lado las consideraciones para prescribir medicamentos de manera responsable; explica el proceso de la terapéutica razonada y el abordaje de factores individuales y del sistema de salud al momento de elegir un tratamiento médico.

Para abordar lo expuesto, se plantean las siguientes preguntas que se responden de manera fundamentada:

- ¿La industria de medicamentos influye en las decisiones terapéuticas de los médicos?
- ¿Qué consideraciones debo tomar en cuenta para una prescripción en armonía con la razón, el contexto y la ciencia?
- ¿Dónde puedo encontrar información relevante para mejorar mis decisiones terapéuticas?

Fundamentación teórica

¿La industria de medicamentos influye en las decisiones terapéuticas de los médicos?

¡Rotundamente sí! De hecho, la pregunta no genera ninguna dificultad en su respuesta. El problema es que la mayoría de médicos no lo reconoce. Más aún, la mayoría acepta que, efectivamente, la promoción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica tiene influencia sobre sus colegas, pero no sobre su propia práctica (Steinman, 2001).

¿Por qué es tan fácil la respuesta a este planteamiento? Empecemos por explicar algunos fundamentos psicológicos detrás del marketing farmacéutico. De seguro usted ha escuchado hablar de los visitantes médicos, incluso puede ser que un visitador médico haya estado muy cerca suyo en las horas previas a la lectura de este texto e incluso es posible que él o ella se haya atrevido a invitarlo a una cena, cena y charla, congreso y viaje, o similares.

Los visitantes médicos, ese ejército de trabajadores de sol a sol, son la principal y con mucho la más influyente estrategia de marketing de la industria farmacéutica. Si no serían importantes para los fines empresariales, simplemente no existirían. Es frecuente escuchar entre nuestros colegas: “en mí no influyen, los dejo que hablen y listo”. Pecamos de inocentes. El visitador médico ha recibido largas horas de entrenamiento psicológico, el fin es incrementar las ventas de su cartera de productos, están entrenados para eso, es su trabajo.

La principal arma psicológica del visitador médico es la creación de compromiso a través de la entrega “desinteresada” de un regalo, ante el cual usted, inconscientemente, se siente en deuda. Este es un viejo truco de persuasión psicológica. De hecho, tiene orígenes en nuestros antepasados más remotos, está en nuestra memoria genética. El autor Rolf Dobelli en una de sus obras más recientes *The art of think clearly* (El arte de pensar claramente) lo describe de manera muy didáctica. Imagínese caminando en una llanura de algún continente sin nombre al final de la era del hielo; usted es el afortunado del día y logra cazar un venado, usted podría comer hasta

empacharse y guardar el resto. Para desconsuelo suyo, las refrigeradoras tardaron en inventarse algunos miles de años. Usted, muy inteligente, llama a sus compañeros de caminata a unirse al festín, sabe que cualquier otro día los roles cambiarán y entonces será el invitado. La reciprocidad a su primer acto hará que no sufra hambre en una próxima ocasión. Al fin y al cabo, la reciprocidad también es un principio de supervivencia. A partir de ahí, el sentimiento de reciprocidad ha invadido gran parte de nuestras acciones como especie durante miles de años, los visitantes médicos lo conocen y exprimen al máximo. Este capítulo no está destinado a profundizar sobre este tema, en la lectura recomendada número uno se explora con mayor detalle los trucos psicológicos detrás del marketing farmacéutico.

Así las cosas, cada vez que recibe algo, desde el objeto más simple como un esferográfico hasta la botella de vino y la tarjeta en navidad, invitaciones a cenas o auspicios a congresos, usted automáticamente queda en deuda. ¿Cómo devuelve el favor? pues fácil: con la prescripción del producto que su amigo visitador o visitadora está promocionando. Como lo hemos planteado antes, su acto de reciprocidad es inconsciente. Si ahora que lo sabe y es consciente, todavía lo hace, la explicación tendrá que explorarse en el campo ético más que en el psicológico.

Una vez que hemos introducido la fundamentación general detrás de la entrega de un regalo en cada visita médica, exploremos un par de otras estrategias de marketing y cómo terminan por cambiar nuestras preferencias de prescripción.

La entrega de muestras médicas es una de las estrategias más importantes del marketing farmacéutico. Es tan importante como dañina. La intención primordial es que el prescriptor decida iniciar un nuevo tratamiento con la muestra gratuita y así pruebe *lo bueno que es*. Si usted cae en la trampa y lo hace, lo que está produciendo es complicar el bolsillo del paciente, entre otras consecuencias. Fijese, usted inicia un tratamiento farmacológico para diabetes con un nuevo antidiabético oral cuyo precio es exorbitante frente al promedio del de metformina en el mercado. Las primeras dosis serán gratis gracias a la generosidad maquillada de la empresa combinada con la suya, pero ciertamente las siguientes tendrán que ser cubiertas por el paciente. ¡Bingo! Objetivo empresarial cumplido, un paciente más en tera-

pia crónica con un medicamento nuevo, caro y en la mayoría de los casos sin pruebas de ser mejor que las opciones que ya circulan. Deténgase un momento a pensar en las consecuencias de este acto inocente y de buena fe, seguramente no volverá a entregar una muestra médica a un paciente.

Es cierto también que la mayoría de médicos pregunta al visitador sobre el precio del medicamento motivo de la visita, esta pregunta tiene siempre la misma respuesta: somos la opción más costo-efectiva del mercado, la relación precio versus facilidad de administración es muy superior frente a la competencia, la potencia y seguridad del medicamento en beneficio de su paciente no tiene precio ¡mi doctor! Al final, el precio al público del medicamento nunca, o casi nunca, es revelado durante la visita.

Para terminar, es necesario explorar rápidamente el asunto de las cenas combinadas con una charla de actualización por parte de un líder de opinión. Este experto casi siempre ha sido un profesor suyo, tiene un gran nombre o es presentado como un gran experto; generalmente trabaja en uno de los hospitales importantes de las grandes ciudades y su currículo casi siempre incluye una especialidad en el extranjero y unos cuantos otros cargos. Sus presentaciones son siempre preparadas por la empresa y son todas cortadas con la misma tijera: se presenta la última evidencia, una serie de números y cifras para demostrar lo que se quiere demostrar, todas difíciles de analizar en una presentación de treinta minutos que siempre termina concluyendo que el medicamento de la empresa que auspicia la cena es la mejor opción. Por supuesto nunca hay una diapositiva que declare los conflictos de interés del presentador. ¿No le parece raro que un colega con toda esa trayectoria y nombre se preste a realizar una presentación de este estilo?, ¡tan duros están los tiempos! Seguramente el motivo es una combinación de ego más unos cuantos ceros. En cualquier caso, una cena gratis más la presentación de un colega experto es el escenario perfecto para que usted termine convencido de la opción que se presentó. Los circos convencen, o recuerde a los cirujanos barberos de la edad media, iban de pueblo en pueblo, promocionaban elixires milagrosos, siempre a base de alcohol y desangrando pacientes cuando creían que era necesario; como parte del *modelo de negocio*, montaban una carpa de estilo circense y la combinaban con malabares y otras piruetas, el joven malabarista era aprendiz de ambos oficios, ¿no encuentra similitudes?

El asunto de la influencia del marketing farmacéutico sobre nuestras conductas de prescripción es comparable con las adicciones: el primer paso es reconocer que nuestras elecciones terapéuticas están siendo influenciadas (no hay nada de malo en eso) y a partir del reconocimiento inicial, plantear soluciones concretas para enfrentarlo.

Como las adicciones, el objetivo final es lograr suspender el consumo de la sustancia que produce la adicción. Pues bien, ahora que estamos conscientes que la visita médica es el principal mecanismo del marketing farmacéutico, ¿qué le parece si la próxima vez que un visitador médico toque su puerta usted contesta: no gracias?, ¿para qué correr el riesgo y exponerse de nuevo? usted y sus pacientes están detrás. Recuerde que el “no gracias” no exime de cordialidad a su respuesta.

¿Qué consideraciones debo tomar en cuenta para una prescripción en armonía con la razón, el contexto y la ciencia?

Una de las contribuciones más importantes a la educación médica en las últimas décadas ha sido la publicación de la Guía de Buena Prescripción (GBP) de la Organización Mundial de la Salud (De Vries, 1998). La guía empezó a implementarse en algunas universidades ecuatorianas a partir de los primeros años de la década de los 2000. Lamentablemente aún hoy no es de aplicación en todas las escuelas de medicina del país, por lo que cabe la posibilidad de que sea la primera vez que usted sepa de ella.

La GBP propone un marco conceptual cuyo último fin es el reconocimiento de la prescripción como un acto razonado y no reflejo. Para lograr su objetivo, la GBP plantea una serie de pasos sistemáticos que en conjunto se denominan el Proceso de la Terapéutica Razonada.

El Proceso de la Terapéutica Razonada implica dos fases. La primera es la selección del *tratamiento P* (personal) para los problemas de salud más frecuentes que usted enfrenta en su práctica clínica diaria. Este es un proceso de construcción personal que requiere cierta dedicación, especialmente cuando se lo realiza por primera vez. La idea es que al final del proceso cuente con una lista de las mejores opciones terapéuticas previo al encuentro con su paciente. Un *tratamiento P* puede incluir la entrega de información, opciones no farmacológicas, opciones farmacológicas (*medicamento P*), referencia del paciente a otro nivel de resolución o una combinación de las opciones.

Para ilustrar el proceso utilizaremos el problema de sueño que ha motivado que doña Rosa tome cada noche una pastilla para dormir. La dificultad para concebir el sueño es un motivo de consulta frecuente en la práctica de la medicina familiar y general, más aún entre personas que han alcanzado algunas décadas de vida; por tanto, es responsabilidad suya contar, de antemano, con una propuesta clara de tratamiento.

El proceso de selección de su *tratamiento P* inicia con una definición clara del problema o diagnóstico. A pesar de que podría explorar una serie de causas y tipos de insomnio, el más frecuente es aquel de tipo idiopático con dificultad para conciliar el sueño. Este es un ejemplo típico de un problema de salud que genera ansiedad, la que a su vez, incrementa el grado de insomnio. Así las cosas, los problemas para conciliar el sueño con frecuencia vienen acompañados de una carga ansiosa importante.

Una vez definido el problema, el siguiente paso es definir el objetivo terapéutico. Con seguridad este es el primer nudo crítico al cual nos enfrentamos y merece por tanto una reflexión previa antes de continuar con la generación de nuestro objetivo terapéutico para los problemas de sueño. Este es un paso crucial en nuestro proceso porque direcciona en gran medida la selección final. Como ejemplo, si usted decide que el objetivo de tratamiento en diabetes tipo 2 es la disminución de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) —y no la mortalidad, las complicaciones microvasculares o la calidad de vida— es posible que termine por seleccionar el antidiabético que justamente hace eso, disminuir las cifras de HbA1c sin que haya probado disminuir la mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2. Cuando lo

correcto es justamente lo contrario. Esta es la importancia de escoger un buen objetivo de tratamiento.

De regreso al problema del insomnio, hemos dejado claro en el paso anterior que el problema de fondo es derivado del círculo vicioso que genera el no poder concebir el sueño y la consecuente ansiedad. Podemos plantear dos objetivos principales: el primero buscará disminuir la ansiedad, pues es la que afecta directamente la vida cuando la persona está despierta. A partir de ahí, el segundo objetivo deberá influir directamente sobre el problema del sueño, que además ya tendrá la ventaja del *feedback* positivo, producto de la disminución de la ansiedad. Intentaremos revertir el ciclo negativo insomnio-ansiedad-insomnio al positivo: menos ansiedad-sueño-menos ansiedad.

El tercer paso consiste en listar las opciones terapéuticas que tenemos a disposición y que creemos ayudan a cumplir con el objetivo planteado. A continuación, el proceso requiere que las opciones identificadas pasen cuatro filtros antes de ser seleccionadas. Estos criterios son la eficacia, la seguridad, la conveniencia y el costo. Por facilidad didáctica es recomendable dibujar una tabla como la que ejemplificamos a continuación. En la primera columna se colocan las opciones identificadas para, a partir de ahí proceder a filtrarlas. Este paso requiere ciertas habilidades para encontrar y leer críticamente información científica. Sin embargo, lo más importante en este paso es su buen criterio.

En la siguiente sección de este capítulo exploraremos algunas fuentes de información que pueden facilitar el proceso y acortar el tiempo. Los detalles de la metodología se encuentran en la Guía de la Buena Prescripción, cuya información bibliográfica está en la segunda lectura recomendada de este capítulo.

Tabla 7: Ejemplo de tabla para filtrar opciones terapéuticas conforme al Proceso de la Terapéutica Razonada

Opción terapéutica	Eficacia	Seguridad	Conveniencia	Costo	Resultado
Opciones no farmacológicas					
Información (educación e higiene del sueño)	+	+++	+++	+++	10
Control del estímulo + restricción del sueño*	++	+++	+++	+++	11
Terapia combinada (control del estímulo, restricción del sueño e información)	+++	+++	+++	+++	12
Terapia cognitiva	+	+++	+	+	6
Opciones farmacológicas					
Benzodiacepinas	+++	-	+++	++	8
Análogos de las benzodiacepinas	+++	-	+++	+	7
Melatonina	-	++	++	++	6

* El control del estímulo se fundamenta en los principios clásicos del condicionamiento. Se trabaja en que las personas utilicen su cama únicamente para dormir y tener relaciones sexuales, limitando al máximo el tiempo despierto en la cama. La restricción del sueño consiste en utilizar la cama únicamente cuando se duerme. La técnica puede implicar que las personas tengan períodos tan cortos como 2 o 3 horas en cama. La idea es cortar la relación entre cama e insomnio.

Fuente: Elaboración propia

En el ejemplo hemos utilizado un sistema de cruces para calificar cada parámetro; por su subjetividad, el sistema de cruces es una crítica frecuente al método, lo que desde nuestro punto de vista no es una debilidad, sino al contrario desde la premisa de que el análisis e interpretación de la evidencia son subjetivos *per se*. El sistema brinda cierta certeza en un terreno donde la incertidumbre reina. En segundo lugar, cuando lo que prima es la razón y la honestidad, es muy probable que el sistema termine por brindar resultados similares entre personas diferentes. Finalmente, usted puede intentar otro sistema de calificación y también funcionará.

En cuanto a los resultados, lo primero que llama la atención es que todas las opciones no farmacológicas para el insomnio resultaron mejor puntuadas que las farmacológicas, y el principal determinante de esta diferencia está en torno a la seguridad de las benzodicepinas y análogos; la evidencia es abundante en este sentido (Lader, 2014). También vale la pena destacar que en ocasiones uno puede contar con opciones que alcanzan puntajes relativamente altos pero que son poco o nada efectivos, bloqueando automáticamente la posibilidad de convertirse en su opción terapéutica de elección. Ejemplos en este caso son la educación e higiene del sueño como estrategia terapéutica única, o la propia melatonina.

El proceso termina con la elección del *tratamiento P*. En este caso es claro que la mejor opción es la terapia no farmacológica que combina el control del estímulo y la restricción del sueño, más educación y consejos sobre higiene del sueño. Es recomendable que escriba en una libreta el tratamiento elegido y otras consideraciones a tener en cuenta al momento del encuentro con el paciente. Cuando las opciones elegidas son farmacológicas, usted puede registrar información como posología, principales efectos adversos, interacciones principales, contraindicaciones, etc.

Si usted decide iniciar la construcción de su lista de *tratamientos P* de manera seria, al final se dará cuenta que su capacidad de análisis crítico de la información mejora con cada nuevo ejercicio de selección, que muchas opciones terapéuticas seleccionadas se repiten para problemas de salud diferentes, y que su selección final serán unas pocas decenas de opciones terapéuticas. Sobre ellas, usted confiará y dominará su manejo.

Una vez que hemos terminado con el proceso de selección, entramos a la siguiente fase, el proceso de la Prescripción Razonada del *tratamiento P* elegido.

La prescripción razonada consiste en seis pasos, todos aplicados al momento del encuentro con el paciente:

1. Definir el problema del paciente.
2. Especificar el objetivo terapéutico.
3. Comprobar si el *tratamiento P* es adecuado para este paciente en particular.
4. Iniciar el tratamiento.

5. Dar información, instrucciones y advertencias.
6. Supervisar (y suspender si es necesario) el tratamiento.

Tome en cuenta que cuando el proceso plantea definir el problema del paciente y especificar el objetivo terapéutico, lo hace con la clara intención de que se tome en cuenta consideraciones particulares a cada paciente. Los problemas de salud y diagnósticos son pocos, las personas con problemas de salud, muchas.

Así las cosas, el hecho de contar con la selección del *tratamiento P*, no quiere decir que este automáticamente calce a las personas que acuden a su consulta con un problema de salud. Con mucha frecuencia es así, pero las excepciones existen.

En muchos casos, los objetivos terapéuticos pueden ser totalmente diferentes a los derivados del síntoma principal que los pacientes refieren. De ahí la importancia de definir correctamente el problema de salud de la persona que está frente a usted. Un ejemplo clásico de esta situación es la adolescente que acude refiriendo un síntoma menor como leve dolor de cabeza o garganta, pero su real preocupación es que tiene un retraso en su menstruación. Si el problema no es identificado y definido correctamente, es probable que usted termine por prescribir el analgésico de su elección y la adolescente regrese sin ver resuelta ninguna de sus principales dudas.

Para utilizar el ejemplo de doña Rosa, el proceso debería empezar por definir si realmente tiene un problema para dormir; si este es real, a continuación, se deben generar los objetivos de tratamiento para doña Rosa. Idealmente, el o los objetivos terapéuticos deberían ser logrados y consensuados con la paciente. La responsabilidad es compartida. El paso siguiente es verificar si nuestro *tratamiento P* seleccionado se adapta al problema y objetivo terapéutico de la paciente. En el caso de que el *tratamiento P* incluya medicamentos, este paso contempla la verificación de contraindicaciones específicas, interacciones con otros tratamientos, cambios de esquemas o vías de administración, etc. Para los tratamientos no farmacológicos, el proceso de verificación es igual de relevante.

