

it

Salud Comunitaria y Sociedad





REVISTA IT VOLUMEN 6 N° 6

Dirección general: Lic. Débora Gribov
Coordinación de la publicación: Lic. Annalet Viera, Federico Valdés, Marcos Lafluf
Comisión Editorial de la Revista Científica:
Universidad de la República
Programa APEX-Cerro
Haití 1606 código postal 12800
Montevideo, Uruguay
E-mail: it@apex.edu.uy
Web: <http://www.apex.edu.uy/>

Comité Editorial:

Lic. Psicom. Débora Gribov
Lic. Nut. Raquel Palumbo
Dra. María Teresa Almaraz
Dra. Ana Kemayd
Lic. Virginia Aquino
Lic. Annalet Viera
Lic. Miguel Olivetti
Lic. Federico Valdés
Lic. Marcos Lafluf

Secretaría Administrativa: Gabriela Iglesias



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



SUMARIO

Editorial	2
<i>Débora Gribov Novogrebelsky</i>	
DONOCARDIOFACIL: SISTEMAS INFORMÁTICOS AL SERVICIO DE LA SALUD	6
<i>Victoria Cuadrado, Martín Arregui, Emiliano Conti, Agustín Guerra, Alejandro Fischel, Franco Simini</i>	
LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	15
<i>Beatriz Ferreira, Carlos Torrado, María Teresa Almaraz, Gabriela Di Landro</i>	
MEDICINA EN LENGUA DE SEÑAS. UN RELATO DE EXPERIENCIA DOCENTE.....	33
<i>Fernanda Olivar</i>	
ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA COMO EJE DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS	42
<i>Lía Fernández Pellejero</i>	
RELACIÓN ASISTENCIAL Y GRUPALIDADES EN ENFERMERÍA HOSPITALARIA: EL CASO DEL CHPR.....	57
<i>Gabriela Etcheverry Catalogne</i>	
PERCEPCIONES DE SALUD EN EMBARAZADAS DE UN BARRIO DEL MUNICIPIO A DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO	80
<i>Patricia Arias, José Balbanian, Gabriela Martínez, Ezequiel Peña, Pablo Pereira</i>	
REPOSITORIO DIGITAL ANGLO: UNA APROXIMACIÓN A LA DIFUSIÓN DEL PATRIMONIO EN EL CONTEXTO DE LAS SMART CITIES	95
<i>Marcos Lafluf, Gabriela Barber, Maximilano Rodríguez</i>	
Normas de publicación Revista Científica "it": APEX Cerro	114
<i>Laura Arispé, Nicolás Brum, Revisión: Víctor Barranco</i>	
DATOS EVALUADORES	121
ÍNDICE DE AUTORES	124

latindex

Programa APEX-CERRO UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

EDITORIAL

La educación superior a construir debe ejercer su vocación cultural y ética con la más plena autonomía y libertad, contribuyendo a generar definiciones políticas y prácticas que influyan en los necesarios y anhelados cambios de nuestras comunidades. La educación superior debe ser institución emblemática de la conciencia crítica nacional de nuestra América.

*III Conferencia Regional de Educación Superior.
(Junio de 2018). Córdoba, Argentina.*

Este año se caracteriza por múltiples celebraciones, homenajes y siempre, por construir memoria.

Estas fechas interpelan al tiempo, cuestionan y provocan la imaginación que, envuelta en una ebullición de emociones por la acumulación de experiencias, recuerda a tantas y tantos que con distintos estilos, causas y en diferentes momentos contribuyeron a un presente que solo es posible comprenderlo en perspectiva histórica.

El pasado, el presente y el futuro se combinan en un rico mosaico, ingenioso, imaginativo, conmovedor y comprometido de acontecimientos.

En primer lugar, este nuevo número de la revista IT se integra a los festejos de los 25 años del Programa APEX.

Por otra parte, este aniversario se entrelaza íntimamente con los 100 años del Movimiento de Córdoba, acontecimiento de una singularidad tan preciosa, que adquiere, desde su manifiesto Liminar, una dimensión que construye e integra la versión Latinoamericana de Universidad, caracterizada por una narrativa y un accionar contextualizados.

Se suman a estos acontecimientos los 60 años de la ley orgánica, sin ninguna duda acontecimiento que marca un hito insoslayable en el proceso de construcción de nuestra Universidad de la República.

Son 50 años del asesinato de Liber Arce, estudiante de Odontología que en una marcha pacífica por autonomía universitaria y por justicia social junto a los trabajadores, cae abatido por una bala represora y se transforma en símbolo vivo de lucha.

Estos acontecimientos, entrelazados en el tiempo, exigen un compromiso que involucra a todas y todos. Compromiso que impone una permanente revisión sobre nuestras ideas y en consecuencia, sobre nuestras prácticas.

En relación al Programa, nos encontramos en una etapa de inspiradora elaboración colectiva, posible solamente por la demanda del rico entramado histórico, resultado de su propia experiencia y de los acontecimientos que suceden en nuestro país, estrechamente vinculados a la particular situación regional e internacional.

Consideramos que la complejidad de la realidad, es imposible de eludir si reconocemos y aceptamos la influencia y responsabilidad que tiene sobre ella, entre otros actores, la Universidad. Cuando en particular reafirmamos al art. 2 de nuestra ley orgánica, y si categorizamos al APEX desde la Integralidad, es inevitable vincular las posibilidades de desarrollo Institucional fuera de un contexto determinado.

Por estas razones, decidimos presentar en este número un relato del APEX en imágenes, a modo de homenaje a quienes desde siempre, en diferentes tareas, hicieron posible la permanencia y total vigencia de este Programa Universitario.

En relación a los artículos, el “Repositorio digital Anglo: una aproximación a la difusión del patrimonio en el contexto de las *Smart Cities*”, integra el *software* al concepto de ciudadanía inteligente vinculado a la resignificación del patrimonio arquitectónico y cultural de la comunidad. Introduce el concepto de *Smart City*, que estimula un debate sobre la posibilidad de pensar las ciudades y su relación a lo que se denomina “revolución digital”.

En “La Educación como estrategia para fortalecer la participación ciudadana”, queda fundamentada la importancia de la figura de los agentes comunitarios como promotores y articuladores en el ámbito de la Salud. Se prioriza y jerarquiza, en forma sustantiva, la educación en el Primer Nivel de Atención en estrecho vínculo con la salud Comunitaria.

El artículo “Percepción de salud en mujeres embarazadas de un barrio del Municipio A de la ciudad de Montevideo”, provoca la necesidad de continuar investigando sobre la dimensión salud y la percepción que se tiene sobre la misma.

“Medicina en lengua de señas. Un relato de experiencia docente” describe, en el marco del nuevo plan de estudios de la carrera de Doctor en Medicina, una experiencia de trabajo en territorio que sensibiliza sobre una realidad, lejana a la mayoría de los estudiantes involucrados.

“Donocardiofácil: sistemas informáticos al servicio de la Salud” aproxima universos que parecen ser entendidos o sentidos como muy lejanos, la informática y la salud.

En un escenario actual, satisfactoriamente modificado por la influencia del Sistema Nacional Integrado de Salud, el trabajo expuesto en “Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia como eje del Programa de Cui-

dados domiciliarios” expone alianzas estratégicas. Articula en diálogo agentes comunitarios con las Instituciones, provocando como consecuencia más inmediata e importante la “humanización” de la atención.

Para finalizar, el texto sobre: “Relación asistencial y grupalidades en enfermería hospitalaria: El caso del Centro Hospitalario Pereira Rossell” investiga sobre los conflictos que surgen en el vínculo asistencial, y presenta una experiencia relacionando el fenómeno de la grupalidad como dispositivo de resolución de los mismos.

Invitamos a compartir estas experiencias y reafirmamos que con la Revista IT, el APEX pretende, junto con otras acciones, compartir distintas perspectivas, ricas en su diversidad y que, fundamentalmente, contribuyan a interpelar nuestros sentidos, nuestra inteligencia y nuestras emociones, para seguir caminando.

Débora Gribov Novogrebelsky



Ex Directores de Apex Prof.s Pablo Carlevaro y Ruben Cassina



Mag. Susana Rudolf, Dr. Rodrigo Aroncena, Prof. Humberto Tomassino

DONOCARDIOFACIL: SISTEMAS INFORMÁTICOS AL SERVICIO DE LA SALUD

DONOCARDIOFACIL: INFORMATION SYSTEMS TO FOSTER COMMUNITY HEALTH

Victoria Cuadrado
Martín Arregui
Emiliano Conti
Agustín Guerra
Alejandro Fischel
Franco Simini

Palabras claves: informática médica, extensión a la comunidad, agenda médica, enfermedad crónica, donación de sangre

Keywords: medical informatics, university outreach, medical office agenda, chronic condition, blood donation

Resumen

DONOCARDIOFACIL fue un proyecto de Extensión Universitaria (EU)¹ 2016 coordinado por el Núcleo de Ingeniería Biomédica (NIB), desarrollado en los Hospitales de Pando y San José, Uruguay. Se trató de darles, a los usuarios y al personal de estos hospitales, el beneficio inmediato de la investigación aplicada en informática médica y, en particular, de tres aplicaciones desarrolladas como proyectos de fin de carrera. DONOCARDIOFACIL contribuye, de esta manera, a formar profesionales sensibles a los problemas sociales desde la ingeniería, agregándole la posibilidad de trabajar con la comunidad. Para el NIB, DONOCARDIOFACIL significa cumplir con su objetivo de desarrollo de equipos y sistemas para uso en medicina, no solamente produciendo prototipos ajustados a la demanda asistencial, sino en situaciones de campo, enfrentando las herramientas desarrolladas a la vida real, siempre más exigente que las mejores especificaciones profesionales, y hacer las pruebas en conjunto con los pacientes y el personal de salud.

Abstract

DONOCARDIOFACIL was a 2016 University Outreach program by the Núcleo de Ingeniería Biomédica (NIB), (Biomedical Engineering Group) held at Pando and San José Hospitals in Uruguay. Users and hospital staff took part and used the results of Medical Informatics research as three mobile apps

¹ <http://www.extension.udelar.edu.uy/>

stemmed from Student Graduation Projects. DONOCARDIOFACIL is a contribution to the social shaping of graduates, giving them the opportunity to act in a community, giving their time and professional expertise for the benefit of better health care. For NIB, DONOCARDIOFACIL was a project to further biomedical equipment and application development for medical use, not only as prototypes but also to adapt them to real social use. This was possible because NIB new tools were exposed to real life, always more demanding than the most stringent specifications, where evaluation was performed with patients and health personnel.

La Extensión Universitaria une a la Universidad con el país

La Extensión Universitaria (EU) es el canal directo que une la universidad con su sociedad, en todas las formas que resulten beneficiosas para ambas. En particular incluye todo proceso educativo transformador, donde desaparecen los roles estereotipados de educador por un lado, y de educando por el otro, llegando a una situación en la cual todos pueden aprender y enseñar. La EU contribuye, por lo tanto, a la producción de conocimiento nuevo, vincula críticamente el saber académico con el saber de los usuarios y tiende a promover formas asociativas que aporten a superar problemas sociales. La EU permite, además, orientar líneas de investigación, ajustar planes de enseñanza y confirma el compromiso universitario con la sociedad y con la resolución de sus problemas. En consonancia con la Ley Orgánica de la Universidad, el proyecto DONOCARDIOFACIL está instalado en una colaboración activa entre la Universidad y el país.

DONOCARDIOFACIL: sistemas informáticos al servicio de la salud

En el segundo semestre de 2016, la Facultad de Ingeniería (Fing) y el Centro Auxiliar de Salud de Pando (Hospital de Pando) cooperaron en el proyecto de EU DONOCARDIOFACIL, coordinado por el Núcleo de Ingeniería Biomédica (NIB). El NIB de las Facultades de Medicina e Ingeniería es un grupo interdisciplinario, cuyo objetivo es la enseñanza, investigación y transferencia tecnológica en ingeniería biomédica e informática médica. Sus actividades incluyen la realización de prototipos en apoyo a la investigación biomédica en el marco de maestrías y doctorados para médicos e ingenieros, la enseñanza e investigación de técnicas y métodos de proyecto y el fomento de la producción nacional de equipos biomédicos².

DONOCARDIOFACIL prevé la entrega de tres prototipos para ser usados en el entorno asistencial del interior cercano: HEMOLÓGICA, SIMIC y SAMI. Cada sistema cumple una función particular en el sistema de salud:

HEMOLÓGICA fomenta la donación de sangre, facilita el registro de la donación de sangre y, por primera vez, deja constancia de ello en la Historia Clínica Electrónica Nacional de todo ciudadano donante. El Sistema Informático de Manejo de la Insuficiencia Cardíaca (**SIMIC**) optimiza el seguimiento de personas con insuficiencia cardíaca mejorando su calidad de vida.

² <http://www.nib.fmed.edu.uy/>

El Sistema de Agenda Médica Informática (**SAMI**) mejora la gestión intempes-
tiva de las reservas de hora para consulta médica, optimizando el uso y ocupa-
ción del tiempo médico programado en cada consulta.

DONOCARDIOFACIL constituyó un intento de darles a los usuarios el benefi-
cio inmediato de la investigación aplicada en informática médica. Inicialmente,
resultados de proyectos de fin de carrera de Ingeniería, los prototipos incluidos
en DONOCARDIOFACIL continuaron su evolución tendiente a transformarlos en
verdaderas opciones de productos para ser usados en la práctica del sistema de
salud del país. DONOCARDIOFACIL fue financiado por los fondos internos de ex-
tensión de Fing, al ser seleccionado por concurso, y contó con el aval de ambos
hospitales. Específicamente tomaron parte activa la Comisión de Extensión de
Fing³, la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC)⁴ de la Clínica
Médica A del Hospital de Clínicas (en cuanto co-autora de SIMIC) y la Licenciatura
en Registros Médicos de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM)⁵.
Para llevar DONOCARDIOFACIL a la práctica, los estudiantes se enfrentaron al
desafío del trabajo fuera de su ámbito de estudio e inmersos en la sociedad. Para
el caso, el objetivo fue transmitir, el uso de las herramientas recientemente de-
sarrolladas por otros estudiantes más avanzados, a pacientes y personal de los
centros de salud.

Para cumplir con el objetivo planteado, los estudiantes participaban de forma
semanal en las instituciones, realizaban trabajo de observación, entrevistas con
los funcionarios vinculados a la tarea con la que ellos iban a contribuir y se con-
tactaban con los pacientes que requerían un número para la consulta. Al cum-
plir esta actividad, los estudiantes se familiarizan con las instituciones de salud,
con los problemas de pacientes, prestadores y acompañantes, adquieren cono-
cimientos en el uso de las Tecnologías de la Información (TICs) en medicina y
acumulan experiencia de trabajo solidario. Si bien la EU puede estar asociada a la
obtención de “créditos” para la carrera, el impulso generoso de los estudiantes
en su acercamiento a la sociedad y a sus estamentos más necesitados fue noto-
rio, la actitud solidaria fue general y acompañó el impulso inicial durante toda
la experiencia de extensión. En este aprendizaje participaron docentes, egresa-
dos y estudiantes de Fing y de la Facultad de Información y Comunicación (FIC),
donde primó el trabajo de intercambio horizontal. La formación específica para
los estudiantes que transitaron esta experiencia de EU fue tener una visión inte-
gral de la inclusión de tecnología en ámbitos de la salud, considerando todas las
partes involucradas. Para ello, debieron nutrirse de la experiencia “de contacto
con el otro” que vive circunstancias de enfermedad o incertidumbre (pacien-
tes) o de trabajo en la institución (personal de salud). Los estudiante tuvieron

3 <https://www.fing.edu.uy/node/3158>

4 <http://www.unic.hc.edu.uy/>

5 <http://www.eutm.fmed.edu.uy/>

la oportunidad de hacer aportes fundamentales para poder llevar adelante su proyecto. Además, consideramos que una experiencia de este tipo, que requiere interacción e intercambio con otros profesionales, les permitirá a los estudiantes transferirla a su propio futuro laboral.

Los tres sistemas de informática médica desarrollados por el NIB y puestos a disposición de los hospitales y de sus pacientes, están integrados entre sí por medio de la interoperabilidad prevista por el programa gubernamental SALUD. uy⁶ al compartir listas de ciudadanos y repositorios de documentos de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN). Las ventajas de la interoperabilidad de la HCEN incluye la salvaguarda de la privacidad de los datos personales y la seguridad con la cual se maneja la información, incluso más reservadamente que en el ámbito tradicional de los documentos en papel. Además se accede a la HCEN desde cualquier lugar y en cualquier momento, teniendo derecho a ello.

HEMOLÓGICA, en su aplicación disponible en Internet, difunde mensajes sobre donación de sangre y ayuda, de esta manera, al personal de salud a tratar a los donantes en forma eficiente, sin repetir exámenes de sangre y a los administradores a encontrar las dosis de hemoderivados acordes a cada receptor. Además, **HEMOLÓGICA** se conecta con los sistemas de gestión de bancos de sangre existentes, empodera al paciente dándole una cuenta corriente de sangre donada/recibida y ofrece estadísticas a los niveles gerenciales nacionales y de cada institución, contribuyendo a una gestión informada. **HEMOLÓGICA** fomenta la donación mediante recordatorios y la acumulación de “donaciones” en su propio registro de donante.

SIMIC ayuda a asegurar el seguimiento de personas con insuficiencia cardíaca, manteniendo vivo el contacto con la policlínica especializada UMIC, desde cualquier punto del país. **SIMIC** actúa como un elemento autónomo o “robot” entre el paciente y su familia y el centro de salud, tomando a su cargo la iniciativa de hacer preguntas en base a criterios estadísticos que no son percibidos como insistentes por el paciente. Los pacientes a quienes el médico “receta” el “software” **SIMIC**, aportan, durante la vida diaria, el peso, la actividad física, la medicación tomada, integrándolos a la sucesión de consultas y a la prevención de situaciones adversas. Asimismo, **SIMIC** detecta situaciones de riesgo o abandono para permitirle al equipo de salud actuar a tiempo. De esta manera, el personal de salud puede contar con que los pacientes que cumplen las recomendaciones, y cuyos valores de peso, actividad física, adherencia al tratamiento farmacológico están dentro de rangos esperados, y por lo tanto se puede presumir que estén bien controlados, liberando al personal de un seguimiento

6 <https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/4422/19/agesic/que-es.html?idPadre=4425>

activo personal, imposible de realizar por la cantidad de pacientes con IC y por la escasez de recursos.

Igualmente, implementado con un programa y una aplicación de celular, SAMI es otro “robot” que maneja la agenda, el desistimiento de horas, la posibilidad de re-agendar, el manejo de listas de espera y la oferta de horas libres a un conjunto de personas con derecho a ser atendidas. Con **SAMI** es más difícil que el paciente se olvide de una consulta programada, que los turnos liberados queden vacantes, ya que son llenados oportunamente por el propio **SAMI** y que los pacientes se queden sin consulta habiendo lugares libres. El “parte diario” se ve automatizado reduciendo el trabajo del personal de salud.

DONOCARDIOFACIL es un vehículo de extensión, ya que contribuye a formar profesionales sensibles a los problemas sociales desde la ingeniería, agregándole la posibilidad de trabajar con la comunidad. Para el NIB, DONOCARDIOFACIL significa cumplir con su objetivo de desarrollo de equipos y sistemas para uso en medicina, no solamente produciendo prototipos ajustados a la demanda asistencial, sino en situaciones de campo, enfrentando la herramienta teórica a la vida real. El contacto de aplicaciones de informática médica con la realidad asistencial, es muy importante para verificar los supuestos que le dieron origen y para corregir imperfecciones e incompatibilidades imposibles de prever, o resultado de la experiencia limitada de sus autores, ingenieros en ciernes. Con DONOCARDIOFACIL también se refuerzan los vínculos interdisciplinarios entre docentes del NIB y de los grupos clínicos que dieron origen a los sistemas: la Clínica Médica A⁷, el Servicio Nacional de Sangre, el Banco de Sangre SMI⁸ y la Licenciatura en Registros Médicos de la EUTM. Como resultado mayor se destaca la satisfacción manifestada por los usuarios que recibieron, de manos de estudiantes de primero o segundo año de ingeniería, las aplicaciones para agendarse sin trámites a la consulta del Hospital de Pando. La policlínica que usó en primer lugar SAMI fue la de “atención integral del adolescente”, cuyos beneficiarios son grandes usuarios de tecnologías de la información bajo forma de redes sociales y aplicaciones para teléfonos inteligentes entre otras. La interacción solidaria con usuarios, y el crecimiento humano mutuo fue lo que relataron como adquisición principal los estudiantes al finalizar DONOCARDIOFACIL. Al tener la oportunidad de probar estos sistemas de informática médica en la vida real, se verifica también el inicio de la transferencia tecnológica, ya que de hecho se simula la creación de una empresa compuesta por los estudiantes que manejan la riqueza que ellos mismos crearon desde la Universidad. Cada uno de los sistemas, HEMOLÓGICA, SAMI y SIMIC, responde a una necesidad asistencial que, al tener la oportunidad de ser puesta a prueba, constituye una empresa en potencia, sujeta a las leyes del mercado. A partir de la experiencia de DONOCARDIOFACIL, se negocia en este

7 <http://www.medicaa.hc.edu.uy>

8 http://www.serviciomedicointegral.com.uy/mvdcms/uc_362_1.html

momento un convenio para continuar perfeccionando SAMI, asegurándole un “cliente cero”, el Hospital de Pando por ejemplo, que será seguido de otros en la medida del éxito obtenido en la gestión eficiente de la Consulta de Adolescentes. Los ingenieros que desarrollaron SAMI, resaltan la oportunidad que tuvieron de mejorar el producto en uso real. Indirectamente, esto les permite darse a conocer y extender su trabajo a otras instituciones de salud.

Resultados

La iniciativa DONOCARDIOFACIL fue difundida internamente en la Fing durante el año 2016 hasta conformar el equipo de trabajo. Los 5 estudiantes que tuvieron contacto directo con los pacientes emplearon un total de 458 horas, además de aprobar un módulo de extensión (6 créditos) cada uno. Un volumen similar de horas fue utilizado por docentes y estudiantes avanzados (autores de proyectos). Los equipos sanitarios manifestaron su agradecimiento a la iniciativa y está planteada, en el Hospital de Pando, la continuación del trabajo, sobre nuevas bases de acuerdos de cooperación.

Referencias bibliográficas

- Barbot, I.; Cima, B.; Comerci, N.; Díaz, S.; Grilli, P.; Arregui, M. y Simini, F. (2016). *DONOCARDIOFACIL. Informática Médica en los Hospitales de Pando y San José*, Montevideo: Ingeniería de Muestra. Facultad de Ingeniería. Universidad de la República.
- Bernadet, G.; Coelho, C.; Conti, E.; Ottonello, M.; Piñeiro, T.; Grundel, L. y Simini, F. (2015). *SAMI. Sistema de Agenda Médica Informática*. Montevideo: Ingeniería de Muestra. Facultad de Ingeniería. Universidad de la República.
- Bernadet, G.; Coelho, C.; Conti, E.; Simini, F. y Grundel, L. (2016). *SAMI Sistema de Agenda Médica Informática*. Montevideo: Facultad de Ingeniería. Universidad de la República.
- Cardone, A.; González, R.; García, V.; Simini, F.; Álvarez, P. y Ormaechea, G. (2016). *SIMIC Sistema Médico de Insuficiencia Cardíaca*. Montevideo: Ingeniería de Muestra. Facultad de Ingeniería. Universidad de la República.
- Carozo, G. (2015). *Novell EEG in Diagnose of Status Epilepticus*. Montevideo: Núcleo de Ingeniería Biomédica. Universidad de la República.
- Da Silva, V. y Clavijo, L. (2016). *SAREM Sistema de Alertas y Registros Médicos*. Montevideo: Universidad de la República.
- Enlaces*: Revista de la Fundación Julio Ricaldoni. (2011). Fomentando la Ingeniería en escuelas de contexto crítico. (2011, Dic.). En *Enlaces: Revista de la Fundación Julio Ricaldoni*, 7, 43.

