



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Digitalización de la comunicación y atención a personas LGBTIQ+: dos conflictos éticos emergentes para la psicología en la Atención Primaria de Salud chilena

Digitalització de la comunicació i atenció a persones LGBTIQ+: dos conflictes ètics emergents per a la psicologia en l'Atenció Primària de Salut xilena

Digitalization of communication and attention to LGBTIQ+ people: Two emerging ethical conflicts for psychology in Chilean Primary Health Care

Manuel Antonio Pérez-Ayala¹

¹ Antonio Pérez-Ayala. Psicólogo Clínico; Magíster en Bioética. Profesor Instructor, Universidad Autónoma de Chile. Email: mperezayala@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8450-6628>.



Resumen

El artículo analiza los conflictos éticos detectados por Psicólogas/os en la Atención Primaria de Salud en Chile, centrando la descripción y análisis en los percibidos como emergentes, a través de un estudio cualitativo, tipo exploratorio-descriptivo. Dos fueron los principales conflictos identificados: a) resguardo de información sensible en ficha clínica electrónica y b) atención a personas LGBTIQ+ sin capacitación correspondiente. El estudio transparenta la importancia de visibilizar demandas incipientes en salud pública a través de las perspectivas de los propios profesionales, dotándoles de notoriedad para avanzar en su priorización y resolución. Explorar la dimensión ética es relevante para el ejercicio de la psicología contemporánea, porque da cuenta de las necesidades de la sociedad, permitiendo incluso anticiparse a ellas.

Palabras clave: psicología; atención primaria de salud; conflictos éticos, retos emergentes, salud pública.

Resum

L'article analitza els conflictes ètics detectats pels psicòlegs en l'Atenció Primària de Salut a Xile, centrant-se en la descripció i anàlisi dels que es perceben com a emergents mitjançant un estudi qualitatiu de tipus exploratori-descriptiu. Es van identificar dos conflictes principals: a) la protecció de la informació sensible en els registres clínics electrònics i b) l'atenció a persones LGBTIQ+ sense la formació adequada. L'estudi destaca la importància de fer visibles les demandes incipients en la salut pública a través de les perspectives dels mateixos professionals, donant-los rellevància per avançar en la seva prioritat i resolució. Explorar la dimensió ètica és rellevant per a l'exercici de la psicologia contemporània, ja que reflecteix les necessitats de la societat, fins i tot permetent anticipar-se a elles.

Paraules clau: psicologia; atenció primària de salut; conflictes ètics; reptes emergents; salut pública.

Abstract

The article analyzes the ethical conflicts detected by psychologists in Primary Health Care in Chile, centering the description and analysis on those perceived as emerging, through an exploratory-descriptive qualitative study. There were two main conflicts identified: a) safeguarding of sensitive information in electronic clinical records and b) healthcare for LGBTIQ+ persons without the corresponding qualification. The study illustrates the importance of highlighting developing demands in public healthcare through the perspectives of the professionals themselves, providing the demands with notoriety in order to advance in their prioritization and resolution. Exploring the ethical dimension is relevant for contemporary psychology practice because it accounts for the needs of society, even making it possible to anticipate them.

Keywords: Psychology; primary health care; ethics; ethical conflicts, emerging challenges, public health.

1. Introducción

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema de salud para la mayoría de los habitantes de Latinoamérica. Con el objetivo de garantizar cobertura universal de sus servicios (OMS, 2013), enfatiza un abordaje transversal durante el ciclo vital de las personas. La accesibilidad e integralidad de sus prestaciones es clave en orientar hacia la prevención y promoción de la salud (Zurro et al., 2014).

Su organización local de servicios, el despliegue territorial de establecimientos y programación basada en diagnósticos socio-comunitarios con información levantada desde y con la población misma, perfilan a la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) como implícitamente dirigida hacia el logro de la equidad (Dois et al., 2018); así como por extensión hacia la democratización del sistema de salud y la sociedad como una red integrada.

Para la ejecución de las distintas actividades de este nivel de atención se cuenta con equipos multidisciplinarios de profesionales. Su misceláneo enfoque permite dar respuesta apropiada a tareas cada vez más exigentes, como ha sido la pandemia por COVID-19 (Galindo et al., 2022; Ligia et al., 2021; Quimí et al., 2021). Este escenario implica que el equipo de salud en pleno ha debido formarse en diversas áreas para ejecutar intervenciones integrales y de alta calidad (García-Huidobro et al., 2018), y otras específicamente complejas (Hernández-Montaño y González-Tovar, 2022).