Una vez que hemos verificado que el *tratamiento P* seleccionado se adapta bien al problema de salud y objetivos terapéuticos de doña Rosa,

estamos listos para iniciar el tratamiento. Este paso consiste en la escritura de una receta médica. No profundizaremos demasiado en este punto, mencionaremos la importancia de una receta legible, tanto para el personal de farmacia como para el paciente. En este sentido, una buena práctica es escribir su receta con letra imprenta, y no manuscrita. La legibilidad de la receta es una de las fuentes principales de errores relacionados a los medicamentos, con las consecuencias que conlleva. Hace unos años realizamos un estudio en un hospital rural de la amazonia de Ecuador en el marco de una tesis de especialidad de Medicina Familiar (Durán, 2012). El objetivo era introducir un nuevo formato de receta para disminuir errores de prescripción. Recolectamos durante diez días las recetas generadas desde la consulta externa y el servicio de emergencia del hospital. El resultado fue impresionante: el 42.5% de las recetas tenían algún tipo de error de prescripción, que en nuestro estudio fue definido como ausencia de la concentración, de la forma farmacéutica, del nombre y firma del prescriptor o ilegibilidad de la receta. En otras palabras, 4 de cada 10 recetas carecían de información fundamental para una prescripción segura. Nos equivocamos con frecuencia, que no lo queramos admitir, es otra cosa.

Una prescripción racional no se puede entender sin la entrega de información adecuada, que es justamente el siguiente paso del proceso de la prescripción razonada. Reivindicamos aquí la entrega de información al paciente como un acto esencial del acto de prescribir. Todo, absolutamente todo su trabajo previo en seleccionar adecuadamente el mejor *tratamiento P* y prescribirlo de manera razonada puede tambalear si usted no es capaz de entregar a su paciente información correcta y veraz, de manera clara y concisa. La entrega de información es, y no en pocos casos, la única y más importante opción terapéutica con la que usted cuenta.

La entrega de información no implica únicamente la repetición de recomendaciones técnicas sobre la mejor administración de los fármacos o las medidas no farmacológicas seleccionadas. La entrega de información comprende un conjunto técnicas que usted aplica para, en primer lugar y como objetivo primordial, tranquilizar al paciente. Si usted es un médico de familia con algunos años de práctica auestas, de seguro habrá notado que con frecuencia sus pacientes buscan —incluso como única opción—

información que les permita resolver sus dudas y calmar su angustia. Si usted es un médico que está empezando el camino, pronto lo notará.

Para entregar información de manera certera, usted puede echar mano de una serie de técnicas entre las que se encuentran la entrega de material impreso pre elaborado para este fin, la escritura clara de indicaciones, precauciones y advertencias, solicitar al paciente que repita los mensajes principales; etc. El capítulo 10 de la Guía de la Buena Prescripción profundiza sobre diferentes acciones y herramientas para mejorar la calidad en la entrega de información. La entrega de información es, al fin y al cabo, un elemento clave de la construcción de una fuerte y estable relación médico-paciente; esta tiene directa relación en la confianza y adherencia a los tratamientos por usted propuestos.

El último paso del proceso de la prescripción razonada consiste en la supervisión del tratamiento, a partir de responder a dos preguntas concretas: ¿fue el tratamiento efectivo?, ¿se produjeron efectos no deseados? Este paso requiere la sensibilidad necesaria para tomar la decisión correcta. Si el paciente vio resuelto su problema, entonces el ciclo se cierra ahí. Si no es así, es necesaria una reevaluación que podría implicar repetir el proceso o decidir el retiro de la opción seleccionada.

Así, hemos explicado de manera breve los pasos que rigen tanto la selección como la prescripción razonada del *tratamiento P*.

Antes de dar por terminada esta sección del capítulo, es necesario un comentario final respecto a doña Rosa, la prescripción de benzodiacepinas y su caída. Los sucesos ocurridos describen un caso típico de mala prescripción ligada a un efecto adverso potencialmente grave. Como se ha mencionado previamente, los daños a la salud de los adultos mayores por la prescripción de benzodiacepinas han sido ampliamente descritos en la literatura médica, es difícil pensar que todavía hoy exista alguien que prescriba una benzodiacepina para el manejo del insomnio por largos períodos de tiempo. Una caída cuya consecuencia es una fractura del cuello femoral está relacionada con altas tasas de morbilidad y muerte en el adulto mayor (Luna, 2011). Ambas tienen origen multifactorial: la prescripción de psicotrópicos, anticolinérgicos, poca o nula adecuación del hogar a las capacida-

des físicas que demanda el envejecimiento (retiro de rodapiés, colocación de pasamanos en gradas y duchas), etc. Las medidas preventivas deben ir en este sentido, no se crea que prescribiendo calcio, vitamina D o alendronato algunas décadas antes, la fractura no se hubiese producido. La edad promedio de fractura de cuello femoral entre mujeres ecuatorianas es de 79.7 años. (Orces, 2009) Iniciar medicamentos de forma profiláctica durante el climaterio (aprox. 50 años) expone a más riesgos que beneficios (Miguel García, 2009), además de lo controversial que resulta la aplicación de medidas preventivas con medicamentos a nivel poblacional 30 años antes del potencial evento. Aparte de las medidas descritas, estrategias como la práctica sistemática de actividad física han demostrado un efecto positivo sobre la densidad mineral ósea (Howe, 2011) y la disminución de la incidencia de fracturas de cadera (Feskanich, 2002) en mujeres postmenopáusicas, con las bondades derivadas en otras esferas.

¿Dónde puedo encontrar información relevante para mejorar mis decisiones terapéuticas?

Como hemos descrito en la sección anterior, el proceso de selección del *tratamiento P* requiere habilidades para encontrar, interpretar y contextualizar la información biomédica. Si bien estas habilidades mejoran con el entrenamiento, debemos ser conscientes, por un lado, que las publicaciones biomédicas —muchas— son la cara visible de la maraña de datos fraudulentos que circulan (escritores fantasmas, autores con conflicto de intereses, no publicación de datos o alteración de resultados); y por otro que, dadas las características actuales de la construcción de la *evidencia*, se dificulta la transferibilidad de los resultados a la práctica clínica.

Para aclarar este último punto y sin entrar en detalles, vale la pena describir algunos aspectos del mundo de los ensayos clínicos. El primero es el asunto de las poblaciones estudiadas. En general estas responden a normas muy estrictas de selección de pacientes que en el transcurso del ensayo son monitorizados al milímetro. Durante su consulta como médica o médico de familia, usted recibe diariamente una variedad de pacientes que abarcan todos los momentos del ciclo de vida de un ser humano; así, el ensayo

clínico realizado en pacientes adultos (en la mayor parte de los casos), pierde sentido ante su paciente adulto mayor o el niño preescolar. Por supuesto, el buen juicio contribuirá a que usted realice la mejor extrapolación posible. La segunda cruda realidad de los ensayos clínicos es que la mayoría se realizan en contextos hospitalarios muy controlados (unidades especializadas), y no en un lugar como en el que usted ejerce su práctica clínica diaria. Tercero, la mayoría de las moléculas en los ensayos clínicos se prueban contra placebo, y no contra las mejores opciones disponibles. Esta es una estrategia que únicamente contribuye a que las opciones de medicamentos de un mismo grupo terapéutico entren al mercado, los llamados *medicamentos me too*. Finalmente, y para poner un toque gris final, la mayoría de ensayos clínicos están diseñados sobre variables cuya relevancia clínica es pobre, o al menos discutible (este aspecto también lo comentamos en la primera parte de este capítulo). Como puede ver, el panorama no es demasiado alentador. Esta situación genera que el análisis de la evidencia publicada sea un reto complejo.

Así las cosas, el objetivo de los próximos párrafos es brindar algunas opciones de fuentes de información que faciliten su trabajo de selección del *tratamiento P*. Las fuentes de información que presentaremos a continuación comparten entre ellas al menos dos características primordiales: independencia financiera del equipo editorial y procesos editoriales transparentes.

Para suerte nuestra, en la década de los ochenta un grupo de visionarios comprometidos con los ideales de generar información terapéutica independiente y de calidad crea la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (ISBD, por sus siglas en inglés). La ISBD (www.isbd.org) aglutina, bajo normas estrictas, a los boletines sobre medicamentos y terapéutica que circulan globalmente. La exploración de la página web de la ISBD y sus boletines asociados son una primera buena acción recomendada para acceder a información de mejor calidad.

Entre los boletines más importantes de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos se encuentran La Revista *Prescrire* (Francia), *Drugs and Therapeutic Bulletin* (Inglaterra), *Therapeutics Letter* (Canada), *Australian Prescriber* (Australia), BIT Navarra (España), INFAC (España), *Bulletin Groc* (España). A pesar de que existen otros boletines en

castellano, los que mencionamos aquí son tres de los más fuertes en nuestro idioma y son gratuitos. Una debilidad de los boletines españoles es que los motores de búsqueda de contenidos no son muy sofisticados, esto puede hacer más lento el proceso de búsqueda de información.

En Ecuador no existe ningún boletín terapéutico, aunque sí existen otras fuentes de información terapéutica independiente. Comentaremos dos fuentes específicas sobre las cuales los autores de este capítulo tenemos participación directa. El primero es el Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador (VFE) (Durán, 2015), una publicación cuya principal característica es integrar en una sola propuesta editorial información terapéutica con una descripción detallada de los medicamentos que circulan en el mercado farmacéutico del país. Esta es una primera gran ventaja del VFE: una publicación única con la que usted puede resolver dudas terapéuticas y además conocer detalles sobre la presentación, precio, etc., de la opción escogida.

La principal diferencia desde el punto de vista de contenido entre el Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador y un diccionario de especialidades farmacéuticas de índole comercial —con los cuales seguramente usted estará más familiarizado— es que en estos últimos la información es exclusiva para cada medicamento. Al contrario, la intención del VFE es presentar información en el contexto de la terapéutica de un problema de salud en particular, de tal manera que usted siempre encontrará un apartado (rol en la terapéutica) que busca posicionar la opción seleccionada en el marco de una estrategia terapéutica global.

El VFE cuenta con procesos editoriales que incluyen el cruce de información con el Centro Belga de Información Farmacoterapéutica (CBIP, por sus siglas en francés), incorporación de guías de práctica clínica locales (cuando es posible), y revisión por parte de expertos nacionales e internacionales.

En diciembre de 2015 se publicó la cuarta edición del VFE bajo el auspicio de la Empresa Pública Yachay, entidad Pública del Gobierno de Ecuador. La publicación ha sido ampliamente distribuida a lo largo del país, especialmente en los establecimientos públicos de atención y en los centros formadores de recursos humanos en salud.

La plataforma de autoformación y autoevaluación en línea Excellencis es el otro de los instrumentos generados en el país. Excellencis es una plataforma gratuita en línea cuya bondad radica en la posibilidad de realizar módulos de autoformación sobre temas específicos. Cada módulo consiste en diez preguntas con respuestas múltiples y su respectivo sustento, siempre corto y con enlace a las referencias bibliográficas. Al final de cada módulo, usted obtiene un puntaje que se contrasta con el promedio de todas las personas que lo realizaron previamente. Usted puede repetirlo tantas veces como desee, el puntaje es estrictamente confidencial, incluso para los administradores del sistema.

Por otro lado, al momento de registrarse en la plataforma Excellencis, el sistema automáticamente lo incluye en una lista de distribución de correos electrónicos. Esta función permite a los administradores-editores de la plataforma seleccionar un tema relevante publicado por alguno de los boletines miembros de la ISBD en español, generar un resumen del artículo y enviarlo a su correo. El envío del correo con información terapéutica independiente se realiza una vez al mes. Para diciembre 2016, la plataforma integra 3850 profesionales inscritos en www.excellencis.org.ec.

Y es así como llegamos al final de la sección y del capítulo. A lo largo de estas páginas hemos repasado el rol de la industria farmacéutica en nuestras decisiones terapéuticas y las estrategias detrás del marketing farmacéutico. A continuación, repasamos el proceso de la terapéutica razonada como estrategia para hacer frente a la prescripción refleja de medicamentos. Insistimos en este proceso como un acto razonado, responsable y ético con sus pacientes y con la profesión que profesa y ejerce. Durante la tercera sección de este capítulo repasamos algunas fuentes de información independiente de las cuales puede echar mano para fortalecer sus decisiones terapéuticas.

No queremos cerrar el capítulo sin la siguiente reflexión: en el momento en que el paradigma dominante invadió la profesión médica hace ya algunas décadas (nos referimos a la medicina basada en evidencia), el planteamiento fue que debíamos convertirnos en expertos en buscar y encontrar evidencia, leer, estudiar

y analizar críticamente la información derivada desde ensayos clínicos, revisiones sistemáticas u otros diseños epidemiológicos. El fracaso de esta aproximación fue rotundo. La mayoría de nosotros nunca pasó del verbo buscar. Solo buscar la evidencia supone un reto complejo, tanto en las habilidades intrínsecas necesarias para encontrar lo que se *debe* leer, como en el tiempo que se requiere para encontrar y analizar la información. Las razones para este fracaso son múltiples, algunas se han explorado a lo largo de este capítulo, otras quedan pendientes. Hoy por hoy, la situación demanda saber dónde buscar información científica que ya ha sido encontrada, filtrada, analizada y resumida críticamente por equipos editoriales serios, antes que aventurarse a lo desconocido por usted mismo. Esta es la contrapropuesta que planteamos en este capítulo. Por supuesto, la toma de decisiones basada en la mejor evidencia no está en duda y no es perfecta, pero bien entendida es la mejor aproximación que hemos logrado para ejercer la práctica clínica.



Lecturas recomendadas

Organización Mundial de la Salud y Acción Internacional por la Salud. *Comprender la promoción farmacéutica y responder a ella. Una guía práctica*. 1era. edición. Disponible en versión PDF en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Comprendiendo-promocion-farmaceutica.pdf>

De Vries, TPGM., Henning, RH., Hogerzeil, HV., Fresle, DA., (1998). *Guía de la Buena Prescripción. Manual Práctico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Durán, C., Marchand, B., Jaramillo, P., & Herteleer, J. (2015). *Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador 2015* (4th ed.). Quito: Empresa Pública Yachay E.P.

Referencias bibliográficas

- De Vries, T., Henning, R., Hogerzeil, H., & Fresle, D. (1998). *Guía de la Buena Prescripción* (1st ed.). Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- Durán, C., Marchand, B., Jaramillo, P., & Herteleer, J. (2015). *Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador 2015* (4th ed.). Quito: Empresa Pública Yachay E.P.
- Durán, C., Ortiz, P., Intriago, D., Nina, F., & Cabezas, C. (2012). Efficacy of a Structured Prescription Form to minimize medication errors in an Ecuadorian rural hospital. In 28th. International Conference on Pharmacoepidemiology. Barcelona: ISPE.
- Feskanich, D., Willet, W., & Celditz, G. (2002). Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA*, 288, 2300–6.
- Howe, T., Shea, B., Dawson, L., Downie, F., Murray, A., Ross, C., ... Caldwell, L. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD000333. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000333.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 295–301.
- Luna-Torres, L. (2011). Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores. In M. Quintero Osorio (Ed.), *La salud de los adultos mayores. Una visión compartida* (2nd ed., p. 313). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Miguel García, F., Montero Alonso, M. J., Merino Senovilla, A., Sanz Cantalapiedra, R., & Maderuelo Fernández, J. A. (2009). Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 17(4), 50–63.
- Orces, C. H. (2009). Epidemiology of hip fractures in Ecuador. *Rev. Panam Salud Publica*, 25(5), 438–442.
- Steinman, M., Shlipak, M., & McPhee, S. (2001). Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions. *American Journal of Medicine*, 110, 551–557



Capítulo diez: cuidados paliativos pediátricos

Michelle Grunauer MD, PhD*

Caley Mikesell*

Rita Bedoya MD, PhD**

* Universidad San Francisco de Quito

** Ministerio de Salud Pública del Ecuador



“Presiento que el fin está cerca”

Es una mañana lluviosa y oscura. Verónica se arropa para no enfermarse, en días como este no tiene ganas de salir a la comunidad. Atiende a todos los pacientes de la consulta cuando de pronto pasa Lupita, quien no es su paciente, pues ella se atiende en el seguro campesino.

Verónica esta intrigada, doña Lupita dice que quiere hablar algo personal con ella. Llegó hasta ahí por lo que se comenta en la comunidad sobre Verónica, dicen que es una doctora que escucha a la gente, Lupita quiere que Verónica le ayude con su hija María José. Ella tiene ahora 36 años, siempre fue una chica de su casa, pero cuando cumplió quince de pronto cambió, empezó a salir, se puso rebelde, después de un tiempo quedó embarazada. Ella no tiene buena comunicación con María José porque nunca superaron su desacuerdo, ella no quería que su hija fuera madre soltera; sin embargo, cuando nació Pedrito, Lupita se enamoró de su nieto.

Desde chiquito el niño resultó enfermizo, siempre estaba con tos, María José llevó a su hijo a varios doctores, pero nunca lograron curarle. Un día se complicó de tal forma que fue a parar al hospital, ahí pasó casi un mes hasta que le indicaron que padece de fibrosis quística. Pedrito ahora tiene casi diez y seis años. Desde que recibió el diagnóstico fue tratado en el Seguro Social, ahí le entregaban unas medicinas que le ayudaban a sentirse mejor, pero María José se quedó sin trabajo, quebró la plantación en la que trabajaba, así que no podrá acceder más a la cobertura de salud del Seguro Social.