- Garrido, C. (2016). *Ciencia, Tecnología y Sociedad. Análisis de tres décadas de actuación académica y transferencia tecnológica hacia la sociedad desde 1985*. Montevideo: Núcleo de Ingeniería Biomédica. Universidad de la República.
- Roche, P.; Strasser, B.; Bove, J.; Grundel, L.; y Simini, F. (2015). *HEMOLOGICA, Donación/Transfusión de sangre*. Montevideo: Ingeniería de Muestra. Facultad de Ingeniería. Universidad de la República.
- Roche, P.; Strasser, B.; Simini, F. y Bove, J. (2016). *HEMOLOGICA*. Montevideo: Facultad de Ingeniería-Universidad de la República.
- Simini, F. (2015). *La escuela uruguaya de sistemas informáticos*. Montevideo: Núcleo de Ingeniería Biomédica, Universidad de la República. Recuperado a partir de <https://cienciaenhispanoamerica.wordpress.com/2015/05/08/la-escuela-uruguaya-de-sistemas-informaticos/>



Sesión de Comisión Directiva



Lic. Federico Beltramelli

LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

EDUCATION AS A STRATEGY TO STRENGTHEN COMMUNITY PARTICIPATION

Beatriz Ferreira
Carlos Torrado
Maria Teresa Almaraz
Gabriela Di Landro

Palabras claves: promoción de salud, participación, salud bucal, integralidad en salud
Keywords: promotion of health, oral health, participation, integrality in health

Resumen

El presente artículo es el relato de una experiencia a partir de la integralidad de las funciones universitarias, la interdisciplina y la articulación interinstitucional con el objetivo de fortalecer la formación de las personas vinculadas al trabajo en primera infancia, como elemento clave para la participación, la transformación y el cambio en relación a la promoción de salud.

La salud, entendida como un proceso que solo puede abordarse desde la perspectiva y el contexto que rodea a las personas, nos plantea una redefinición del quehacer diario y de las funciones universitarias (enseñanza, extensión e investigación) en el área sanitaria.

El equipo docente concibe a los destinatarios de la formación, como sujetos protagonistas en la transformación social, lo que implica el diálogo y la relación sujeto-sujeto, una visión que involucra la participación y el saber popular, como relevante en los procesos de producción de conocimiento. Por tanto, el equipo ha propuesto una metodología participativa en formato de seminario-taller, con un fuerte componente vivencial, integrado al análisis colectivo en el desarrollo de temáticas específicas relacionadas al eje central de la propuesta: Salud e Infancia.

Abstract

This article is the story of an experience based on the integrality of university functions, interdisciplinary and inter-institutional articulation with the objective of strengthening the training of people linked to work with early childhood as a key element for participation, transformation and change in relation to health promotion.

Health understood as a process that can only be approached from the perspective and the context

that surrounds people, proposes a redefinition of the daily task and the university functions (teaching, extension and research) in the health area.

The teachers group conceives the recipients of the training as protagonists in the social transformation, which implies the dialogue and the subject-subject relationship, a vision that involves participation and popular knowledge as relevant in the processes of knowledge production . Therefore, the team has proposed a participatory methodology in seminar-workshop format, with a strong experiential component integrated to the collective analysis in the development of specific themes related to the central axis of the proposal: Health and Childhood.

Promoción de salud y participación

A partir de la Declaración de Alma Ata en 1978 y la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa en 1986, la participación de las personas en su propia salud ha comenzado a dinamizarse y constituirse en uno de los pilares fundamentales de la atención primaria en salud (APS). Se ha propiciado la participación, autocuidado y responsabilidad de las personas para “*alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social*”, con el involucramiento, acceso a información, motivación, empoderamiento, toma de decisiones, capacidad de asociación de las comunidades, construcción de redes y relaciones, compromiso, y con una sostenida puesta en marcha de estrategias de la propia comunidad en relación a la salud.

Según la OMS: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (OMS, 1978).

Así mismo la Carta de Ottawa prioriza la participación concreta y efectiva de las comunidades desde la definición e identificación de prioridades, toma de decisiones, elaboración de estrategias de planificación para contribuir a alcanzar un mejor nivel de salud:

una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos para abordar las prioridades sanitarias; mediante la participación, los individuos adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad (OMS, 1986).

La salud entendida como un proceso, que solo puede abordarse desde la perspectiva y el contexto que rodea a las personas, nos plantea una redefinición del quehacer diario y de las funciones universitarias (enseñanza, extensión e investigación) en el área sanitaria, a partir de la igualdad de oportunidades, el establecimiento de procesos dialógicos horizontales junto a la comunidad, la apertura a las opiniones y puntos de vista de las personas en relación a las políticas de salud y la formación de profesionales universitarios humanizados:

(...) se va gestando en estudiantes y docentes no sólo un proceso de aprendizaje específico (propio de su quehacer profesional) sino que se va realizando ese proceso de formación ética y humana a veces, insensiblemente, otras veces mediante instancias de reunión, diálogo y reflexión conjunta) que va quedando incorporado para todo el resto de la vida. (Carlevaro, 2010).

El Programa APEX-Cerro de la Universidad de la República (Uruguay), tiene como finalidad contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, por medio de la participación activa de la comunidad en la organización, gestión y

planificación de los servicios especialmente vinculados a las áreas de la salud y social, integrando las funciones universitarias. A partir del siglo XXI, a raíz de los cambios sociales, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que introduce cambios en los modelos de financiamiento, gestión y atención (Ley 18.211),¹ las nuevas demandas y el nuevo paradigma de la salud comunitaria desde una concepción de Gestión de Salud Positiva (Saforcada, 2012)², se ha comenzado a repensar, resignificar y redimensionar los abordajes en la promoción de la salud desde una pluralidad de enfoques, intentando contemplar las nuevas realidades comunitarias.

Es así que, desde fuera de los espacios tradicionales de los servicios de salud y universitarios, se transitan otras formas de vincularse con y en la comunidad. La construcción de espacios en y con la comunidad, desde la integralidad de las funciones universitarias (extensión, enseñanza e investigación), permite establecer cercanías en las que las relaciones de poder se ven modificadas, estableciéndose niveles de horizontalidad, y un verdadero protagonismo de la comunidad, no solo en el diseño de nuevas estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad, sino como verdaderos protagonistas en las transformaciones sociales. La Universidad participa y forma parte de la comunidad desde el diálogo, saliendo a terreno, identificando necesidades, saberes y capacidades. En este sentido, a partir de la integralidad de las funciones universitarias “como espacio de preguntas recíprocas” (Sutz, 2010), emergen ricos y novedosos procesos que vinculan la enseñanza-aprendizaje, la extensión y la investigación.

Formación de promotores comunitarios

En el ámbito de la salud es pertinente e importante hablar de *desarrollo salubristas* de una sociedad o de una comunidad. Es decir, la evolución progresiva de los conocimientos, valores, creencias, hábitos y comportamientos de los integrantes de una comunidad hacia mejores niveles de salud (Saforcada, 2012).

Los equipos de salud bucal del área salud y socioeducativo y cultural del área social del Programa APEX-Cerro han desarrollado conjuntamente una serie de talleres, cursos de capacitación, elaboración de guías de salud, entre otras actividades, para agentes o promotoras y promotores comunitarios de salud desde

1 Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud, Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación, Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp297338.htm>

2 “(...) en gestión de salud positiva es fundamental trabajar en la perspectiva de vincular fuerte y profundamente la salud pública con la educación de modo de asegurar que desde la más temprana edad las niñas y niños comiencen a construir un paradigma de salud centrado en la salud positiva y no en la enfermedad, al mismo tiempo que desarrollan o adquieren hábitos saludógenos”. Saforcada, E. “Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad”. En Aletheia, núm. 37, enero-abril, 2012, pp. 7-22. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002>

el año 2010, realizando un abordaje interdisciplinario, con un fuerte componente teórico-práctico, enfatizando en la participación comunitaria y adaptando los contenidos a las necesidades y prioridades de la población destinataria, siendo ellos protagonistas en la planificación, ejecución y evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En este sentido, los equipos participantes en la formación de promotores comunitarios, consideran, como plantea Morales Calatayud (2015), la necesidad de contribuir al fortalecimiento de la participación protagónica de la comunidad desde la perspectiva de la salud comunitaria, entendiendo que:

La Salud Comunitaria (...) puede considerarse como un proceso de producción, mantenimiento, fortalecimiento, enriquecimiento, recuperación y gestión de la salud y la totalidad de sus determinantes, en sus múltiples contextos y expresiones, prestando particular atención al papel de las comunidades como gestoras y a sus miembros como decisores y actores protagónicos de ese proceso (Morales Calatayud, 2015, p.46).

Se ha realizado un trabajo colectivo y consensuado desde la docencia y la práctica, desde la multi e interdisciplina, en actividades que han contribuido a integrar a los actores universitarios (docentes, estudiantes, funcionarios/as) con actores sociales, en procesos interactivos horizontales, donde cada cual aporta sus saberes, y todos aprenden en el entendido que “Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre” (Freire, 1984).

A los efectos de este artículo, nos referiremos al “Ciclo Infancia y Salud desde una perspectiva integral” y particularmente a las unidades destinada a “Salud buco dental en la primera infancia” y “Formación y rol de promotores comunitarios de salud”. El ciclo fue presentado, resultando aprobado y financiado como actividad de educación permanente por la Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP) en el llamado “Ciclos de difusión universitaria de Educación Permanente dirigidos a comunidades amplias o a público en general” de la Universidad de la República, en sus primeras dos ediciones 2015 y 2016. El ciclo supuso la articulación con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Centro Ministerio de Educación y Cultura (Centro MEC) Mercedes del departamento de Soriano (Uruguay), y la participación de docentes provenientes de distintas disciplinas: psicología, nutrición, magisterio, artes, odontología, psicomotricidad y agentes comunitarios.

El ciclo contó de cinco unidades interrelacionadas, a saber:

Unidad 1: Infancia: bases filosóficas, psicológicas y biológicas. Concepciones de salud integral. Unidad 2: Procesos de maduración y desarrollo. Unidad 3: Salud buco dental en la primera infancia. Unidad 4: Salud, juego y expresión en la

infancia. Unidad 5: Formación y rol de promotores-as comunitarios-as de inclusión y salud.

Consideramos relevante la democratización del saber que lleva a fortalecer la formación de las personas vinculadas al trabajo en primera infancia y, por lo tanto, a fomentar la salud y prevenir la enfermedad, de una forma muy simple, eficaz y de bajo costo.

Es necesario que los integrantes de los equipos que trabajan en primera infancia sepan y reconozcan la necesidad de comenzar la protección y promoción de la salud, en la etapa más temprana de la vida, preferentemente desde la etapa prenatal.

Objetivos generales del ciclo

Fortalecer la formación de las personas vinculadas al trabajo en primera infancia, con fuerte énfasis de promoción de salud y prevención de enfermedad, brindando elementos para una mejor comprensión de que la educación para la salud es clave para la participación, y por ello puede ser una herramienta de transformación y cambio.

Colaborar con el adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil, con un enfoque de salud integral a través de una estrategia de Atención Primaria de Salud; mediante el desarrollo de procesos de enseñanza y aprendizaje conjuntamente con el ejercicio de la interdisciplinariedad en el trabajo con la comunidad.

Objetivo de la unidad “Salud buco dental en la primera infancia”

Democratizar el saber en el área buco-dental en la primera infancia, desde los técnicos hacia la comunidad y de la comunidad hacia los técnicos, mediante el proceso enseñanza- aprendizaje en forma multidisciplinar.

Mediante una metodología participativa, sensibilizar, motivar y permitir el intercambio de saberes de forma que los participantes enriquezcan su tarea y puedan ser agentes multiplicadores de la promoción en salud oral proyectada hacia su comunidad.

Objetivo de la unidad “Formación y rol de promotores comunitarios de salud”

Habilitar un grupo de discusión en relación al rol de promotores comunitarios en el área de la salud.

Recoger vivencias y experiencias con actores de la comunidad en relación al rol del promotor comunitario en el área de la salud.

Contribuir a repensar y reforzar saberes e identidades barriales en relación al quehacer del rol de promotor comunitario a partir de dinámicas y estrategias de participación.



Participantes del “2do. Ciclo Salud e Infancia desde una perspectiva integral”, Mercedes-Soriano, Uruguay. 2016. Fotografía Programa APEX-Cerro.

Contenidos temáticos de la unidad “Salud buco dental en la primera infancia”

La salud buco-dental es aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, debe ser abordada desde sus dimensiones social, biológica, psicológica, ambiental, política, económica y cultural priorizando y protegiendo la salud.

Trabajamos desde el enfoque de la odontología comunitaria que, realizada entre todos, no ubica a la salud buco-dental como meta o fin, sino que la ubica

como un presente para el bienestar y el desarrollo pleno de las capacidades humanas.

Si bien, desde hace ya algunos años, se viene desarrollando un cambio en la profesión odontológica que prioriza este enfoque, aún existe una alta prevalencia de enfermedades bucales, especialmente caries dental, que ocurre de forma agresiva y progresiva en los infantes (Magalhães, 2009).

Entre las diversas afecciones bucales, en las edades tempranas de la vida, la más común es la caries dental, vinculada a hábitos no saludables de higiene y dieta. Estos factores de riesgo pueden ser modificados y este es el principal objetivo de todas las acciones de la educación para la salud.

El conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para controlar esta enfermedad en los niños. Esto depende entre varios aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de promoción de salud que realiza el personal que brinda atención en círculos infantiles, escuelas, clubes, etc.

En esta unidad se abordaron temas de salud oral, que se desarrollaron a manera de talleres participativos, priorizando los de mayor interés para el grupo, con el objetivo de intercambiar conocimientos al respecto y desarrollar una conducta encaminada a la conservación de la salud bucal, particularmente en la población infantil, mediante la promoción de prácticas y de estilos de vida saludables.

La temática trabajada fue:

- Salud y componente bucal de la salud.
- Estructuras de la cavidad bucal, anatomía exterior e interior de las piezas dentales, denticiones e importancia de la dentición temporal.
- Crecimiento y desarrollo de la cavidad bucal desde el nacimiento hasta los tres años.
- Salud buco dental materno-infantil: gestantes, primera infancia.
- Cómo mantener sana la boca en la primera infancia: higiene bucal en los bebés, cepillado dental, uso adecuado de fluoruros, hábitos saludables.
- Importancia del primer control en salud y controles periódicos de salud.
- Proceso salud-enfermedad: placa bacteriana o bio película dental y su control, caries dental, traumatismos dentarios en primera infancia.
- Dinámicas y juegos saludables en relación a la salud buco dental que fueron propuestos por el equipo y desarrollados por los participantes.

Contenidos temáticos de la unidad “Formación y rol de promotores comunitarios de salud”

- Promotores comunitarios de salud: aproximación histórica, motivaciones, salud e inclusión.
- Rol del promotores-as comunitarios-as de salud.
- Formación del promotor comunitario de salud.

Algunos datos del Departamento de Soriano

Los “Ciclos Salud e Infancia desde una perspectiva integral” han sido destinados a trabajadores de centros de salud y educación vinculados a niños y niñas, docentes o educadores-as de diferentes niveles de la educación (maestros-as de primaria, educadores-as iniciales, etc.) y público interesado en la temática (cuidadores y familiares) del departamento de Soriano, ubicado en el litoral oeste del territorio uruguayo, limita al este con Flores, al norte con el departamento de Río Negro, al sur con el de Colonia, y al oeste el río Uruguay lo separa de la República Argentina.

Con el fin de aportar elementos que permitan una mayor comprensión de la experiencia desarrollada en territorio, nos interesa hacer referencia a algunos datos relacionados a la primera infancia en el departamento de Soriano. El Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE) contabilizó 5700 niños y niñas de 0 a 4, un 5,9% del total de la población del departamento (un porcentaje similar al de la totalidad del país en esta franja etaria: 5,7%). El mayor porcentaje en la pirámide de poblaciones se ubica entre los 10 y 19 años. En relación a los modelos de hogares en los que viven, predominan quienes viven con sus padres y madres en hogares biparentales. En primera infancia la proporción de niños y niñas que viven en este tipo de hogar es del 51%.

La pobreza incide de manera desigual según la edad de las personas, siendo la primera infancia la de mayores porcentajes de personas que viven en hogares pobres. Si bien se observa una reducción importante del porcentaje de pobreza en los últimos diez años (2006-2016), el porcentaje de personas menores de 5 años con al menos una necesidad básica insatisfecha es del 50,5% en el departamento de Soriano, mientras que para todo el país en la misma franja es del 29,6%, y para la totalidad de la población en el país es del 9,4% en 2016.

La tasa de analfabetismo y porcentaje de personas de 15 años y más es del 2,2% en el departamento, y en el país del 1,5%. El 39,5% de los niños y niñas de primera infancia en todo el país asisten a un centro educativo o de cuidados, mientras que en Soriano el porcentaje asciende al 50% asistiendo a alguno de los

centros educativos.³ La asistencia es levemente mayor en el total del interior de Uruguay que en Montevideo (42,6% y 36,3%, respectivamente).

En relación a la salud buco-dental, según la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS, 2013) solo un 38% recibió asistencia odontológica, el porcentaje es creciente con la edad, llegando al 67% en el caso de los niños de 3 años. Los porcentajes caen bastante para las personas que viven en hogares en condición de pobreza, en los cuales los valores fueron 25,4% y 42,3% respectivamente en todo el país.

Metodología

El proyecto ha promovido la educación como herramienta de cambio y aprendizaje, a partir de la reflexión sobre las experiencias y necesidades de la población destinataria. La inclusión de un grupo heterogéneo, y por tanto con diferentes visiones en relación al cuidado del desarrollo saludable de la primera infancia, ha contribuido positivamente a motivar cambios de comportamientos, conductas y hábitos.

El ciclo se ha diseñado “a medida” según las necesidades e intereses expuestos por la comunidad del departamento de Soriano, adaptando los aprendizajes de acuerdo a las experiencias de los participantes y focalizando en el análisis de las problemáticas e intereses de los grupos.

El equipo docente del ciclo concibe a los destinatarios de la formación, como sujetos protagonistas en la transformación social, lo que implica el diálogo y la relación sujeto-sujeto, una visión que involucra la participación y el saber popular como relevante en los procesos de producción de conocimiento. Por lo tanto, se ha propuesto una metodología participativa en formato de seminario-taller, con un fuerte componente vivencial integrado al análisis colectivo del proceso. En este sentido, coincidimos con el planteo de Núñez y Jara en cuanto a que:

(...) un método que quiere ser participativo, requiere obligadamente de herramientas propiciadoras de participación. No podemos generar participación mediante el uso de herramientas expositivas, verticales y de mera entrega de un conocimiento. Requerimos herramientas que por su propia naturaleza, su diseño, sus contenidos implícitos o explícitos, y su desarrollo, provoquen en forma activa y participativa el análisis, el manejo contextualizado, la referencia subjetiva y la apropiación crítica del contenido (...) (Núñez; Jara, 2017).

Cada unidad del ciclo ha propuesto el desarrollo de temáticas específicas desde una mirada interdisciplinaria en relación al eje central de la propuesta: *Salud*

3 En Soriano existen Centros del Sistema del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU): dieciocho Centros de Atención Integral a la Infancia (CAIF), un Centro de Atención a la Primera Infancia (CAPI); Centros de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP): tres Jardines de infantes, once Escuelas Comunes con Nivel tres y nueve Centros de Educación Infantil Privados.

e *Infancia*. Se han utilizado diferentes materiales (guías, lecturas, papeles, pinceles, pinturas, arcilla, materiales alternativos) con el fin de comunicar(nos) a partir de diferentes estímulos, además de medios no verbales.

La metodología incluyó, entre otras técnicas, exposición teórica, presentación recíproca, lluvia de ideas, intercambios y discusiones grupales, estudios de casos, lecturas, exposición de los participantes, dinámicas lúdico-expresivas e indagación bibliográfica.

Ha sido necesario crear un clima de confianza y horizontalidad a través de métodos de aprendizaje activos, participativos y bidireccionales, que lograran involucrar en el diálogo al equipo interdisciplinario de docentes con cuidadores, educadores y familiares participantes en el ciclo.

En este sentido, la función del equipo docente es desarrollada como de organización de los aprendizajes, facilitando y estimulando en los participantes el desarrollo de sus capacidades de observación, pensamiento crítico, reflexión y compromiso con sus pares.

Entendemos el “taller participativo” como un espacio de aprendizajes que se desarrolla en comunicación constante con la realidad social, y donde los docentes y participantes, en forma dialógica, adquieren juntos, desde las experiencias de las diferentes realidades, la teoría y la práctica. El taller participativo, de esta forma, promueve y facilita procesos de enseñanza-aprendizaje integrales, en los que la formación teórica, ética y la experiencia práctica orientan el proceso educativo. Así mismo, el taller ofrece a los participantes la posibilidad de ser escuchados, de interacción, de toma de decisiones de forma colectiva, de escucha a las opiniones de los demás, así como el desarrollo de participación activa, actitudes reflexivas, críticas y autocríticas.

El taller participativo es un proceso en sí mismo que busca generar aprendizajes y transformación de una situación-problema, así como de los propios participantes. Se caracteriza por la producción colectiva de aprendizajes y creaciones a partir de una participación horizontal.

Esta metodología no solo ha promovido una mayor integración, un clima de trabajo cooperativo y armónico, sino que también ha estimulado la creatividad, las motivaciones y diferentes abordajes en la promoción de la salud entre todos los participantes, una metodología basada en el diálogo de saberes y en el derecho a la salud.



Participantes del “2do. Ciclo Salud e Infancia desde una perspectiva integral”, Mercedes-Soriano, Uruguay. 2016. Fotografía Programa APEX-Cerro.

Conclusiones

Esta experiencia nos ha permitido identificar necesidades, construir conjuntamente en y con la comunidad conocimientos en base a diferentes miradas, expectativas, mitos, hábitos e información en relación a la salud integral, la salud buco-dental y a la importancia del fortalecimiento comunitario con la formación de promotores y agentes vinculados a la primera infancia. Los educadores, familiares y cuidadores son observadores certeros de las deficiencias en la primera infancia, sus opiniones y observaciones tienen un valor fundamental en las transformaciones de los modelos de atención a la salud. Así mismo, la dimensión educativa es un aspecto de gran relevancia en la detección de necesidades y deficiencias en relación al crecimiento y el desarrollo en la primera infancia. A partir de esta experiencia se ha posibilitado la participación de los destinatarios en la identificación de creencias, prejuicios o mitos que, por su cotidianidad, pasan desapercibidos y son naturalizados, para poder reflexionar, problematizar y desmitificar.

El fortalecimiento comunitario requiere de una educación centrada en la participación, el diálogo de saberes técnicos y populares, y el desarrollo de capacidades y recursos en y con la comunidad. Una educación en la que el rol profesional consista en activar una pedagogía dialógica y crítica.

La alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades (OMS, Declaración de Yakarta, Indonesia, 1997).