Parte de este equipo, y en el plano formal dedicados a las prestaciones del área salud mental, los/as psicólogos/as cumplen tareas diversas como diagnosticar y tratar vulnerabilidades y disfuncionalidades a nivel individual, grupal y comunitario. Sin embargo, el rango de actividades de estos profesionales no se circunscribe sólo al ámbito del cuidado, mantención de la salud mental de los consultantes y/o asegurar la continuidad asistencial (Alonso et al., 2019). Con frecuencia cumplen funciones de detección, gestión, mediación y regulación fuera de ese encuadre, así como saber lidiar con conflictos interpersonales y ser agentes mediadores en las relaciones interprofesionales (Barbosa et al., 2021), siendo incluso habitual que además se les solicite ser agentes resolutivos de problemáticas internas de sus propios establecimientos.

Situaciones como estas evidencian lo limitado de los recursos de la APS, en donde las intervenciones en salud mental han sido modificadas en términos de planificación y servicios (Minoletti et al., 2018), lo que trasciende en la calidad final de la atención. La preparación y dedicación dirigida al cuidado de la salud de otro/a reviste ardua dedicación, en especial la salud mental, porque devela pérdida de estabilidad y autonomía. Si no se promueven ni administran las cautelas necesarias se corre el riesgo de afectar y deteriorar de manera integral a las personas que solicitan intervención, de modo que constituye una previsión y responsabilidad ética.

La detección de conflictos éticos emergentes por parte de los/as psicólogos/as es un eje fundamental para cuestionar la labor efectuada, al proyectar escenario en que se despliega y los alcances posteriores. Se entiende que visibilizar y validar las perspectivas de los y las participantes constituirá un aporte en lo que respecta al ejercicio de la Psicología en el ámbito sanitario, ayudando a la anticipación, reflexión e innovación del sensible trabajo de la salud mental en este nivel.

2. Método

Se realizó un estudio cualitativo tipo exploratorio-descriptivo (Flick, 2014), de muestreo no probabilístico, intencionado por conveniencia, dirigido a Psicólogos y Psicólogas que desempeñan labores en la APS de la ciudad de Talca, Chile, entre noviembre de 2017 -iniciando con el pilotaje de entrevistas- y febrero de 2019. Se exploró la percepción y apreciación de conflictos éticos en las distintas áreas, dimensiones y data del desempeño profesional de cada psicólogo/a. El universo incluyó a los diez establecimientos que conforman la red de APS: siete CESFAM (Centros de Salud Familiar), dos CECOSF (Centros Comunitarios de Salud Familiar), y una PSR (Posta de Salud Rural). El análisis de la información recopilada se realizó a través del método hermenéutico (Cárcamo, 2005; Velasco, 2018).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y profesional de las y los participantes

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	AÑOS DESDE EGRESO	AÑOS DE TRABAJO EN APS	AÑOS DE TRABAJO EN EL CENTRO DE SALUD
1	M	36	9	9	9
2	F	50	25	20	20
3	F	40	13	13	1
4	M	49	12	9	3
5	M	33	9	6	2
6	M	38	11	11	10
7	F	37	12	11	11
8	F	33	9	5	5
9	F	31	5	2	2
10	M	28	6	6	6
11	F	32	7	7	7
12	F	29	6	2	2
13	M	43	20	19	10
14	F	45	11	11	11
15	F	45	11	11	11
16	F	33	9	9	6
17	F	31	6	6	6
18	F	34	9	4	3
19	M	47	8	5	4
20	F	35	7	7	1
21	M	28	4	3	3
22	F	45	11	11	9
23	M	42	8	6	6
24	F	34	8	7	7
25	F	29	4	4	4
Promedio		37,08	9,6	8,1	6,3

Fuente: elaboración propia

Del total de 28 psicólogos/as que conforman esta red, 25 accedieron a participar. De éstos, 16 fueron mujeres y 9 hombres, con un promedio de edad 37 años. El promedio de años desde su egreso es de 9,6 años; el de trabajo en APS es de 8,1 años y el de tiempo de trabajo en el Centro de Salud actual al momento de la entrevista de 6,3 años.