El niño empeoró, está sin medicamentos. María José está muy angustiada porque ya gastó todo el dinero que le quedaba comprando las medicinas, ahora está tratándose en otro hospital, pero todos en la familia saben que no vivirá mucho. María José piensa que esto es un castigo por su tiempo de rebeldía. Pedrito siente que se está muriendo, quisiera conversar con su

mamá y su abuela y decirles que estén tranquilas, él es muy inteligente y siente que su vida será muy corta. Pero nadie en la familia habla de su enfermedad, es un tabú.

Lupita llegó a la visita, aunque es muy tarde porque ella presiente que el fin está cerca y no sabe cómo reaccionar si la muerte llega; tiene miedo también del impacto para su hija. Quiere preguntar si el sufrimiento que vivió María José durante el embarazo pudo causar la enfermedad. Piensa en que es injusto que Pedrito no tenga esperanza de llegar a ser adulto, no sabe qué hacer ni cómo ayudar.

Verónica tiembla de frío y de zozobra, no quiere imaginar cómo se sentiría si su hija tuviera un diagnóstico como este, si no fuera Pedrito sino Estefy quien fuera a morir. Necesita serenarse y pensar qué puede hacer por esta familia a la que conoce en tan triste circunstancia.

A partir de este caso, se presentan los siguientes temas relacionados con los cuidados paliativos pediátricos relacionados con el caso relato presentado:

- ¿Qué reflexiones iniciales deben hacerse ante la proximidad de una muerte infantil?
- ¿Qué son los cuidados paliativos?
- ¿Cómo aplicarlos en este caso?
- ¿Cómo comunicar las malas noticias a la familia?
- ¿El cuidado de los enfermos terminales está en manos de hombres o de mujeres?, ¿cómo les afecta este proceso?
- ¿Cuál es el rol del médico de familia en los cuidados paliativos?
- ¿Cuáles son las fortalezas y limitaciones del primer nivel para brindar cuidados paliativos?

¿Qué reflexiones iniciales deben hacerse ante la proximidad de una muerte infantil?

Prepararse para la muerte de un niño es particularmente difícil pues —tanto en países industrializados como en países en vías de industrialización que han reducido significativamente las tasas de mortalidad infantil— la muerte de un niño tiene una connotación cultural importante, lejana a la “ley de la vida”, cruel y trágica (Amery, 2016). Para la familia del niño, su muerte frecuentemente es devastadora (Amery, 2016, Field & Behrman, 2003, Knapp, Madden, Curtis, Sloyer, & Shenkman, 2010). Ante una situación tan compleja, es esencial que los profesionales que trabajan en estos escenarios de cuidado, reflexionen individual y colectivamente, involucrando a la familia y al niño en función de su etapa de desarrollo.

Reflexiones personales

Estudios demuestran que el cuidado de pacientes que se encuentran en fase terminal de su enfermedad puede desencadenar *burnout* (agotamiento), asociado al intenso estrés laboral y que se expresa en agotamiento y cansancio extremo, que lleva al profesional a mostrarse deprimido, evasivo, ansioso y con pérdida de interés en su trabajo (Amery, 2016; van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, & Nijkamp, 2015). Algunas causas que desencadenan *burnout*, son resultado de la interacción de factores personales (falta de soporte, experiencias previas, la muerte percibida como *fracaso de cuidado* del profesional de salud, la soledad, entre otros); sicológicos (problemas mentales, abuso de sustancias, trauma no resuelto); falta de un equipo interdisciplinario que provea un abordaje integrado para tratar el *dolor total*, que incluya dolor físico, sicológico, espiritual, social y cultural; factores de infraestructura y de organización (carga de trabajo; falta de metas o metas

no realistas; acceso a medicación —y en algunos países— a comida); y factores relacionados a los pacientes (muerte traumática o súbita, cuando el paciente nos recuerda a alguien que hemos amado, o cuando el paciente es muy joven) (Amery, 2016; Paradise Baranowski, 2016).

La evidencia indica que existen varias estrategias preventivas altamente eficaces para evitar el *burnout* profesional (*agotamiento profesional*), asegurar el bienestar de los profesionales de la salud, promover su autocuidado y alta calidad de su trabajo (Paradise Baranowski, 2016). Quienes aplican los principios de los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), presentan altos índices de autocuidado, y desarrollan una variedad de herramientas para enfrentarse y eventualmente superar los desafíos asociados a la atención de niños al final de la vida (Paradise Baranowski, 2016). Definir limitaciones en el trabajo; desarrollar una buena comunicación entre el personal de cuidado, el paciente y su familia; hacer introspección; contar con metas realistas y al mismo tiempo con la capacidad de soñar; contar con colegas a quienes acudir por ayuda en momentos difíciles; y, sobre todo, ser gentil y compasivo con uno mismo. Estas constituyen estrategias que se deben cultivar para crear espacios de reflexión y prevenir el *burnout* (Amery, 2016; Paradise Baranowski, 2016).

Reflexiones con el niño y la familia

Las reflexiones iniciales ante la muerte de un niño deben ser compartidas con la familia, los profesionales de la salud y en muchos casos con el niño (dependiendo de su fase de desarrollo y conciencia de enfermedad), involucrando un gran componente de planificación, preparación psicológica y colaboración interdisciplinaria para manejar síntomas diversos (Amery, 2016). El primer paso integral del cuidado al final de la vida de un niño es planificar el tratamiento paliativo con la familia, para que se mantenga y transfiera la esperanza en un escenario realista en el que el niño alcance la mejor calidad de vida posible, aunque esta sea corta. Los CPP buscan prevenir y atenuar el sufrimiento. Pueden ser administrados desde un enfoque curativo de la enfermedad e independientemente del pronóstico de la misma (W. H. Organization, 2016). De esta manera, durante las etapas más difíciles de la enfermedad, la planificación puede actuar como un ancla

psicológica de bienestar físico, social, cultural y espiritual para el niño y la familia. Compartir una meta común con el equipo de salud eventualmente contribuirá a conseguir la aceptación de la muerte inminente.

En la mayoría de los casos, la planificación y estrategias de implementación de CPP no se realizan de manera lineal, sino circular, debido al hecho que la trayectoria de la enfermedad de un niño suele ser incierta, con periodos que pueden variar dentro de un amplio espectro: desde posibles evoluciones de enfermedades que ponen en peligro la vida, y en las que el tratamiento puede ser efectivo o fallar; o en las que la vida va a ser corta pero con periodos de remisión de síntomas; o en aquellas en que el tratamiento paliativo será el único indicado; o por último: en aquellas en que la muerte es incierta pero en las que el niño presenta una discapacidad que limita su calidad de vida (ACT, 2013). Con esto en mente, la evaluación y manejo impecable del niño y su familia deben ser re-evaluados constantemente. Varias estrategias de comunicación desarrolladas para los CPP especifican que los profesionales de la salud deben estar atentos a las señales de la familia, para entender cuánto saben de la etapa particular de la enfermedad y cuánto quieren saber (Amery, 2016; Baile et al., 2000; Curtis & White, 2008).

Para proveer el bienestar psicológico del niño y de la familia y respetar sus derechos, es necesario promover varias reuniones de planificación de abordaje terapéutico, en las que sean incorporados como entes activos en la provisión de atención, y se discuta progresivamente las metas de cuidado en un modelo enfocado en el niño, centrado en la familia y en el que la toma de decisión sea compartida entre todo el equipo interdisciplinario (Amery, 2016; Baile et al., 2000; Curtis & White, 2008).

Para realizar un trabajo tan delicado y complejo, frecuentemente es necesaria una intervención sicosocial del niño y de la familia. El fundamento de una buena relación entre los profesionales involucrados en la atención del niño gravemente enfermo y de su familia, se basa en una buena comunicación y en el manejo de emociones y preguntas difíciles (Amery, 2016). En los casos que involucren el fin de la vida o la limitación de la vida, es muy común que los profesionales de la salud tengan que lidiar con emociones difíciles como la ira y la desesperación. En estas situaciones es esencial que el equipo interdisciplinario escuche activamente a la familia y al niño, va-

lide y normalice sus emociones de manera honesta, con empatía y compasión (Amery, 2016). Frecuentemente, los estallidos emocionales son cortos y beneficiosos a largo plazo porque alivian sentimientos difíciles y ayudan a la familia y al paciente a aceptar la muerte inminente (Amery, 2016).

Una comunicación efectiva genera oportunidades para que los pacientes y sus familias reflexionen sobre la gravedad del caso, y en muchas ocasiones reportan un crecimiento personal posterior (Amery, 2016). Cada cultura frecuentemente dicta cómo se realiza la comunicación apropiada y eficaz; en algunos contextos es importante comunicarse de manera directa mientras en otros, la comunicación indirecta es la preferida (Doorenbos et al., 2012; Kreling et al., 2010; Searight & Gafford, 2005; Smith, Sudore, & Perez-Stable, 2009). Tomando en cuenta la cultura individual, es importante comunicarse de manera abierta, honesta y asertiva, para inspirar confianza y apoyar las reflexiones de la familia y del paciente. Amery puntualiza que las preguntas de pacientes pediátricos pueden ser especialmente difíciles porque los niños no siempre obedecen normas sociales, por lo tanto, a veces realizan preguntas importantes y difíciles de interpretar inesperadamente. Para mantener la confianza del niño, es importante que se responda a sus preguntas respetando la inocencia del niño (Amery, 2016).

Basado en una de sus propias experiencias, Amery recomienda:

“Conteste preguntas con preguntas hasta que esté seguro que entiende la pregunta completamente: Por ejemplo, si un niño agonizante dice: “¿Qué me va a pasar?” no discuta inmediatamente la muerte y la vida después de la muerte. Puede que el niño quiera discutir eso, pero también podría ser algo mucho más mundano. Conteste su pregunta con otra. Por ejemplo: “Esta es una buena pregunta. Pero, antes de que yo te conteste, ¿Tú qué crees que podría pasarte?” Una vez, un niño me contestó, “Pienso que es posible que me pierda la cena porque tengo que esperar a que llegue mi medicina” (Amery, 2016).

Manejar delicadamente la planificación del final de la vida, la preparación emocional, social y espiritual, la respuesta apropiada a las preguntas difíciles y el tratamiento de síntomas asociados, genera momentos de reflexión junto al paciente y su familia que resultarán en un fallecimiento sin dolor, angustia, o sufrimiento.

¿Qué son los cuidados paliativos y como aplicarlos en este caso?

Matthew Loscalzo describe los Cuidados Paliativos (CP) como “la prolongación de la larga lucha de aceptar la vida en sus propios términos, honestamente y abiertamente” (Loscalzo, 2008). Esta rama de la medicina es interdisciplinaria y reconoce el mandato ético de prevenir y aliviar el padecimiento multifacético asociado con enfermedades que amenazan o limitan la vida. Por lo tanto, los CP tienen como propósito no solo aliviar el sufrimiento físico sino también incorporar aspectos emocionales, psicológicos, legales, espirituales, culturales, sociales y familiares; factores que gravitan alrededor del cuidado de pacientes, familias y cuidadores, para atenuar el sufrimiento de cada individuo, según sus propios valores (ACT, 2013; “American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children,” 2000; Rushton, 2005).

La definición de la Organización Mundial de la Salud (Organization, W. H. 2016), de Cuidados Paliativos Pediátricos incluye los siguientes principios:

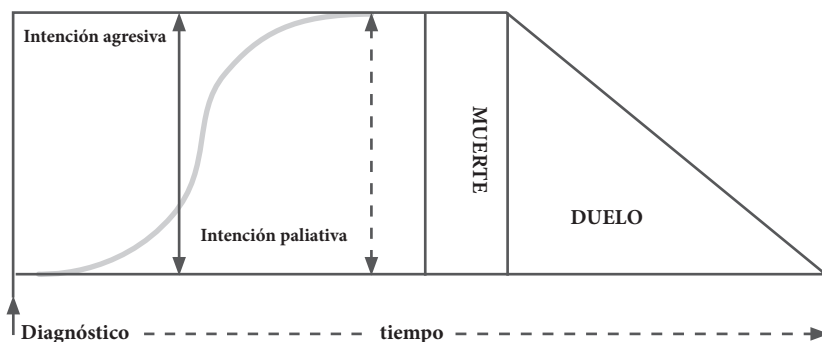
- Los Cuidados Paliativos Pediátricos involucran el cuidado completo y activo del cuerpo, mente y espíritu del niño; e involucran el apoyo de la familia.
- Se inician cuando se diagnostica la enfermedad, y continúan aunque el niño reciba un tratamiento dirigido a curar la enfermedad.
- Los proveedores de la salud deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social.
- Los Cuidados Paliativos eficaces requieren un abordaje multidisciplinario que incluye a la familia y utiliza los recursos comunitarios disponibles; se pueden implementar incluso cuando los recursos son limitados.
- Se pueden proveer en centros de cuidado del tercer nivel, en centros de salud comunitarios e incluso en los hogares de los niños.

Con el propósito de proveer una atención holística, algunos problemas frecuentemente abordados en los CPP incluyen: “el manejo del dolor, disnea, agitación, náusea, vómito, convulsiones, depresión, ansiedad, duelo y otros síntomas” (ACT, 2013; “American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children,” 2000; Rushton, 2005). Para lograr las metas primarias de atención, es necesario mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar la comunicación y toma de decisiones; las estrategias más eficaces de CPP involucran equipos multidisciplinarios que colaboran continuamente con los pacientes y sus familias a lo largo del periodo del tratamiento.

La importancia de aplicar CPP se ha corroborado por una gran variedad de estudios científicos (ACT, 2013; Cordero-Reyes & Grunauer, 2016; K. Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016; Rushton, 2005; Somerville, 2001). Los CPP previenen, identifican y tratan el sufrimiento de los niños con enfermedades graves, sus familias y de los profesionales que los atienden, posibilitando así una alta calidad de vida para todos los involucrados en la atención de salud (ACT, 2013; Australia, 2015; Somerville, 2001; Stewart, 1995).

Varios estudios han demostrado una asociación entre la aplicación de CPP y un incremento de resultados positivos en pacientes, mejor manejo de síntomas, reducción de estrés y ansiedad experimentados por los padres, así como una mejor comunicación entre padres, médicos, enfermeros, pacientes y sus familias (ACT, 2013; Cordero-Reyes & Grunauer, 2016; K. Curtis et al., 2016; Davidson et al., 2007; Gans et al., 2012; Somerville, 2001; Stewart, 1995). Para los pacientes gravemente enfermos y en fase terminal de enfermedad, incorporar CPP significa que la progresión de la misma resulte en una muerte natural en la que se evite el dolor y el sufrimiento. (ACT, 2013; Gans et al., 2012; Rushton, 2005; Stewart, 1995). Los CPP son apropiados en todas las fases de la enfermedad (Ver la siguiente ilustración) y altamente eficaces cuando se los utiliza en conjunto con tratamientos curativos, resultando así en la mejor estrategia para proveer cuidado holístico a los niños críticamente enfermos (Australia, 2015; Cordero-Reyes & Grunauer, 2016; Frager, 1997; Gregoire & Frager, 2006; Michelson & Steinhorn, 2007; Somerville, 2001).

Ilustración 5: Periodo para aplicar tratamiento paliativo



Fuente: Adaptada de (Frager, 1997)

El impacto de los CPP es bien reconocido por la comunidad internacional; constituyen un derecho humano básico y fundamental para el tratamiento apropiado de niños con necesidades de cuidados especiales, en cualquier etapa de su enfermedad (Adams & Worldwide Palliative Care, 2008; American Academy of, American College of Emergency, O'Malley, Mace, & Brown, 2006; Breitbart, 2011; Brennan, 2007; Commissioner, 1996; Donnelly, Huff, Lindsey, McMahon, & Schumacher, 2005; Foundation, 2016; Gwyther, Brennan, & Harding, 2009; Hannon et al., 2016; Horrridge, 2015; Krakauer et al., 2015; Larkin, 2013; Leyden, 1998; Radbruch, Payne, de Lima, & Lohmann, 2013; Schmidlin & Oliver, 2015; Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2016; Somerville, 2001; Watch, 2009; Zernikow et al., 2008).

Naciones Unidas declara que “los cuidados paliativos son reconocidos como un componente del derecho a alcanzar el más alto nivel posible de salud, protegido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, y en el artículo 24 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño” (Foundation, 2016). Al mismo tiempo, los CPP no se enfocan exclusivamente en la fase terminal de enfermedad, al contrario, la incorporación de CPP resulta en que los niños vivan más y mejor; su objetivo final radica en que los niños alcancen una calidad de vida plena, aunque esta sea corta (“American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children,” 2000).

¿Cómo aplicarlos a este caso?