La construcción colectiva junto a la comunidad, de forma interdisciplinaria y desde la perspectiva de la integralidad, tiende a ser un requisito indispensable, ya que la calidad de vida, entendida como:

la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (OMS, 1988),

es uno de los indicadores válidos para implementar nuevas estrategias de salud y educación.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad requieren de agentes o promotoras o promotores comunitarios involucrados y comprometidos en y con la comunidad, en los espacios donde se desarrolla la vida social, en lo cotidiano. El agente o promotor comunitario de salud debe acceder a una formación integral en salud desde la perspectiva de los derechos a la salud. La gran influencia del promotor comunitario en el entorno barrial fomenta acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, reforzando hábitos saludables, modificando hábitos, creencias y mitos. Un vecino o una vecina con conductas saludables y con una participación activa en su comunidad, probablemente provoque un comportamiento similar entre los miembros de su entorno social.

Pensar la salud y la autopercepción de la salud nos obliga a ir más allá y contribuir a legitimar el perfil y el rol de las personas y agentes comunitarios o promotoras y promotores en la promoción y atención a la salud, en la prevención de la enfermedad y en la participación de la comunidad en los equipos de salud, identificando sus saberes, formas de participación, función, características, cualidades, limitaciones, dificultades y motivaciones.

Con la realización de una serie de entrevistas individuales hemos buscado el acercamiento a la perspectiva de los propios agentes o promotores y promoto-

ras comunitarias, en relación a la percepción del quehacer del trabajador comunitario, en las que expresan, con sus propias palabras, cuáles son sus motivaciones, expectativas, habilidades, dificultades y saberes; los relatos recogen la subjetividad de estos actores comunitarios. Las entrevistas fueron realizadas a parte de los/as participantes de una serie de talleres para agentes y promotores comunitarios de salud que tenía como objetivo contribuir al fortalecimiento y a la formación de un equipo de promotores/as comunitarios/as de salud en el área buco-dental que, conjuntamente con los técnicos, permitiera abordar la educación y la promoción de la salud buco-dental y la edición de una guía amigable de trabajo.

No pretendemos una generalización sobre la autopercepción del trabajo de agentes o promotores y promotoras comunitarias, por el contrario, se busca dar cuenta de la diversidad de prácticas y percepciones con el fin de contribuir a su comprensión y reflexión. A partir de las entrevistas surgen algunos datos que los entrevistados subrayan y en los que coinciden, entre otros, y que a los efectos de este artículo, nos interesa destacar:

a) Un concepto amplio de la salud: *“La salud pasa por un todo, sobre todo la salud mental. Pasa por cómo nos sentimos, por cómo vivimos, por cuán felices somos, por cuán conformes estamos con nosotros mismos, con lo que hacemos y tenemos (...), creo que un poco pasa por ahí”*. *“Nosotras tenemos un concepto mucho más amplio que el estar o no estar enfermos, al contrario, creemos que para tener salud, hay que tener trabajo, educación, vivienda digna, tener recreación (...)*”. *“Si no tenemos trabajo, no tenemos salud ni bienestar, tener un techo, tener todos los derechos (...)*”.⁴

b) Entre los saberes podríamos distinguir:

- Conoce el territorio (forma parte de la comunidad), los vínculos, las redes y servicios existentes: *“Conoce las dificultades, las carencias, los beneficios y las facilidades”*.

- Un multiplicador del conocimiento en su lenguaje: *“A veces vienen con una receta médica y dicen “yo no sé lo que es esto”, el médico a veces no le dice lo que es y nosotros tratamos de explicarle para que lo entienda”*.

- Saber llegar al vecino con sus conocimientos en promoción de salud: *“Saber distribuir ese conocimiento desde la horizontalidad, yo soy un igual, tengo este conocimiento para compartir contigo, pero no soy superior a ti”*.

c) Existe una gran motivación vinculada a:

- Interés en aprender y enseñar: *“Debe ser formado e informado”*. *“Sacarle las dudas a los vecinos o informarles cuando tienen que ir o cuando no”*.

- Interés en la salud: *“Comenzamos a hacer promoción de salud, sin conocer todavía, la palabra “promotores de salud”*.

4 Las frases entrecuilladas, son citas textuales de las entrevistas a agentes, promotoras y promotores comunitarios.

- Afecto, cercanía e identificación con la comunidad: *“La gente viene a tu casa, y directamente te preguntan”. “Es una vocación que nace sin que uno se dé cuenta, nace del amor al otro, del respeto al otro, sin esperar nada”. “Ser solidarios, generoso y sobre todo honesto con uno mismo”. “Quiere al vecino, y quiere que el vecino esté bien igual que él (...)”. “Todo tiene que salir, a mi modo de ver, del corazón”.*

- Sentido de pertenencia a la comunidad: *“Somos vecinos, somos iguales, estamos en el mismo barrio”.*

d) Se subrayan, entre otras, las siguientes habilidades:

- Capacidad de identificar la problemática comunitaria, dar atención y prevenir enfermedades más frecuentes de su comunidad: *“Saber guiar a nuestros vecinos”. “Lo que nosotros tenemos que hacer es que entienda que es él quien se tiene que cuidar, no que nosotros lo tenemos que cuidar”.*

- Capacidad para la gestión: *“También es importante el relacionamiento con instituciones públicas y privadas para poder trabajar en conjunto”.*

- Facilidad de comunicarse con las personas ya sea de forma individual o en grupo: *“Darle un abanico de posibilidades para que el otro elija”.*

- Saber escuchar: *“Un oído muy grande”. “Escuchar, ponerse en empatía, ponerse en el lugar del otro y pensar desde el lugar del otro”. “Escuchar con atención”. “No podés invadir”.*

- Confianza y confiabilidad: *“El respeto al otro, el respeto a esa persona que quizás no se animó a decirle al médico, pero te lo dijo a vos porque sos la vecina, no tenés porque andarlo repitiendo, ahí está ese gran don del agente comunitario, el saber escuchar y el saber no desparramar lo que te dicen”.*

- Saber llegar al vecino, es el primero que llega al vecino y el primero/a que puede derivarlo/a a un centro de salud: *“El agente comunitario es un nexo entre el técnico y quien se va a atender en la policlínica”.*

e) En relación a las dificultades, se acentúa en:

- Escasos recursos.

- Se percibe una menor participación e involucramiento de la comunidad en la promoción de salud.

- Dificultades propias del territorio en el que desarrolla su tarea.

- Dificultades en la formación e integración de nuevos agentes.

- Problemas de liderazgos.

Una participación efectiva de la comunidad en salud no solo depende de la población, sino también, de los proveedores de salud o de políticas en salud y educación, así como de las diferentes estrategias de formación e información en cuanto al derecho a la participación en salud.

Nos interesa concluir enfatizando en la necesidad de fortalecer la formación de actores sociales vinculados a la salud, entendiendo el fortalecimiento como:

El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003, p.72).

Permitir un verdadero protagonismo de la comunidad en el área de la salud, implica transformaciones en las estructuras educativas, sociales, políticas, ambientales y culturales que habiliten la formación de una ciudadanía consciente y crítica. Es necesario facilitar la escucha, el diálogo, la valoración y el reconocimiento de los saberes populares, así como la toma de decisiones en forma conjunta, con la participación de la comunidad, el equipo de salud y los formadores en el área desde una mirada interdisciplinaria y comunitaria.

En la construcción social de la salud es necesaria la participación de las voces de la comunidad desde una lógica de diálogo de saberes, ideas, valoraciones y respeto por la autonomía de las personas, así como la formación continua de todos y cada uno de los integrantes de esta experiencia: técnicos, profesionales y actores sociales (agentes, promotores-as, vecinos-as, líderes barriales, etc.) en la evaluación y transformación de los modelos de atención.

Referencias bibliográficas

- Almaraz, M. T.; Di Landro, G.; Ferreira, B.; Techera, E.; Torrado, C. (2013). *Guía amigable para promotoras/es comunitarias/os de salud buco-dental*. Apex-Cerro. Montevideo: Universidad de la República.
- Almaraz, M. T.; Di Landro, G.; Ferreira, B.; Techera, E.; Torrado, C. (2013). *Guía amigable para la promoción de la salud buco-dental en la Primera Infancia*. Programa Apex-Cerro. Montevideo: Universidad de la República-Uruguay Crece Contigo. Presidencia de la República.
- Carlevaro, P. (2010). "Reflexiones sobre la práctica educativa universitaria y la formación ética". En Nari, M.; Ibañez, A. *Formación ética en la Universidad*. Montevideo: Depto.de Educación. Licenciatura en Nutrición. Escuela de Nutrición y Dietética. CSE. Udelar.
- Cuenca Sala, E.; Baca García, P. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3era ed. Barcelona: Masson.
- Freire, P. (1984). *La importancia de leer y el proceso de liberación*. España: Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (1993). *Cartas a quien pretende enseñar*. España: Siglo XXI Editores.
- Kushnir, D.; Shlomo, P.; Zusman, S. P.; Robinson, P. G. (2004). "Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile" 14. *J Public Health Dent*; 64(2):71-5.

- Magalhães, A. C.; Rios, D.; Honório, H. M. et al. (2009). “Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância”. En *Odontologia Clínica e Científica*, Recife, 8(3):245-249.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Ley Nro. 18 211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (2015). La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos. Una aproximación. En Saforcada, E. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Enrique Saforcada; Jorge Castella Sarriera; Jaime Alfaro, 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Núñez, C.; Jara, O. (2017). *La concepción Metodológica Dialéctica*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *ALMA-ATA Atención Primaria en Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ottawa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Declaración de Yakarta*. Indonesia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). www.who.int/topics/es/ [fecha de consulta: 22 agosto 2017]
- Saforcada, E. (1988). *Calidad de vida y salud*. Buenos Aires: Mimeo UBA.
- Saforcada, E. (2012). “Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad”. En *Aletheia*, núm. 37, enero-abril, 2012, pág. 7-22. Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002> [fecha de consulta: 12 febrero 2017]
- Sutz, J. (2010). “La integralidad de las funciones universitarias como espacio de preguntas recíprocas”. En *Cuadernos de Extensión: Integralidad: tensiones y perspectivas*, No.1. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM). Montevideo: Universidad de la República.
- Torrado, C.; Di Landro, G. (2014). “Jugar, lo que se entrevé, lo que se vislumbra”. En *“It, salud comunitaria y sociedad”*. Volumen 3. nro. 3, setiembre 2014. pág. 127-140. Montevideo: Programa APEX-Cerro, Universidad de la República.
- Uruguay Crece Contigo-Instituto Nacional de Estadística-Universidad de la República. (2013). *Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS 2013)*.



Gabriela Romanutti Alicia García Blanca Acosta



Directora Apex con Alcalde Municipio A Gabriel Otero y Dir. Dpto. Adm.Apex, Sra. Porzio

MEDICINA EN LENGUA DE SEÑAS. UN RELATO DE EXPERIENCIA DOCENTE

MEDICINE IN SIGN LANGUAGE. A STORY OF TEACHING EXPERIENCE

Fernanda Olivar

Palabras claves: aprendizaje en territorio, extensión y actividades en el medio, promoción de salud, sordera, medicina familiar

Key words: learning in territory, extension and activities in the environment, health promotion, deafness, family medicine

Resumen

El presente ensayo pretende dar a conocer una experiencia docente desarrollada desde la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que, a través del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, ha emprendido un diálogo con organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la deficiencia auditiva desde 2014, con el objetivo primero de acortar la brecha entre academia y sociedad en el marco de una materia curricular con perfil de extensión y actividades en el medio: Aprendizaje en Territorio. En segundo lugar, motiva este diálogo brindar, a los estudiantes, instancias de reflexión, intercambio, análisis y producción de conocimiento con énfasis en el trabajo interdisciplinario, que a su vez sirvan como actividades de difusión desde un enfoque de promoción y educación para la salud, fomentando que se nutra el proceso de enseñanza aprendizaje de los futuros profesionales de salud al mismo tiempo que se dan pasos hacia la reconstrucción de una relación dañada históricamente.

Abstract

This essay aims to present a teaching experience developed from the Faculty of Medicine of the University of the Republic, which through the Department of Family and Community Medicine has undertaken a dialogue with civil society organizations linked to hearing sensorial deficiency since 2014 with the first objective of bridging the gap between academia and society within the framework of a curricular subject with extension profile and activities in the middle: Learning in territory. Secondly, this dialogue motivates the students to provide reflection, exchange, analysis and production of knowledge with an emphasis on interdisciplinary work, which in turn serve as dissemination activities from a promotion and education approach to health, encouraging that the teaching-learning process of future health professionals be nurtured while steps are being taken towards rebuilding a historically damaged relationship.

Introducción

Este ensayo pretende compartir una experiencia docente desarrollada desde el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de Facultad de Medicina de la UdelaR a partir de su nuevo Plan de Estudios de 2008. Aprendizaje en Territorio es una materia curricular, con carácter de extensión universitaria y actividades en el medio, tanto para los estudiantes de la carrera doctor en medicina como para los estudiantes de obstetricia, en la cual se concibe el proceso de enseñanza aprendizaje como un fenómeno dialógico y procesual desde donde abordar las problemáticas de salud con una mirada integral de sus dimensiones bio-psico-social.

En este marco, desde 2014 se trabaja, conjuntamente a la Comunidad Sorda¹ de Montevideo, a través de sus instituciones, organizaciones y referentes en la búsqueda de acciones de promoción y prevención en salud dirigidas a fortalecer los vínculos interinstitucionales, desarrollar estrategias de abordaje a usuarios sordos así como a la formación de profesionales para el primer nivel de atención. Desde la visibilización de las particularidades de esta deficiencia sensorial, frente a otras deficiencias o discapacidades, se intenta sumergir a los estudiantes en la realidad de salud de las personas sordas, tanto desde la docencia como en el trabajo en territorio.

Antecedentes

En diciembre de 2007, la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina aprueba la vigencia del nuevo plan de estudio, según el cual la carrera de medicina reduce de ocho a siete años su duración y, este período, es organizado en tres etapas: dos etapas o ciclos de tres años y un tercer ciclo de un año. En estos se busca que los estudiantes logren una temprana inmersión en la realidad sanitaria y desarrollen, fuera de las aulas, una parte considerable de su formación. Con este objetivo se crea la materia Trabajo de Campo –hoy llamada Aprendizaje en Territorio–, en la que setenta y dos grupos de estudiantes son distribuidos en los departamentos de Montevideo, Maldonado, Canelones tanto en zonas urbanas como rurales, se les adjudica un lugar y dentro de ese lugar se define una comunidad con la que trabajar. Los grupos son distribuidos en Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), compuestos por un equipo de docentes con formación en medicina familiar y comunitaria y de otras especialidades, e incluso profesiones, que trabajan en centros de salud y policlínicas públicas pertenecientes al primer nivel de atención.

1 El uso de la S mayúscula es utilizado por Carol Erting (1982) para denominar a aquellas personas con déficit auditivo que son hablantes de la lengua de señas y se nuclean en torno a ella, construyendo su identidad y formando parte de una comunidad lingüística.

Los estudiantes deben trabajar en la caracterización de la zona designada, recogiendo datos de “los factores medioambientales, biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, que en él inciden y que amenazan el bienestar de las personas y las comunidades que integran”(2007:2), registrando las instituciones actuantes a nivel local e intentando vincularse a la población de manera participativa. El fin es lograr la identificación de fortalezas y debilidades y priorización de problemáticas, que les permita definir qué problemas abordar a través de acciones de prevención y promoción de salud. Este ejercicio es lo que en el campo médico se denomina un diagnóstico de situación de salud.

Estos dos primeros ciclos son considerados vitales en la formación, ya que establecen las bases de la medicina familiar y comunitaria a través de espacios curriculares de extensión universitaria y actividades en el medio, en donde se posibilita al estudiante tomar contacto con territorios, comunidades, poblaciones y sus realidades.

Aprendizaje en Territorio

Sin duda, cuando un estudiante, en su primer día de clases, se topa con esta propuesta curricular, experimenta una mezcla de sentimientos cuya primera traducción es: “No me esperaba esto”, y es lógico que pase. La práctica educativa se halla vinculada, en el imaginario social, al espacio aula, a la institucionalidad física, y nunca al espacio público: la comunidad, el barrio, la plaza.

Esta práctica propuesta posibilita que el estudiante, recién ingresado, experimente, a través del contacto con otros lo que se le transmite en la teoría, siendo entonces un semillero de experiencia pre-profesional gestado desde el contacto humano con las realidades a las que se ve enfrentado. Es decir, no solo obtiene la experiencia práctica académica que complementa su formación teórica, sino que además se vuelve un lugar desde donde construirse en tanto ciudadano y por ende, pensándose a sí mismo como un actor más dentro de una realidad.

En este sentido, Aprendizaje en Territorio cumple la premisa inicial de contribuir a la formación humana del estudiante insertándolo tempranamente en la realidad de salud a escala humana, estudiando sus necesidades y actuando en pos de ellas.

El estar en territorio posibilita, además, la generación de canales de comunicación directa entre la universidad y la sociedad, ya sea en su forma de organizaciones sociales, redes barriales o a través del vecino de a pie. La estancia prolongada, los encuentros informales con los vecinos, referentes barriales así como con otras organizaciones e instituciones presentes en las zonas, sientan las bases para forjar un trabajo cooperativo en donde sea posible vislumbrar una horizontalidad de saberes –como plantea de Souza Santos–, en la producción de

conocimiento². “Ir a la comunidad”, “estar en territorio” concede a los estudiantes un lugar privilegiado para comprender mediante la vivencia *in situ* la complejidad de la relación entre las distintas dimensiones de la salud, en permanente diálogo entre los saberes populares y académicos.

La principal motivación radica en sumergirse en las realidades comunitarias, generando procesos de reflexión y análisis éticos de las intervenciones, sus objetivos y fundamentos, contribuyendo con aportes tanto para acompañar procesos de cambio como para generar las transformaciones necesarias a nivel local.

Estamos convencidos de que, fomentar este espíritu crítico, ético y comprometido es lo que posibilita que los estudiantes dimensionen la responsabilidad de sus prácticas profesionales.

Aprender, enseñar: aprehender, comprender

Se parte de una teoría de enseñanza que prioriza el aprendizaje colaborativo, siendo un proceso dialógico, vivencial y acumulativo en donde el docente cumple el rol de facilitador, pues la particularidad del aprendizaje en territorio reside, justamente, en que sean los estudiantes quienes releven la información necesaria, lleven a cabo el proceso de caracterización de la comunidad con la que trabajarán y logren acercarse tanto a las instituciones que allí trabajan como a los vecinos y referentes barriales. Para que esto sea posible, el docente posee el cometido de tutorear al grupo a través de un conjunto heterogéneo de situaciones, en un espacio no siempre ideal para desarrollar la clase: la plaza del barrio, el salón multiuso de la pequeña policlínica del asentamiento, un espacio cedido por otro programa de la universidad que trabaja en la zona, etc. Sin embargo, todos estos lugares generan diversas instancias de encuentro e intercambio entre los estudiantes, y de los estudiantes con los vecinos, lo que posibilita una multiplicidad de instancias de aprendizaje, no siempre calculadas o planificadas pero que, no obstante, siempre provocan pensamientos, choques ético-culturales (J. L. Rebellato, 2009), sentimientos y reacciones que el tutor no debe dejar pasar, sino más bien recogerlos e intentar desmenuzar, a través del diálogo, resignificando cada actividad como una instancia de reflexividad en que el grupo, colectivamente registre lo vivido, para que así, reflexionando desde la teoría, el estudiante contraponga la realidad experimentada de primera mano, aprehendiendo de la cotidianidad en que la población produce, experimenta, percibe y da significado a su salud.

² Cuando logra darse, pues existen varios inconvenientes a la hora de llevar adelante lo planificado en territorio con las características del curso. Podemos señalar el incremento exponencial de la matrícula de nuevos estudiantes a la facultad, como uno de los principales inconvenientes para el desarrollo de una metodología de enseñanza-aprendizaje centrada en los estudiantes, basada en la relación de docente-tutor.

Esta forma de enseñanza-aprendizaje es relevante, si pensamos que el perfil del docente de medicina refiere específicamente a este carácter: “ser capaz de trabajar en equipos multi, inter y transdisciplinarios.”³ Es decir, se concibe el trabajo en territorio como un espacio de aprendizaje y al mismo tiempo un lugar de encuentro entre disciplinas, pues existe la necesidad de apostar a la inclusión de otras disciplinas, que también forman recursos humanos en salud, utilizando como estrategia de inserción la extensión universitaria y las actividades en el medio.

Una experiencia concreta

Bajo esta lógica, y en plena concordancia con los objetivos anteriormente expuestos, la Facultad de Medicina se contacta, en 2014, con la Escuela n°197 para personas sordas y con alteraciones de lenguaje “Ana Bruzzone de Scarone”, la Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR), así como con la Unidad de Salud para personas Sordas (USS)⁴ y se comienza a trabajar en conjunto con objetivos compartidos, que han dado lugar no solamente al trabajo en territorio desarrollado por este ciclo de la carrera,⁵ sino también al inicio de una materia optativa para estudiantes avanzados de medicina que ha tenido gran repercusión y aceptación.⁶

La importancia de promover la Lengua de Señas Uruguaya como lengua natural, permite a las personas sordas desarrollar plenamente sus capacidades lingüísticas, cognitivas y cognoscitivas. Pues, a diferencia de otras deficiencias, la sordera ha generado en torno a ella una comunidad con cultura y lengua propia. Entendemos entonces Comunidad Sorda como comunidad lingüística con un repertorio lingüístico particular (que supone tener una lengua propia y minoritaria como es la lengua de señas) y poseedores de una cultura propia (donde la lengua de señas actúa como elemento central en la estructura e identidad de las personas sordas).⁷

3 Disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-docente>

4 La Unidad de Salud para personas Sordas es un proyecto que surge en el año 2012 desde la Federación Nacional de Sordos (FENASUR), con el apoyo de ASSE, la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) a nivel estatal.

5 Es importante señalar que, dados los objetivos de abordaje sobre la temática de la sordera, los docentes responsables de los grupos de AT que trabajan con la comunidad sorda han sido, hasta el momento, profesionales provenientes de trabajo social, psicología y antropología.

6 La materia optativa, “Atención de la salud integral de personas sordas”, dictado desde el año 2015 por un equipo docente multidisciplinario, conformado por médicos de familia y comunidad e integrantes de la Unidad de Salud para personas Sordas de Montevideo, abre anualmente veinte cupos para estudiantes avanzados de medicina.

7 Entre la amplia bibliografía nacional para consultar al respecto: Behares, L. E. (1986,1987,1989,1991,1993,1995); Peluso, L. (2014, 2012, 2010,); Bonilla, F. (2010), entre otros.

Esta diferencia lingüística –con los ciudadanos uruguayos oyentes y hablantes naturales del español oral– es una barrera de acceso y de uso efectivo al sistema de salud, que se traduce en inequidades en el acceso y uso de las prestaciones, tanto públicas como privadas, en una permanente vulneración de los derechos humanos de los usuarios y usuarias, e incluso en iatrogenia tanto desde las políticas sociales como en la praxis médica.⁸ Todo esto repercute en forma negativa, generando menores niveles de autonomía en los usuarios sordos, lo cual influye en el control sobre la propia salud.

Los objetivos de enseñanza-aprendizaje propuestos a los estudiantes consisten en:

1. Generar instancias de reflexión sobre las problemáticas de salud de la comunidad sorda.
2. Experimentar el proceso de trabajo desde la sensibilización de los estudiantes frente a las discapacidades y en particular la sordera.
3. Abordar la sordera desde sus dimensiones culturales y lingüísticas.