La información fue recopilada a través de una entrevista semi estructurada grabada en formato audio con la autorización de cada participante, según consignaba uno de los puntos del proceso de consentimiento informado. Las grabaciones quedaron en custodia del investigador con el acuerdo de ser borradas doce meses después del fin de la investigación, que contempló la devolución de información al Departamento de Salud comunal de Talca, mediante informes escritos y exposiciones orales en reuniones plenarias del estamento de psicólogos/as. La información entregada fue de tipo general, centrada en los resultados y discusión, resguardando el anonimato de cada participante y cuidando el no develar datos personalizados.

El guion fue específicamente confeccionado para esta investigación, y contó con la evaluación de dos pares expertos, más una ronda de tres entrevistas piloto antes de su versión definitiva. Los principales ejes temáticos consultados fueron: a) qué se entendía por dimensión ética; b) detección o no de conflictos éticos en el ejercicio profesional; c) de identificar conflicto, que le describiera. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Maule.

3. Resultados

Las respuestas evidenciaron que los y las participantes perciben conflictos éticos asociados a su labor, representados en tres categorías: a) la atención a consultantes; b) la relación entre colegas y con otros profesionales de la salud, y c) las características propias del trabajo en el ámbito sanitario. En síntesis, tales conflictos son perfilados como éticos debido a que surgen desde discrepancias entre juicios personales y profesionales, y tales contraposiciones valóricas implican necesariamente la toma de decisiones desde el plano moral.

Del total de conflictos señalados, expuestos en la Tabla 2, los y las participantes coinciden en describir a dos de éstos como emergentes, cuya distinción y análisis centra el interés de este texto.

Tabla 2. Consolidado del total de conflictos detectados y referidos por los participantes, ordenados por orden alfabético, y su categorización. Cada participante podía nombrar más de uno, según fuese percibido como tal. En cursiva, los conflictos descritos como emergentes

CATEGORÍAS	CONFLICTOS ÉTICOS DETECTADOS
Atención a consultantes	<p>Acceso a información especialmente sensible de usuarios/as Aceptar obsequios o similares por atención que es gratuita Atención a hombres que han perpetrado hechos de abuso y/o violación Atención a personas con comportamiento erotizado Atención a personas LGBTIQ+ sin capacitación correspondiente Atención a sólo una persona en contexto necesario de terapia de pareja Develación de información privada en reuniones profesionales Discrepancia en atención a usuarios con determinado credo religioso Implicancias de la estigmatización del usuario/as de Salud Mental Limitada resolutiveidad de nivel de atención Manejo de confidencialidad con o sin información cruzada Obligatoriedad de atención a usuarios/as con actitudes hostigamiento/acoso Obligatoriedad de denunciar y su relación costo/efectividad final Percepción que intervenciones no solucionan problemáticas de fondo Reconocimiento de los límites en la intervención de salud mental Resguardo de información sensible en ficha clínica electrónica Solicitud de atención en casos especiales, no respetando orden establecido Solicitud de informes/certificados que tergiversen o falseen información</p>
Relación entre colegas y con otros profesionales de la salud	<p>Apresuradas derivaciones a otros tratamientos o a nivel secundario Atención a compañeros de labores y/o a sus familiares Carencia de reuniones para revisión de casos clínicos Contrariedad de perspectivas con instituciones derivantes o de derivación Criterios disímiles ante contrarreferencias desde nivel secundario Desacuerdo ante intervenciones con funcionarios ajenos al área psico-social Disenso con equipo profesional sobre tratamientos idóneos Faltas de respeto de personal administrativo a usuarios/as Faltas de respeto y desautorizaciones entre pares funcionarios Incumplimiento a normas de coordinación, en trato con funcionarios/as</p>
Características propias del trabajo en el ámbito sanitario	<p>Desmesurada y no controlada medicalización a usuarios/as de Salud Mental¹ Excesivas atribuciones de lo Médicos, sin formación/competencias necesarias Extenso período intercontrol de usuarios/as Falta de definición y cumplimiento del rol del Psicólogo/a y sus funciones Falta de posicionamiento profesional ante situaciones de negligencia Infraestructura deficiente e insuficiente para realizar distintos abordajes Precariedad de competencias clínicas, ante perfil complejo de consultas Programa Salud Mental relegado en APS Significación de la violencia normalizada en parte de la población control Sobredemanda de funciones como impedimento de calidad en intervenciones</p>

Fuente: elaboración propia

De manera espontánea, es decir, no consultados explícitamente por la data de evidencia o percepción, al menos dos profesionales refirieron a cada uno de los siguientes conflictos de manifestación reciente: 1) resguardo de la información sensible en la ficha clínica electrónica (participantes N° 9 y 25); y 2) atención a personas LGBTIQ+ sin la capacitación correspondiente (participantes N° 6 y 19).