Verónica, médica

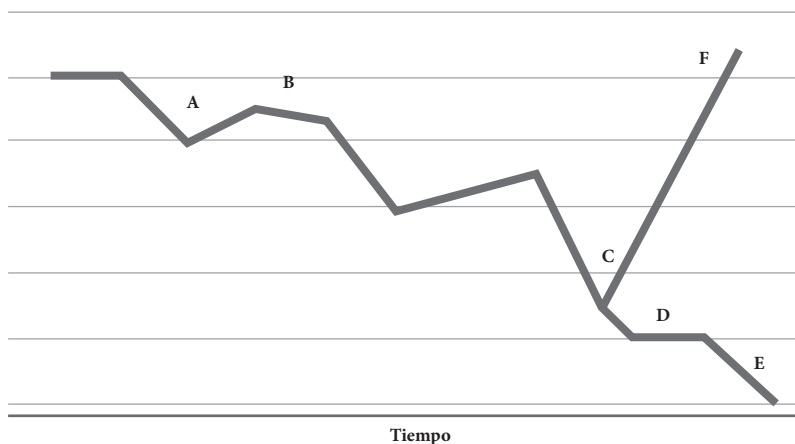
Previamente se discutió que la familia y el paciente no son los únicos que requieren soporte ante la muerte de un niño. Los profesionales que manejan el caso también requieren apoyo para asegurar su bienestar y maximizar la calidad de su trabajo. En el caso de Verónica, su reflexión sobre el cuidado de Pedro demuestra una profunda introspección ante la posibilidad de una muerte inminente. Verónica analiza este escenario con empatía y compasión, ubica el interés de su paciente por sobre el propio. Al tiempo que su humanismo aflora, reconoce sus propias limitaciones, se identifica a nivel personal con su paciente y su familia, y se pregunta cómo se sentiría si su hija falleciera en ese momento. Verónica debe apoyarse en su equipo interdisciplinario de cuidado; demuestra ser altamente empática pero también que puede estar en riesgo de ser afectada adversamente y personalmente por las dificultades que esta situación impone. Su personalización en este caso hace evidente la necesidad de implementar estrategias de autocuidado y ampliar su equipo de soporte. Pocos profesionales en la región cuentan con entrenamiento en CPP y, en muchos casos, son estas circunstancias las que generan la necesidad de cambio. El cambio resulta de la necesidad auténtica del individuo y no puede ser impuesta. Con seguridad esta experiencia hará que Verónica busque oportunidades de entrenamiento en un futuro cercano.

Para minimizar el daño a sí misma y maximizar su eficacia en este caso, es imprescindible que Verónica adquiera conocimiento en el manejo de síntomas presentes en el niño en fase terminal de la enfermedad. Pedrito

es un adolescente que sabe que el fin de su vida se acerca. Verónica deberá desarrollar con su equipo de atención un Plan de Cuidados Paliativos para Pedrito, que respete sus deseos y creencias. Los adolescentes tienen voz y quieren ser escuchados. Este plan incluye un abordaje curativo para esta fase de recaída, probablemente mediada por un nuevo episodio infeccioso respiratorio y a la vez, un abordaje paliativo que se enfoque en el alivio de síntomas (el más importante en el caso de Pedrito es disnea), aplicando abordajes farmacológicos (morfina, oxígeno) y no farmacológicos (relajación, terapia respiratoria, ventilador de pared frente al rostro). Verónica ofrecerá a la familia un cuidado holístico e interdisciplinario que involucre el componente físico, psicológico, social, cultural y espiritual. En un futuro deberá desarrollar con Pedrito y su familia una Directriz Avanzada en caso de que el trasplante de pulmón no sea una opción. Verónica implementará un modelo de atención enfocado en Pedrito, centrado en la familia con un equipo interdisciplinario de cuidado.

La siguiente ilustración representa un modelo integrado de cuidado (curativo-paliativo) y las oportunidades de intervención que Verónica tendrá durante el abordaje terapéutico de Pedrito, durante las diversas fases de su enfermedad.

Ilustración 6: Oportunidades claves para aplicar los cuidados paliativos



A.- Compartir malas noticias | B.- Manejo de síntomas | C.- Toma de decisiones compartidas | D.- Cuidados al final de la vida | E.- Muerte y duelo | F.- Recuperación

Doña Rosita, abuela

Doña Rosita expresa sentirse culpable porque cree haber sido la causante de la enfermedad de su nieto. Considera injusto que su nieto muera ahora y no sabe qué hacer ni cómo ayudar a su familia durante este tiempo. La falta de comunicación entre ella y su hija, la madre de Pedrito, no facilita esta situación.

Sería altamente beneficioso que el equipo de cuidados paliativos trabaje en su preparación emocional y le provea progresivamente de herramientas de comunicación efectiva con las que alcance un estado de apertura a la discusión de la enfermedad de Pedrito, trayectoria esperada y pronóstico. Planificar el tratamiento paliativo contribuirá a orientarla hacia metas específicas que optimicen la calidad de vida de Pedrito y de su familia, y canalizar sus esfuerzos a una ayuda efectiva en este momento adverso. Un abordaje sicosocial será fundamental para analizar y resolver sus sentimientos de culpa con relación a su hija y buscar puntos de encuentro entre las dos.

María José, madre de Pedrito

La madre de Pedrito sufre psicológicamente. Se siente culpable por la enfermedad de su hijo; se cuestiona si su comportamiento rebelde habría causado su enfermedad o si este es un castigo; se siente angustiada porque no puede financiar su tratamiento. María José presenta una crisis espiritual y emocional, necesita una intervención sicosocial amplia, con soporte emocional y espiritual sostenido. Las limitaciones económicas y el acceso a oportunidades de tratamiento para Pedrito también deben ser tratadas y consideradas por el equipo de CPP. Pedrito tiene el derecho a acceder a oportunidades de cuidado eficaz que deberían estar garantizadas por el Estado. Es probable que María José desconozca sus derechos.

Un abordaje centrado en la familia, que considere a cada miembro como único y valioso, podrá armonizar las relaciones de cada uno de sus integrantes (María José y doña Rosa, como ejemplo) y optimizar el cuidado integral de Pedrito.

Pedrito, paciente

Pedrito sufre en varios dominios, uno es físico, ya que no ha tenido acceso a su medicación y actualmente se encuentra con una agudización de su enfermedad crónica; necesita un cuidado holístico para abordar su sufrimiento existencial, psicológico y espiritual. Los adolescentes entienden el concepto de universalidad, causa efecto e irreversibilidad de la muerte; buscan encontrar un sentido para su vida y su defunción. Sus interpretaciones sobre el fallecimiento también pueden ser de índole teológica, espiritual o estar condicionadas a la voluntad de un ser supremo. Con esto en mente, Pedrito puede reconocer también que su enfermedad es grave, que sus períodos de recuperación funcional son menores y/o que está muriendo. Los adolescentes quieren sentir que tienen control sobre su cuidado y toma de decisión. El equipo de CPP deberá contribuir a que Pedrito tenga su propia voz y que la familia discuta de manera abierta y responsable acerca de su enfermedad, así como sus planes, deseos y metas.

Pedrito se siente culpable porque no puede apoyar a su madre y abuela; se siente solo por el hecho de que su enfermedad es tratada como un tabú dentro de su familia y por lo tanto no puede discutirla. Una intervención familiar con un enfoque en su sufrimiento psicológico, espiritual y existencial mejoraría substancialmente su calidad de vida.

¿Cómo comunicar las malas noticias a la familia?

La piedra angular de los CP es la comunicación. Una buena comunicación entre el equipo de salud, pacientes y familia se asocia con la mejora de varios aspectos relacionados al bienestar que incluyen: i) salud mental; ii) resolución de síntomas; iii) restauración de actividad; y iv) manejo adecuado del dolor (Stewart, 1995). La eficacia de los CPP depende en gran medida de la creación de una relación igualitaria entre familias, pacientes y proveedores de cuidado, la que debería facilitar una comunicación abierta y honesta y un modelo de toma de decisión compartida. Estudios determinan que los padres que reportaron una buena comunicación con los médicos de sus hijos fallecidos, también reportaron niveles de bienestar más altos después de la muerte del niño o niña (Vollenbroich et al., 2016). Las fami-

lias de pacientes críticamente enfermos atribuyen la misma importancia a la calidad de la comunicación de los médicos que a sus habilidades clínicas (J. R. Curtis & White, 2008). La comunicación inadecuada puede confundir a las familias de pacientes gravemente enfermos, y dejarles sin acceso a la información básica sobre la condición, tratamiento, metas del tratamiento y el pronóstico de su ser querido.

Existen estrategias de comunicación —altamente eficaces y validadas— para compartir malas noticias. La meta es transmitir las a la familia y al paciente de manera organizada, sensible y empática; cumplir este objetivo es imprescindible para desarrollar una relación positiva con cada miembro de la familia, permitiéndoles sentirse respetados y cuidados, construyendo bases sólidas para colaboraciones futuras a lo largo del tratamiento. La técnica “SPIKES” fue desarrollada para pacientes con cáncer y ha sido diseminada como una destreza importante para transmitir malas noticias de manera efectiva (Baile et al., 2000):

S- (Setting up the interview) Organizar la reunión: Mentalmente ensayar la conversación; crear un espacio cómodo, tranquilo y privado con los seres queridos del paciente; asegurarse que tiene el tiempo adecuado para llevar a cabo la reunión.

P-(Perception) Percepción: Conversar con el paciente para comprender su entendimiento de la enfermedad; averiguar cómo se siente el paciente y su familia.

I-Invitation (Invitación): Identificar el momento en que la familia está dispuesta, lista para recibir las malas noticias y está invitando a compartirlas. Transmitir las malas noticias en una manera que resulte comprensible para el paciente.

K- (Knowledge) Conocimiento: Advertir al paciente sobre las malas noticias; compartir las malas noticias en una manera que sea comprensible para el paciente.

E- (Emotions and Empathy) Sentimientos y Empatía: Empatizar con los sentimientos del paciente y su familia; hacer preguntas acerca de sus sentimientos y resumir sus respuestas para que sepan que usted entiende.

S- (Strategy) Estrategia: Si el paciente está listo, planificar un tratamiento

con sus sugerencias y una nueva reunión, esto puede aliviar sus variaciones emocionales y nivel de ansiedad (Baile et al., 2000).

Esta estrategia de comunicación puede ayudar a los profesionales de la salud a discutir temas difíciles; compartir malas noticias e incorporar al paciente y a su familia como agentes integrales de cuidado del equipo de salud; para entonces planificar el tratamiento de manera igualitaria, procurando que este se derive de decisiones compartidas con las cuales se sientan cómodos. La meta principal de esta metodología de comunicación es crear espacios en los cuales las familias que viven un duelo anticipado (la pérdida del niño “sano”) o el duelo ante la muerte de su hijo enfermo, puedan normalizar y validar sus sentimientos, recibir apoyo y acceder a toda la información necesaria para tomar decisiones informadas. La comunicación igualitaria y eficaz elimina la posibilidad de implementar modelos paternalistas de cuidado que ignoren los deseos y las necesidades del paciente y sus familiares. Así se sientan las bases para un ambiente en el cual confíen y en el que se sientan satisfechos con la atención que reciben.

Un componente clave de la comunicación eficaz en CP es el manejo adecuado de las diferencias culturales (Doorenbos et al., 2012; Kamerling, Lawler, Lynch, & Schwartz, 2008; Kreling et al., 2010; Searight & Gafford, 2005; Smith et al., 2009). Es imprescindible reconocer que las expectativas de cada unidad familiar están basadas en sus experiencias únicas y en su cultura, que tienen implicaciones importantes en las preferencias de comunicación y en las opciones de tratamiento. En el libro *Cuando los niños mueren*, los autores Field y Behrman explican:

“Todos los dominios del cuidado al final de la vida son formados por la cultura, incluyendo el significado asignado a la enfermedad, el lenguaje realmente utilizado para discutir la enfermedad y la muerte (incluyendo si se reconoce abiertamente la muerte), el valor simbólico atribuido a la vida del niño (y su muerte), y la experiencia vivida a causa del dolor y el sufrimiento, la expresión apropiada del dolor, las asunciones de estilo y culturales sobre la toma de decisiones de la familia, el rol apropiado que asume el curador, el cuidado del cadáver después de la muerte y las expresiones apropiadas del duelo” (Field & Behrman, 2003).

Tomando en cuenta que Latinoamérica presenta una extensa conglomeración de culturas, es esencial que los profesionales aplicando CPP, reconozcan, integren y respeten la cultura individual de sus pacientes y familias en sus planes de tratamiento.

¿El cuidado de los enfermos terminales está en manos de hombres o de mujeres?, ¿cómo les afecta este proceso?

Tradicionalmente la mujer ha sido asignada como la cuidadora de niños, padres ancianos y enfermos. El que estas responsabilidades se complementen con el trabajo fuera del hogar —a tiempo parcial o a tiempo completo— deriva en que las mujeres sufran dobles y triples jornadas laborales. En esta actividad como trabajo remunerado, los salarios percibidos son bajos, muchas veces sin protección social; o se desarrollan bajo condiciones de explotación laboral.

Cuando un ser humano, sea hombre o mujer, elige cuidar de sus padres, niños y enfermos, puede vivir una experiencia que puede ser enriquecedora y liberadora, dependiendo de las circunstancias y el contexto a partir del cual desempeñe este rol.

En respuesta a la pregunta planteada, analizaremos la división del trabajo según género, en la región andina, las consecuencias de cuidar a enfermos en fase terminal de enfermedad, y las nuevas maneras de conceptualizar el rol de la mujer como cuidadora.

Antes de la imposición colonial, de la economía y organización social ibérica, en las culturas andinas en lo que actualmente se reconoce como Ecuador y otros países latinoamericanos, se reconoció y celebró la importancia de la interdependencia de la labor masculina y femenina para el funcionamiento de la familia, como unidad base de sus sociedades (Silverblatt, 1987). En la época precolombina, estas culturas mantenían la práctica de herencia paralela en que las hijas heredaban por parte de sus madres y los hijos de los padres, la que permitía la independencia económica y material de la mujer, y aseguraba su derecho independiente a recursos productivos —como tierras ancestrales— a lo largo de las generaciones (Powers, 2005; Silverblatt, 1987).

Estas sociedades no solían imponer divisiones de labor; cuando surgían, no eran acompañadas por las mismas jerarquías de prestigio como en sociedades anglo-europeas, sino que se reconocía la importancia del trabajo del hogar y el cuidado de la familia con la misma importancia que otros tipos de trabajo (Powers, 2005; Silverblatt, 1987). La imposición de valores y costumbres ibéricos mediante la injerencia de la religión judeo cristiana, dieron lugar a una nueva cultura en la cual la mujer y su trabajo son, paradójicamente y simultáneamente consagrados, despreciados e invisibilizados.

Tras el establecimiento de las nuevas culturas mestizas, se volvió rígida la división del trabajo según género; a la mujer se le asignaron las labores de reproducción, y el rol de cuidadora de hijos, padres ancianos y enfermos, incluyendo aquellos que cursaban la fase terminal de la enfermedad. Los conceptos ibéricos que concretaron estos nuevos patrones culturales, laborales, económicos y sociales eliminaron las tradiciones andinas que antes valoraban y protegían tal trabajo, la posición socioeconómica de la mujer y sus derechos.

Es necesario considerar que cuando España conquistó América, ya se había instalado el capitalismo en Europa. Una de las propuestas de los conquistadores fue establecer en las colonias sus principios basados en el individualismo. En la propuesta capitalista, la división del trabajo en remunerado y no remunerado ya estaba establecida, lo mismo que la prevalencia de la familia nuclear en la que a la mujer se le asignó el rol de reproducción y el ámbito doméstico. La mujer debía cuidar de su hogar, su esposo y los hijos para que se conviertan en fuerza de trabajo que apoye el desarrollo económico y social. Esta imposición se ejecutó gracias a normativas de la iglesia católica, que definió incluso la forma en la que debía mantenerse la vida sexual. El principal objetivo de la iglesia en las colonias fue lograr que la población asuma sus valores, imponiendo violentamente nuevas creencias acerca de la importancia de la mujer y de la familia, unidad base de la sociedad, por lo tanto, reestructurando el significado y las implicaciones asociadas con ser mujer.

Todavía se mantienen teorías acerca del cuidado como actividad que a la mujer le resulta natural, inherente a su instintivo materno, desde la premisa de que está biológicamente preparada para asumir este rol; igual que

cualquier otro animal realizando sus tareas maternas y cumpliendo su destino biológico (Ferguson, Hennessy, & Mecke, 2016). Se sostiene que la mujer en pleno goce de sus libertades elige de forma independientemente su rol como cuidadora, y por lo tanto es responsable por las limitaciones que acompañan esa posición, incluido el que no se reconozca económicamente este trabajo, ni se lo valore socialmente.

La forma como actualmente se construye la normalización del trabajo e identidad de la mujer como cuidadora, resulta opresiva. La imposición forzada de este rol también implica la imposición de ciertos valores e incluso identidades que pueden relegarla a un ideal espurio de feminidad.

En el contexto de Latinoamérica, uno de los arquetipos de la mujer es el marianismo, un concepto paralelo al machismo que imagina a la mujer ideal como la Virgen María: pura, subordinada, altruista, maternal, pasiva y, sobre todo, sacrificada (Stevens, 2009). Esta imagen es alarmantemente parecida a los hallazgos de varios estudios, que han investigado las percepciones de las mujeres respecto a su rol como cuidadoras de la familia, y que las lleva a sacrificar otras partes de su vida para asumir un porcentaje desproporcionado del trabajo de cuidar a otros; incluso en los casos en que los hombres de la familia están profesional y económicamente mejor posicionados para brindar esta atención (Grigoryeva, 2014; Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000).

Un estudio realizado en Estados Unidos estima que el 75% del total de cuidadores del país son mujeres, quienes experimentan altos índices de ansiedad, estrés, aislamiento social, depresión y problemas asociados con la alimentación y el sueño; también conocido como *burnout* (agotamiento). Son evidentes las secuelas físicas y económicas de haber sido forzadas a asumir el rol de cuidadoras, también existen importantes efectos espirituales, psicológicos y existenciales en las mujeres socialmente obligadas a ser cuidadoras (Kasuya et al., 2000). Las cifras de mujeres cuidadoras no han sido definidas para Latinoamérica, pero considerando los roles de género que dominan nuestras culturas, se supone que estas tasas son similares o más altas.

Cabe señalar que la imposición del rol de cuidadora no es exclusivamente un problema de género. La distribución del trabajo no altamente va-

lorizado por la sociedad es de índole interseccional y sigue patrones asociados a clase social, raza y grupo étnico. En la unidad familiar es más probable que las mujeres se encarguen del cuidado de otros miembros de la familia, pero también es común que, en familias con posibilidades económicas, se contraten a otras mujeres para realizar este trabajo.