Entendemos absolutamente necesario comprender que la comunidad sorda es un grupo humano, que en su condición de minoría lingüística y cultural ve constreñida sus posibilidades de acceso y uso efectivo de los sistemas sanitarios. Por lo tanto, reflexionar y analizar estos factores, que inciden como determinantes claves a la hora de diseñar e implementar políticas y acciones dirigidas a esta comunidad en particular, habilita a desplegar un amplio abanico de temáticas,⁹ ventaja que los estudiantes han aprovechado a lo largo de estos cuatro años al realizar intervenciones comunitarias sobre temas tan diversos como: implante coclear, trabajo como determinante de la salud, salud sexual y reproductiva, difusión de la LSU, derechos lingüísticos, audismo¹⁰ y la importancia de la comunicación en el ámbito clínico, consumo de drogas, paro cardio-respiratorio, anatomía humana, discriminación social, etc.

La idea de explorar la sordera fuera de las restricciones médicas (rehabilitadoras y patologizantes), reflexionar las demandas de la comunidad sorda y

8 Para más información ver: Olivar, F. (2017). La lengua como determinante del acceso a la salud: el caso de la comunidad Sorda uruguaya. (Tesis de posgrado Diploma de Especialización en Políticas Sociales). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://udelar.academia.edu/FernandaOlivar>.

9 Las producciones estudiantiles al respecto son compiladas en un canal de youtube llamado Medicina en LSU. Allí se comparten, año tras año, los materiales audiovisuales, accesibles y en lengua de señas uruguaya dirigidos a la comunidad sorda en clave de promoción y prevención de salud.

10 Término acuñado por Tom Humphries, para dar cuenta de la discriminación que experimentan las personas sordas hablantes de la lengua de señas, a quienes la mayoría oyente cree inferiores dado el déficit auditivo. Esta actitud negativa, tan generalizada en la sociedad, sostiene que es obligación de la persona sorda oralizar para “convertirse” en oyentes. Subyace esta connotación sobre el sordo y la sordera en la prohibición del uso de la lengua de señas y en la utilización del término “sordomudos”.

poner sobre el tapete estas reivindicaciones, lleva a los estudiantes a superar rápidamente la noción de deficiencia, la idea de la mera ausencia de audición, paralelamente se comienza a problematizar los conceptos de discapacidad, deficiencia y enfermedad, y aprehender la complejidad de la problemática desde sus múltiples dimensiones personales, familiares, comunitarias, sociales, éticas, económicas, políticas e ideológicas. Reflexionando transversalmente sobre los aspectos éticos en torno a la alteridad desde el ejercicio de la medicina.

En el transcurso de estos años, hemos apostado a la formación de profesionales vinculados al área de la salud con un espíritu crítico de la realidad nacional de las personas en situación de discapacidad,¹¹ reflexivos de la praxis en territorio desde un marco ético-cultural, y sobre todo comprometidos en acompañar procesos de transformación social, desde donde crear condiciones de vida que conduzcan a la adquisición de hábitos, conductas y entornos saludables, así como a la colaboración entre los recursos socio-comunitarios.

El compromiso es y seguirá siendo trabajar en educación para la salud, produciendo materiales inclusivos que acerquen la información a los usuarios y usuarias en su lengua natural, posibilitando el derecho del acceso a la información de forma igualitaria al resto de la población, llevando adelante acciones que permitan el florecimiento de actitudes individuales y grupales, habilidades cognitivas y sociales esperando contribuir a un acceso equitativo y universal a la atención médica.

Referencias bibliográficas

- Braida, J. y Ruètalo, R.(2014). *La salud andando en el territorio*. Montevideo: Unidad académica de Extensión de Facultad de Medicina.
- De Souza Santos, B.(2010). *La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad*. Montevideo: Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el medio (CSEAM).
- Folgar, L. (2012). “Cuando aprender a hacer es ‘bueno para pensar’: sobre las posibilidades formativas de la articulación entre la extensión y la enseñanza”. En: Pérez, M. y Cano, A. (comp.). *Laboratorio barrial de experiencias. Programa Integral Metropolitano*. Montevideo: Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el medio (CSEAM).

11 Desde un modelo social, se entiende la discapacidad como un constructo social, “Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Punto E, Anexo I - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).

- Nuevo Plan de estudios 2008. Plan de estudios aprobado por la asamblea del claustro en su sesión del día 27 de diciembre de 2007. En homenaje a la doctora Myrtha Foren. Recuperado el 23 de agosto de 2017, disponible en: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/nuevoplantadeestudios.html>
- Olivar, F. (2015). Políticas sociales: o el peligro de la iatrogenia. En: Discusiones en curso. Volumen (II), pp.39-44.
- Rebellato, J. L. (2009). *Ética y práctica social*. Montevideo: Ediciones Populares para América Latina.



Elección Director Apex, 2014



A.S. Mariana Aguirre y Mercedes Lukín, Dra. María T. Almaraz,

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA COMO EJE DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS AS THE AXIS OF THE HOME CARE PROGRAM

Lía Fernández Pellejero

Palabras claves: AIEPI, cuidados, enfermería, domicilio, niños

Keywords: IMCI, care, nursing, home, children

Resumen

El Programa de Cuidados Domiciliarios (PCD) es una experiencia curricular del Departamento "Salud del niño, niña y adolescente" de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El mismo se implementa desde el año 2000 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), en la ciudad de Montevideo.

Consiste en el acompañamiento de las familias al momento del egreso hospitalario hasta su recuperación definitiva. Esta propuesta se orienta a fortalecer la articulación entre el primer y segundo nivel de atención a la salud, y la misma se ha reinventado durante estos años para dar mejores respuestas a las necesidades de la población.

La estrategia que vehiculiza el programa es la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en sus componentes clínico y comunitario.

En el año 2009 se re-introduce en Uruguay, por parte del departamento académico mencionado de la Facultad de Enfermería, la estrategia AIEPI para enfermería, creada por la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF (OPS/OMS, 2009). La misma es una propuesta centrada en los niños como seres integrales, sujetos de derechos, donde la importancia de las intervenciones tempranas para su desarrollo es vital para el futuro de la infancia (Benguigui y col., 2005). Esta estrategia enriquece el PCD desde el momento que se construye con las familias una cultura de autocuidado, donde circula información sistematizada y contextualizada para atender los requerimientos específicos de cada hogar en relación a la salud de sus integrantes.

Abstract

The Home Care Program is a curricular experience of the Department of Child and Adolescent Health of the Faculty of Nursing at the University of the Republic. It's implemented since 2000 in the Pereira Rossell Hospital Center (CHPR), in the Montevideo's city. It consists of the accompaniment of families

at the time of hospital discharge until their final recovery.

This proposal aims to strengthen the articulation between the first and second level of health care and it's reinvented during these years to give better answers to the needs of the population.

The strategy that drives the program is Integrated Care for Childhood Illness (IMCI) in its clinical and community components.

In 2009, the Academic Department of the Faculty of Nursing, the IMCI strategy for nursing, created by the Pan American Health Organization and UNICEF (OPS/OMS, 2009), was reintroduced in Uruguay.

It is a proposal focused on children as integral beings, subjects of rights, where the importance of early interventions for their development is vital for the future of children (Benguigui et al., 2005).

This strategy enriches the Home Care Program from the moment that a self-care culture is built with families where systematized and contextualized information circulates to meet the specific requirements of each household in relation to the health of its members.

Introducción

El Programa de Cuidados Domiciliarios es fundamentalmente una propuesta de atención y promoción de la salud para la infancia y la adolescencia, que se desarrolla desde el año 2000 a la fecha, y forma parte de las exigencias académicas de los estudiantes del Departamento “Salud del niño, niña y adolescente” de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. En la Facultad la función de extensión universitaria se encuentra curricularizada, es por este motivo, que en el marco del PCD se desarrollan funciones de asistencia, extensión e investigación de manera articulada y armónica.

En sus inicios, existían reducidas experiencias similares en el ámbito sanitario y el programa surgió como una contribución para disminuir la brecha entre los niveles de atención a la salud, ya que las debilidades en la referencia y contrarreferencia existentes en ese momento no permitían el esperado seguimiento de la población que egresaba del centro hospitalario pediátrico.

En ese entonces, se realizó una profunda revisión de las evidencias existentes al respecto, y dentro de los antecedentes encontrados a nivel nacional, se hallaron dos experiencias consolidadas, una a nivel privado y otra a nivel público. A nivel internacional se identificó un aumento significativo de propuestas alternativas a la gerencia y organización tradicionales de los servicios de salud, debido a la necesidad de una mayor eficiencia y eficacia de los mismos. Entre las numerosas modalidades alternativas encontradas, figuran el hospital de día, la asistencia en domicilio, la cirugía ambulatoria, la unidad médica de corta estancia y la hospitalización domiciliaria. Con el correr de los años, estas experiencias fueron implementadas en Uruguay, siguiendo la tendencia ya instalada a nivel internacional.

A su vez, el incremento de la demanda de servicios y del gasto en salud, los cambios epidemiológicos, demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad; además de las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, estimularon la aparición y difusión de estas nuevas formas de prestaciones sanitarias.

Estos estilos de atención en salud propenden la asistencia ambulatoria y la transferencia del paciente, lo más tempranamente posible, desde el centro sanitario de internación hacia el entorno familiar.

Cuando los usuarios egresan de los centros hospitalarios y aún requieren cuidados de los procesos que los llevaron a la internación, la experticia generada durante largos años de trabajo en el sector, nos permitió identificar la percepción desde las familias, de una falta de contención por parte del “sistema”. Esta situación, que generalmente es entendida por parte de los equipos de salud, como una ventaja para el usuario, reviste una importancia mayor al tratarse de niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidades, que de no mediar ese acompa-

ñamiento que contribuye al total restablecimiento de su salud, puede llevarlos a reingresos en peores condiciones que los anteriores episodios.

Esta propuesta, surgió intentando dar respuesta a esa realidad que se presenta en la atención a niños, niñas y adolescentes una vez que son dados de alta del centro hospitalario.

El PCD consiste en delimitar la población hospitalizada más vulnerable al momento del alta, desde el punto de vista clínico y psicosocial, a la que luego se le realiza acompañamiento y vigilancia, otorgando cuidados básicos de enfermería en domicilio. Estos cuidados se centran en verificar la correcta administración de los tratamientos farmacológicos indicados al alta, controles de crecimiento y desarrollo, supervisión de correctos hábitos de higiene y confort, inspección del cumplimiento de los controles médicos establecidos.

Se ejecutan además acciones con los actores comunitarios según el caso particular. Se articula con las policlínicas zonales, comedores, jardines de infantes, escuelas y liceos para contribuir al logro de la reinserción definitiva del usuario y su familia, mediante un trabajo en red. Se pretende realizar la articulación entre el hospital y la comunidad de origen del usuario y su familia. De esta forma se alcanza un mayor grado de satisfacción, se humaniza la atención, se disminuyen las tensiones generadas por la hospitalización mediante el fortalecimiento de las prácticas de buena crianza y se logra una utilización más eficiente de los recursos.

Los objetivos del PCD son:

-General

- ✓ Brindar una atención directa, integral y personalizada en domicilio, a familias vulnerables que egresan del Centro Hospitalario Pereira Rossell; contribuyendo a la gestión institucional, mediante el logro de alianzas estratégicas con el primer nivel de atención.

-Específicos

- ✓ Identificar grupos vulnerables dentro de la población asistida en el hospital pediátrico.
- ✓ Identificar y disminuir los factores que contribuyen a posibles reingresos en pediatría.
- ✓ Reforzar en las comunidades la cultura del autocuidado.
- ✓ Elaborar una base de datos que permita identificar a aquellos usuarios que presentan elevado riesgo de reingreso hospitalario.
- ✓ Reforzar el sistema de redes existente.

Antecedentes

A nivel internacional, los antecedentes más antiguos encontrados proceden del año 1947, donde E. M. Bluestone creó la primera unidad de hospitalización a domicilio del mundo en el hospital Guido Montefiore en Nueva York (Cejudo Díaz, I., 2012).

Las motivaciones que generaron la iniciativa fueron: descongestionar el hospital y proporcionar a los pacientes y familia un ambiente más humano y favorable a su recuperación.

Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo, tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

A partir de los años sesenta, en Canadá comenzaron a funcionar servicios de hospitalización a domicilio orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto denominada Hospital extra-mural, que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio a pacientes con problemas agudos (Madrid Rodríguez, A.; Peláez Cantero, M. J.; Sánchez Etxaniz, J. (2010).

En Europa, la primera experiencia de este tipo se llevó a cabo en el hospital Tenon de París, en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental, sin fines de lucro, que aún sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales.

En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de hospital Care at Home (Atención hospitalaria en el hogar) (Madrid Rodríguez, A.; Peláez Cantero, M. J.; Sánchez Etxaniz, J. (2010).

En Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia –con el nombre de Ospedalizzazione a domicilio– recién a comienzos de los años ochenta.

Estas modalidades alternativas han tenido en Europa un desarrollo irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina, desde 1996, el Programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente estas modalidades asistenciales (Cotta, Rosângela Minardi Mitre, Suárez-Varela, María et al, 2001).

En general todas comparten los objetivos básicos de aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias, humanizar la atención y reducir los costos hospitalarios.

Los países europeos siguen el modelo francés, que impulsa paralelamente dos modalidades de servicios de salud en el hogar: la hospitalización domiciliaria y la atención primaria a domicilio, aunque algunos países las diferencian.

Uno de los documentos identificados, que dan cuenta de las modalidades alternativas en cuestión, es el estudio europeo “Chronic” (Salvador, M.; et. al., 2008), que evalúa la eficacia de la hospitalización a domicilio en pacientes con patología respiratoria, cuyos resultados preliminares ponen de manifiesto que “(...) los pacientes se recuperan más rápidamente con un costo 38% inferior a los ingresados en hospitalización convencional” (Oterino, F.; Peiró, M.; Ridao, M.; Marchán, C., 1998).

Autores españoles (Cortés, J. et al, 2009) mencionan que los indicadores económicos, aunque parciales, consolidan esta modalidad asistencial como reflejo de una utilización eficiente de los recursos del hospital, y que debería ampliarse a otro tipo de pacientes, incluidos los quirúrgicos y los ginecológicos, estableciéndose una mayor coordinación entre ambos niveles asistenciales.

A nivel internacional, los hospitales han desarrollado, en los últimos años, una serie de programas de creación y fomento de alternativas a la hospitalización convencional.

Estas alternativas engloban tres conceptos diferentes aunque no excluyentes:

- La hospitalización parcial (hospitales de día médico/quirúrgicos).
- La hospitalización domiciliaria (HD) (Sanroma Mendizábal, P.; Sampedro, I.; González, C.; Baños, M.; 2011).

Dentro de la búsqueda de antecedentes nacionales se ubicó, en la Intendencia de Montevideo, documentos que daban cuenta de la existencia de los orígenes de estas diversas modalidades de atención desde el año 1971 aproximadamente. La máxima expresión está representada por el Programa Aduana.

Los orígenes del Programa Aduana se remontan al año 1971, en que el Prof. Dr. Ramón Guerra, preocupado por la alta mortalidad infantil imperante, propuso dos instrumentos de mejora de la atención a la salud infantil: uno vinculado a la tecnología de tercer nivel de atención, la creación de centros de pediatría intensiva a nivel del hospital público, y otro destinado a mejorar la atención en el 1º nivel de atención de los recién nacidos egresados de la maternidad, captándolos antes de su egreso y derivándolos de manera informada a centros de atención próximos a su domicilio. Así surge el Programa Aduana, como puerta de salida custodiada desde el hospital, paso de “aduana” hacia el 1º nivel de atención a quien se informaba qué niños llegarían para su control.

Esta actividad, que surge como sub-programa en el marco del Programa Materno Infantil, comenzó a funcionar a partir de 1974 en los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell. Consistía en un sistema de referencia de los Recién Nacidos y Lactantes internados que al alta eran derivados a cuatro Centros de Salud del MSP y diez Servicios del Consejo del Niño denominados “Gotas de Leche”; era desarrollado por el personal de enfermería de los servicios. En 1976 se realizó una capacitación especial al personal y se les asignó a tiempo completo para estas tareas específicas. A partir del cierre del Hospital Pedro Visca en 1983, continuó realizándose a partir del Hospital Pereira Rossell, incorporándose posteriormente la coordinación con el Hospital de Clínicas.

A partir de 1992 se estableció el criterio de área de responsabilidad de cada Centro de Salud. Se implementó la derivación zonal a diversos efectores: centro y policlínicas del S.S.A.E., policlínicas municipales de Montevideo y médicos de familia, coordinados y supervisados localmente por el equipo del centro de salud. De esta forma se logró derivar a todos los recién nacidos del área de Montevideo, bajo la responsabilidad de un centro o su supervisión. También se fortaleció el mecanismo central de referencia y contrareferencia de la información, con el monitoreo y evaluación periódica de resultados. Entre los años 1995 y 2000, el Programa Aduana recibió un fuerte impulso en el marco del Programa Materno Infantil de la DIGESA, incorporándose recursos específicos, nuevos campos de trabajo (por ejemplo: embarazadas, niños egresados de alto riesgo) y pautas de referencia según riesgos con el CHPR (Intendencia de Montevideo).

Entre otros antecedentes nacionales se destacan, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay con la modalidad de internación domiciliaria desde el año 1998, destinada a usuarios fundamentalmente quirúrgicos, así como también el seguimiento domiciliario al recién nacido de bajo peso.

Actualmente existen variadas experiencias a nivel público y privado, no solo en la capital del país. Desde hace un tiempo y a modo de ejemplo, en el Hospital Pediátrico Pereira Rossell, las mismas están dirigidas a la atención de niños con patologías oncológicas (hospital de día) y también existen intervenciones orientadas a niños y niñas con patologías respiratorias.

Fundamentación

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y sus asociaciones preconizan el

[...] desarrollo de sistemas de atención de salud nacionales que presten una serie de servicios sanitarios esenciales, asequibles a toda la población. Estos servicios deben establecerse en función de las necesidades y recursos sanitarios de cada país; ser rentables y de calidad y basarse en conceptos de salud y en principios de APS (CIE, 2006).

La innovación en las modalidades de atención puede llevar a un aporte de mayor información a un mayor número de personas, contribuyendo a mejorar la salud:

- Facilitando la prestación de servicios sanitarios y la investigación.
- Proporcionando al público en general más información preventiva, motivadora y curativa.
- Desarrollando aspectos de autocuidado, con los recursos genuinos presentes en el hogar
- Generando en la comunidad la percepción de que son atendidas sus necesidades particulares (CIE, 2016).

A su vez, teniendo en cuenta aspectos como el costo cama/día, el riesgo aumentado de infecciones cruzadas, el desequilibrio familiar producido por internaciones prolongadas, las ausencias laborales de uno o ambos padres, el congestionamiento de los servicios, la importancia de los procesos mórbidos en la infancia y su prevención, los conceptos de calidad asistencial es que se consideró la presente propuesta como adecuada para fortalecer elementos de promoción y prevención en la prestación de cuidados de enfermería directos en el hogar, dirigidos a aquellos usuarios que han sido dados de alta del hospital y que aún requieren cuidados profesionales. La técnica utilizada es la visita domiciliaria y el método es la Consulta de Enfermería.

Otro elemento, que en el año 2000 fundamentó la creación del PCD, fue el número de niños con reingresos reiterados sin evidencia generada sobre las causas de los mismos. Este elemento llevó a realizar una aproximación diagnóstica sobre las posibles causas de los mismos, y en una primera etapa se observaron denominadores comunes:

- ✓ Incumplimiento en el hogar de los tratamientos farmacológicos indicados al alta.
- ✓ No cumplimiento en el hogar de los tratamientos higiénico-dietéticos indicados al alta.
- ✓ No concurrencia a las instancias de control pediátrico posterior.
- ✓ Dificultad por parte de los padres para identificar situaciones de agravamiento en los niños.
- ✓ Desconocimiento de los cuidados básicos de los recién nacidos (fundamentalmente en madres adolescentes) (Observatorio de Salud del niño, niña y adolescente).

En una caracterización primaria de la población con reingresos múltiples (n: 238), se observó que:

- ✓ 100% de los usuarios provenían de medios socio-económicos deficitarios (MSED).
- ✓ 30% de la población de madres presentó primaria completa, 20% liceo incompleto, el 50% primaria incompleta.
- ✓ 19% eran madres jefe de hogar.
- ✓ 10% de los casos el padre se encontraba desocupado.
- ✓ 5% de la población tenía conocimiento de los recursos de su comunidad.
- ✓ 20% de los niños internados eran hijos de madres adolescentes.
- ✓ Información sobre control del embarazo no significativa (Observatorio de Salud del niño, niña y adolescente).

Teniendo en cuenta los costos que implican los reingresos, tanto para la familia como para la institución, y aunando los objetivos asistenciales y curriculares, se instrumentó y puso en práctica el llamado en ese entonces “Programa Piloto de Atención Domiciliaria”, actual “Programa de Cuidados Domiciliarios” mediante la selección de una muestra de la población según criterios preestablecidos.

Las causas identificadas de reingresos, hasta ese momento, eran pasibles de ser atendidas por el equipo de docentes y estudiantes. La variable reingreso se ha considerado como el hecho de haber tenido una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido (Ferrari, A.; Magnífico, G.; Mascaró, M.; 1995).

Con el transcurso de los años el programa ha sido evaluado en forma positiva, por lo cual se ha enriquecido la propuesta. Un valor agregado del PCD ha sido la incorporación de la estrategia de la AIEPI. A partir del año 2009, se introduce la misma como la herramienta fundamental para el trabajo con las comunidades.

La AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios (Benguigui, Y.; Bossio, C., Fernandez, H., 2001).

La AIEPI se orienta a abordar tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos.
- Mejora general de los sistemas de salud.

- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

Se promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito (OPS/OMS, 2009).

Implementación del Programa de Cuidados Domiciliarios

El PCD forma parte del currículo del Departamento Salud del niño, niña y adolescente de la Facultad de Enfermería.

Los estudiantes de la carrera, cursando el Módulo 3 del Segundo Ciclo llevan a cabo el programa, bajo supervisión directa de docentes.

Una vez seleccionada la población con la cual se implementará el programa, según los criterios establecidos, es condición que los estudiantes conozcan en profundidad toda la situación biológica, psico-emocional y cultural del niño, de la niña o del adolescente al momento del alta, así como también deben interiorizarse de los aspectos de la comunidad de origen en la que vive la familia. Conocerán los antecedentes personales, familiares y obtendrán toda la información necesaria para un correcto acercamiento a la misma.

Durante la internación se oferta a la madre la posibilidad de realizar el seguimiento del niño en su domicilio; se planifica el proceso de los cuidados en forma conjunta, con el objetivo de continuar la valoración y acompañar la recuperación, identificando posibles retrocesos en la situación de salud, evacuando dudas y realizando el nexo con el servicio sanitario de referencia del primer nivel de atención.

Antes que el niño se retire del hospital, los padres ya tienen conocimiento sobre quien concurrirá a su hogar y en qué momento.

Se realiza educación para la salud durante el proceso, atendiendo a las posibilidades y la cultura del grupo familiar.

Las visitas domiciliarias se planifican en conjunto con la familia, la licenciada del servicio, los estudiantes de la Licenciatura y el docente, de acuerdo a la situación del niño. Se contribuye a crear un ambiente donde la escucha atenta permita brindar un espacio para que la madre exprese sus inquietudes, dudas o necesidades.