¹ Cabe señalar que ese conflicto es referido a la percepción de la excesiva prescripción de medicamentos por parte de los profesionales médicos, en tanto puede ser otorgado como primera medida o bien puede reemplazar a la intervención psicológica como tal. Se deja claro que, por regulación nacional, el profesional psicólogo/a no prescribe fármacos.

La noción “emergente” es entendida y explicada a través de situaciones de naturaleza novedosa en cuanto a su aparición desde hace un período relativamente breve de tiempo. Mientras que la mayoría de los otros conflictos señalados están presentes desde hace años o incluso décadas, éstos han sido advertidos y distinguidos como tales en el período general de los últimos dos años. Los mismos ahora son considerados como desafíos inminentes a enfrentar.

4. Discusión

4.1. Resguardo de información sensible en la ficha clínica electrónica

La ficha clínica es un instrumento obligatorio en la atención en salud que considera almacenamiento de datos sensibles (Ramos, 2015). Su utilización se basa en principios como la transparencia, responsabilidad, protección universal y confidencialidad, reconociendo el desenvolvimiento de los derechos fundamentales a la vida y a la protección de la salud, por una parte, y el derecho a la privacidad (Muñoz, 2017), por otra. En la medida necesaria u oportuna de cada país, la clásica ficha de papel paulatinamente deja paso a su símil digital.

Pese al avance tecno-científico de las últimas décadas, las oportunidades de intercambio y los múltiples beneficios documentados (Baranzoni, 2020), la implementación de tecnologías de información y comunicación en salud continúa siendo un importante desafío para las organizaciones de salud (Plazzotta et al., 2015; Lessa et al., 2017). La importancia de los procesos de digitalización en la APS son evidentes en cuanto contribuyen, con su impacto, a resolver problemas prácticos cuando se refiere a innovar de manera funcional (Godoy et al., 2020). Pero no se debe olvidar que más importante que las tecnologías es el fin para lo que se crean y se usan, a través de las personas que las utilizan (Alfaro et al., 2012). En cualquier caso, es imprescindible que el profesional que emplee estas herramientas informáticas cada vez más refinadas, lo haga función del contexto y las características específicas de cada usuario/a.

Los y las participantes que reconocieron un conflicto ético en la forma de utilización de la ficha clínica electrónica, se cuestionaban aspectos propios del proceder en salud mental a través de preguntas como las siguientes: *“¿Toda información debe quedar descrita en la ficha clínica electrónica?; ¿se puede tomar apuntes escritos y notas personales?; ¿donde deben quedar esos apuntes; en mi poder, en un archivador exclusivamente destinado para ello, o en otro lugar? (Participante 25; Respuesta 17); ¿Quiénes tendrán acceso a la información reseñada? ¿los profesionales que tendrán acceso, son competentes; conocerán y respetaran similares códigos de*

ética; cuidarán con el mismo criterio los datos sensibles que ahí aparezcan? Se deben mejorar los procesos que permitan particularizar cada caso (P 9; R 12).

Clarificando los conceptos implícitos en el tema, por ejemplo privacidad, como derecho de los usuarios/as, y confidencialidad y secreto profesional, como un deber profesional, el contexto actual supone un conjunto de nuevos retos que los y las profesionales deben enfrentar. Las posibilidades de comunicación digital con cada consultante configuran un terreno incógnito, que obliga a la revisión de prácticas, normas y estándares que regulen tales relaciones. Cualquier transgresión de la confidencialidad constituye un atentado a la dignidad; la invasión a la privacidad ofende el respeto y sensación de control de la persona. Las posibilidades de daño varían desde sentir vergüenza hasta la estigmatización; incluso puede haber perjuicio al estatus social y económico, como la pérdida de la fuente laboral o del seguro de salud, aclaran Winkler, Villarroel y Pasmanik (2018).