Históricamente, realizaban ese trabajo esclavas y sirvientes (usualmente mujeres negras, indígenas y/o de bajos recursos económicos), ahora son empleadas quienes lo hacen (típicamente mujeres negras, indígenas, inmigrantes y/o de bajos recursos económicos). No es coincidencia que los trabajos menos valorizados y menos compensados en la sociedad sean reservados para los miembros de la sociedad menos apreciados.

La normalización del rol de la mujer como cuidadora tiene efectos en la sociedad a nivel estructural al fortalecer la misma jerarquía de dominación anglo-europea que dio lugar a esta dinámica hace 500 años. La relegación de la mujer al rol de la cuidadora restringe su acceso a la esfera pública en donde —estereóticamente— los hombres realizan el trabajo económico más valorizado en la sociedad, minimizando al mismo tiempo la responsabilidad del hombre en la casa. Esta dinámica limita la autorrealización de ambos géneros, en todos los ámbitos, y refuerza el menosprecio de la mujer y su trabajo. Hasta que se comparta igualmente el trabajo de cuidar (a los niños, ancianos, a los enfermos graves y en fase terminal de enfermedad) entre los géneros, razas y clases sociales, esta división de trabajo podrá seguir posibilitando la opresión social.

La clave de este argumento es la palabra calificativa *puede*, la cual nos remite a la tesis de nuestro análisis: la designación de la mujer como cuidadora no es necesariamente opresiva y limitante para ella; este rol tiene la posibilidad de ser limitante y/o liberador dependiendo de las circunstancias y el contexto en que se convierte en cuidadora.

En esta subsección discutiremos cinco puntos que presentan maneras en que ser cuidadora puede ser liberador, o calificarse como un acto de resistencia contra el mismo sistema que impone este trabajo en la mujer.

Ser cuidadora puede ser un camino a la autorrealización

Puede ser una falacia el considerar que un trabajo tradicionalmente asociado con feminidad es siempre opresivo. Oponerse a la división de labor forzada no es únicamente hacer lo contrario a la tradición; existen múltiples posibilidades para la autorrealización de cada mujer y mantenerse en resistencia hacia prácticas hegemónicas.

Varios estudios reconocen que el trabajo de cuidar a la familia puede ser una forma de resistencia contra la cultura dominante, que empodere y satisfaga a muchas mujeres. En una variedad de estudios científicos se concluye que ser la cuidadora de un paciente en fase terminal de la enfermedad satisface a la cuidadora psicológica, espiritual y existencialmente. Un estudio encontró que, con el apoyo social y psicológico adecuado, cuidadoras de enfermos en fase terminal de enfermedad, disfrutaron de y encontraron sentido en la vida por medio de su trabajo (William E. Haley, LaMonde, Burton, & Schonwetter, 2004). Se ha descubierto que el alivio del padecimiento físico, psicológico y espiritual del paciente es asociado con el alivio del mismo sufrimiento de los cuidadores (W. E. Haley et al., 1996; Harding, Higginson, & Donaldson, 2003; Hebert, Arnold, & Schulz, 2007; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005). En situaciones en que la cuidadora y el paciente tengan el apoyo adecuado, esta actividad puede resultar en una experiencia gratificante y generar crecimiento personal.

El significado y las implicaciones de ser cuidadora no son las mismas para todas mujeres

Como se ha mencionado, la opresión siempre es de índole interseccional. La misma forma de opresión puede afectar de diferentes maneras a distintos grupos de mujeres, engendrando varios significados de la misma situación (Willet, Anderson, & Meyers, 2015). En términos más concretos, el ser cuidadora de la familia puede indicar libertad para una mujer mientras para otra indica opresión. Una mujer pobre podría preferir cuidar de su papá terminalmente enfermo, pero su situación económica le obliga a trabajar fuera de casa. Una mujer con posibilidades económicas podría preferir trabajar fuera, pero por la presión social y familiar decide quedarse

en casa para cuidar de sus hijos. De la misma manera, en un artículo sobre perspectivas feministas del yo, la profesora Dorothy Roberts —estudiosa de ley, raza y género— explica que, en comunidades afroamericanas en los Estados Unidos, realizar trabajo doméstico, o cuidar a miembros de la familia en su propia casa, es un acto sumamente subversivo contra la cultura dominante y un camino a la autorrealización, pues resulta en un beneficio para la comunidad afro, no para la población blanca (Ferguson et al., 2016). Al analizar la realidad individual de las mujeres que tienen que enfrentarse a las presiones asociadas con el hecho de convertirse en la cuidadora de la familia, se hace obvia la pluralidad de experiencias posibles dentro de este rol y la diversidad de caminos a la libertad y autorrealización que existen.

El significado y las implicaciones de ser cuidadora —sea un rol adoptado de manera relativamente independiente o forzadamente— no es constante, ni para la misma mujer

Si partimos de que los individuos son fluidos, cambiantes, interseccionales, relacionales y frecuentemente paradójicos, es fácil entender que todas las personas y sus deseos cambian con el paso del tiempo. No es una excepción la evolución de los deseos de las cuidadoras de enfermos en fase terminal de la enfermedad, especialmente porque se trata, frecuentemente, de una experiencia altamente estresante (W. E. Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987; Schulz & Sherwood, 2008; Song, Biegel, & Milligan, 1997; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003):

“La provisión de cuidado tiene todas las características de una experiencia de estrés crónico: crea presión física y psicológica con el paso del tiempo, se acompaña de niveles altos de imprevisibilidad y falta de control; tiene la capacidad de crear estrés secundario en varios dominios de la vida, incluyendo el trabajo y las relaciones familiares, y frecuentemente requiere de altos niveles de vigilancia. Proveer cuidado a lo largo del tiempo encaja en la fórmula para el estrés crónico tan bien que se usa como un modelo para estudiar los efectos en la salud del estrés crónico” (Schulz & Sherwood, 2008).

Asegurar la libertad de la mujer en el rol de ser una cuidadora no solo

requiere, en primer lugar, que no se sienta presionada cuando decida serlo, sino que cuente con el apoyo necesario y constante, y que de manera autónoma pueda cambiar su decisión en el caso de que, con el paso del tiempo, este rol se convierta en una fuente de opresión.

Ser una cuidadora puede generar oportunidades para actos individuales de resistencia

En situaciones en que las mujeres deciden o son forzadas a convertirse en cuidadoras, existen oportunidades para generar actos de resistencia a nivel individual, ante las normas impuestas por la sociedad. La mujer cuidadora puede involucrar a hijos y a su esposo en los quehaceres domésticos, en función de la carga adicional generada por el cuidado de un hijo severamente enfermo. Puede darse también que cuando las mujeres migran a otros países en los cuales —por cambios demográficos o sociales— no cuentan con mujeres dispuestas a cuidar de sus ancianos o enfermos, se abran nichos laborales para que mujeres de países pobres acudan a cumplir estas funciones de cuidado; vale mencionar que estas mujeres reciben sueldos en muchas ocasiones injustos. En sus hogares, se convierten en una fuente de ingreso importante que solventa la manutención y educación de sus hijos, y muchas veces brindan a sus esposos la oportunidad de cuidar del hogar y de sus hijos.

En estos ejemplos de *micro-resistencia*, la mujer subvierte los clásicos roles de género al incorporar a los hombres de su familia y desafiar —en maneras innovadoras— las expectativas del cuidado, distintamente antimachistas, anticolonialistas y anti-hétero-normativas.

Actos individuales y grupales de florecimiento dentro de ambientes de opresión

Otra dimensión de resistencia y libertad dentro de un ambiente de opresión es el florecimiento de las personas destinadas a ciertos roles dentro de esos mismos roles. Muchas mujeres han florecido dentro de su estereotipo de “solo servir para cuidar de niños, ancianos y enfermos” al convertirse

en médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas, así como en otras profesiones que aportan conocimiento único e imprescindible en sus campos respectivos, y que involucran la entrega y el servicio a los demás.

Esta dimensión de resistencia y libertad ha sido particularmente pertinente en la especialidad de Cuidados Paliativos, iniciada por Cicely Saunders en los años cincuenta y sesenta (N. H. a. P. C. Organization, 2016). Desde sus comienzos, el campo de los cuidados paliativos ha dependido de aportes de mujeres innovadoras para avanzar hacia la calidad y disponibilidad de su cuidado alrededor del mundo. En Latinoamérica, por ejemplo, la Dra. Michelle Grunauer ha propuesto e implementado un modelo integrado de cuidado en el que los cuidados paliativos pediátricos se incorporan a los cuidados intensivos pediátricos, independientemente del pronóstico de la enfermedad, generando un modelo integrado de cuidado con un enfoque claro de derechos humanos (Biskup, Philip, & Grunauer, 2016; Cordeiro-Reyes & Grunauer, 2016).

Los esfuerzos mancomunados de los profesionales de la salud hacia la igualdad de acceso a oportunidades deben considerar las complejas tensiones éticas y filosóficas de trabajar con pacientes y sus cuidadores. La meta es brindar la mejor atención posible, sin imponer presiones adicionales desde sus posiciones de poder. No habremos alcanzado la igualdad ni la independencia para la mujer en relación al rol de ser cuidadora hasta que las mujeres realmente tengan una manera de elegir de forma autónoma su rol de cuidadoras, sin que sus decisiones dependan del papel impuesto para ellas por la sociedad. Esto incluye superar la falta de participación de los hombres como cuidadores, y eliminar otro tipo de presiones (King-Miller, 2015).

¿Cuál es el rol del médico de familia en los cuidados paliativos?

Aunque es importante contar con especialistas de CPP en el equipo de cuidado para pacientes con necesidades muy complejas de atención en salud, una multitud de estudios han demostrado que los médicos familiares desempeñan un rol sumamente importante en asegurar la continuidad del cuidado holístico integral en: i) el paciente con un riesgo inminente de vida; ii) en aquel que tendrá una vida corta; iii) o en el manejo impecable al final

de la vida. La gran mayoría de la población con necesidades de cuidados paliativos se concentra en el primer nivel de atención (Beernaert et al., 2015; Melvin, 2001; Norman, Sisler, Hack, & Harlos, 2001).

Especialmente en países en vías de desarrollo (cuya transición demográfica inminente y el envejecimiento subsecuente de su población no irá de la mano con el desarrollo de una infraestructura adecuada, o con la formación de talento humano suficiente en la especialidad para brindar servicios y programas de cuidados paliativos, mucho menos en el área de infantil), los médicos familiares seguirán desempeñando un papel imprescindible en el cuidado del paciente con necesidades paliativas, particularmente en los casos en que el paciente prefiera fallecer en su casa (Howarth & Willison, 1995).

Un estudio del año 2014 realizado en Bélgica, determinó cinco funciones claves que los médicos familiares aportan para “prevenir y guiar los ingresos al hospital al final de la vida”, que se resumen como:

“El Médico Familiar es el coordinador del tratamiento que anticipa futuras situaciones posibles; es el iniciador de decisiones en situaciones agudas, mayormente de manera consultiva; es un proveedor de cuidado al final de la vida, en quien se consideran la competencia y la actitud importantes; es un proveedor de apoyo, particularmente al estar disponible durante situaciones agudas; y un coordinador del caso, asumiendo la responsabilidad del cuidado” (Reyniers et al., 2014).

En Bélgica, Estados Unidos y otros países industrializados, existe un movimiento político y social para apoyar y facilitar —para el paciente que así lo decide— la muerte en casa en lugar del hospital, con el objetivo de conservar recursos y mejorar la experiencia del paciente (Reyniers et al., 2014). En los países con recursos limitados de salud, existe la necesidad imperiosa de generar entrenamiento y recursos apropiados para la provisión del cuidado domiciliario. Muchos países latinoamericanos aún ofrecen una provisión limitada de programas de cuidados paliativos, algunos no disponen de morfina oral (aunque el manejo de dolor es un derecho humano fundamental); existe además un déficit en el rango de intervenciones apro-

piadas para mejorar la calidad de vida y el cuidado durante el fallecimiento en estos entornos (Adams & Worldwide Palliative Care, 2008; Alliance & Organization, 2014).

Entre las tareas que los médicos familiares pueden realizar para contribuir al cuidado de un paciente al final de la vida, están la evaluación impecable y el manejo de síntomas; la comunicación y coordinación de cuidado; el apoyo psicosocial; triaje, y referencia a servicios especializados de ser necesario (Norman et al., 2001).

Durante los momentos de enfermedad aguda y al final de la vida, los pacientes frecuentemente buscan comodidad y familiaridad. Los médicos familiares, particularmente los que han mantenido una relación cercana con sus pacientes, pueden asistirle durante momentos críticos. Abordajes simples como reservar tiempo para hacer el seguimiento a los pacientes con necesidades de cuidados paliativos y a sus familias; responder rápidamente a sus llamadas y preguntas; programar citas sin demora; entre otros, son enormemente apreciados por los pacientes y sus familias (Norman et al., 2001).

Se presentan importantes problemas que deben ser superados. Un estudio de pacientes con cáncer en fase terminal demostró que frecuentemente pierden contacto con sus médicos familiares —por una variedad de razones— que incluyen desconfianza, falta de comunicación y coordinación entre especialistas y médicos familiares (Norman et al., 2001). Estas variables podrían explicarse por el hecho de que los médicos familiares frecuentemente se sienten mal preparados para guiar a pacientes y a sus familias en momentos tan difíciles. Esta situación puede modificarse incorporando en los programas de entrenamiento de los médicos familiares, temas concretos de medicina paliativa (específicamente CPP) que facilite superar estas barreras. Es fundamental que estas limitaciones sean resueltas ya que los médicos familiares mantienen relaciones de confianza con la familia, que se han cultivado a lo largo de muchos años de atención y cuidado.

¿Cuáles son las fortalezas y limitaciones del primer nivel para brindar cuidados paliativos?

El primer nivel de atención aporta de manera importante al funcionamiento y eficacia de los CP. Tanto para pacientes y profesionales, este nivel suele ser el primer punto de contacto con el sistema de salud, con un poder enorme para determinar el curso del tratamiento de cada paciente. En un artículo del año 2001, Melvin enmarca las responsabilidades del personal del cuidado del primer nivel de atención con preguntas muy simples: “¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿cómo?” explicando así que la responsabilidad de identificar pacientes que podrían beneficiarse de CP frecuentemente recae primero en el médico familiar y en sus colegas del primer nivel de atención de salud; esto implica definir el plan de tratamiento; referir al paciente a los especialistas adecuados si es necesario; o decidir cuándo hacer las referencias y a quién hacerlas (Melvin, 2001). Estas decisiones son imprescindibles porque pueden influir directamente en que el paciente acceda a los tratamientos necesarios para controlar sus síntomas, y en su autonomía sobre la selección del tratamiento médico (Melvin, 2001). Las largas relaciones de confianza que frecuentemente los profesionales del primer nivel de atención mantienen con sus pacientes, los convierten en los más importantes aliados de los especialistas de CP.

Además de los aspectos mencionados, una de las decisiones más importantes que los profesionales del primer nivel de atención consideran con el paciente (en gozo de su autonomía) o con la familia, corresponde al ingreso al hospicio. En su artículo del año 2008 para *Family Practice Management*, Old explica que:

“Una de las cosas más difíciles que hacemos como médicos es compartir malas noticias con nuestros pacientes y sus familias. Es frecuentemente mucho más fácil para nosotros perseguir tratamientos improbables que iniciar la conversación difícil sobre facilitar una muerte natural. Sin embargo, el médico sabio identifica el momento para hacer la transición del tratamiento curativo al tratamiento paliativo, y que la satisfacción del paciente y la familia aumentan cuando se hace esta transición” (Old, 2008).

Connor et al. 2007 corrobora esta afirmación con el hallazgo de que los pacientes admitidos al hospicio generalmente viven por más tiempo que los pacientes con los mismos trastornos que optan por otros caminos (Connor, Pyenson, Fitch, Spence, & Iwasaki, 2007). El inicio temprano de CP es ampliamente reconocido como la mejor manera para aliviar el sufrimiento del paciente, honrar su dignidad, prolongar su vida y apoyar a su familia.

A pesar de las fortalezas de la atención médica del primer nivel para brindar cuidados paliativos, los profesionales a este nivel también se enfrentan con una variedad de barreras que limitan su habilidad para ofrecer estos cuidados. La falta de preparación especial y acceso a un equipo interdisciplinario capacitado, obstaculizan enormemente este. De hecho, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos reconocen que la falta de preparación adecuada de médicos alrededor del mundo es una de las barreras más significativas que contribuye a las disparidades mundiales en el acceso a CP (Baker, 2009). Dadas las tremendas limitaciones de infraestructura y formación en esta rama de la medicina, muchos países en Latinoamérica y en el resto del mundo no están adecuadamente preparados para abordar las necesidades de pacientes que requieren de cuidados paliativos; sin embargo, la situación tiene un gran potencial de cambio. Los médicos debemos saber que el éxito de nuestra profesión involucra promover el bienestar y la calidad de vida de nuestros pacientes, así como acompañar su fallecimiento. Este precepto conduce a que de manera activa abogemos por el derecho a una vida plena y a una muerte en que el dolor y sufrimiento sean evitados y/o intervenidos activamente.