En base a los conocimientos teóricos en relación a su trayecto académico, articulados con la información que proviene de la familia, los estudiantes de la

Licenciatura realizan la planificación de los cuidados a ser brindados en el hogar; dicho plan de acción es revisado en forma conjunta con el docente.

Los cuidados son integrales e individuales y se plasman en el denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es el método de trabajo de enfermería (Fernández Pellejero, L.; et al., 2009).

A modo de ejemplo se presentan algunas de las actividades más frecuentes que se realizan en el hogar:

- Valoración de los parámetros vitales.
- Valoración del crecimiento y desarrollo.
- Pautas de estimulación temprana.
- Verificación del cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado al alta.
- Control de los patrones de eliminación.
- Valoración de la relación niño/padres/familia.
- Valoración del entorno.
- Control del esquema de vacunación.
- Reinducción de la lactancia.
- Baño del lactante.
- Control de medidas higiénico-dietéticas (preparación y conservación de alimentos).
- Evacuación de dudas o inquietudes.
- Control de patrones de descanso y sueño.
- Control de alimentación.
- Acompañamiento al control pediátrico.
- Verificación del control ginecológico de la madre.
- Pautas de buena crianza en general.
- Evaluación del grado de satisfacción de la familia ante la visita.

Existen criterios de selección de las familias para la inclusión al PCD; los de mayor relevancia son:

- Aceptación voluntaria de la familia luego de recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio.
- Presencia de enfermedades susceptibles de atención domiciliaria.
- Niños, niñas y adolescentes con reingresos múltiples.
- Hijos de madres adolescentes.
- Hijos de madres con embarazos no controlados.
- Hijos de madres jefas de hogar.
- Niños con antecedentes de violencia familiar.
- Familias con domicilio dentro de los límites de Montevideo.

A punto de partida de las sucesivas evaluaciones del programa realizadas por las familias, los estudiantes y los equipos sanitarios del servicio se han identificado importantes ventajas, entre ellas se destacan:

- Optimiza los recursos de la comunidad así como los hospitalarios.
- Genera un efecto terapéutico en la familia que impacta sobre la recuperación del paciente.
- Fortalece la pertenencia de la familia a la comunidad en que reside.
- Fortalece la percepción de que se atienden las necesidades en forma más personalizada.
- Humaniza la atención.
- El hogar es el ambiente ideal para intercambiar con los padres la información sobre prácticas de buena crianza.
- Contribuye a disminuir las situaciones por las cuales el niño puede reingresar.
- Eleva la satisfacción de las familias.
- Disminuye costos psicosociales y económicos de la familia.
- Disminuye costos económicos para la institución asistencial.
- Se mantiene contacto con otros integrantes de la familia integrándolos a las actividades.
- Construye con la población una cultura de protección y autocuidado.
- Incrementa la participación de la comunidad.
- Contribuye a producir cambios en los estilos de vida.
- Cumplimiento de controles pediátricos establecidos.
- Cumplimiento de las indicaciones realizadas al momento del alta hospitalaria.

La madre o los responsables del niño tienen la oportunidad de evaluar el programa mediante un cuestionario que se realiza a tales efectos.

Cada componente del programa es evaluado por el grupo docente conjuntamente con los estudiantes en forma periódica. Al finalizar la experiencia se realiza una evaluación general del alcance de los objetivos.

Más allá que el PCD es un requisito académico de la carrera, adquiere relevancia debido a que los estudiantes aprenden a respetar las creencias del prójimo, su cultura, sus hábitos, aprenden a construir con el otro, no a imponer sus conocimientos; y las familias atraviesan el proceso de salud-enfermedad con una concepción de que son respetadas, acompañadas en los momentos más trascendentales del ser humano.

Referencias bibliográficas

- Benguigui, Y.; Bossio, C.; Fernández, H. (2001). *Investigaciones operativas sobre AIEPI*. Washington. D.C.: OPS/OMS.
- Benguigui, Y.; Bissot, A. (2005). *Desafíos en la atención pediátrica en el siglo XXI: La estrategia AIEPI en el siglo XXI*. Washington, DC.: OPS.
- Cejudo Díaz, I. (2012). *Conceptos clave en Hospitalización a domicilio*. Dirección General de planificación Sanitaria: Madrid.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2006). *Código Deontológico de Enfermería*. Fornara: Suiza.
- Consejo Internacional de Enfermería. *Alcanzando los ODS*. (2016). Fornara: Suiza.
- Cortés, J. (2009). *Hospitalización a domicilio*. Fuentes: Madrid.
- Cotta, Rosângela Minardi Mitre, Suárez-Varela, María Morales Llopis González, Agustín Cotta Filho, Jose Sette, Real, Enrique Ramón y Ricos, José Antonio Días.(2001).La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*,10 (1), 45-55.<https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000700007>
- Fernández Pellejero, L.; et al. (2009). *Abordaje Teórico Práctico en la Atención de Enfermería en Niños, Niñas y Adolescentes*. Montevideo: Universidad de la República.
- Ferrari, A. M^a; Picón, T.; Magnífico, G.; Mascaró, M^a. (1997). Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica “A”. 1991-1995. *Rev. Med. Uruguay*, 13, 77-92.
- Intendencia de Montevideo. Biblioteca del Centro de Formación y Estudios. Disponible en: http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_09_-_programa_aduana_implementacion_nacional.pdf
- Madrid Rodríguez, A.; Peláez Cantero, M. J.; Sánchez Etxaniz, J. (2010). *Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio*. Sepho: Madrid.
- Observatorio de Salud del niño, niña y adolescente. Disponible on line: <http://observatorioenfermeria.uy/institucional/institucion/>
- OPS/OMS. (2009). Informe del Segundo Taller Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), destinado a Docentes de Enfermería del Uruguay: 9, 10 y 11 de Noviembre de 2009. *Portal de Disseminación Selectiva de Información*. Artículo 26-Número 16-Diciembre. 2009. OPS/OMS Disponible en http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=525&Itemid=308
- OPS/OMS. (2009). *Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería*. Washington D.C.: OPS/OMS.

- Oterino, F.; Peiró, M.; Ridaó, M.; Marchán, C. (1998). La Hospitalización domiciliaria. Una posible estrategia para reducir la hospitalización inadecuada. *Revista de Calidad Asistencial* 1998; 13: 204-10.
- Sanroma Mendizábal, P.; Sampedro, I.; González, C.; Baños, M.; (2011). *Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y procedimientos*. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla.



VI Congreso de Salud Comunitaria del Mercosur, 2011



Func. Apex Nancy, Beatriz, Catalina, Katty

RELACIÓN ASISTENCIAL Y GRUPALIDADES EN ENFERMERÍA HOSPITALARIA: EL CASO DEL CHPR

ASSISTANCE RELATIONSHIP AND “GRUPALIDADES” IN HOSPITAL NURSING: THE CASE OF CHPR

Gabriela Etcheverry Catalogne

Palabras claves: enfermería hospitalaria, relación asistencial, grupo

Keywords: hospital nursing, care relationship, group

Resumen

Este trabajo presenta los resultados de una investigación cualitativa, teóricamente sostenida en una Psicología Social de procedencia rioplatense; sus objetivos fueron: producir conocimientos en torno a la relación asistencial enfermería hospitalaria-población asistida, procurando su caracterización y comprensión; identificar los componentes de las grupalidades que se producen en la enfermería hospitalaria del CHPR; y distinguir los efectos de las grupalidades en la relación asistencial. Se trabajó con documentos producto de una anterior intervención, y se utilizó la Teoría Fundamentada como método de análisis. Como resultado principal de la investigación surge que la relación asistencial puede ser concebida como nudo, compuesto por cuatro “hilos” principales: lo sociohistórico, la tensión singular-colectivo, la organización y condiciones de trabajo y el rol de enfermería. Se distingue la singularidad de cada uno de los hilos así como las conexiones entre ellos. Asimismo, se aborda la problemática de la grupalidad, tomando como eje lo que emerge del proceso grupal desarrollado en la intervención, sus efectos y consecuencias, primordialmente en su vínculo con la relación asistencial.

Abstract

This paper presents the results of a qualitative research, theoretically sustained in a Social Psychology of “rioplatense” origin, whose objectives were: to produce knowledge about the nursing relationship nursing - assisted population, seeking their characterization and understanding; Identify the components of the groups that are produced in the hospital infirmary of the CHPR; And to distinguish the effects of groupings on the care relationship. We worked with documents produced by a previous intervention, and the Grounded Theory was used as a method of analysis. As a main result of the research, the Assistance Relation can be conceived as a knot, composed of four main “threads”: the socio-historical, the singular-collective tension, organization and working conditions, and the nursing role. It distinguishes the singularity of each of the threads as well as the connections between them. It also addresses the problems of grouping, taking as an axis what emerges from the group process developed in the intervention, its effects and consequences, primarily in its link with the care relationship.

1. Introducción

El tema central de la investigación¹ motivo de este trabajo es el de las conexiones entre la relación asistencial –enfermería hospitalaria y población– y la grupalidad. Su origen es una experiencia de intervención realizada entre 2009 y 2011 por un equipo docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, como respuesta a un pedido de atención que realizó la Comisión Interna (espacio sindical) del Centro Hospitalario Pereira Rossell², por situaciones conflictivas que venían padeciendo las enfermeras, fundamentalmente relacionadas con el vínculo asistencial. El desarrollo de tal intervención incluyó la realización de entrevistas en profundidad a los actores involucrados y la instalación de un dispositivo grupal, cuyo objetivo principal era producir un espacio de conversación, a los efectos de poner en juego las problemáticas que aquejaban a las enfermeras (Etcheverry, 2013). Tal dispositivo grupal se implementó durante dos años, semanalmente, y abordó tanto las situaciones conflictivas como la construcción de líneas de acción para la resolución de las mismas. Estuvo a cargo de una dupla de coordinación y observación, que hizo uso de la referencia conceptual pichoniana (Pichon Rivière, 1982) como soporte instrumental. La experiencia fue documentada en su totalidad, y dio lugar a la investigación que se presenta en este trabajo. Cabe destacar que la investigación contó con todos los resguardos éticos estipulados en el artículo 5 de la Ley N° 18.331 del Poder Ejecutivo (República Oriental del Uruguay).

La investigación tuvo como objetivo general el siguiente:

-Producir conocimientos en torno a la relación asistencial que desarrolla la enfermería hospitalaria del CHPR.

En cuanto a los objetivos específicos se propuso:

1. Caracterizar y comprender la relación asistencial que se ha generado entre enfermeras del CHPR y la población asistida.
2. Establecer los componentes de las grupalidades que se producen en la enfermería hospitalaria del CHPR.
3. Distinguir los efectos de potencia de las grupalidades en la relación asistencial.

1 La investigación se realizó en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología, UdelaR, y fue realizada por quien suscribe este trabajo.

2 Se trata de un centro hospitalario que atiende a niños y mujeres en la órbita pública. En adelante nombrado CHPR.

2. Fundamentación y antecedentes

2.1. El problema y sus antecedentes

El problema producido tiene dos planos principales; por una parte el plano de la relación asistencial que se genera entre las enfermeras y la población asistida, y por otra parte el plano que muestra cómo esa relación asistencial cobra visibilidad a través de un dispositivo grupal instrumentado en la intervención. Los dos planos se componen y se descomponen a lo largo del estudio, y son transversalizados por el proceso previo de intervención.

En efecto, un problema sólo está determinado por los puntos singulares que expresan sus condiciones (...) Las soluciones no suprimen los problemas, sino que, por el contrario, encuentran allí las condiciones subsistentes sin las que no tendría ningún sentido; las respuestas no suprimen en ningún modo la pregunta ni la colman, y ésta persiste a través de todas las respuestas (Deleuze, 1994, p. 74, 76).

El “estado del arte” de la investigación permitió generar fundamentos para la misma. En el terreno de lo grupal se encuentran antecedentes en los inicios del siglo XX, cuando se inventan dispositivos grupales tanto para satisfacer demandas sociales diversas, para investigar sobre situaciones sociales problemáticas, así como para intervenir en la resolución de dichas situaciones. Los primeros aportes los realiza J. Pratt en relación con el tratamiento “en grupos” de pacientes tuberculosos en 1905 (Fernández, 1992). Se consideraron también las propuestas de K. Lewin a propósito de la dinámica de grupos y la investigación psicosocial (Delahanty, 2009), los abordajes psicoanalíticos de W. Bion para resolver el tratamiento de ex combatientes de guerra (Anzieu, 1971), los aportes de M. Langer (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961) enfocados a la relación entre psicoanálisis y política y el problema del grupo y el cambio social, hasta las perspectivas de E. Pichon- Rivière (1982) a propósito de concebir a la situación grupal como medio y como fin en sí mismo, tanto a la hora de investigar como a la hora de intervenir. El “estado del arte” entonces, ubica a la grupalidad como una noción privilegiada para ser investigada, para estudiar los procesos que allí se producen (sus condiciones de posibilidad, las variables que se juegan), y el impacto a nivel del pensar, sentir y hacer de quienes componen grupalidades.

En relación con el “estado del arte” específicamente referido a la enfermería y la relación asistencial, existen innumerables investigaciones donde se aborda la complejidad de esa profesión, haciendo hincapié en su multidimensionalidad (Eseverri, 1992), la condición eje de su trabajo a nivel hospitalario que es cuidar, atender para sanar, evitar padecimientos a la hora de la muerte; luego hay estudios acerca de cómo el ámbito hospitalario produce niveles de estrés altos en

el personal de enfermería, tanto en lo relativo a las tareas así como a las condiciones y organización del trabajo (Antón Nardiz, 1998). Han sido estudiados también los efectos de la “institución salud” sobre sus trabajadores (Giorgi y Gandolfi, 1995; Tomasina, 2003; Carrasco y Espejo, 2000), y la relación trabajo/salud en el personal sanitario.

Existen investigaciones que abonan el terreno para analizar los efectos de la instalación de espacios grupales terapéuticos o de reflexión para los cuidadores, entre los que se incluyen enfermeras (Duro Martínez, 2002; Sznelwar y Uchida, 2004); otros mencionan la relevancia de espacios de trabajo en equipo para enfrentar dificultades (Hernández y Flores, 2002; Infante, Moret y Curbelo, 2007), haciendo referencia a la necesidad de cuidarse y ser cuidado para cuidar (Gómez Esteban, 2004). Por último, aparecen trabajos centrados en la enfermería y su ejercicio, haciendo foco en la construcción del rol (Orlando, 2010), y su asociación con las perspectivas de género (Wlosko, 2010), así como la construcción del significado de la enfermería con relación a su práctica cotidiana (Ledesma y Rino, 2009). En nuestro país, específicamente hay referencias a los efectos de la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud y su impacto en la enfermería, con el foco puesto en la atención primaria en salud (Benelli et al, 2010).

2.2. Soporte epistémico

En este apartado se propone un punto de partida para la argumentación de la perspectiva epistemológica que sustentó la investigación. La misma implica un distanciamiento de las lógicas de objeto discreto: propone la construcción de un campo de conocimientos, la formulación de un campo de problemas (Díaz, 1997; Fernández, 1992; Baremlitt, 1983). Un pensamiento problemático que no busca la producción de una verdad totalizante u homogeneizante, sino la posibilidad de descentrarse de lo conocido, y habilitar la emergencia de conexiones inesperadas (Fernández, 2007).

Un campo de problemas supone una resistencia activa a reducirse a alguno de los elementos heterogéneos que lo componen. Su producción de conocimientos se inscribe no sólo en sus historicidades de hecho, sino en la indagación crítica de las mismas. Se compone de estrategias discursivas y extradiscursivas en un campo o constelación de sentido determinada... Campo y no objeto. Multiplicidad de miradas, en los saberes y prácticas... Campo que rescata lo diverso como aquello que agrupa lo discontinuo, sin cultivar lo homogéneo (De Brasi y Fernández, 1993, p.15).

Producir conocimientos, en esta perspectiva epistémica, considera la posibilidad –más allá de los enunciados y su forma, de los métodos y su racionalidad– de abordar objetos no claramente delimitados, sin abandonar la preocupación por

la rigurosidad del análisis, ni aislarlo del tejido sociohistórico del que es parte, entendiendo que el conocimiento está atravesado por relaciones de poder, dimensiones éticas, económicas, afectos y pasiones, y tantos otros invisibles en este momento.

Entender la teoría como una caja de herramientas quiere decir: –que no se trata de construir un sistema sino un instrumento, una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se comprometen alrededor de ellas–; que esta búsqueda no puede hacerse más que poco a poco, a partir de una reflexión (necesariamente histórica en algunas de sus dimensiones) sobre situaciones dadas (Foucault, 1985, p. 85).

2.3 Dimensiones de la grupalidad

Grupalidad es una categoría sustantiva; implica un horizonte epistémico (ético, crítico) que busca evitar los reduccionismos recuperando la complejidad inherente a los procesos, realizando al mismo tiempo una crítica a la naturalización del grupo. Posibilita la lectura de una composición heterogénea de diferencias; está conectada con la producción de subjetividad y permite la visibilización de niveles de implicación, ciertos procesos de diseminación, los regímenes de afectación, las dimensiones organizacionales e institucionales, distintas líneas micropolíticas, la multiplicidad entre otras (De Brasi, 1997).

[El de la grupalidad es] Un campo de análisis inaugural: la producción de subjetividades historizadas desde la investigación grupal... En los espacios polisensos de los “pequeños colectivos”, convergen determinaciones, efectos y significaciones que parecen distanciadas de los conceptos adecuados para abordarlos. Pero es al analizar los entrecruzamientos cuando descubrimos senderos inexplorados, vínculos inéditos y un espectro sorprendente de relaciones posibles (De Brasi, 1986, p. 10).

La idea de grupalidad es parte de una torsión en las perspectivas de lo grupal, producida en ambos márgenes del Río de la Plata, y se sostiene en varios autores preocupados por los efectos de la dogmatización del grupalismo, a posteriori de los años 70:

Lo grupal necesita fundar su propia crítica; de lo contrario las experiencias grupales corren un riesgo: no pasar de las gesticulaciones artesanales a un trabajo de producción reflexionada... La escritura sobre lo grupal no interesa si reincide en un mito cierto e idéntico a sí mismo, pero importa si rescata las prácticas grupales a partir de la interrogación de sus actos (Herrera y Percia, 1985, p. 9).

Investigar la grupalidad incluye la necesidad de revisar las dimensiones que la componen; implica pivotar entre la especificidad de lo que acontece en un

grupo y el entramado de dicha especificidad en inscripciones más amplias, incluyendo las grupales, las organizacionales, las institucionales. (Fernández, 1992). Dichas inscripciones producen tramas y generan efectos de transversalización, más allá de que su visibilidad no sea la misma en todo momento. La posibilidad de concebir la grupalidad como producto de tales transversalizaciones permite la desfiguración de la idea de grupo isla, así como el desmontaje del dualismo individuo-sociedad, en tanto lo social se constituye fundando al sujeto.

2.4. Producción de subjetividad

La producción de subjetividad, como noción, está ligada a instancias singulares, colectivas e institucionales (Guattari, 1996); se trata de la producción de tramado socio-histórico delimitado, “desde los elementos más precarios de la vida cotidiana hasta las pequeñas lógicas, a veces extremadamente sofisticadas, en que hacen nido” (De Brasi, 1997, p. 7). En tanto proceso, produce formas de existencia, pensamientos, acciones, afectos, y cuyo horizonte principal es la reproducción de sujetos idénticos, según los modos dominantes (Barembliitt, 1992). Además de tal horizonte, homogeneizante, universalizante y reduccionista y propio del Capitalismo Mundial Integrado³ (Guattari, 1990), posee una tendencia heterogénica. Asimismo, “la fuerza de la subjetividad capitalística se produce tanto al nivel de los opresores como de los oprimidos” (Guattari y Rolnik, 2005, p. 63), lo que en cierto sentido echa por tierra la distinción en clases sociales, en tanto queda sometida a procesos maquínicos, y cuyo efecto primordial es el de la descomposición de las alianzas sociales de clase. Cuando dichas alianzas han perdido funcionalidad, puede pensarse también en la existencia de una des-relación entre incluidos y excluidos: “Para el burgués de los estados nacionales el proletario era necesario como objeto de explotación; el excluido no es necesario para el incluido en tiempos neoliberales” (Ballester, Cantarelli y Lewkovicz, 2002, p. 46). En ese sentido, las lógicas homogeneizantes facilitan la generación de la idea del otro como diferente-extraño (Beck, 1998), como anómalo, quedando por fuera de las formas establecidas, generalmente excluido. Si bien la idea del otro como extraño no es prerrogativa de la actualidad –puesto que puede establecerse su surgimiento en los orígenes de la modernidad, con la preocupación por instalar dentro del Estado nación políticas identitarias–, es en este momento histórico donde cobra relevancia y permite comprender ciertos fenómenos.

Pensar la producción de subjetividad, a efectos de identificar los procesos que genera en la actualidad, resulta imprescindible. Desde las perspectivas señaladas, se entiende que son parte de los procesos de producción de subjetividad ciertos modos de concebir los grupos, las organizaciones, la acción de lo institu-

3 En adelante CMI.

cional, y las relaciones entre los sujetos humanos (como la relación asistencial) entre otras, porque se podrían agregar tantas “y” como se le ocurran al lector. Hablar de producción de subjetividad entonces, refiere, antes que al contenido del pensamiento a las formas que hacen a la producción del mismo; antes que a la esencia de sujetos u objetos a los procedimientos que los constituyen en tanto tales. La producción de subjetividad en esta perspectiva, pone el foco en las modalidades de existencia y los procesos que en/desde/hacia ellas devienen.

2.5. Relación asistencial

La relación asistencial se define como la que se establece entre el profesional de la salud (en este caso las enfermeras hospitalarias) y el paciente. Incluye los aspectos relativos al rol de la enfermería, así como los que tienen que ver con la población que es atendida en el hospital. En cuanto al rol (y por tanto a las competencias de la enfermería), se distingue cuidar al enfermo, valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes, ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento mientras permanece internado, contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial, facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento de la enfermedad, y trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante (Juvé et al, 2007). En ocasiones, las competencias figuran escritas en protocolos de actuación, y en otras son parte de una serie de acuerdos verbales que funcionan como implícitos. Todas están atravesadas por la idea de *cuidado*, vocablo que está asociado a aspectos afectivos, relacionados tanto con el compromiso con la tarea y la actitud del profesional, como con elementos técnicos. Asimismo, importa la significación del cuidado para quienes lo ejercen y lo reciben, es decir, el “para qué” (Zarate, 2004). Por ende, las prácticas de cuidado de enfermería tienen una relación estrecha con la interacción entre enfermeras-pacientes-familiares. “La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*” (Kérouac, citado por Zarate, 2004, p. 43). Lo antes mencionado, implica que el ejercicio de la enfermería excede la realización de rutinas, y “requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona” (Diers, citado por Zarate, 2004, p. 43). Al mismo tiempo, y sumado a que los colectivos de enfermería poseen una composición fundamentalmente femenina, el trabajo de las enfermeras es paradigmático del *care*, es decir, del hacer en relación con el mantener o preservar la vida de otro (Wlosko, 2010). Se asiste al otro en sus necesidades principales –lo que se conoce en el ambiente de enfermería como “cuidado y confort”–, sin que los procedimientos materializables se divorcien del trabajo psicológico: “el *care* denota la dimensión propia-

mente afectiva movilizada por un tipo de actividades que necesitan ser realizadas con ‘ternura’, ‘afecto’ o ‘simpatía’” (Wlosko, 2010, p. 245).