Transformar el resguardo de la intimidad y el compromiso de confidencialidad es un tema de estudio y debate, a través de la provisión de servicios en salud primaria que protejan de cualquier vulneración, apoyando el acceso al cuidado en salud para que produzca mejores resultados (Marín y Martins, 2020). Situaciones de riesgo específicas surgen tanto del propio sistema de registro de información en salud como de algunas características y condiciones de atención, obligando a que cada subsistema de manejo de registros no se diseñe en forma aislada y con criterio propio, sino en forma estandarizada con el objetivo de enlazar cada uno de ellos a un acceso general a las fichas clínicas de salud.

En este documento legal debe quedar manifiesto que lo aplicado en los usuarios y las usuarias es la forma de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos respetando su autonomía, mediante políticas que manifiesten directrices estructuradas para la recopilación y gestión de los datos en salud pública, declarando el perfil de datos reservados, cuáles podrían compartirse, los atributos de tales datos y los posibles riesgos y beneficios (D'Agostino et al., 2018).

Como voluntad autorreguladora por parte del consultante, declara su capacidad de actuar con conocimiento de causa en responsabilidad compartida, sin perder de vista que la atención en salud es el encuentro entre al menos dos personas de diferentes realidades y biografías individuales diversas, algo esencial al hablar desde la salud mental: el tratante desde la ayuda técnica y quien consulte desde el deseo de mejoría. Los instrumentos como la ficha clínica, electrónica o no, deben ser serviciales a aquello. Según Godoy y Barraza (2018), la incipiente digitalización de los datos en salud no puede transgredir la obligación de cuidado del tratante, cautelando la discreción en el ámbito público, la confidencialidad en el ámbito privado y la dignidad en el ámbito íntimo.

4.2. Atención a personas LGBTIQ+ sin la capacitación correspondiente

Los esfuerzos por mejorar la atención a personas LGBTIQ+ (que designa de manera colectiva a Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero, Intersexuales y el anglicismo Queer; donde el signo + pretende incluir a quiénes no estén representados en las anteriores siglas) lleva décadas instalada en la Psicología (Simon, 1992; Haldeman 1994; López, 2018), y ha evolucionado de la mano de las luchas y cambios sociales desplegadas en cada país. Las connotaciones han sido diversas en América Latina (Francia-Martínez et al., 2017), y con propiedad se puede afirmar que sin desmerecer los avances, es más aún lo que resta por realizar, considerando, por ejemplo, el estigma de la patologización como un determinante de salud.

Al discutir sobre esta temática es prudente preguntarse cuántas son las agrupaciones o comunidades de personas a las que se relaciona con conceptos como exposición a la violencia, discriminación, exclusión y marginación, sólo por nombrar algunos. Sin duda existen otros, pero no son muchos los que por una determinada cualidad o condición perciban experimentar hacia sí mismas/os la mayoría de estas actitudes y situaciones de connotación negativa a la vez.

Las y los participantes que refirieron el conflicto clarificaban la escasa preparación con la que se percibían para abordar los cada vez más frecuentes casos cuyos motivos de consulta fuesen relativos a la diversidad sexual y de género, ya por el inexistente tratamiento de estas temáticas durante la etapa formativa, como por la insuficiente oferta de capacitación relacionada a través de la acción profesional que ofrece el nivel de atención. *“Como son temas menos conocidos, pregunto a otros colegas que puedan tener más experiencia al respecto (...) falta eso sí contextualizar y capacitar en temas de la diversidad sexual”* (P 6; R 10); *“Veo que hay más énfasis del tema a través de los medios de comunicación que a través del Estado. No se ha capacitado al personal, y es un deber proteger; se deben diseñar programas específicos para estos tratamientos en salud mental”* (P 19; R 7).

Desde los sistemas de salud, la visibilización de problemáticas incipientes contribuiría a adoptar nuevos mecanismos de intervención inclusivos de la categoría género, que puedan garantizar la atención equitativa de todas las personas sin distinción alguna. Favorecería también la asignación diferenciada, si fuese indispensable. Es apremiante el reconocimiento de necesidades específicas de cada grupo (Barrientos et al., 2017), en función de garantizar su satisfacción en términos de equidad en el acceso y las prestaciones, a favor de crear o transformar servicios inclusivos (Martínez y Díaz; 2017). La combinación entre decisiones conscientes de la perspectiva de género y la atención de salud mental inclusiva elevaría la calidad de los servicios de salud (González et al., 2019), y gradualmente podría mejorar la salud de la población.