Referencias bibliográficas

- ACT. (2013). A framework for the development of an Integrated Care Pathway for Children and Young People with Life Threatening or Life-Limiting Conditions and their Families. Third edition. Retrieved from http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4121/TfSL_A_Core_Care_Pathway__ONLINE_.pdf
- Adams, V., & Worldwide Palliative Care, A. (2008). Access to pain relief: an essential human right. A report for World Hospice and Palliative Care Day 2007. Help the hospices for the Worldwide Palliative Care Alliance. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 22(2), 101-129.
- American Academy of P., American College of Emergency, P., O'Malley, P., Mace, S. E., & Brown, K. (2006). Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 48(5), 643-645. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.09.011
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. (2000). *Pediatrics*, 106(2 Pt 1), 351-357.
- Australia, P. C. (2015). Palliative Care Myths. Retrieved from Australia:
- ACT. (2013). A framework for the development of an Integrated Care Pathway for Children and Young People with Life Threatening or Life-Limiting Conditions and their Families. Third edition. Retrieved from http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4121/TfSL_A_Core_Care_Pathway__ONLINE_.pdf
- Adams, V., & Worldwide Palliative Care, A. (2008). Access to pain relief: an essential human right. A report for World Hospice and Palliative Care Day 2007. Help the hospices for the Worldwide Palliative Care Alliance. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 22(2), 101-129.
- Alliance, W. P. C., & Organization, W. H. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Retrieved from http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. (2000). *Pediatrics*, 106(2 Pt 1), 351-357.
- Amery, J. (2016). A Really Practical Handbook of Children's Palliative Care.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baker, T. (2009). Critical care in low-income countries. *Trop Med Int Health*, 14(2), 143-148. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02202.x
- Beernaert, K., Van den Block, L., Van Thienen, K., Devroey, D., Pardon, K., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Fam Pract*, 32(6), 694-700. doi:10.1093/fampra/cmv072
- Biskup, T., Philip, P., & Grunauer, M. (2016). Lessons from the Design and Implementation of a Pediatric Critical Care and Emergency Medicine Training Program in a Low Resource Country—The South American Experience
- Journal of Pediatric Intensive Care*, 1-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584678>
- Connor, S., R., Pyenson, B., Fitch, K., Spence, C., & Iwasaki, K. (2007). Comparing Hospice and Nonhospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a Three-Year Window. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 8.
- Cordero-Reyes, A., & Grunauer, M. (2016). The World Health Organization is right: The importance of an integrated model of care through the continuum of attention in the pediatric intensive care unit. Retrieved from <http://www.picumic.com/xhtml/news.xhtml>
- Curtis, J. R., & White, D. B. (2008). Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest*, 134(4), 835-843. doi:10.1378/chest.08-0235
- Doorenbos, A., Lindhorst, T., Starks, H., Aisenberg, E., Curtis, J. R., & Hays, R. (2012). Palliative care in the pediatric ICU: challenges and opportunities for family-centered practice. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 8(4), 297-315. doi:10.1080/15524256.2012.732461

- Ferguson, A., Hennessy, R., & Mecke, N. (2016). Feminist Perspectives on Class and Work. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-class/> - 7
- Field, M., J., & Behrman, R., E. (2003). When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families (C. o. P. a. E.-o.-L. C. f. C. a. T. Families Ed. Vol. 1). Washington, DC: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.
- Frager, G. (1997). Palliative care and terminal care of children. *Child & Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 6, 20.
- Grigoryeva, A. (2014). When Gender Trumps Everything: The Division of Parent Care Among Siblings. Center for the Study of Social Organization, 42.
- Haley, W. E., LaMonde, B. H., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2004). Predictors of Depression and Life Satisfaction Among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 9.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*, 2(4), 323-330.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coletton, M. I., Ford, G. R., West, C. A., Collins, R. P., & Isobe, T. L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Consult Clin Psychol*, 64(1), 121-129.
- Harding, R., Higginson, I. J., & Donaldson, N. (2003). The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care. *Support Care Cancer*, 11(10), 638-643. doi:10.1007/s00520-003-0500-6
- Hebert, R. S., Arnold, R. M., & Schulz, R. (2007). Improving well-being in caregivers of terminally ill patients. Making the case for patient suffering as a focus for intervention research. *J Pain Symptom Manage*, 34(5), 539-546. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.12.016
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med*, 60(1), 1-12. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.018
- Howarth, G., & Willison, K. B. (1995). Preventing crises in palliative care in the home. Role of family physicians and nurses. *Can Fam Physician*, 41, 439-445.
- Kamerling, S. N., Lawler, L. C., Lynch, M., & Schwartz, A. J. (2008). Family-centered care in the pediatric post anesthesia care unit: changing practice to promote parental visitation. *J Perianesth Nurs*, 23(1), 5-16. doi:10.1016/j.jopan.2007.09.011
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* (119).
- King-Miller, L. (2015). On Being A Queer, Feminist, Stay-At-Home Mom. Family. Retrieved from <http://www.rolereboot.org/family/details/2015-10-on-being-a-queer-feminist-stay-at-home-mom/>
- Knapp, C. A., Madden, V. L., Curtis, C. M., Sloyer, P., & Shenkman, E. A. (2010). Family support in pediatric palliative care: how are families impacted by their children's illnesses? *J Palliat Med*, 13(4), 421-426. doi:10.1089/jpm.2009.0295
- Kreling, B., Selsky, C., Perret-Gentil, M., Huerta, E. E., Mandelblatt, J. S., & Latin American Cancer Research, C. (2010). 'The worst thing about hospice is that they talk about death': contrasting hospice decisions and experience among immigrant Central and South American Latinos with US-born White, non-Latino cancer caregivers. *Palliat Med*, 24(4), 427-434. doi:10.1177/0269216310366605
- Melvin, T. A. (2001). The primary care physician and palliative care. *Prim Care*, 28(2), 239-249.
- Norman, A., Sisler, J., Hack, T., & Harlos, M. (2001). Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician*, 47, 2009-2012, 2015-2006.
- O'Boyle, E. J. (2007). REQUIEM FOR HOMO ECONOMICUS. *Journal of Markets and Morality*, 10(2), 1-24.
- Old, J. L. (2008). Discussing End-of-Life Care With Your Patients. *Family Practice Management*, 15(3), 4.

- Organization, N. H. a. P. C. (2016). History of Hospice Care. Retrieved from <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>
- Organization, W. H. (2016). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Paradise Baranowski, K. (2016). Stress in Pediatric Palliative and Hospice Care: Causes, Effects, and Coping Strategies. Retrieved from <http://www.nhpco.org/mar-06/stress-pediatric-palliative-and-hospice-care-causes-effects-and-coping-strategies>
- Powers, K. V. (2005). *Women in the Crucible of Conquest: The gendered genesis of Spanish-American society, 1500-1600*. New Mexico: University of New Mexico Press.
- Reyniers, T., Houttekier, D., Pasman, H. R., Stichele, R. V., Cohen, J., & Deliens, L. (2014). The family physician's perceived role in preventing and guiding hospital admissions at the end of life: a focus group study. *Ann Fam Med*, 12(5), 441-446. doi:10.1370/afm.1666
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, 108(9 Suppl), 23-27; quiz 27. doi:10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c
- Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician*, 71(3), 515-522.
- Silverblatt, I. (1987). *Women of the Peasantry Moon, Sun & Witches: Gender Ideologies and Class in Colonial Peru* (pp. 125-147). Princeton: Princeton University Press.
- Smith, A. K., Sudore, R. L., & Perez-Stable, E. J. (2009). Palliative care for Latino patients and their families: whenever we prayed, she wept. *JAMA*, 301(10), 1047-1057, E1041. doi:10.1001/jama.2009.308
- Song, L. Y., Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J*, 33(4), 269-286.
- Stevens, E. P. (2009). *Marianismo: The Other Face of Machismo in Latin America*. Female and male in Latin America: essays. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*, 10(8), e0136955. doi:10.1371/journal.pone.0136955
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(6), 946-972. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946
- Willet, C., Anderson, E., & Meyers, D. (2015). Feminist Perspectives on the Self. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-self/>
- Zernikow, B., Hasan, C., Hechler, T., Huebner, B., Gordon, D., & Michel, E. (2008). Stop the pain! A nation-wide quality improvement programme in paediatric oncology pain control. *Eur J Pain*, 12(7), 819-833. doi:10.1016/j.ejpain.2007.12.002



Capítulo once: evaluación del impacto de la atención primaria

Fúlvio B. Nedel*

* Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – SPB/CCS/UFSC, Florianópolis-SC, Brasil
Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines – GRAAL



... y llegó el tiempo de evaluar el trabajo

Finalmente llegó el tiempo de tomar vacaciones. Verónica estará fuera un mes para disfrutar con su hija y su madre en una casa que alquiló en la playa. El aire del mar, los paseos playeros y la comida con los frutos del mar la reaniman y fortalecen, pero extraña a sus pacientes, quiere regresar para disfrutar de sus conversaciones, de esa sensación tan especial que tiene cuando ayuda a la gente.

En estos momentos reflexiona en la importancia de su trabajo para las personas de la comunidad, y las particularidades de la medicina familiar. Recuerda los casos que atendió en el año, se alegra por los que pudo resolver y le entristece aquellos para los que no siempre tuvo respuestas.

Piensa sobre todo en aquellos casos donde la enfermedad pudo ser evitable, o en las situaciones donde se pudo prevenir una complicación. Si la gente tuviera mayor facilidad en el acceso o si el primer nivel tuviera mayores recursos, no fuera necesario, por ejemplo, derivar al hospital casos que de alguna manera podían resolverse en el nivel primario.

Recuerda a Anita, la niña con infección urinaria que cuando llegó a consulta ya necesitaba tratamiento hospitalario; a Joaquín, el niño con neumonía que tuvo que remitir al hospital porque no tenía medicación en el centro de salud; o a Juan y a María dos ancianos que ingresaron a hospital para hacerse todos los exámenes que requerían.

Como en otros años, aprovecha las vacaciones para elaborar tablas y gráficos con indicadores de la atención, que luego colgará en las paredes del centro de salud: la cobertura de vacunas, de atención prenatal, de hipertensos y diabéticos, participación en grupos y otras actividades, la proporción de consultas médicas derivadas a otros servicios, etc.

Ella y los demás compañeros de trabajo en la unidad de salud saben de la importancia de la evaluación del trabajo y perciben un empoderamiento de la gente desde que usa la información en procesos colectivos de planificación de salud. Sin embargo, se pregunta si hay otros indicadores de resultado, más allá de la proporción de consultas que deriva a otros servicios, y cómo se ubica su población cuando la compara a la región, el país u otras partes del mundo.

Propuesta para resolver el caso

Verónica se interroga sobre la evaluación y su impacto en la atención primaria. El capítulo propone elementos para reflexionar sobre el impacto de la Atención Primaria de Salud (APS), sus resultados sobre la salud de las personas, y la medición de su efectividad.

Se ha visto en este libro que entre los retos que propone la APS está la resolución del 85% de los motivos de consulta médica de la población general, en el primer nivel de atención. Una medida de su efectividad es la capacidad de resolución: la proporción de pacientes no derivados entre los que el médico atendió en un período determinado. Ante este indicador, Verónica considera que el hecho de que el médico no haya derivado a un paciente no significa que haya resuelto su problema de salud, ni que el paciente no haya buscado atención en otros servicios.

Otra posibilidad de medida es, desde la APS, el uso de indicadores indirectos como la mortalidad evitable, la mortalidad infantil o la mortalidad hasta los cinco años; o por causas determinadas, como la muerte materna. Estos indicadores, además de ser claramente de resultado, permiten la monitorización y suelen tener registros de mejor calidad que los de la atención primaria.

Verónica conoce que la noción de mortalidad evitable derivó en la hospitalización evitable, y de esta el concepto de Condición Sensible a la Atención Primaria (CSAP). Las CSAP son aquellas condiciones de salud que se pueden evitar, curar o controlar desde la APS; la falta de acción efectiva y oportuna de la APS resultará en la necesidad de hospitalización del paciente.

Si bien todas las listas de causas consideradas CSAP se componen de causas codificadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), los códigos adoptados varían bastante entre los estudios. Si se toman en cuenta los atributos de longitudinalidad e integralidad de la Medicina Familiar, esta lista debería ser amplia, y no solamente considerar las causas más frecuentes; una baja fiabilidad de los registros hospitalarios podría justificar centrarse en pocas causas para evitar los sesgos.

Con estos antecedentes queda claro que no podemos hacer un análisis de los indicadores específicos del centro de salud en el que trabaja Verónica, porque no contamos con datos oficiales de un centro de salud de primer nivel. Por esta razón y como ilustración de uso del indicador, se presentará en este capítulo un análisis de las hospitalizaciones registradas en la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Egresos Hospitalarios de Ecuador en el año 2010.

Para profundizar en el tema se desarrollarán las preguntas generadoras que Verónica se plantea:

- ¿Cuál es la importancia de este indicador en la atención primaria de salud?
- ¿Qué es la Condición Sensible a la Atención Primaria (CSAP)?
- ¿Cuáles son la frecuencia y factores asociados a las hospitalizaciones por CSAP?

Fundamentación teórica

¿Cuál es la importancia de este indicador en la atención primaria de salud?

El modelo biomédico de atención de la salud se organiza en torno al combate a la enfermedad, asumida como un ser o una especie a la que remite la expresión —aún en uso— de *entidad nosológica*. Cuando a finales del siglo XIX se descubre que algunas bacterias pueden ser causa de enfermedad, que la leche ‘pasteurizada’ no transmite la tuberculosis, que la tasa de infección quirúrgica es mucho menor en ambiente aséptico, la idea de que las bacterias serían la causa de todas las enfermedades, o que para cada enfermedad habría una bacteria que la causara, se suplanta el modelo causal de los miasmas, y con él la percepción de la salud y la enfermedad como procesos con fuerte raíz social, como afirmaban las clásicas proposiciones de Chadwick o los estudios de Villermé, Virchow, Engels, o el mismo Snow. Junto al capitalismo naciente vivimos también la utopía de que, frente a un inexorable avance de la tecnología biomédica, la erradicación de las enfermedades (como por fin se pudo ver en la viruela) no era más que una cuestión de tiempo (Fúlvio Borges Nedel, 2009).

No se tardó en percibir, sin embargo, el gasto desmesurado y las iatrogenias resultantes de dicho modelo. Su ineficiencia fue un gran móvil de la histórica Conferencia de Alma-Ata de 1978, en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclama los conceptos sobre APS que venía produciendo desde los años sesenta, donde se propone que los Sistemas Nacionales de Salud se reorganicen en su base. Si bien muchos países se comprometieron con políticas en este sentido, sabemos que luego se intentó establecer el concepto de ‘atención primaria selectiva’, y en la mayoría de los países de capitalismo dependiente no se implantaron las acciones integradas de Alma-Ata, sino canastas de servicios para enfermedades más prevalentes y grupos poblacionales de mayor riesgo (Fúlvio Borges Nedel, 2009). Actualmente hay información suficiente para saber que los sistemas de salud organizados con base en la APS no solo resultan más eficientes en el gasto, sino también más seguros para el paciente, con mejor impacto sobre la salud de la población (Starfield, 2002).

La APS, más que apenas un ámbito o instancia de atención de la salud, es un modelo de atención con una orientación, principios y atributos determinados. Es decir, que el solo hecho de que un Centro de Salud funcione como puerta de entrada del sistema no es suficiente para clasificar a dicho Centro como de APS. Se distingue así la APS de la *atención ambulatoria*, de la *atención primaria selectiva*, y del ejercicio de la medicina general o de la medicina de familia como práctica liberal. En el desarrollo conceptual de la APS, Starfield (Starfield, 2002) propone la noción de atributos esenciales (acceso de primer contacto del individuo con el sistema de salud, longitudinalidad, integralidad y coordinación de la atención) y derivados de la APS (atención centrada en la familia, de orientación comunitaria y comunicación intercultural). Se ha desarrollado también una herramienta para la evaluación del grado de alcance de dichos atributos por parte de los servicios de atención primaria, que se conoce por su nombre en inglés *Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool)*. El PCA-Tool se compone de una serie de cuestionarios que miden distintos componentes de los atributos de la APS (M. R. Gonçalves et al., 2016; Harzheim, Oliveira, Trindade, Agostinho, & Hauser, 2010).

Son muy variados los posibles abordajes en evaluación de la salud. Es ampliamente usada la arquitectura conceptual de Donabedian, quien la clasifica en criterios de *estructura*, *proceso* e *impacto* o *resultado*. Los *procesos* dependen de la existencia de una determinada *estructura*, y ambos aspectos, en conjunto, determinarán los *resultados* (Donabedian, 1988). Es importante distinguir dichos aspectos: buenas coberturas de atención prenatal impactan poco si los exámenes, medicación u otros aspectos de la estructura no están disponibles; o si están, pero el equipo de salud no los utiliza; o si luego faltan maternidades y hospitales.

En el campo de los métodos cuantitativos, el desarrollo de métodos como el *PCA-Tool* implicó avances importantes al medir el grado de cumplimiento de los atributos de la APS, una limitación de indicadores de desempeño clásicamente utilizados como las coberturas de acciones programáticas, y de indicadores de resultado como la tasa de mortalidad infantil, u otros que se detienen en una única causa (como la tasa de hospitalización por accidente cerebro-vascular, o por neumonía en menores de cinco años). Sin embargo, dadas las complejidades del método, no siempre se analizan todos los atributos, y en consecuencia se han propuesto versiones resumidas del instrumento (Oliveira, Harzheim, Riboldi, & Duncan, 2013). En este sentido, es importante distinguir también entre los abordajes que necesitarán investigación y un equipo de investigadores *ad hoc*, y otros que permitan la monitorización de indicadores a partir de registros secundarios rutinarios y sin la necesidad de formación especializada en investigación.

Desde la APS se puede coleccionar —de forma rutinaria— mucha información importante para la evaluación, ya sea de proceso, como el cumplimiento de metas de cobertura y concentración de programas o acciones programáticas (vacunas, prenatal, diabéticos diagnosticados y atendidos, número de sintomáticos respiratorios investigados para tuberculosis, etc.); o de resultado, como el número de niños o ancianos hospitalizados, de pacientes con problemas crónicos controlados, de tuberculosos tratados y curados, o la proporción de personas derivadas a otros servicios. Estos indicadores no son excluyentes e idealmente se deberían usar en conjunto, en la planificación de acciones del equipo de salud o de políticas de salud para una región.