En la actualidad, y específicamente en Uruguay, el trabajo de la enfermería va sufriendo los efectos del capitalismo y la globalización, tanto en relación con el desarrollo tecnológico, la aparición de nuevas enfermedades, así como, específicamente en el ámbito del hospital público, con la pobreza extrema de la población atendida.

3. Metodología

En la investigación se utilizó una metodología cualitativa, en el entendido de que la “materia” con la que se trabajó es la que se nomina “lo subjetivo”, es decir, procesos que no pueden ser calibrados a partir de instrumentos cuantitativos; la pretensión fue la de construir sentidos posibles, procurando la comprensión y tomando en consideración las múltiples dimensiones implicadas. Como método se usó la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), a los efectos de darle lugar a la imbricación entre recolección de datos, análisis y teoría subyacente para dar cuenta de los fenómenos, al tiempo de “generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva” (Glaser, 1992, p. 30, citado por De la Torre et al). El producto es entonces una interpretación analítica del mundo de los participantes (De la Torre et al., 2010), es decir, se apunta a la comprensión y al entendimiento de procesos sociales. En referencia a las técnicas se ha utilizado el análisis documental como recurso instrumental para el abordaje de un material producido en un contexto particular, entendiendo la idea de documento en un sentido amplio (MacDonald y Tipton citados por Valles, 2007). Se trabajó con treinta y dos crónicas escritas (registro de los encuentros) y con quince entrevistas en profundidad.

Se realizó una codificación abierta en primer término, y luego una codificación axial que posibilitó la construcción de categorías, todo lo cual permitió construir conexiones y generar el discernimiento de los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002).

Se detallan a continuación las categorías emergidas del examen del material:

- 1) **Adentro/afuera del hospital:** refiere a la percepción de la existencia de una frontera entre el adentro del hospital y el afuera, esto es lo que se denomina como contexto.
- 2) **Relacionamiento con los pacientes:** tiene relación con el encuentro de las enfermeras con la población asistida.
- 3) **Afectos y afecciones producidos en el trabajo:** describe sensaciones, afectos, sentimientos que se generan en lo cotidiano del trabajo de enfermería.
- 4) **Lo colectivo:** pone el foco en lo que los actores dicen acerca de las grupales conformadas en la enfermería.

- 5) **Relacionamiento con otros actores institucionales no jerárquicos:** hace referencia a los vínculos interpersonales que establecen las enfermeras entre sí y con otros, donde no se incluye las autoridades.
- 6) **Articulación entre personal nuevo y viejo:** alude a un corte (nuevos/viejos) donde se manifiestan conflictos y valoraciones.
- 7) **Trabajo en equipos:** refiere a lo que los actores relatan de la función –y el funcionamiento– de los equipos de trabajo, así como el trabajo de equipo y sus productos.
- 8) **Condiciones de la organización del trabajo:** relacionada con las circunstancias y los escenarios del trabajo, y sus efectos principales.
- 9) **Estrategias implementadas desde la organización:** establecimiento de ciertas medidas que toma la organización con relación al trabajo concreto de la enfermería.
- 10) **Rol y función de la enfermería:** componentes del rol así como sus significados.
- 11) **Maternidad y enfermería:** enunciados referidos a lo que las enfermeras entienden que implica el ejercicio de la maternidad, así como a su propia experiencia como madres.
- 12) **Género y sus efectos:** apunta a distinguir de qué manera el género crea significaciones en las prácticas y/o en las vivencias de los actores involucrados.

Las categorías se organizaron en cuatro temas: lo sociohistórico (que agrupa las categorías 1, 2 y 3), tensión singular-colectivo (categorías 4, 5 y 6), organización y condiciones de trabajo (categorías 7, 8 y 9) y rol de enfermería (categorías 10, 11 y 12). Dichos temas tienen directa vinculación con el objetivo general de esta investigación, dado que permiten generar visibilidad sobre la composición de la relación asistencial, así como comprender algunos aspectos referidos a las grupalidades producidas y su vínculo con la relación antes mencionada. A la vez, los temas pueden ser pensados enlazados entre sí, con la idea de lo rizomático (Deleuze y Guattari, 2005) como eje, en el sentido de que no hay un tema más relevante que otro, ni hay relaciones que impliquen algún nivel de hegemonía por sobre otras. Cada uno puede ser conectado con todos y cada uno de los otros, sin identificar principio ni fin salvo a los efectos de la exposición.

4. Resultados (y discusiones)

Esta investigación tuvo su punto de partida en una intervención sostenida fundamentalmente en un dispositivo grupal,⁴ lo que tiñe la mirada de quien investiga y alimenta sus puntos de vista. En esa dirección, interesa poner en juego

⁴ Las características principales de esta intervención están explicitadas en el apartado 1. Introducción.

la noción de dispositivo como “una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneo. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza (...) [y poseen diversas dimensiones tales como] curvas de visibilidad y curvas de enunciación (...) son máquinas para hacer ver y para hacer hablar” (Deleuze, 1999, p. 155). Esto significa, entre otras cosas, que cabe interrogarse acerca de lo que el dispositivo –de intervención– dispone al proponer un espacio grupal, en tanto, el objeto que queda a la vista, como plantea el autor, no existe sin el régimen de luz que lo ilumina. A propósito de la noción de dispositivo podría pensarse que los temas son líneas de fuerza, de objetivación y de subjetivación que lo atraviesan, en el sentido de que hacen posible la relación de un punto con otro, así como es posible que den vueltas sobre sí mismas, o se escapen de lo establecido.

Se puede decir que la relación asistencial que establecen las enfermeras hospitalarias, con las que se trabajó, con la población asistida (con vistas a abordar el primer objetivo específico de la investigación), está compuesta por el *rol de enfermería, la organización del trabajo, la tensión singular colectivo y lo sociohistórico; funcionan como líneas o estrías*⁵ que se han hecho visibles como punto de partida de situaciones grupales propiciadas por la intervención.

En cuanto al *rol de enfermería*, en una primera instancia se entiende como una construcción social, históricamente producida, que tiene como objetivo la discriminación de las tareas principales de la enfermería hospitalaria. El análisis muestra varios planos en esta estría. Un primer plano es la ausencia de legislación en Uruguay, en el tiempo en el que se realizó la intervención. Esto hace que dicha discriminación se establezca, fundamentalmente, a través de la transmisión oral, lo que de alguna forma fragiliza el soporte identitario del trabajo. Sin embargo, tal fragilidad también podría concebirse como la posibilidad de construir una forma singularizada de ejercicio de la enfermería, cuestión que en ocasiones produce consecuencias desafortunadas tales como el aislamiento de la enfermera. Acerca de la falta de reglamentación del ejercicio de la enfermería, se entiende que esa ausencia genera lo que Wlosko (2009) denomina la fisura entre trabajo prescripto y trabajo real; cuando el trabajo prescripto no está escrito, el trabajo real se va componiendo de innumerables tareas, que se instituyen a través de múltiples procedimientos que no cobran visibilidad. Esto queda a la vista cuando se entiende que se produce un desbordamiento del rol, es decir, cuando se empiezan a realizar labores que exceden completamente lo que está establecido. El desborde tiene algunas consecuencias subrayadas en el análisis; por un lado se observó un fuerte padecimiento por la desinstrumentación a la que se ven sometidas las enfermeras; por otro, parece haber una asunción de lugares de poder en el sentido del hacer. Y en esa dirección, cuanto más se hace más poder

5 Se propone la nominación de estría en su acepción de “Rayas en hueco”, así como la acepción médica: f. Med. “Cada una de las líneas claras que aparecen en la piel en el embarazo y otros procesos, debidas a desgarros subdérmicos” (Extraído de: <http://lema.rae.es/drae/?val=estr%C3%ADa>)

se puede ejercer. Esto vincula el ejercicio del rol con el relacionamiento interpersonal, tanto a nivel de las jerarquías del hospital como de otros actores como los médicos.

Otro plano es el de la significación imaginaria de la enfermería, que enlaza el ejercicio del rol con la mujer y su capacidad “natural” de cuidar, ligada a la maternidad, ubicando una suerte de naturalización en el ejercicio del rol. Esto genera que cuando no se cumple, es decir, cuando la enfermera no encuentra en su práctica la posibilidad de desarrollar el cuidado, se fisuran las bases del ejercicio. Asimismo, el enlace antes mencionado produce en varias direcciones: por una parte, promueve encuentros empáticos con los pacientes, que generan afectos alegres así como el gusto por el desarrollo de la relación asistencial y, por otra, forma sistemas de valores que separan distanciando a las enfermeras de los pacientes –y de sus padres–, lo que da lugar a encuentros que ocasionan tristeza, dolor, discriminación, y que empañan aquella relación produciendo malestar. En la misma dirección, el empeño en el uso de la expresión “mi paciente” o “mis niños” trae a colación la idea de maternidad que, en las producciones subjetivas actuales, conecta el ser madre con el poseer algo propio. En tal sentido, el generar un vínculo empático con un niño remitiría al vínculo madre-hijo cuando la enfermera se vive a sí misma como responsable de lo que le suceda al paciente.

Si bien para iniciar esta discusión se había elegido la línea del *rol de enfermería*, es posible observar cómo la línea de lo *sociohistórico* atraviesa el examen de los diversos planos asociados. Por ejemplo, las significaciones imaginarias sociales son producciones de lo *sociohistórico* que diagraman el ejercicio de las prácticas, entre otras, en la condensación mujer/madre/enfermera. Aunque dicha condensación no es objeto central de este trabajo, hay que poder tener presente que es a partir del origen de la enfermería como profesión que se genera tal ligazón. Asimismo, el ensamble antes mencionado da forma a muchos componentes del ejercicio del rol, que operan de manera inconsciente, dando lugar a una ausencia de crítica.

Lo *sociohistórico* también se enlaza con el *rol de enfermería* cuando las enfermeras construyen una percepción de los pacientes como “los otros” y los tiñen con juicios de valor que los descalifican y excluyen. Lógicas globalizantes que producen la pertenencia al mundo a través del consumo, y que dejan en los bordes a las poblaciones más desfavorecidas y vulneradas (como son la mayoría de los pacientes del CHPR), también están en la base de la relación asistencial, provocando un efecto perturbador. Si el otro es un extraño-mugriento-plancha, se reducen las posibilidades de que de esa relación emerja un encuentro que despliegue las potencias. Se trata de estar a tono con procesos de marginalización, cuyo objeto es definir tipos subjetivos dominantes que funcionen como modelos, dejando fuera a los que no se adaptan. Como plantea Derrida (2006), lo que queda afuera puede ser objeto de violencia, que tiene sentido en la auto-

afirmación del nosotros. Serían necesarias acciones de hospitalidad para poder resolver esa separación que excluye, que tiene relación de contigüidad con el hospital. A partir de esta conexión tiene lugar la pregunta de cuán hospitalario es el hospital, si al mismo tiempo que genera un espacio/lugar para atender a una población vulnerada forja prácticas de marginación en el discurso y en las acciones de sus trabajadores, tanto con referencia a los pacientes como a sus madres y padres.

Idénticas lógicas están en juego en la pretensión de establecer una frontera que delimite claramente el afuera del adentro. En la base de la frontera está la necesidad de preservarse de una realidad vivida como amenazante y peligrosa, siempre sobre el supuesto de que hay un nosotros familiar, reconocido, donde es posible ubicar algo de lo usual y esperable. En aras de sostener una mirada crítica acerca de los dualismos, se utiliza la propuesta de Fernández (1992) a propósito de la relación texto-contexto. Si bien la autora lo ubica en referencia a situaciones grupales, la idea interesa en tanto remite a entender cómo lo que es nominado como contexto⁶ (contexto social, contexto de producción, etc.), es parte del texto en tanto lo compone. En ese sentido, las mismas lógicas que producen la existencia de sujetos pobres, vulnerados, marginados, operan adentro del hospital estableciendo procedimientos de discriminación y exclusión. No es contexto. La población más empobrecida y vulnerada está afuera del hospital hasta que necesita ser atendida; finalmente adentro del hospital se reproducen las mismas lógicas de exclusión. La realidad del encuentro con una población en situación de marginación social –vivida a diario por las enfermeras– no solamente construye una frontera imaginaria, sino que también produce la necesidad del distanciamiento y del corte para la protección, tanto del nosotros como del sí mismo; el encuentro antes mencionado, paradigmático de la relación asistencial, genera una intención de sostenerse en un nosotros diferente y suscita afectos de dolorosos. Otro enlace es posible en este punto: cuando la enfermera además es madre, el manejo de los afectos se complejiza, dado que no siempre está la posibilidad de analizar la implicación libidinal. Frente a situaciones de ese tipo también se producen defensas, que ocasionan la pérdida completa de la distancia o su exacerbación, que a la vez deteriora la empatía necesaria para el ejercicio del rol.

Como lógica de funcionamiento, la constitución de espacios donde nosotros y ellos operan por separado parece ser habitual. Al poner el foco en la estría denominada *tensión singular colectivo* se visibiliza un plano fuerte de operación de dicha lógica, que muestra producciones subjetivas de la actualidad. En otro plano se visibilizan estrategias de sobrevivencia frente a la adversidad, como si

6 La idea de contexto remite a lo que está con, a lo que rodea, al entorno, que genera cierto nivel de dependencia. También dentro de sus acepciones se encuentra la idea de composición o tejido (Real Academia Española, 2001).

fuera necesaria la construcción de colectivos con ciertas características, más cercanos a la idea de grupo objeto de Guattari (1976). Se trata de la constitución de “nosotros” homogéneo, donde no está permitida la diferencia, que opera soportando la jerarquización institucional y con un funcionamiento mecánico. Esto tiene relación con lo planteado anteriormente al discutir el *rol de enfermería*: parece haber escasas posibilidades de sostener líneas de fisura, mucho menos de fuga⁷ (Deleuze y Guattari, 2005) frente al poder de la homogeneidad. Asimismo, al lado de la pretensión de homogeneidad cohesiva se observan funcionamientos estereotipados, donde se hacen fuertes procesos de asunción y adjudicación de roles que dejan poco lugar al movimiento. Dos interrogantes se pueden plantear en este plano de discusión. Una de ellas tiene relación con la dinámica grupal: cuánta ansiedad circula y no se elabora, y con qué situaciones atemorizantes es posible vincularla. La opción de generar una transformación no pudiera ser concebida fácilmente dentro del horizonte de posibilidades de los colectivos de enfermeras. La otra interrogante tiene que ver con la vinculación entre la rigidez de las lógicas de funcionamiento y la inflexibilidad de las formas organizacionales, es decir, si los instituidos están tan enquistados que por el momento no hay opción de generar algún tipo de movimiento. Aquí es posible establecer una conexión con la *estría organización y condiciones de trabajo*.

En ese sentido, desde la organización se pretende introducir una serie de cambios relativos a las condiciones en que se desarrolla la labor de la enfermería, los que son resistidos; tal resistencia tiene dos sentidos: el temor a lo nuevo y la disconformidad con la imposición de modos de trabajo. El análisis lleva a pensar que esta última significación de resistencia se pone en evidencia casi exclusivamente por intermedio de la queja. No se visualizan acciones propositivas para ir en contra de lo que se vive como impuesto; inclusive, el malestar por las prácticas que poseen rasgos autoritarios, efectuadas de parte de las jerarquías, queda depositado en los cuerpos de las enfermeras, con consecuencias como ausentismo, desgano, cansancio, automatización de ciertas prácticas. También es posible observar la aparición de sucesos del tipo señalado por Ulloa (1999) como encerrona trágica: una cultura de la mortificación dada cuando alguien, para poder vivir (en este caso trabajar), depende de algo o alguien que maltrata. En el caso de la enfermería se hace visible cuando existe una situación de sometimiento a la autoridad y/o a los pacientes/familiares, solamente a los efectos de mantener el trabajo en el hospital. Se termina aceptando el padecimiento, se genera aislamiento en el quehacer, y quedan restringidas las opciones de cooperación y solidaridad entre pares. Frente a la encerrona trágica, plantea el autor, sería necesaria la aparición de un tercero de apelación, alguien o algo que permita

7 Las líneas de fuga significan un escalón más en la posibilidad de ruptura con lo establecido, en tanto implica creación y desterritorialización. Los autores plantean que las líneas de fuga se trazan sin saber de antemano hacia dónde ir.

romper el lazo establecido entre la posición del encerrado y el encerrador. A su vez, dado que es una situación que encierra –tal como la palabra lo dice– resulta ser parte central en la composición de discursos del orden de la queja sin ningún tipo de accionar crítico o autocrítico, con pocas posibilidades de transformarla en enunciación. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería aparece como encerrado en lo instituido.

En conexión con lo anterior, cuando se dan procesos de institucionalización que sostienen la realización de transformaciones, se esperan niveles de preocupación y hasta de sufrimiento, dadas las ansiedades que se movilizan (Pichon Rivière, 1982). En el caso estudiado los cambios suponen un peso excesivo de la jerarquización institucional, con el correlato de silenciamiento de la palabra de las enfermeras. Tal silenciamiento está relacionado con otros planos propios del *rol de enfermería*, como la falta de reconocimiento y de respaldo ubicado en la estría *Organización y condiciones de trabajo*. Estos planos, vinculados con otros antes mencionados, socavan las bases de la identidad profesional y disparan situaciones conflictivas que ocultan lo organizacional. Así aparecen mecanismos como la patologización de personalidades difíciles, fenómenos de violencia sutiles tejidos entre las enfermeras. El otro plano que se juega aquí es el de la lógica de obediencia-mando, que parece establecerse no solamente en referencia a las jerarquías sino también entre pares. Esto se ve en la *tensión singular colectivo*, cuando insiste la producción del otro como enemigo, que tiene como corolario la finalidad de posicionarse de mejor manera frente a determinados acontecimientos, sostener puntos de vista diversos, o esquivar compromisos o exigencias. La misma lógica opera en el corte nuevos/viejos, produciendo una escotomización del colectivo que redundará en la falta de reconocimiento de unos para con otros.

En las situaciones antes mencionadas, se percibe el ejercicio del poder en determinadas personas/lugares. En cambio, es necesario tener presente que se trata de fuerzas que, más allá de que se encarnen en sujetos concretos, los trascienden y son parte de los procesos institucionales, es decir que tienen que ver con las formas que adoptan las instituciones para la subsistencia de ciertos estados de cosas, observando el cumplimiento de los objetivos implícitos. La pregunta entonces sería, cuáles son esos objetivos en el caso del CHPR, y a través de qué medios pretende lograrlo. Otra interrogante que surge es cuánto de esos objetivos implícitos quedan a cargo de las enfermeras cuando sostienen relaciones asistenciales como las que se vienen caracterizando a lo largo de esta discusión. Se trataría de un encargo institucional (Ardoino, 1987) que posibilita sostener determinados preceptos y que es de carácter inconsciente, por ejemplo, la naturalización de la toma de decisiones –en muchas ocasiones obviando la perspectiva de las enfermeras–, la legitimación de ciertas acciones como la discriminación, la exclusión, la falta de equidad, la naturalización de las prácticas de obediencia a las órdenes y ciertas formas de violencia reglamentaria –aquella que se sostiene

en procedimientos legales y/o reglamentados– entre otras. Todas estas circunstancias están en relación con intereses materiales, así como con la necesidad de mantener cierto orden simbólico.

La compartimentación de los saberes y las prácticas, fundamentada en la división disciplinar, es otro plano que compone la relación asistencial. Se ve en la dificultad en producir trabajo de equipo, así como en la falta de reconocimiento del saber de unos y otros actores vinculados al trabajo en el hospital. Aparece cada disciplina defendiendo su territorio, con consecuencias previsibles para el paciente, que en ocasiones queda a merced de lo que el actor involucrado haya resuelto. Cuando hay referencias al trabajo de equipo, aparecen como un efecto de la cohesión que las enfermeras generan entre sí para poder enfrentar de mejor manera las situaciones cotidianas y, en ocasiones, solamente como anhelo.

En cuanto a los otros objetivos específicos (establecer los componentes de las grupalidades que se producen en la enfermería hospitalaria del CHPR y distinguir los efectos de potencia de las grupalidades en la relación asistencial), aparecen entrelazados en el análisis. A partir del mismo se hace visible la posibilidad de discutir acerca de la acción y los efectos de lo grupal, donde es posible realizar distinciones acerca de lo que es posible de ser dicho en situación grupal y lo que se dice en el encuentro singular. Ante la insistencia de tales diferencias, y dado que se habían elegido los dos tipos de registros para poder sostener una estrategia de triangulación, se hace evidente la necesidad de pensar acerca de la potencia de la producción grupal. En ocasiones lo grupal se presenta como la ocasión para decir, el soporte para poder ponerle palabras al padecimiento, fundamentalmente cuando se refiere al relacionamiento con otros o a las disposiciones de la organización. Es en esta superficie donde lo grupal se hace fuerte, se deja ver como un espacio de posibilidades. En esta dirección, la oportunidad de instalación de un dispositivo para la intervención parece haber propiciado la puesta en visibilidad de tales elementos.

También lo grupal dio lugar a la aparición de un pensamiento con niveles de violencia simbólica para con los usuarios del hospital, lo que hace pensar en cierta impunidad que se produce en tanto tales apreciaciones no provocan resistencia, excepto en quien, en calidad de investigadora, leyó el registro. Irrumpe una especie de imprevisibilidad, como propone Percia (s/f, p. 9), “(...) tras la previsibilidad de los conjuntos, qué insiste como imprevisibilidad; tras el equilibrio de los colectivos humanos, qué insiste como oscilación”. Lo imprevisto tiene relación básicamente con el desvío de lo previsto. Esto último va en la dirección de un a priori, que es el de que las enfermeras que trabajan con niños y adolescentes, poseen “naturalmente” condiciones para su labor, y realizan prácticas sostenidas en la empatía y la confortación. Cuando aparecen menciones ofensivas para los pacientes –y padres–, lo previsto desaparece, y aparece la pregunta de qué habla a través del discurso de las enfermeras.

En la misma dirección, interesa preguntarse en qué ocasiones lo grupal se transforma en una imposibilidad, un espacio de clausura de la palabra. En este sentido dos perspectivas se despliegan. La primera hace referencia a la intimidad del encuentro de la entrevista, donde el “cuerpo a cuerpo, de a dos”, genera confianza relativa a la privacidad; no hay allí un tercero en condiciones de ejercer un juicio crítico o censura. La otra tiene relación con la vivencia de lo grupal como aquello cohesivo que implica altos niveles de uniformidad. Así entonces, el lugar para la palabra diversa, probablemente, no esté habilitado.

Dice Rodríguez Nebot (2004, p. 98) que “La acción de las grupalidades remite a la producción de múltiples sentidos”. Enlazando este enunciado con lo propuesto al inicio de este trabajo, será necesario considerar que los sentidos visibilizados son apenas algunos, los que el horizonte epistémico de quien escribe han hecho posibles. Esto implica una renuncia a la comprensión total y, de alguna manera, a las certezas a que dicha comprensión compromete.

5. Conclusiones

La palabra conclusión viene del latín *conclusio*, y compuesta por *conclus*, que viene de *concludere* (concluir-cerrar), y el sufijo *-io(n)*, que significa acción, efecto, lo que llevaría a entender que concluir tiene directa relación con el cerrar. Sin embargo, aquí se procurará dar cuenta de los objetivos de la investigación sin caer en la pretensión de clausura. A su vez es necesario dejar planteado que las líneas de trabajo elegidas para el desarrollo de este trabajo, son parte de una elección implicada de parte de quien escribe, y en tanto ello muchas otras líneas han quedado afuera, consciente e inconscientemente.