Necesario para lograr esa calidad son los adelantos en el trabajo clínico de la salud mental (Millar et al., 2016), aun persistiendo los desafíos de avanzar en el franco conocimiento sobre la multidimensionalidad de esta diversidad y su despatologización, sin desentender el marco de visiones tradicionales ni de las particularidades que operan como obstáculos y facilitadores socioculturales, y las controversias aún existentes sobre el continuo normalidad-anormalidad desde el cual se debate. Esto debe reconocerse como una tarea colectiva donde los ámbitos sociales, cívicos y educacionales reflexionen sobre su papel (Camacho, 2018), y en especial los sistemas de salud (OPS, 2011), con el ejercicio de la Psicología dentro de ellos, como una oportunidad para demostrar la altura crítica y propositiva necesaria.

Como aclaran Martínez et al. (2018), es común que a pesar de las buenas intenciones de los y las psicólogos/as, factores como la falta de entrenamiento específico, el desconocimiento de la cultura y la psicología LGBTIQ+, y la baja autoconciencia acerca de los propios prejuicios y creencias sobre la sexualidad, pueden resultar en tratamientos donde las personas que se identifican con esta diversidad experimenten como agresivos u hostiles abordajes que no dan cuenta fidedigna y cuidadosa de sus necesidades. O vean confirmados sus temores y desconfianza respecto de las intervenciones psicológicas, aumentando, en algunos casos, su desesperanza en relación la ayuda que es posible recibir. En otras circunstancias que esto no sea percibido, la combinación entre prejuicios y creencias erróneas del psicólogo/a y un consultante autoestigmatizado/a (Sutter and Perrin, 2016), puede tener como resultado la profundización de las inseguridades y angustias de este último sobre sí mismo/a, lo que no haría más que acentuar cualquier inestabilidad previa.

La adecuada y anticipada formación y capacitación ayudaría a distinguir valores, creencias, prejuicios y actitudes de los profesionales de la salud mental (Samaroo, 2017), para que una vez reconocidos, se pueda cuestionar si el tratamiento seleccionado y el tipo de relación establecida corresponde a la necesaria y pertinente para una persona que se identifica como LGBTIQ+ (Gnan et al., 2019), y así nivelar disparidades al garantizar acceso a servicios competentes de salud mental, que procuren no perjudicar sino beneficiar a sus consultantes.

5. Conclusiones y recomendaciones

El profesional sanitario debe ser hoy no tan sólo una persona competente y poseedor de habilidades específicas, sino asumir las exigencias éticas que lleva consigo su profesión. El reto de reorganizar los sistemas de salud en torno a una APS fuerte y de calidad solo puede lograrse con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos y principios

fundamentales de la APS, no desde un interés puramente pragmático, sino desde una natural propensión a generar y expresar esa acción ética entre las personas y las instituciones que ellos conforman.

Para la Psicología, la situación en APS exige no sólo preparación en el área clínica sino también en la comunitaria. Si se espera producir nuevas propuestas y herramientas eficaces para enfrentar los distintos requerimientos, los profesionales que brindan estos servicios deben también conocer los sistemas de referencia y los flujos existentes, y ser guiados por liderazgos que conozcan y entiendan los beneficios potenciales de la APS en términos de mejora del estado de salud de la población, también contribuyendo a un funcionamiento más eficiente del sistema sanitario en su conjunto, logrando anticipar demandas y dar cuenta efectiva de ellas.

Es importante recalcar que los Programas de Salud Mental en APS atienden a personas en un contexto de especial vulnerabilidad, y este estudio demuestra que estas prestaciones pueden además convivir en varias dimensiones con conflictos de perfil ético. Para acoger y responder apropiadamente, la educación y capacitación debe contemplar la faceta ética que subyace tanto a demandas como a conflictos.

A través de este texto se describieron dos desafíos éticos emergentes aún controversiales en salud mental -resumidos en nuevos canales comunicativos y demandas de atenciones no tradicionales- que se suman a los generales identificados como nivel estratégico de salud: atención a población inmigrante, envejecimiento, incorporar visión desde la inter y multiculturalidad y promover involucramiento de los usuarios, entre los más reiterados.

Cada país presenta sus particulares retos, asociados a las demandas específicas del contexto. Independiente de cuáles sean estos, es evidente que las atenciones en el ámbito sanitario se complejizan, en particular las relacionadas a la salud mental. Los profesionales preparados y competentes, de mirada crítica y voluntad proactiva, deberán no sólo desempeñarse con la rigurosidad ameritada ante estas circunstancias, sino que plantearse la búsqueda de la excelencia.