En el trabajo del equipo con datos locales, muchas veces habrá que utilizarse números absolutos y no se podrá valorar el papel del azar en las variaciones observadas, dado el pequeño número de observaciones con que usualmente se maneja. Este, sin embargo, es un problema de poca importancia en la planificación local, dado que se acostumbra trabajar con registros de toda la población, y no con una muestra. Mucho más relevante es el tema de la precisión y validez de los datos, que son fáciles de conocer por parte del equipo aun cuando no las controle. Obviamente la calidad de los datos dependerá de un buen sistema de información; un equipo en el primer nivel debe ser capaz de establecer su propio sistema de información, si fuera el caso.

De otra parte, cuando los datos se manejan en un nivel más macro, como el de grandes municipios o un país, el problema cobra mayor importancia, pues si la calidad de la información es variada se hace frágil el análisis de los datos como un todo, y lo que tiene mucha riqueza para un área de salud puede ser de muy poco valor para la comparación con otras áreas si la información no está normalizada. Para solventar el problema, se puede recurrir al uso de *indicadores indirectos*, contruidos con datos de otros sistemas de información que suelen tener mejor validez, precisión y cobertura en los países, como los registros hospitalarios o de mortalidad. Son ejemplos la tasa de mortalidad infantil y la tasa de hospitalización por causa y poblaciones específicas.

Dichos indicadores se usan como medida de la efectividad o calidad de la APS, aunque midan sucesos no delimitados por su ámbito de atención —como la hospitalización— y se refieran más bien a la falta de efectividad o calidad que a su existencia. Pertenecen así al corolario de los *sucesos evitables*, en este caso por la APS. La principal limitación del uso de sucesos específicos para la evaluación del resultado de la APS, es que la APS no es específica sino generalista. Ya sea por su implantación desde los años 1950 con la *salud comunitaria* —mayormente en áreas pobres— o por las propuestas de *atención primaria selectiva*, los servicios de APS clásicamente se han estructurado mejor para la atención del niño y la madre que para la atención de personas con condiciones crónicas de salud. Este es un problema de enfrentamiento más reciente. Considerando la grande carga de enfermedades crónicas con que nos enfrentamos, un indicador basado en uno o pocos sucesos específicos está limitado en su validez interna, pues un buen resultado sobre la tasa de mortalidad infantil puede no reproducirse en la mortalidad cardiovascular. Por tanto, un indicador que agregue varios sucesos de salud típicamente atendidos en la APS tendrá más validez que el que contabilice una sola causa. De otra parte, es preferible contar sucesos como la hospitalización (frente a la mortalidad), por su mayor frecuencia y por ende mayor capacidad de análisis de poblaciones pequeñas, frecuente interés en la evaluación de la APS.

¿Qué es la Condición Sensible a la Atención Primaria (CSAP)?

A finales de los años '80, se desarrolló en los Estados Unidos un indicador agregado de causas de hospitalización evitable por acciones de la puerta de entrada del sistema o primer nivel de atención de salud utilizado por el paciente, las *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), que se pueden traducir por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP). Es un sucedáneo de la noción de mortalidad evitable, cuyo origen se remonta a los años '70. Se destaca en las CSAP la selección de causas que son típicamente objeto de acciones de la atención primaria (Alfradique et al., 2009; Billings & Teicholz, 1990; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2008; Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003; Fúlvio Borges Nedel, 2009; Rubinstein et al., 2014).

Las CSAP son condiciones de salud típicamente atendidas en la puerta de entrada del sistema de salud, y que —ante la falta de atención oportuna y efectiva— se agravarán hasta exigir la hospitalización del paciente. Es decir, si falla la APS (o más genéricamente el sistema de salud en su primera instancia de atención, sea cual fuere su modo de organización), más personas con dichas condiciones se presentarán en un estadio de evolución de la enfermedad que requiera la hospitalización. Se distinguen, por tanto, de *hospitalizaciones innecesarias* (Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003; Fúlvio Borges Nedel, Facchini, Bastos, & Martín, 2011). Son ejemplos de CSAP las neumonías de la comunidad, pielonefritis, sarampión, asma, diabetes, hipertensión, entre otras. Aunque dichas causas sean comunes en la mayoría de los estudios la variabilidad es amplia. No hay consenso sobre qué condiciones se consideran típicas o de responsabilidad de la primera instancia de atención, o si son objeto de atención preferentemente en otros ámbitos del sistema de salud. Lógicamente, la disparidad de listas dificulta la comparación de los resultados (Fúlvio Borges Nedel, Facchini, Martín, & Navarro, 2010).

No es demasiado reiterar que lo que se mide y se considera evitable es la hospitalización, o más bien la necesidad de internar al paciente, y no la ocurrencia misma del suceso. La hospitalización se evitará ya sea porque la acción de la atención primaria evita la ocurrencia de la enfermedad (prevención primaria: como en el caso de la mayoría de las vacunas), o porque realiza el diagnóstico y tratamiento (prevención secundaria: como es el caso de las infecciones urinarias o las neumonías adquiridas en la comunidad); o finalmente por el control de la enfermedad y prevención de complicaciones (prevención terciaria: como en la diabetes y la hipertensión) (Fúlvio Borges Nedel et al., 2011)

En la construcción y uso de listas es importante un ejercicio de validación local de los códigos listados (Alfradique et al., 2009; Caminal, Mundet, Ponsà, Sánchez, & Casanova, 2001; Fúlvio Borges Nedel et al., 2011; Rubinstein et al., 2014) y a la vez es importante dirigirse hacia una lista común que permita comparaciones internacionales (Fúlvio Borges Nedel et al., 2011). En Latinoamérica, el Ministerio de la Salud de Brasil publicó en 2008 la *Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*, resultado de un amplio proceso de validación; en 2014 Rubinstein y colaboradores publicaron una lista construida por método de consenso entre expertos, utilizada para el análisis del indicador en Argentina (Alfradique et al., 2009; Brasil. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*, 2008; Rubinstein et al., 2014).

¿Cuáles son la frecuencia y factores asociados a las hospitalizaciones por CSAP?

Está claro que la frecuencia (proporción entre las internaciones, incidencia acumulada o densidad de incidencia) de internación por CSAP dependerá de la cantidad de causas consideradas CSAP en la lista adoptada. Tal dependencia será mucho más fuerte cuando se compare, en distintos estudios, a la proporción de CSAP entre el total de internaciones con la tasa poblacional de internación por CSAP (la incidencia acumulada en la población).

Estudios en Brasil que usaron la *Lista Brasileira* completa, y consideraron todas las franjas etarias, muestran proporciones de CSAP que llegan

casi a la mitad de las internaciones. Hubo, sin embargo, una reducción en las tasas de internación por CSAP en Brasil desde 1998, estos datos estuvieron asociados a una buena cobertura de la APS. De las 34.304.012 internaciones en el *Sistema Único de Saúde* de Brasil ocurridas entre 1998 y 2009, el 48% fueron de varones y el 52% de mujeres, con una tasa global para el período de 15,8 por mil habitantes entre los hombres y 16,5 por mil habitantes entre las mujeres. La reducción de las tasas que se observó en el período fue semejante en ambos sexos. En el año 2007, las tasas de internación por CSAP en el Brasil se encontraban en 14,3 por mil habitantes (Boing et al., 2012; Dourado et al., 2011; Mendonça, 2016).

Una de las características más importantes de la APS para la reducción de las CSAP parece ser el acceso (Ansari, 2007; Ansari, Laditka, & Laditka, 2006; R. F. Gonçalves et al., 2016; Mendonça, 2016; Fúlvio Borges Nedel, 2009). La longitudinalidad o continuidad de la atención —otro principio basilar de la APS— también se asocia, en distintos estudios, a un menor riesgo de internación hospitalaria por una CSAP (Fúlvio Borges Nedel et al., 2010).

Cifras en Ecuador

Se desconocen estudios sobre *hospitalizaciones evitables* como indicador de resultado de la atención primaria en Ecuador, por esta razón se realiza un breve análisis de la situación del país en el año 2010, ya que, en este año se reportan datos de hospitalización recogidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El objetivo es presentar una breve descripción de la proporción y las tasas de hospitalización por CSAP por provincia, y por sexo y franja etaria en el país.

Método

Se utilizó de la *lista brasileña* (Brasil. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*, 2008) por la posibilidad de comparación directa de los resultados con otros estudios realizados con esa lista, y por la facilidad de clasificación computacional de los datos a través del programa “csapAIH”;

un paquete de R (Fúlvio B Nedel, 2016). Los datos de hospitalización se han tomado de la base de datos de estadísticas de egresos hospitalarios de Ecuador en el año 2010, con información individualizada sobre las hospitalizaciones en establecimientos públicos y privados en el país, disponible en sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>). Los datos de población, para cálculo de tasas, se han tomado del mismo sitio del INEC, a través de tabulación *on-line* de la población registrada en el Censo de 2010.

Se describe, en texto, tablas, gráficos o mapas: (1) el porcentaje de hospitalizaciones por CSAP, definido como la proporción de egresos hospitalarios por CSAP entre todos los egresos, multiplicada por 100, para el país y por provincia; (2) el porcentaje que cada grupo de causa representa entre el total de CSAP y en el total de egresos para el país; y (3) la tasa de hospitalizaciones por CSAP, definida como la proporción de egresos hospitalarios por CSAP entre los habitantes (una incidencia acumulada, por tanto) para el país, por provincia y por grupo de edad, por mil habitantes. En los análisis de proporciones, se excluyen los partos, salvo si se especifica lo contrario. Todo el proceso se llevó a cabo en el programa R.

Resultados

En el año 2010 se cuentan, en todo el Ecuador, 10.990.263 internaciones hospitalarias, 187.931 (17%) de ellas para partos, restando 902.332 hospitalizaciones ocurridas por un problema de salud, morbilidad o lesión. De estas, las 171.702 internaciones por CSAP representan un 19% de todas las internaciones (Tabla 8), y una tasa 11,9 egresos hospitalarios por mil habitantes, 10,2 entre los hombres y 13,5 entre las mujeres, con una razón de feminidad de 1,32.

La Ilustración 9 ayuda a percibir lo que se puede calcular con los detalles de la tabla 8: las gastroenteritis solas alcanzan casi un tercio de todas las CSAP; sumadas a la infección urinaria y diabetes mellitus (la segunda y tercera causas más frecuentes) representan más de la mitad (53,3%) de todas las hospitalizaciones por CSAP. Se percibe también la presencia concomitante de enfermedades infecciosas y crónicas. Entre las causas que colocan

al grupo de las enfermedades del prenatal y el parto en cuarta posición más frecuente, la casi totalidad son infecciones urinarias en el embarazo. Entre las causas menos frecuentes, cabe destacar que las prevenibles por vacunación alcanzan a un 2% de las CSAP.

La Ilustración 10 muestra las tasas por sexo y franja etaria, una curva en “J”, casi “U”, producto de altas tasas entre los menores de 5 años de edad y mayores de 60, especialmente los muy ancianos. En el primer año de vida, el riesgo de hospitalización por CSAP es más grande en el sexo masculino, diferencia que desaparece a los 15 años de edad, cuando las mujeres pasan a presentar mayor riesgo de ingresar al hospital por una CSAP, hasta los 84 años.

En los menores de 5 años las gastroenteritis representaron el 65% de los egresos por CSAP, mientras las enfermedades pulmonares fueron la segunda causa más frecuente en este grupo de edad, con el 8,5%. La tercera causa más frecuente en las niñas es la infección urinaria (7,3%), mientras en los niños son las infecciones de la piel y el tejido subcutáneo, que en niños y niñas suman el 5% de las CSAP.

En las personas con 60 o más años de edad, las causas más frecuentes de internación por CSAP entre hombres fueron la diabetes mellitus (18%), enfermedades cerebrovasculares (13%) y, en tercer lugar: hipertensión e insuficiencia cardíaca (10% cada). Entre las mujeres de esa franja etaria, las tres causas más frecuentes fueron la diabetes (23%), hipertensión (13%) y enfermedades cerebrovasculares e infecciones urinarias, cada una respondiendo por 10% de las CSAP.

La tasa de hospitalización que indica el riesgo de que un ciudadano cualquiera se interne por una CSAP, varió de un 8,3 por mil habitantes en la provincia de Francisco de Orellana, a un 24,7 por mil habitantes en Pastaza, una tasa bruta tres veces mayor. Fco. Orellana se encuentra también entre las de menor proporción de CSAP en los egresos; mientras Pastaza es la de mayor proporción. Entre las provincias más pobladas (Guayas, Manabí y Pichincha), la tasa estuvo entre 9,4 y 13,3 por mil habitantes, con la menor tasa en Pichincha.

Discusión

La frecuencia de hospitalización por CSAP en el Ecuador, ya sea como proporción entre el total de internaciones o como incidencia acumulada en la población, es menor que la observada en Brasil tomando al país como todo, y también en cada una de sus regiones, salvo la Sureste (Dourado et al., 2011). Las proporciones son también menores que en Argentina (Rubinstein et al., 2014) pero mayores que en Estados Unidos, Australia y España; mientras las tasas se asemejan o son menores que las encontradas en Estados Unidos y España (McCall, Harlow, & Dayhoff, 2001; Fúlvio Borges Nedel, 2009). Se debe tomar con cautela tal comparación, pues la tasa bruta se verá sesgada por diferencias en la estructura demográfica de las poblaciones que estudiadas.

Desde luego, la veracidad de la información depende de la fiabilidad de los datos. Cuando el resarcimiento del coste de la internación para el hospital depende de la causa de internación —como es el caso de Brasil— se puede esperar una tendencia al registro de diagnósticos que “pagan más”, y que en su mayoría no son CSAP. No se puede perder de vista que buenos sistemas de auditoría podrían controlar este sesgo (Fúlvio Borges Nedel, 2009). Estudios locales sobre la fiabilidad del diagnóstico en hospitales brasileños (comparando el registro en la base de datos Pública con los registros clínicos de internación) encontraron altos valores predictivos e índices de concordancia (Abaid, Nedel, & Alcayaga, 2014; Rehem, de Oliveira, Ciosak, & Egry, 2013).

Es muy marcada la predominancia de una causa —la gastroenteritis— sobre las demás CSAP, lo que indica la posibilidad de reducir las tasas de hospitalización por CSAP con acciones bastante puntuales, como la terapia de rehidratación oral, sin quitar la importancia y necesidad de acciones para asegurar el acceso a agua adecuada para consumo humano. Acciones para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones urinarias también impactarían fuertemente las tasas globales de CSAP; sumado a ser la segunda causa, son también la casi totalidad de las internaciones por CSAP en el embarazo y la cuarta causa más frecuente. De otra parte, se perciben los efectos de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional: la atención primaria debe estar preparada para

la atención de condiciones crónicas, como la diabetes, hipertensión y las enfermedades cerebrovasculares.

Las tasas observadas en niños se asemejan a las del estado de Pernambuco, en Brasil, durante el año 2003 (Carvalho et al., 2015), mientras las de los ancianos son menores que las encontradas en la población asistida por el “*MediCare + choice*”, en los Estados Unidos (McCall et al., 2001). La curva tendiendo a “U” sugiere que se puede mejorar en mucho las condiciones de vida y la atención de salud de los niños. Se resalta la frecuencia de gastroenteritis entre las CSAP, como indicador de condición de vida y atención de la salud.

Se deben mirar con reserva las diferencias entre las provincias, una vez que la proporción de CSAP entre las internaciones (posiblemente más que las tasas poblacionales) dependerá de factores externos a la atención primaria, como es la oferta de camas hospitalarias (Fúlvio Borges Nedel et al., 2011). Sobre las tasas, vale la misma precaución citada más arriba sobre la estructura demográfica sobre las tasas brutas, sin embargo, la correspondencia entre proporción y tasa (altas y bajas) sugiere que, *de facto*, provincias con menores proporción y tasa son más efectivas que las demás en la solución de las CSAP, es decir que presentan mejor efectividad del sistema de salud en su primera instancia de atención. El tema merece un análisis más detallado.

Finalmente, vale recordar que, en la comparación de regiones, el análisis del país con base en tasas poblacionales (es decir, utilizando en el denominador a la población residente) solo tiene sentido desde una óptica de los sistemas de salud universales, o al menos desde la óptica de la cobertura universal de la atención. Sino, los denominadores deben ajustarse a la población adscrita a cada plan de salud. Por ejemplo, si se quiere evaluar la atención primaria ofertada por

una mutual de salud, el denominador para el cálculo de las tasas debe ser la población atendida por dicha mutual. Asimismo, cuando la cobertura poblacional del sistema público es muy baja, la interpretación del significado de las tasas se complica (Rubinstein et al., 2014); pues en tal caso (supóngase el caso en que apenas mitad de las internaciones de la región se hacen por el sistema público), si no se cuentan los ingresos en el sistema privado, las tasas poblacionales no reflejan el riesgo de un ciudadano de ingresar al hospital por una CSAP.

Finalmente, vale recordar que, en la comparación de regiones, el análisis del país con base en tasas poblacionales (utilizando en el denominador a la población residente) solo tiene sentido desde una óptica de los sistemas de salud universales, o al menos desde la óptica de la cobertura universal de la atención. Sino, los denominadores deben ajustarse a la población adscrita a cada plan de salud. Por ejemplo, si se quiere evaluar la atención primaria ofertada por una mutual de salud, el denominador para el cálculo de las tasas debe ser la población atendida por dicha mutual. Asimismo, cuando la cobertura poblacional del sistema público es muy baja, la interpretación del significado de las tasas se complica (Rubinstein et al., 2014); pues en tal caso (supóngase el caso en que apenas mitad de las internaciones de la región se hacen por el sistema público), si no se cuentan los ingresos en el sistema privado, las tasas poblacionales no reflejan el riesgo de un ciudadano de ingresar al hospital por una CSAP.