En consonancia con el primer objetivo específico de la investigación puede caracterizarse –y comprenderse– la relación asistencial como nudo (Fernández, 1992), en el sentido de que está compuesta por múltiples hilos, cada uno de los cuales tiene igual relevancia que los otros, donde lo que importa es la presencia de tales hilos así como sus cruces. Así, el *rol de enfermería, la organización y condiciones de trabajo, la tensión singular colectivo y lo sociohistórico* son los hilos principales que componen la relación asistencial; los cruces o nudos que se producen entre ellos también son parte constitutiva de la misma. Frente a la pregunta de si lo que importa es el nudo como totalidad o cada uno de los hilos, se propone usar la perspectiva de Deleuze y Guattari (1985), que se aleja del dualismo todo-partes planteando la importancia de pensar la coexistencia de diversos órdenes en una relación de composición; el todo y las partes: “Y si encontramos una totalidad tal, al lado de partes, esta totalidad es un todo ‘de’ aquellas partes, pero que no las totaliza (...) no las unifica (...) se añade a ellas como una nueva parte compuesta aparte” (p. 47).

La relación asistencial, concebida como nudo, es singular con respecto al caso estudiado. La caracterización que se ha realizado en esta investigación es particular del caso de la enfermería hospitalaria del CHPR, y se ha sostenido en el fundamento epistémico y en el desarrollo metodológico de la investigación. Más allá de ello es posible reconocer, por resonancia, aspectos que son característicos del momento histórico actual. La referencia al CMI en torno a la problemática de la producción de subjetividad es así ineludible. Entonces, se puede distinguir lo *sociohistórico* como surco fundamental para entender la relación asistencial: hay determinadas producciones subjetivas que corresponden a esta actualidad, que van diagramando relaciones enfermeras-pacientes, donde se considera de manera central a estos últimos como “otros”, diferentes, a partir de sostenerse las primeras en un nosotros que les asegura pertenencia y resguardo del sufrimiento. La diferencia establecida no es la alteridad enriquecedora, sino la que tiene sus raíces en la concepción del diferente como enemigo. El pensamiento dualista, que ha impregnado durante mucho tiempo las formas de concebir la realidad, pierde fuerza en tanto las mismas lógicas que están en la base de las relaciones sociales en el “afuera”, aparecen también trazando la vinculación “adentro” del hospital.

El *rol de enfermería* suma complejidad a la relación, más allá de que aparece como un a priori obvio. Aparece en el mismo una dislocación entre lo históricamente establecido y el desempeño actual del rol. Asimismo, se observa un debilitamiento en la construcción de la identidad profesional, que genera un descenso del desempeño. Del nudo constituido por esta estría y la anterior –lo *sociohistórico*–, emergen las siguientes interrogantes: ¿cuál es el encargo social que se ha depositado en las enfermeras? y, ¿qué habla a través de su discurso?

En relación con el impacto de la *organización y las condiciones de trabajo*, dicho impacto es percibido mayormente como negativo, en tanto plantea dificultades de articulación entre lo que se propone (desde la organización) y las posibilidades o no de su puesta en práctica. Esto va acompañado de vivencias, de parte de las enfermeras, relativas a la invisibilidad de sus planteos, y muchas veces de su escasa capacidad de enunciación. La tendencia más fuerte es la que mantiene a las enfermeras en condición de “grupo objeto” (Guattari, 1976), acoplándose a las lógicas instituidas y con poco espacio para la propuesta o el movimiento. En relación a este plano, las dos acepciones de resistencia (como resistencia al cambio y como resistencia a lo que se impone) son instrumentos para comprender lo que sucede.

Por último, poniendo el foco en la *tensión singular colectivo*, se concluye que el sentido de lo tenso tiene plena vigencia, en tanto se juega una oposición entre dos polos, así como la intensificación de ciertos conflictos en referencia a lo que tiene valor para determinadas situaciones. La fragmentación y compartimentación parece ser lo que prima, cuando se evidencia una valoración de lo colectivo

como masa uniforme, con apreciaciones que tienden a disminuir el valor de la discriminación como diferenciación. En otras instancias se valora positivamente la posibilidad de constituir colectivos que brinden soporte al trabajo, sin poner el foco en la homogeneidad. La compartimentación tiene efectos también a la hora de establecer el relacionamiento entre diversos actores del hospital, donde las enfermeras se perciben a sí mismas como subestimadas. Otras consecuencias de la tensión como oposición es la relativa a la articulación entre actores del mismo estamento pero con distinta inclusión, que se observa fundamentalmente en la conflictiva entre nuevos y viejos. La pregunta que se desprende del trabajo en el cruce de estas dos últimas estrías es: ¿es viable producir equipos y trabajo de equipos en el marco del hospital, donde las enfermeras sean partícipes? ¿Cuál es la producción posible?

Con relación a los componentes de las *grupalidades* –en directa relación con el segundo objetivo específico–, del análisis y la discusión se desprenden algunos elementos para su comprensión. Por una parte, las grupalidades entendidas como el entramado de múltiples dimensiones, a veces ocasionan efectos de soporte, promoviendo un apoyo colectivo frente a situaciones adversas y la defensa frente al sufrimiento. En este sentido se percibe a las grupalidades como dando sustento identificatorio. En otros momentos se vive la grupalidad como la circunstancia para la captura y el encierro de formas de hacer, lo que de alguna manera detiene el despliegue de la diferencia y anula la singularidad, al tiempo que se convierte en una amenaza para la integridad yoica. Así, las múltiples dimensiones antes mencionadas producen situaciones paradójales, contradictorias, generando operatorias de construcción y proposición así como de destrucción y rigidización. Esto último, y atendiendo al tercer objetivo específico de la investigación, va en la dirección de visibilizar los efectos de potencia de las grupalidades en la relación asistencial.

Al concebir la situación grupal propuesta en tanto dispositivo, se la piensa como aquella que permitió producir un espacio de análisis, al tiempo que dar lugar a la posibilidad de hablar, echando luz sobre las condiciones en las que se genera la relación asistencial. Asimismo, fue posible observar algunas condiciones referidas a lo procesual en la dirección de pensar sobre qué produce una situación grupal. Se entiende que la instalación de un dispositivo de trabajo singular deja ver efectos de teoría (Fernández, 2007), de tal manera que no se trata de predecir sino de estar atento a lo que se va produciendo.

En esa dirección, dicho dispositivo permitió tener visibilidad sobre los procesos de producción de subjetividad y de subjetivación, globales y locales, de los que son parte las enfermeras hospitalarias, permitiendo asimismo la invención de líneas de significación para lo que acontece.

Por último, a partir del *a priori* relativo a la implicación de quien escribe, es necesario atender a las condiciones de surgimiento del trabajo realizado, y dejar

planteada una interrogante acerca del funcionamiento de los espacios colectivos reducidos, junto a la pregunta de cuál es el valor y la consistencia, hoy en día, del trabajo en común, y en tanto ello, cuál es el horizonte de lo posible. Es decir, cómo es posible seguir construyendo y legitimando los saberes, los poderes y los quehaceres de lo grupal con los que se abordan situaciones de padecimiento, sin entrar en complicidad con el servilismo, la dominación y mistificación, para acompañar procesos de producción de nuevas subjetivaciones.

• Referencia bibliográfica

- Antón Nardiz, M. (1998). *Las enfermeras. Entre el desafío y la rutina: Una mirada al siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Anzieu, D. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. (Trad. S. Vidaurrazaga Zimmerman). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ardoino, J. (1987). La intervención: ¿imaginario del cambio o cambio de lo imaginario? En F. Guattari; G. Lapassade; R. Lourau; G. Mendel; J. Ardoino; J. Dubost; A. Levy. *La Intervención Institucional*. (Trad. R. Mier) (pp. 13- 42). México: Plaza y Valdés.
- Ballester, E.; Cantareli, M. y Lewkovicz, I. (2002). *Pausa; Notas ad hoc*. Buenos Aires: A.B.R.N. Producciones Gráficas.
- Baremblytt, G. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes. Teoria e prática*. (5ª. ed.). Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Baremblytt, G. (Comp.). (1983). *El inconsciente institucional*. México: Nuevomar.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. (Trad. J. Navarro, D. Jiménez y M. R. Borrás). Barcelona: Gedisa.
- Benelli, L.; Díaz, R.; Martínez, C.; Pilatti, A.; Princisgh, A.; Suhr, E. y Taberne, C. (2010). Impacto de la reforma sanitaria sobre un efector público del primer nivel de atención del interior del Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5 (2), 18-36. Recuperado de http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num10/10_art_03_benelli.pdf
- Carrasco, A. y Espejo, R. (2000). *Salud trabajo. Un aporte argentino-uruguayo a la enfermería frente al tercer milenio*. Montevideo: Nordan.
- De Brasi, J. y Fernández, A. (comps.). (1993). *Tiempo Histórico y Campo Grupal. Masas, Grupos e Instituciones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- De Brasi, J. (1986). Prólogo. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal 3* (pp.9-11). Buenos Aires: Búsqueda.
- De Brasi, J. C. (1997). *Tránsitos, poéticas y políticas de la subjetividad*. Argentina: Pequeña Escuela.
- De la Torre, G.; Di Carlo, E.; Florido, A.; Opazo, H.; Ramírez, Ch.; Rodríguez, P. y Sanchez, A. (2010). *Teoría Fundamentada o Grounded Theory*. Facultad de Formación del profesorado y Educación. Master en Calidad y Mejora de la

- Educación. Métodos de Investigación. UAM. Recuperado de https://www.academia.edu/1332754/Teoria_Fundamentada_o_Grounded_Theory.
- Delahanty, G. (2009). *Constelación y campo. Psicología de Kurt Lewin*. México: Casa Juan Pablos. Universidad Autónoma Estado de Morelos.
- Deleuze, G. (1994). De lo problemático. En *Lógica del sentido*. (Trad. M. Morey). (pp. 72-77). Barcelona: Planeta.
- Deleuze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balbier; G. Deleuze; H. L. Dreyfus; M. Frank; A. Glücksmann; G. Lebrun y F. Wahl. *Michel Foucault, filósofo*. (Trad. A. L. Bixio) (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1999). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones*. (Trad. J. L. Pardo). (pp. 277- 281). Valencia: Pretextos.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. (Trad. F. Monge). Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2005). *Mil mesetas*. (Trad. J. Vázquez Pérez). Valencia: Pretextos.
- Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2006) *La Hospitalidad*. (2ª ed.) (Trad. M. Segoviano). Buenos Aires: De la Flor.
- Díaz, E. (1997). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Duro Martínez, J. C. (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 615- 627.
- Eseverri Chaverri, C. (1992). *Enfermería Hoy. Filosofía y antropología de una profesión*. Madrid: Díaz de Santos.
- Etcheverry, G. (2013). *Informe final de actividades del “Grupo de Investigación y Extensión del CHPR-Facultad de Psicología” en el ámbito de enfermería*. Abril. (Informe N° 5). Recuperado de <http://www.dropbox.com/home/CHPR/enfermer%C3%ADa>
- Fernández, A. (1992). *El campo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos, multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, M. (1985). Poderes y Estrategias. En *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. (Trad. Miguel Morey). (pp. 85-101). Madrid: Alianza.
- Giorgi, V. y Gandolfi, A. (1995). Las insalubridades de la salud. En Universidad de la República, Facultad de Psicología. *Segundas Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Multiplicidades.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 90, 41-56 Recuperado de <http://scielo>.

- scii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000200004>.
- Grinberg, L., Langer, M. y Rodriugué, E. (1961) *Psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y Transversalidad*. (Trad. F. H. Azcurra). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guattari, F. (1990). *Las tres ecologías*. (Trad. J. Vázquez Pérez y U. Larraceleta). Valencia: Pre-textos.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. (Trad. I. Argoff). Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. (Trad. F. Gómez). Buenos Aires: Tinta Limón.
- Hernández, D. y Flores, S. (2002). Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (3), 125-129 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023b.pdf>
- Herrera, L. y Percia, M. (1987). Prólogo. (Logos en pro de lo grupal): En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo grupal* 5 (pp. 9-16). Buenos Aires: Búsqueda.
- Infante Ochoa, I.; Moret Montano, A. y Curbelo Heredia, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433311>
- Juvé, E.; Farrero, S.; Matud, C.; Monteverde, D.; Fierro, G.; Marsal, R. y Flores, C. (2007). ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Revista Nursing*, 25 (7), 50-61. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/34005>
- Ledesma, M. y Rino, M. (2009). El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(3). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae
- Lourau, R. (1994). *El análisis institucional*. (Trad. N. Figorito de Labruno). Buenos Aires: Amorrortu.
- Orlando, M. (2010). Reflexiones en torno al ejercicio de la enfermería en centros de atención primaria de salud desde la sociología de las profesiones. En S. Franco y A. Vásquez (Eds.), *Trabajo y Gobierno de las Organizaciones: Campo de Producción y Contradicciones. Psicología y Organización del Trabajo XI*. (pp. 212-226). Montevideo: Psicolibros.
- Percia, M. (s/f). *Lo grupal, la cuestión de lo neutro*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/140148854/LO-Grupal>
- Pichon-Rivière, E. (1982). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22a ed.). Madrid: Espasa. Recuperado de <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola#sthash.CutEVFph.dpuf>
- Rodríguez Nebot, J. (2004). *Clínica móvil: el socioanálisis y la red*. Montevideo: Psicolibros- Narciso.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (Trad. E. Zimmerman). Medellín: Universidad de Antioquía.
- Sznelwar, L. y Uchida, S. (2004). Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Produção*, 14 (3), 87-98. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0103-65132004000300010ylng=enytlng=pt.10.1590/S0103-65132004000300010.
- Tomasina, F. (2003). La salud de los Trabajadores del Sector Salud. En Red El Mundo del Trabajo. Universidad de la República. En *La Práctica Multidisciplinaria en la Organización del Trabajo*. Montevideo: Psicolibros.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2009). Ley N° 18331. *Protección de Datos Personales*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Wlosko, M. (2009). La construcción de la violencia y el acoso laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos. En T. Wittke y P. Melogno (Comps). *Producción de Subjetividad en la Organización del Trabajo. Psicología y Organización del Trabajo X*. (pp. 337-352) Montevideo: Psicolibros Univesitario.
- Wlosko, M. (2010). Las cosas del cuidar: Relaciones de género, trabajo y enfermería. En S. Franco y A. Vásquez (Eds.). En *Trabajo y Gobierno de las Organizaciones: Campo de Producción y Contradicciones. Psicología y Organización del Trabajo XI*. (pp. 241-255). Montevideo: Psicolibros.
- Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado en Enfermería. *Index Enferm*, 13 (44-45). 42-46 Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S113212962004000100009ylng=esynrm=iso.



Dra. José Otegui con estudiantes



Inauguración Biblioteca Florencio Sánchez

PERCEPCIONES DE SALUD EN EMBARAZADAS DE UN BARRIO DEL MUNICIPIO A DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

PREGNANT HEALTH PERCEPTION OF A MONTEVIDEO CITY NEIGHBORHOOD (MUNICIPIO A)

Patricia Arias
José Balbanian
Gabriela Martínez
Ezequiel Peña
Pablo Pereira

Palabras claves: salud, bienestar, embarazo, comunidad, prevención, nutrición

Keywords: health, wellness, pregnancy, community, prevention

Resumen

El conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas integran el comportamiento humano y determinan la postura que poseen las personas con respecto a su estado de salud y el relacionamiento hacia el sistema sanitario. En este sentido, considerando que no existen estudios previos que analicen los conceptos de salud presentes, se realizó una investigación con el fin de conocer los conceptos e ideas previas sobre *salud* de gestantes, de un barrio de Montevideo, para poder aportar nuevas formas de abordar las actividades en comunidad, periodo mayo-octubre 2017.

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio en una muestra por saturación de discurso totalizando 6 gestantes cuyas edades fueron 16, 17, 21, 26, 31 y 35 años. Se recolectaron los datos mediante una entrevista semidirigida, variables: edad, edad gestacional, valoración antropométrica, alimentación previa y durante al embarazo, concepción de salud entre otros. En todos los casos se contó con el consentimiento informado de las participantes.

Las concepciones de salud presente en las embarazadas evidencian una visión biologicista y uncausal que responde a un modelo médico hegemónico. La salud es vista como ausencia de enfermedad, sin asociarse a los estilos de vida u otras actividades por fuera de las patologías y el acercamiento al sector salud.

Abstract

The set of knowledge, skills and practices integrate human behavior and determine the position that people have with respect to their health status and the relationship to the health system. In this sense, considering that there are no previous studies that analyze the present concepts of health,

an investigation was carried out in order to know the concepts and previous ideas about Health of pregnant women, from a neighborhood of Montevideo, to be able to contribute new ways of approaching community activities, period May-October 2017.

It is a qualitative, descriptive and exploratory study, in a sample by speech saturation totalizing 6 pregnant women whose ages were 16, 17, 21, 26, 31 and 35 years. The data were collected through a semi-directed interview, variables: age, gestational age, anthropometric assessment, previous and during pregnancy, conception of health among others. In all cases, the informed consent of the participants was available.

The conceptions of health present in pregnant women show a biologicist and unicausal vision that responds to a hegemonic medical model. Health is seen as absence of disease, without being associated with lifestyles or other activities outside of pathologies and the approach to the health sector.

Introducción

La salud como un fenómeno complejo, responde a diversos paradigmas que coexisten en las sociedades. Esto constituye diversos conceptos que influyen en las percepciones que las personas tienen sobre la misma. En este sentido, el conjunto de conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas que integran el comportamiento humano, determinarán en gran medida la postura que poseen las personas con respecto a su estado de salud y el relacionamiento hacia el sistema sanitario. A su vez, el conocimiento tiene niveles crecientes de complejidad y está condicionado en parte por el grado educativo que poseen las personas.

El Modelo de Creencias en Salud (Moreno, Gil, 2003) establece que los hechos y las cosas reales no tienen efecto directo sobre las decisiones, sino que, lo que realmente importa son las creencias que tengan los individuos. Entendiéndose como “creencias” todo aquello que se considera real, lo sea o no. En este sentido, el modelo de Creencias en salud explica, en parte, cómo se comportan las personas en relación a su percepción de salud.

... a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud (Maiman y Becker, 1974 en Moreno, Gil, 2003).

Es pertinente considerar las visiones de salud que presentan los y las usuarios/as en relación a su percepción. En consecuencia, se aporta a través de esta investigación otros enfoques no tradicionales al considerar las relaciones de poder y diálogo y cómo influyen en las percepciones de salud de las mujeres. Se trabajó la percepción de salud de las gestantes que residen y se atienden en la policlínica de un barrio de Montevideo dentro del Municipio A. En este sentido, es importante considerar algunos conceptos estructurales de salud con la realidad percibida por las mujeres estando en curso de un embarazo, dado que en esta etapa el vínculo hacia el centro de salud se ve incrementado por los controles que el mismo implica.

Concepto de Salud

El epidemiólogo Milton Terris definió la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, M., 1980). Este concepto difiere del establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), incorporando la “capacidad de funcionamiento” y haciendo referencia a que el estado de

bienestar debe permitir al individuo ejercer todas sus actividades, tanto personales como sociales, de esta forma vuelve a la salud un concepto menos estático, más operativo y desde un enfoque más integral (bio-psico-social).

El extremo de enfermedad/muerte como el estado máximo de bienestar en un individuo están separados uno del otro por una gama enorme de intermedios, los cuales fluctúan constantemente provocando que el estado de salud sea muy dinámico, esto determina que muchas veces sea muy difícil diferenciar lo “normal” de lo “patológico” (Fernández, J., 2015).

La Triada ecológica dice que, cuando existe una pérdida en este equilibrio, se puede culminar con el desarrollo de la enfermedad, donde participan tres grandes factores: las características del individuo, los posibles agentes que participen en el desencadenamiento de una agresión y las características del entorno/medio ambiente. Si cualquiera de ellos se ve afectado la probabilidad de enfermarse aumenta. Tanto la salud como la enfermedad deben ser entendidas en una contextualización en la que aparezcan claramente reconocidas las circunstancias de carácter económico y social, junto a los factores biológicos y naturales. Una mirada de criterio ecológico implica una interrelación permanente e indivisible del ser vivo con su ambiente y el cual lo somete a un conjunto de situaciones que pueden serle afectivas o personalmente perjudiciales.

Debido a las muchas variables del ambiente, se torna insostenible la perspectiva unicausal y obliga a dirigirse hacia una perspectiva multicausal para que el proceso salud-enfermedad sea considerado desde varias disciplinas.

Perez Lovelle por su parte, manteniendo una perspectiva más amplia, consideró a la salud como un conjunto de cualidades sistémicas. Cualidades como la ausencia de daño y limitaciones, un nivel de bienestar subjetivo y social, un nivel de desarrollo personal, de la personalidad y autodominio. Cualidades que se deben entender en su conjunto y con una fuerte interdependencia. Se determina un umbral, si se está por debajo se habla de enfermedad y si se está por encima de salud. Esto se denomina “proceso de salud-enfermedad” (Croce, J., s/f).

El concepto de salud sigue evolucionando a lo largo de los años, Villar & Capote plantean la salud como:

un derecho humano fundamental, una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción armónica entre el individuo y su medio biológico y social, condicionando los niveles de bienestar físico, mental y social, permite al individuo, las familias, los grupos sociales y las comunidades el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y el momento histórico de la sociedad y constituye un inestimable bien social (8a Convención Médica Nacional, s/f).

Determinantes de la salud

La salud está influenciada por diferentes determinantes tales como la atención sanitaria, estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias tóxicas, etc.), la biología humana y el medioambiente. La nutrición humana es determinante en la salud y es el resultado de un largo proceso donde actúan factores ambientales, que empezaron durante la propia vida fetal del individuo.

La salud materna, por su parte, comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, hasta el posparto. Aunque la maternidad es, a menudo, una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento y enfermedad (OMS, n/d).

Percepción de salud y embarazo

Las concepciones de salud en las embarazadas condicionan los tipos de ayuda a buscar (Sacchi, Hausberger, Pereyra, 2007), y su vínculo con el sistema de atención de salud (Lorenzetti, 2013), así como las prácticas alimentarias, lo que influye en su estado nutricional y en la salud tanto de ella como de su hijo.

El comportamiento de las gestantes, en relación a la salud, no solo va a estar influenciado por el conocimiento que tengan sobre esta etapa del ciclo vital y salud, sino también por la concepción de estas sobre su propia salud (Pereira, 2018).

Las concepciones, son todas esas formas de expresión que se tienen sobre algún tema específico, esos saberes que se tienen y que se construyen con el tiempo de acuerdo con el contexto donde se esté desarrollando (Cardona, et al., n/d). Las concepciones se tienen en cuenta porque dan indicios y justifican en muchos casos los comportamientos, gustos, intereses y orientaciones de los seres humanos hacia determinado aspecto.

Características de la zona de estudio

El barrio seleccionado se encuentra dentro del Centro Comunal Zonal n° 17 (CCZ17), en la zona oeste de Montevideo y cuenta con más de ochenta y tres mil personas. Según el censo del año 2011, realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), este CCZ cuenta con un 52% de mujeres, y el promedio de hijos es de 0.24 para mujeres entre 15 a 21 años, 1.17 entre 22 a 29 años, 2 entre 30 a 35 años y de 2.83 para mujeres mayores a 35 años de edad. Su tasa de fecundidad es de 2.08 (Informe censos, 2011), siendo la más alta dentro de Montevideo.