En el caso que las intenciones de mejora continua declaradas por los servicios de salud no tengan correlato con los recursos destinados para formación y capacitación de profesionales e inversión general, toda acción tenderá a ser infructuosa. Es discutible hablar aún de crisis en la salud pública, pero su fragilidad es evidente. La APS no sólo debe estar preparada para resolver las solicitudes habituales a través de sus servicios, como la sobredemanda gradual y la escasez de recursos, sino que debe generar la capacidad de prever y anticipar los cambios constantes y nuevos escenarios de atención en el ámbito sanitario.

Si bien los hallazgos y resultados de esta investigación pueden no ser generalizables, propone la validación desde el reconocimiento discursivo de los principales involucrados e invita

a que futuros estudios identifiquen y profundicen en sus respectivos contextos. Su valoración ética es un llamado al debate y al acuerdo de normas básicas a implementar cuando a modelos de atención sanitaria dedicados al cuidado de las personas se refiera.

Este estudio transparenta la importancia de visibilizar demandas emergentes a través de las perspectivas de los propios profesionales, dotándoles de notoriedad para avanzar en su priorización y resolución. Los esfuerzos dirigidos a entregar una atención psicológica integral y de calidad no pueden excluir a la dimensión ética; así, explorar estos fenómenos constituye un objeto de especial relevancia para la psicología contemporánea, contribuyendo a dar cuenta de las distintas necesidades de la sociedad actual. Generar espacios de discusión, cuestionamiento y reflexión sobre las prestaciones otorgadas, y asegurarlas de manera constante, asoman aún como retos pendientes pero impostergables para la psicología en el campo de la salud pública.

Referencias

- ◆ Alfaro, M., Bonis, J., Bravo, R., Fluiters, E., y Minué, S. (2012). Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26 (S): 107-112 doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.005
- ◆ Alonso, R., Lorenzo, L., Flores, I., Martín, J., y García, L. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. Atención Primaria, 51(5): 310-313
- ◆ Baranzoni, S. (2020). Adicción y metabolismo digital. Una mirada desde la filosofía de la tecnología. Revista Colombiana de Bioética, 15(2): 1-17 Recuperado de <https://doi.org/10.18270/rcb.v15i2.2684>
- ◆ Barbosa, L., Magalães, M., Dimenstein, M., y Soares, R. (2021). Práticas de Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Poder Simbólico e Autonomia Profissional. Psicologia: Ciência e Profissão, 41(29): 1-15 <http://doi.org/10.1590/1982-3703003189629>
- ◆ Barrientos, J., Gómez, F., Cárdenas, M., Guzmán, M. y Bahamondes, J. (2017). Medidas de salud mental y bienestar subjetivo en una muestra de hombres gays y mujeres lesbianas en Chile. Revista Médica de Chile, 145 (9): 1115-1121
- ◆ Camacho, J. (2018). Educación científica no sexista. Aporte desde la investigación Didáctica de las Ciencias. Revista Nomadías, 25 (jul): 101-120 doi: 10.5354/0719-0905.2018.51508
- ◆ Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta de Moebio, 23, 204-216. <https://revistaderechoeconomico.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26081>
- ◆ D'Agostino, M., Samuel, N., Sarol, M., de Cosio, F., Marti, M., Luo, T., Brooks, I., y Espinal, M. (2018). Open data and Public Health. Revista Panamericana de Salud Pública, 42:e66. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.66>
- ◆ Dois, A., Bravo, P., Contreras, A., Soto, M., y Mora I. (2018). Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. Revista Panamericana de Salud Pública, 42:e147. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>
- ◆ Flick, U. (2014). La gestión de la calidad en investigación cualitativa. Morata: Madrid
- ◆ Francia-Martínez, M., Esteban, C., y Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. Revista Puertorriqueña de Psicología, 28 (1): 98-113