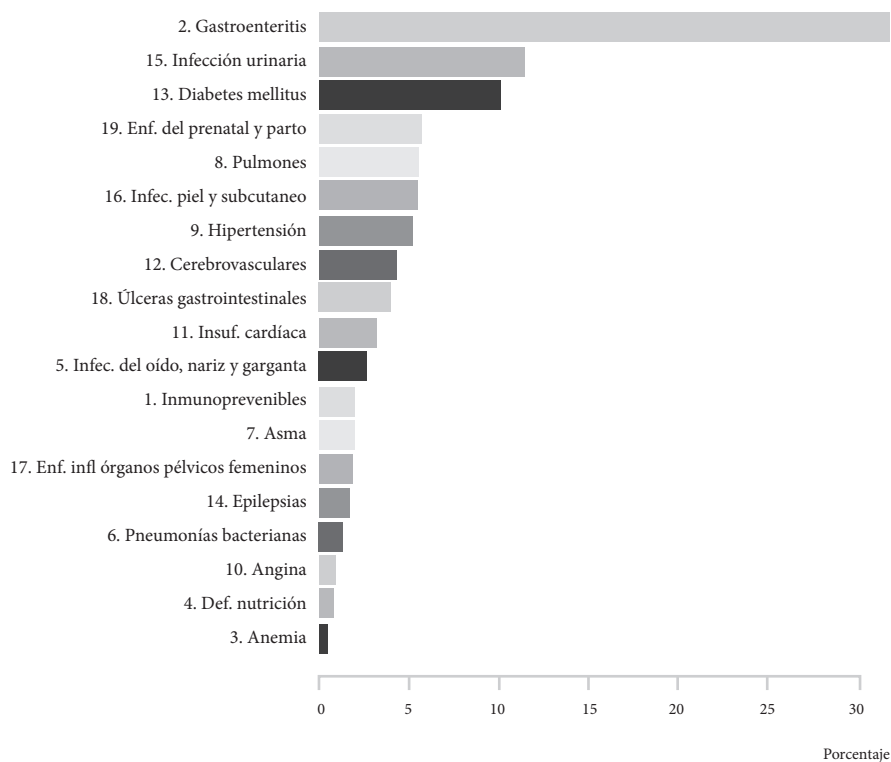
Tablas e ilustraciones

Tabla 8: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP), por grupo de causa: frecuencia absoluta y relativa en el total de egresos, en el total de egresos descontados los partos, y entre las CSAP. Ecuador, 2010.

Grupo de causas	Frecuencia	% total	% sin partos	% CSAP
1.Prevenibles por vacunación	3.386	0,3	0,4	2,0
2.Gastroenteritis	54.648	5,0	6,1	31,8
3.Anemia	647	0,1	0,1	0,4
4.Deficiencias nutricionales	1.363	0,1	0,2	0,8
5.Infecciones del oído, nariz y garganta	4.622	0,4	0,5	2,7
6.Neumonías bacterianas	2.132	0,2	0,2	1,2
7.Asma	3.344	0,3	0,4	1,9
8.Pulmonares	9.575	0,9	1,1	5,6
9.Hipertensión	8.939	0,8	1,0	5,2
10.Angina	1.466	0,1	0,2	0,9
11.Insuficiencia cardíaca	5.458	0,5	0,6	3,2
12.Enfermedades Cerebro-vasculares	7.278	0,7	0,8	4,2
13.Diabetes mellitus	17.238	1,6	1,9	10,0
14.Epilepsias	2.712	0,2	0,3	1,6
15.Infección urinaria	19.641	1,8	2,2	11,4
16.Infección piel y tejido subcutáneo	9.417	0,9	1,0	5,5
17.Enf infl órganos pélvicos femeninos	3.258	0,3	0,4	1,9
18. Úlcera gastrointestinal	6.798	0,6	0,8	4,0
19. Enfermedades del prenatal y parto	9.780	0,9	1,1	5,7
Total CSAP	171.702	15,7	19,0	100
No-CSAP	730.161	67,0	81,0	-
Partos	188.400	17,3	-	-
Total	1.090.263	100	-	-

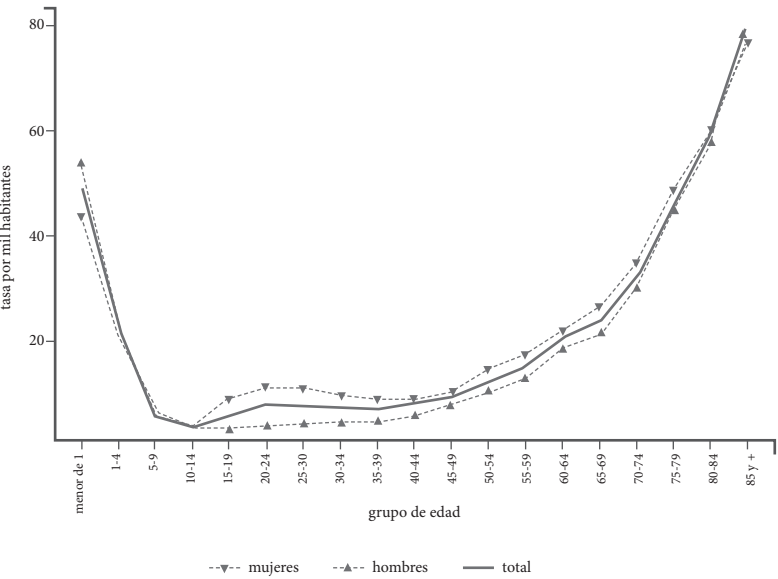
Fuente: Elaborado por el autor con base en datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>), según se detalla en la sección de método.

Ilustración 7: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: distribución proporcional ordenada por grupo de causa. Ecuador, 2010



Fuente: Elaborado por el autor con base en datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>), según se detalla en la sección de método

Ilustración 8: Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP): frecuencia absoluta y relativa en el total de egresos descontados los partos, y tasas por mil habitantes, por provincia de residencia del paciente. Ecuador, 2010



Fuente: Elaborado por el autor con base en datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>), según se detalla en la sección de método.

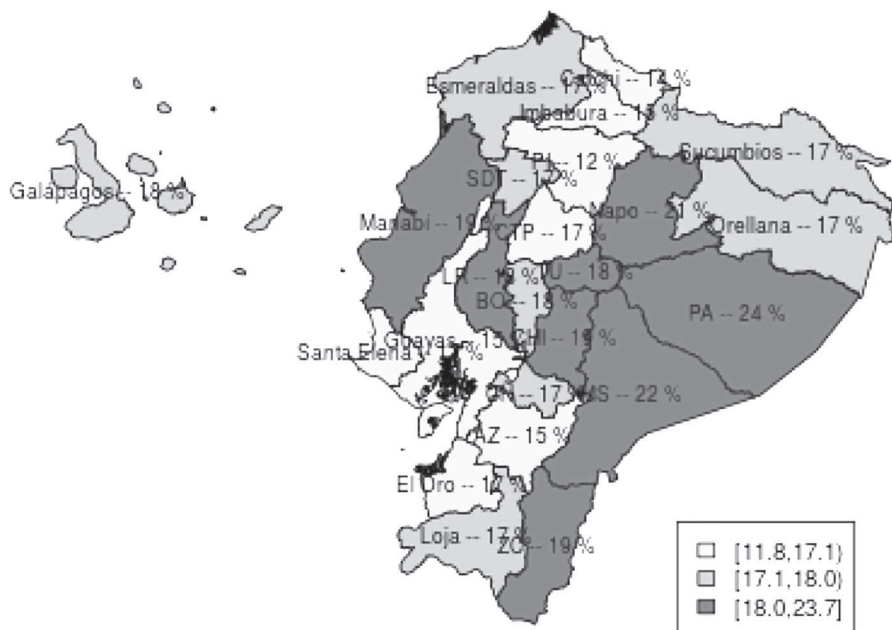
Tabla 9: Tasa de hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria, por sexo y grupo de edad. Ecuador, 2010

Provincia	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por mil hab.
Azuay	9.414	15,1	13,2
Bolívar	2.036	17,9	11,1
Cañar	3.511	17,4	15,6
Carchi	1.561	14,2	9,5
Cotopaxi	4.285	17,0	10,5
Chimborazo	6.051	19,4	13,2
El Oro	7.701	16,9	12,8
Esmeraldas	5.549	17,3	10,4
Francisco de Orellana	1.126	17,5	8,3
Guayas	42.514	14,6	11,7
Imbabura	4.799	15,4	12,1
Loja	5.951	17,4	13,3
Los Ríos	9.569	18,3	12,3
Manabí	18.220	18,8	13,3
Morona Santiago	3.063	22,0	20,7
Napo	1.819	20,6	17,5
Pastaza	2.077	23,7	24,7
Pichincha	24.134	11,8	9,4
Tungurahua	6.884	18,0	13,6
Zamora Chinchipe	1.538	19,4	16,8
Galápagos	344	17,8	13,7
Sucumbíos	1.735	17,4	9,8
Sto. Domingo de los Tsáchilas	4.494	17,1	12,2
Santa Elena	2.949	16,6	9,6
Todo el país	171.702	19,0	11,9

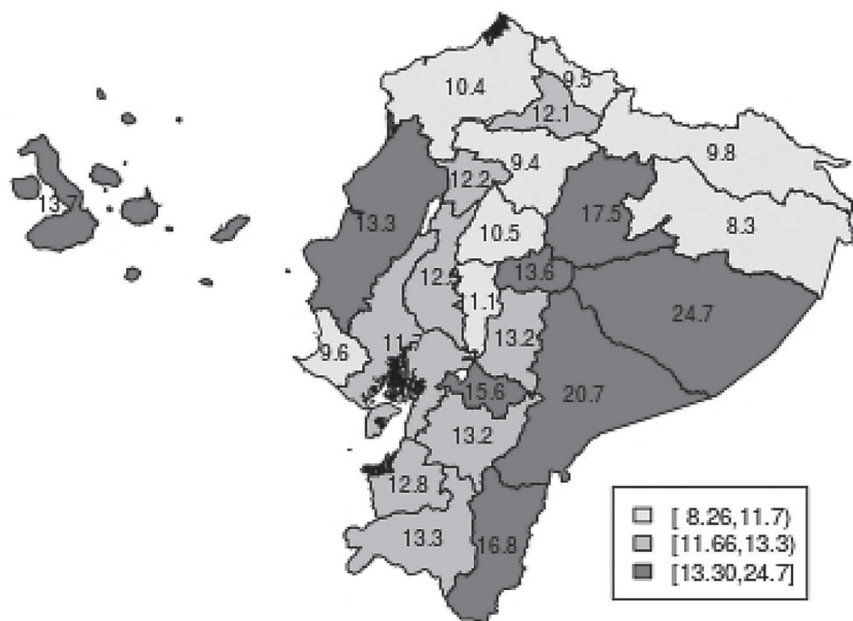
Fuente: Elaborado por el autor con base en datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>), según se detalla en la sección de método.

Ilustración 9: Hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: mapas con proporción entre las hospitalizaciones y tasa por mil habitantes, por provincia de residencia del paciente. Ecuador, 2010

% CSAP entre las hospitalizaciones. Provincias de Ecuador, 2010.



Tasa de hospitalización por CSAP (por mil habitantes).
Provincias de Ecuador, 2010



Fuente: Elaborado por el autor con base en datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>), según se detalla en la sección de método.

Conclusión

Los equipos de APS se estructuran como generalistas y multiprofesionales. Cuando el médico familiar y comunitario ejerce su especialidad desde su propio consultorio igual está inserto en un sistema; los resultados de la práctica del médico sobre la salud de la población no podrán aislarse realmente del resultado de otras creencias y prácticas de salud de esa población. Así que, más allá de la evaluación del trabajo de cada categoría profesional, y sin quitarle importancia, es importante evaluar y monitorear el impacto del sistema de salud en cada ámbito de atención.

La noción de *hospitalización evitable* es útil para la determinación de indicadores de impacto de la APS. Indicadores de causas agregadas en este sentido, como las CSAP, permiten identificar poblaciones para las cuales el sistema de salud falla en su primera instancia de atención. Son útiles especialmente para el monitoreo de una población a lo largo del tiempo y para la comparación de poblaciones en un mismo sistema de salud.

La existencia de datos como los que se utilizaron en este capítulo permite monitorear las regiones y realizar análisis más profundos del tema, con una mayor validez de los mismos datos. La adopción de una lista de códigos CSAP para el país, así como la existencia de herramientas que faciliten la clasificación de los diagnósticos, promueve el uso del indicador. El desarrollo de dichas herramientas para Ecuador podría contribuir en la proliferación de estudios y un mejor conocimiento de la efectividad de la APS en el país. De momento, se puede afirmar que el país debe trabajar sobre los determinantes sociales de las gastroenteritis y, en el sistema de salud, asegurar el acceso oportuno a terapias sencillas como la rehidratación oral, que pueden evitar la necesidad de internar al paciente.



Lecturas recomendadas

Mucho se ha escrito sobre evaluación de la atención primaria en este cuarto de siglo, desde que se ha propuesto las CSAP como indicador de resultado de la APS. Las referencias usadas en este capítulo son apenas una pequeña parte de ello. Las personas interesadas en profundizar sus conocimientos en el tema podrán partir de ahí.

Para quedarme en tres, señalaría en las CSAP a las tesis —una de las primeras (Fúlvio Borges Nedel, 2009) y una de las más recientes (Mendonça, 2016) en Brasil— por representar un trabajo exhaustivo, incluyendo un marco teórico consistente y detallado de lo que se puede ver en los artículos, además de una extensa revisión bibliográfica. Más allá de las CSAP, recomiendo la lectura del número temático de la revista *Ciência & Saúde Coletiva* (2012;17(4)) sobre evaluación de la gestión del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

- Abaid, R. A., Nedel, F. B., & Alcayaga, E. L. (2014). Condições Sensíveis à Atenção Primária: confiabilidade diagnóstica em Santa Cruz do Sul, RS. *Revista de Epidemiologia E Controle de Infecção*, 4(3), 208–214. <https://doi.org/10.17058/reci.v4i3.5045>
- Alfradique, M. E., Bonolo, P. de F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., ... Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1337–1349. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
- Ansari, Z. (2007). The Concept and Usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as Indicators of Quality and Access to Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 91. <https://doi.org/10.1071/PY07043>
- Ansari, Z., Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2006). Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.*, 63(6), 719–741. <https://doi.org/10.1177/1077558706293637>
- Billings, J., & Teicholz, N. (1990). Uninsured Patients In District Of Columbia Hospitals. *Health Affairs (Millwood)*.
- Boing, A. F., Vicenzi, R. B., Magajewski, F., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., ... Peres, M. A. (2012). Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev. Saude Publica*, 46(2), 359–366.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria No 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Diário Oficial da União 70 (2008). Ministério da Saúde.
- Caminal, J., Mundet, X., Ponsà, J., Sánchez, E., & Casanova, C. (2001). [Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain]. *Gac Sanit*, 15(2), 128–141.
- Caminal Homar, J., & Casanova Matutano, C. (2003). La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria*, 31(1), 61–65. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70662-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70662-3)
- Carvalho, S. C., Mota, E., Dourado, I., Aquino, R., Teles, C., & Medina, M. G. (2015). Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*, 31(4), 744–754. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069014>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–8.
- Dourado, I., Oliveira, V. B., Aquino, R., Bonolo, P., Lima-costa, M. F., Medina, M. G., ... Macinko, J. (2011). Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil, 49(6), 577–584.
- Gonçalves, M. R., Hauser, L., Prestes, I. V., Schmidt, M. I., Duncan, B. B., & Harzheim, E. (2016). Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. *Family Practice*, 33(3), 238–42. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmv051>
- Gonçalves, R. F., Sousa, I. M. C. de, Tanaka, O. Y., Santos, C. R. dos, Brito-Silva, K., Santos, L. X., ... Bezerra, A. F. B. (2016). Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2815–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>
- Harzheim, E., Oliveira, M. C. de, Trindade, T. G. da, Agostinho, R. M., & Hauser, L. (Eds.). (2010). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil* (1st ed.). Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- McCall, N., Harlow, J., & Dayhoff, D. (2001). Rates of Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions in the Medicare+Choice Population. *Health Care Financing Review*, 22(3), 127–145.
- Mendonça, C. S. (2016). Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte Brasil. PhD Thesis. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS.

- Nedel, F. B. (2009). Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil. PhD Thesis. Universidade Federal de Pelotas - UFPel, Pelotas, RS.
- Nedel, F. B. (2016). csapAIH: Classificar Condições Sensíveis à Atenção Primária. Manual Do Programa. <http://ufpr.dl.sourceforge.net/project/csapaih/csapAIH-manual.pdf>.
- Nedel, F. B., Facchini, L. A., Bastos, J. L., & Martín, M. (2011). Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Suppl 1), 1145–1154.
- Nedel, F. B., Facchini, L. A., Martín, M., & Navarro, A. (2010). Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 19(1), 61–75. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>
- Oliveira, M. M. C. de, Harzheim, E., Riboldi, J., & Duncan, B. B. (2013). PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade*, 8(29), 256–263.
- Rehem, T. C. M. S. B., de Oliveira, M. R. F., Ciosak, S. I., & Egry, E. Y. (2013). Record of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21(5), 1159–1164. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500020>
- Rubinstein, A., López, A., Caporale, J., Valanzasca, P., Irazola, V., & Rubinstein, F. (2014). Avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of primary health care effectiveness in Argentina. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 37(1). <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000008>
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Ministerio
de Salud Pública



UIDE
UNIVERSIDAD INTERDISCIPLINARIA DE ECUADOR