- ◆ Galindo, O., Cabases, A., Párraga, I., Martín, R., Arroyo, A., y Carbajo, L. (2022). Un día en la consulta de Medicina de Familia entre las olas de la pandemia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1): 47-54
- ◆ García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., y Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42:e160. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- ◆ Gnan, G., Rahman, Q., Ussher, G., Baker, D., West, E., and Rimes, K. (2019). General and LGBTQ-specific factors associated with mental health and suicide risk among LGBTQ students. *Journal of Youth Studies*, 22(10): 1393-1408 <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1581361>
- ◆ González, J., Rosario-Rodríguez, A., y Santiago-Torres, L. (2019). Depresión e ideación suicida en personas de la comunidad LGBT con y sin pareja: un estudio exploratorio. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 30(2): 254-267
- ◆ Godoy, J., y Barraza, J. (2018). La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. *Acta Bioethica*, 24 (2): 181-188
- ◆ Godoy, J., Ríos, C., Venegas, P., López, C., Álvarez, J, Labbé, T., Ramírez, C., y Ríos, J. (2020). Oportunidad en la salud digital: una respuesta al control de las demencias. *Revista Médica de Chile*, 148: 1018-102
- ◆ Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2): 221-227
- ◆ Hernández-Montaña, A., y González-Tovar, J. (2022). Modelo explicativo del autocuidado, la regulación emocional y el burnout en psicólogas en condición de aislamiento por COVID-19. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 90-103 <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.2.6>
- ◆ Lessa, F., Caccavo, F., Curtis, S., Ouimet-Rathé, S., and Lemgruber A. (2017). Strengthening and implementing health technology assessment and the decision-making process in the Region of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41:e165. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.165>
- ◆ Ligia, G., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramírez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., Iturrieta, D, Fidelis de Almeida, P., y Feo, O. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, 19: 1-28 DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310
- ◆ López, J. (2018). El “mejor interés” del menor transexual. *Bioethics Update*, 4 (2): 103-118 doi.org/10.1016/j.bioet.2018.02.001
- ◆ Marín, J., y Martins, C. (2020). Problemas bioéticos na prática interequipes em uma unidade de Atenção Primária a Saúde no Brasil. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(1): 67-77 Recuperado de <https://doi.org/10.18359/rlbi.3991>
- ◆ Martínez, Y., y Díaz, Z. (2017). Evaluación sensible al género para la gestión de sistemas y servicios de Salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21 (2): 160-168 doi: 10.5354/0719-5281.2018.48916
- ◆ Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosenbaum, C., y Aguayo, F. (2018). Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBTQ+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile
- ◆ Millar, B., Wang, K., and Pachankis, J. (2016). The moderating role of implicit internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84: 565-570
- ◆ Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. e Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42: e136. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- ◆ Muñoz, G. (2017). La ficha clínica y la protección de datos de salud en Chile: jurisprudencia. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21 (1): 59-67 doi: 10.5354/0719-5281.2017.47665

- ◆ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). Por la salud de personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Documento de Trabajo, OPS 2011/2012
- ◆ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Catálogo OMS: Luxembourg
- ◆ Plazzotta, F., Luna, D., y González, F. (2015). Sistemas de información en salud: integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (2): 343-351
- ◆ Quimí, D., Giraldo, E., Rojas, J., Avilés, J., y Pazos, S. (2021). Recomendaciones para el primer nivel de salud frente a la emergencia por COVID-19. *Revista Eugenio Espejo*, 15(1): 72-83 <https://doi.org/10.37135/ee.04.10.08>
- ◆ Ramos, S. (2015). La historia clínica en salud mental. *Acta Bioethica*, 21(2): 259-268
- ◆ Samaroo, A. (2017). Effects of an LGBTQ identity and support systems on mental health: a study of 4 theories. *Modern Psychological Studies: Vol. 22(2)*: 19-27 <https://scholar.utc.edu/mps/vol22/iss2/4>
- ◆ Simon, R. (1992). Treatment Boundary Violations: Clinical, Ethical, and Legal Considerations. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20 (3): 269-288
- ◆ Sutter, M., and Perrin, P. (2016). Discrimination, Mental Health, and Suicidal Ideation Among LGBTQ People of Color. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1): 98-105 <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000126>
- ◆ Velasco, A. (2018). Condiciones epistémicas para la creación de conocimiento en ciencias humanas. Límite. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 13(41): 46-59
- ◆ Winkler, M., Villarroel, R. y Pasmanik, D. (2018). La promesa de confidencialidad: nuevas luces para la investigación científica y la práctica profesional en salud mental. *Acta Bioethica*, 24 (1): 127-136
- ◆ Zurro, M., Cano, J., y Gené, J. (2014). *Atención Primaria. Principios, Organización y Métodos de Medicina en Familia*. España: Elsevier

Fecha de recepción: 26 de noviembre de 2022

Fecha de aceptación: 21 de septiembre de 2023

Fecha de publicación: 18 de octubre de 2023