Según datos del informe sobre la caracterización socioeconómica del Ministerio de Desarrollo Social, el barrio seleccionado posee un 47% de hogares pobres y más de un 50% de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Esto pone de manifiesto una situación de vulnerabilidad económica (DINEM, s/f).

Desarrollo

Con el objetivo de conocer los conceptos e ideas previas sobre salud de las mujeres gestantes se concurrió, durante el periodo mayo-octubre 2017 a un centro de salud seleccionado por conveniencia dentro del Centro Comunal Zonal 17 de la ciudad de Montevideo.

Se realizó un estudio con metodología cualitativa, del tipo descriptivo y exploratorio.

Se tomó una muestra por saturación de discurso, totalizando seis gestantes, que se atendían en la policlínica municipal.

Por otro lado, se excluyeron a aquellas participantes que presentaban patologías no asociadas al embarazo, como por ejemplo patologías genéticas o mentales que dificultan identificar la concepción de salud.

Para recabar la información se utilizó la técnica de entrevista semidirigida como la herramienta propicia, ya que permite explorar los significados otorgados a la idea de salud, tanto a través del discurso como de su ordenamiento. La misma conlleva la posibilidad de realizar “preguntas que permitan abrir visibilidad sobre los diversos sentidos implicados en los acontecimientos” (Etcheverry en Tommasino, 2013, p.12).

Consideraciones éticas

Se tomaron los recaudos éticos necesarios para garantizar la participación voluntaria y consentida de las mujeres en la investigación, para proteger su identidad y para que el estudio y sus resultados redundarán en beneficios para ellas y la zona en general. No se prevén daños derivados de esta investigación.

Teniendo en cuenta esto, se entregó una hoja de información y se solicitó la firma del consentimiento informado a las participantes.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en los hogares de las gestantes residentes en un barrio del Municipio A. En el contexto en que se llevaron a cabo las mismas se observaron condiciones precarias en sus viviendas y hacinamiento por parte de ciertas familias.

Características sociodemográficas de las entrevistadas

La selección muestral estuvo comprendida por 6 embarazadas, cuyas edades fueron de 16, 17, 21, 31 y 36 años, provenientes de familias nucleares extendidas (según clasificación de Luis de la Revilla).

La mayoría declaró estar soltera, sin embargo, frente a la pregunta “¿con quién vives?” algunas de ellas declaran convivir con su pareja.

Se destaca la ausencia masculina en los hogares, siendo el rol femenino el de mayor predominio en los mismos, incluso de forma transgeneracional.

En relación al nivel educativo de las participantes entrevistadas, ninguna tenía ciclo básico de secundaria/UTU completo, encontrándose además, mujeres que habían podido culminar únicamente primaria.

Por otro lado, casi la mitad de los hogares que se encuentran en esta zona se ubican por debajo de la línea de pobreza y poseen alguna necesidad básica insatisfecha.

Concepciones presentes

Las gestantes entrevistadas, entienden el bienestar como una construcción que depende del bienestar del otro, sobre todo de sus hijos, si ellos están bien ellas lo estarán.

Se observa la presencia del factor económico como algo clave para conseguir un bienestar. El dinero es el medio por el cual se obtienen los alimentos y es lo que se considera esencial para alcanzar el bienestar. Al respecto existe una mención hacia el consumo y el tener, para alcanzar un grado de sensación de estar “bien”.

“Vivir bien, que no te falta nada, tener todo, en lo posible todo” M.C. 26 años.

Qué se entiende por “estar bien”, es un concepto subjetivo y que fluctúa constantemente en la vida de los individuos. Destaca que dentro de las menciones no se nombre a la salud como algo importante para lograr un estado de bienestar. La idea del consumo, como forma de estar bien, se ve reflejada en parte de los discursos, existiendo un correlato entre el consumo y el bienestar.

La concepción de salud presente en las embarazadas denota en una visión biologicista y unicausal de la vida; la salud es entendida como estar sano, sin enfermar:

“Porque me siento bien, porque no me duele nada” K.F. 16 años.

“Buena salud es no tener nada, porque ya cuando tenés algo te entrás a bajonear, yo qué sé” M.C. 26 años.

Se entiende por salud la ausencia de toda enfermedad. Sus conceptos se centran puramente en el cuerpo físico. Si no existen factores negativos que puedan generar dolor se da por sentado que existe buena salud, independientemente de otros factores.

Los conceptos de salud no consideran las dimensiones que contempla la definición de la OMS, la cual considera a la salud como “un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Menos aún, se asemeja a definiciones más completas como la de Villar y Capote que agrega, entre otras cosas, una perspectiva de derechos a la misma, lo cual las coloca en situación de vulnerabilidad, limitando su capacidad de empoderamiento.

Desde la perspectiva de Mastellari (s/f) no se puede considerar con una salud óptima a la población de gestantes estudiadas. En parte se puede aducir que las embarazadas poseen cierto grado de salud, debido a que en sus relatos se observa un nivel de bienestar subjetivo y social y ninguna mencionó la presencia de daño y limitaciones. Sin embargo, por lo que se destacó en las entrevistas, su nivel de desarrollo personal (específicamente su nivel educativo), su personalidad y autodominio generan que estén apenas por encima del umbral de salud en el proceso salud-enfermedad, quedando expuestas a una mala alimentación, a adquirir hábitos nocivos como el tabaco y el alcohol.

Dentro de esta visión biologicista y unicausal presente en las entrevistadas, aparece la figura del médico como referente del sistema de salud.

“No, no. Voy al médico” M. D. 36 años.

“Al médico, ¡y sí!” M. C. 26 años.

Esto responde al modelo médico hegemónico, en donde este es el poseedor de los saberes y se le confiere cierta omnipotencia, se ve en él la ayuda inmediata frente a la enfermedad. El médico, es la figura por excelencia, a la cual hacen mención ante la búsqueda de información, o buscar tratamiento, diagnóstico, ante la aparición de la patología. En este sentido, es necesario remarcar las visiones que existen sobre el sector salud, donde la lógica del modelo hegemónico predomina, aun en paradigmas de atención primaria en salud.

Por otro lado, aparece nuevamente el factor social, la pareja.

“Al que esté al lado mío, a mi pareja, porque es con el único que estoy” C.V. 17 años.

La mención a la pareja, es secundaria, pese a que están atravesando una etapa del ciclo vital, socialmente vinculada a una relación de pareja. Ante la búsqueda de protección se acude a esta figura, que está ausente en la mayoría, pero al estar presente se transforma en referente.

No aparecen otros saberes ni recursos a quien acudir para la resolución de sus problemas de salud, como por ejemplo profesionales de otras disciplinas dentro de la medicina, referentes del barrio, el uso de internet entre otros. Se puede observar una transferencia de la responsabilidad en la resolución del problema de salud únicamente al médico, desligándose en parte ellas de la responsabilidad, de su propia autopercepción sobre su cuerpo.

En los discursos se refleja, en parte, una priorización de la salud como un estado anímico de estar bien, mediante la capacidad de tener “todo”, sumado a ausencia de enfermedad. En caso de sentirse enfermas, estas consideran que el médico es quien debe resolver sus problemas, dado que es la figura predominante en los equipos de salud.

La falta de empoderamiento personal hacia su salud se refleja también en la ausencia del concepto de prevención. A pesar de ver al médico como figura central en la atención sanitaria, las gestantes no acudían al mismo previo al embarazo.

“No, fui hasta los doce años a atenderme, y ta, después no fui más” C. V. 17 años.

“No, no iba mucho, por lo general soy re sana, entonces no iba nunca al médico, pero ahora que estoy embarazada ta...” V. G. 21.

Actualmente asisten a la consulta debido a su embarazo, pero no lo harían si no lo estuvieran. El modelo de prevención en este sentido queda limitado a la capacidad de captación del servicio, existiendo probablemente una desvinculación con el mismo en la adolescencia, en el caso de las entrevistadas.

Si bien la frecuencia de asistencia no es la esperable, en un modelo que apunta a la promoción y prevención, el rol del equipo de salud del centro en el que se asisten no parece ser una barrera directa. En este sentido, las entrevistadas manifiestan sentirse cómodas con el personal que allí se encuentra.

“Sí, muy cómoda” C.V. 17 años.

Su motivo principal para fundamentar esto es el trato que reciben.

“En la forma que me hablan, y me atienden bien” C.V. 17 años.

Se evidencia un vacío existente entre el aceptar el servicio, estar cómoda con él y recurrir al mismo; no ven al servicio de salud como algo importante en sus vidas. El servicio está allí, pero no se recurre al mismo, excepto que exista una enfermedad, quizá por falta de sentido de pertenencia hacia la policlínica o por falta de motivación individual. En consecuencia, queda una brecha entre el centro de salud y las usuarias, que no logran un vínculo más allá de la enfermedad. Pese a esto, los servicios utilizan diferentes estrategias para llegar a la población, mediante la articulación en redes locales y la búsqueda de llegar a grupos sensibles de la misma. Si consideramos que los equipos de salud en territorio, son la una vía de acceso al sistema de salud, se deben priorizar estrategias extra muros para revitalizar los vínculos profesionales de la salud-comunidad.

(...) el equipo de salud en el ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial (...) (Giraldo, 2015).

Pese a esta perspectiva de salud, y el anclaje territorial de la policlínica estudiada, así como la permanencia en el tiempo, la motivación para acercarse al servicio sanitario local se basa en lo afectivo. Es decir, se asiste al médico “para llevar a otro”, ya sea por obligación (controles pediátricos, controles de embarazo) o por presencia de una patología definida. Por lo tanto, no se encontró un correlato entre la promoción y prevención desde las políticas sanitarias, y el uso del servicio por parte de las usuarias.

En otro orden, se desprende de los relatos que, pese a manifestar una falta de prevención personal con respecto a su estado de salud, la misma existe cuando se les consulta si sus hijos/as son llevados al médico. En este caso se cumple con lo formal, con lo impuesto desde el sistema de salud, el rol de prevención puede quedar desdibujado, dado que solo se asiste cuando hay una situación que lo requiera desde lo formal.

Por otro lado, las mujeres entrevistadas tienen en común poner su punto de atención, en primer lugar, en el otro, sobre todo en sus hijos y no se “auto ven” como sujetos de derechos.

Al indagar sobre la alimentación, existe por parte de la entrevistadas una asociación directa a la salud. Este acto cotidiano es completamente visto como parte de la salud de manera indisoluble.

Cuando las gestantes son consultadas sobre “¿Qué cosas crees que influyen en la salud?” las mismas tienen una idea de que la alimentación es importante.

Entre los discursos nuevamente aparece la idea de que tener salud es no padecer enfermedad.

“Yo sinceramente como de todo, nada me hace mal, y eso es lo que me hace bien, porque si tengo que estar estricta a comer alguna cosa ya ahí como que me va a bajar el ánimo, ya no voy a estar bien” M. D. 36 años.

“Me hago tratar por el médico, yo que sé, me cuido mucho en el tema de las comidas, aunque no mucho pero ta” C. V. 17 años.

En este sentido, la alimentación es vista como algo a controlar por parte de los sistemas de salud, este acto cotidiano no puede ser libre y eso genera una resistencia ante la imposición de alimentos sanos y alimentos no sanos. Ante esta dicotomía las entrevistadas “hacen lo que pueden” (Pereira, 2018).

En segundo orden, al ser consultadas sobre lo que influye en la salud, aparece el consumo de drogas.

“Yo me cuido en todo, no fumo, no tomo, no nada” M.C. 26 años.

“Todo el tema ese de fumar, el alcohol. Y todo eso”. K. F. 16 años.

De los determinantes de la salud, que plantea Lalonde, se observa que solo se hace referencia a factores que integran los estilos de vida y la atención sanitaria. No se mencionan aspectos que hagan referencia a lo hereditario o al medio ambiente.

Destaca que, a pesar de vivir en contextos ambientales deficientes, donde se evidenciaron, por ejemplo, la presencia de basurales cercanos a la vivienda y que las condiciones estructurales de las mismas no eran las ideales, en ningún momento esto se menciona como un factor que esté influyendo sobre su estado de salud.

Cuando se consulta sobre “¿Qué cosas son importantes para estar bien en el embarazo?”, aparece nuevamente la alimentación.

“No hacer peso, cuidarte de los fríos y todo eso” M. C. 26 años.

“(…) muy importante el tema de la alimentación” V.G. 21 años.

De los relatos se evidencia la presencia de consejos o discursos pre-armados, que responden a las disposiciones esperadas ante el embarazo. Es decir, se relata lo esperable, lo cual implica, ir al médico, no hacer esfuerzo, alimentarse bien entre otros. En este sentido, se evidencia, por parte de las embarazadas, una incorporación de los discursos médicos asociados al embarazo, pero no necesariamente una incorporación del mismo a la vida cotidiana. Al decir de Pichón Riviére, no se incorpora al Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO).

Existe una diferencia importante en las respuestas obtenidas, cuando se le consulta sobre cuáles son las cosas importantes para estar bien, en general aparece la dependencia del bienestar del que las rodea. Cuando la pregunta va enfocada al embarazo, únicamente se nombran a ellas mismas. Esto evidencia que asumen el embarazo como una responsabilidad única y puramente personal, donde el otro es ajeno a ello.

Aparece lo biológico nuevamente, el cuidado de lo que afecta al cuerpo físico; el peso, el frío, el hambre. Todos aspectos extremos que tienen que ver con la posible pérdida directa del proceso de embarazo. Es importante destacar que el discurso de lo biológico presenta un sustento directo en la producción científica y el estudio de la vida por parte de la medicina y es transmitido desde los profesionales hacia la comunidad. En consecuencia, este discurso es repetido, adaptado, pero no siempre existiendo un correlato con la práctica.

Al repreguntar sobre la alimentación de las mujeres, se indagó sobre cuáles eran los alimentos que consumen actualmente y si existían diferencias en su alimentación actual vs previa al embarazo.

“(...) recién ahora estoy entrando como alimentarme mejor, porque en realidad aumenté más de lo que tenía que aumentar” V. G. 21 años.

“No, no, comía igual” C.V. 17 años.

“Ahora estoy comiendo más sano que antes por ejemplo, por el colesterol y todo eso, me están mandando” N. S. 31 años.

A pesar de tener la idea de que comer sano es importante, esto no se lleva a la práctica. No existe diferencia entre la alimentación pregestacional y la actual. En este sentido, se deja entrever que no se considera el embarazo como una situación fisiológica donde se deban tomar medidas de cuidado con respecto a los alimentos, reiterándose una disociación discursiva entre teoría y práctica.

Las embarazadas que toman medidas con respecto a su alimentación lo hacen como consecuencia de un “mandato”, o como resultado de un problema; se alimentan mejor por haber aumentado de peso, o por el colesterol, o porque “la mandan”, pero no por decisión personal.

La accesibilidad de los alimentos en uno de los determinantes en el consumo de los mismos y, en especial, el acceso económico es lo que determina, en gran medida, que los individuos puedan llevar a cabo en cantidad y calidad una alimentación adecuada.

Consultadas sobre si “¿Piensas que es accesible comer sano?”, se observaron respuestas que manifiestan que es accesible y otras que no lo es.

Esta variabilidad depende en parte a qué es lo que entiende cada uno por “comer sano”, ya que si existe insuficiente educación alimentaria-nutricional, muy probablemente el concepto de “comer sano” sea diferente al de una persona que sí posea mayores conocimientos en relación al tema.

La salud y alimentación, se manifestaron como partes de un mismo esquema, quedando relegada la función de alimentarse a un acto médico en esta etapa del ciclo vital. Bajo este esquema, de mantener un discurso y un vínculo con el centro de salud desde lo formal y establecido, se sostiene el relacionamiento de estas entrevistadas, dejando entrever la necesidad de seguir profundizando en estrategias de abordajes en salud.

Conclusiones

La concepción de salud que poseen las embarazadas entrevistadas refleja una idea biologicista y unicausal de esta propia del modelo médico hegemónico. Existe una clara relación entre el concepto de salud y la ausencia de enfermedad.

El médico sigue siendo la única figura referente del sistema sanitario. Se observa la presencia del modelo médico hegemónico, donde recae en el médico la responsabilidad sobre el estado de salud.

La prevención individual, en relación a la alimentación y salud no se evidencia en la práctica, pero sí en relación a sus hijos.

La vinculación con el sistema de salud aparece mediada por las política de control formal, es decir, se cumple con la pauta establecida, pero no se incorpora la salud a la vida cotidiana. El relato no hace mención a la salud mental ni al medio ambiente como factores que afecten su bienestar o estado de salud.

Referencias bibliográficas

- 8a Convención Médica Nacional. (n.d.). Recuperado 10 de Nov de 2016 de: http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/com-sistsalud_info02.html
- Cardona, K. A.; Márquez, Y. J. C.; Pescador, J. A. G. & Infantil, L. E. P.(n.d.). Concepciones sobre la maternidad y paternidad en adolescentes de la Institución Educativa Jaime Salazar Robledo. Recuperado de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/5601/1/15551A779.pdf>
- DINEM. Unidad de seguimiento de problemas, división monitoreo. (s. f.). Caracterización socioeconómica para unidades geográficas pequeñas. Montevideo. Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/10739/1/caracterizacion_socioeconomica_unidades_geograficas_especificas.pdf
- Fernández, J. & Cols. (2015). La salud y sus determinantes: concepto de medicina preventiva y salud pública: desigualdades en salud. En *Medicina preventiva y salud pública: desigualdades en salud*. Barcelona: Elsevier, pp. 3-18. ISBN 978-84-458-2605-8
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5731446>
- Giraldo, A.; Franco (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 33(3); pp. 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- Informe censos: Montevideo y Área Metropolitana. Intendencia de Montevideo. (2011). Recuperado 29 de Julio 2016 de <http://www.montevideo.gub.uy/institucional-transparencia/estadisticas/informes-estadisticos/informe-censos-2011-montevideo-y-area>
- Lorenzetti, M. I. (2012). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades semi-urbanas Wichì del Dpto. de San Martín (Salta). En *Antropología y Ciencias Sociales*, 2012; 0(12). Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/view/1425>
- Mendoza Campos, M. R.; Montesino Herrera, C. E., & Moran Morales, M. R. (2013, Mar.). Relación del estado nutricional de la embarazada detectado en el primer trimestre con la ganancia de altura uterina en el segundo y

- tercer trimestre en pacientes en control prenatal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Platanar, Moncagua, San Miguel, El Carmen y El Tamarindo, La Unión. período de enero a junio de 2012 (phd). Universidad de El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/7237/>
- OMS. *Salud materna*. (n.d.). Recuperado 26 Julio de 2017 de http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
- Pereira Alvarez, P. (2018). Construcción del modelo de alimentación saludable y su implicancia en la configuración de la subjetividad de la infancia y la familia. En *Revista Demetra; alimentação, nutrição & saúde* 13(2); 341-361 DOI: 10.12957/demetra.2018.33244
- Romero Croce, J. (s. f.). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_06_1_psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida-o-psiopatologia-y-temor-a-enfermar.pdf
- Sacchi, M.; Hausberger, M. & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. En *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Terris, M. (1980). Universidad de Valencia. (s.f.). La construcción del concepto de Salud en *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* n.26. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>
- Tommasino, N. (2014). Producción de subjetividad y grupalidades en el proceso de recuperación obrera de una unidad productiva: el caso de Moda Chic. [proyecto de tesis de maestría inédito]. Montevideo: Facultad de Psicología.
- Uauy, R.; Atalah, E.; Barrera, C. & Behnke, E. (2001). Alimentación y nutrición durante el embarazo. En *Guías de alimentación para la mujer*. Chile: Universidad de Chile, 53-74.



Jornada en FOICA Sergio y niños escuelas de la zona



Jornada Paraninfo Vecinos Martha Ruiz y Roberto Nicoli

REPOSITORIO DIGITAL ANGLO: UNA APROXIMACIÓN A LA DIFUSIÓN DEL PATRIMONIO EN EL CONTEXTO DE LAS SMART CITIES

ANGLO DIGITAL REPOSITORY: AN APPROACH TO THE DISSEMINATION OF HERITAGE IN THE CONTEXT OF SMART CITIES

Marcos Lafluf
Gabriela Barber
Maximilano Rodríguez

Palabras claves: sistemas de información, tecnología de la información, difusión de innovaciones

Keywords: information systems, information technology, diffusion of innovation

Resumen

En el presente trabajo se toma como caso de estudio el proyecto realizado en el marco del proyecto I+D “La ciudad inteligente; un palimpsesto digital”, actualmente en desarrollo en el Laboratorio de Visualización Digital Avanzada (Vidialab) de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (FADU), el cual consiste en la implementación de un repositorio digital y gestión de contenidos del Museo de la Revolución Industrial utilizando software libre. Se realiza una descripción general de la experiencia y los procesos llevados a cabo para la difusión del patrimonio arquitectónico e histórico y temáticas vinculadas.

Abstract

In the present work, the project carried out within the framework of the I+D project “The smart city; a digital palimpsest”, currently under development in the Laboratorio de Visualización Digital Avanzada (Vidialab) of the Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (FADU), which consists of the implementation of a digital repository and content management of the Museum of the Industrial Revolution using open source. A general description of the experience and the processes carried out is made, for the dissemination of the architectural and historical heritage and related themes

Introducción

El desarrollo de proyectos que utilizan TIC para difusión y apropiación del patrimonio cultural se encuentra en una progresiva emergencia, con una diversidad de propuestas que abarcan desde la realidad aumentada, realidad virtual, repositorios digitales, exposiciones digitales, instalaciones interactivas, *videomapping*, software de gestión de contenidos digitales, y un largo etc. que abarca distintas hibridaciones de software, tecnologías y prácticas asociadas a la cultura digital.

En la actualidad, la integración y mediación de las TIC en las formas de vivir y relacionarse con el territorio y lo patrimonial, ha replanteado ambas nociones. Lejos de pertenecer a una categoría física y unidimensional, en ambos se incorporan y superponen dimensiones sobrescribiendo múltiples relatos favorecidos por la versatilidad de estas tecnologías. Los replanteos que interesa abordar en el presente artículo, son aquellos que refieren a los cambios en las formas de trabajo sobre la difusión y apropiación de lo patrimonial en el contexto de TIC, así como realizar una lectura que nos permita visualizar el lugar que ocupa este en el nuevo ecosistema que plantean las *smart city*.

Los proyectos destinados a la difusión y revalorización del patrimonio histórico y arquitectónico tienen una gran relevancia en la construcción del territorio, en tanto hacen a la dimensión histórica del territorio y aportan elementos identitarios que lo definen y a quienes lo habitan, así como el acceso y la apropiación de los bienes culturales que se implican en estos, ya que juegan un rol en la cohesión social y en el desarrollo cultural, aportando al desarrollo socioeconómico general de la sociedad, tomando la perspectiva del desarrollo humano¹ como marco conceptual y teórico.

La concepción de acceso y reutilización en los términos actuales difiere mucho de los conceptos manejados antes del desarrollo exponencial de las tecnologías de información y comunicación en el presente siglo (sitio web de datos, *big data*, sistemas expertos, etc.). Los proyectos de difusión centrados en los conceptos referidos reclaman una lectura actualizada o contextualizada que pueda integrarse de forma más clara a las nuevas concepciones del territorio y las ciudades. En esta línea de justificación y fundamentación se realiza la presentación de este proyecto, para intentar aportar algunas observaciones que puedan ser de utilidad.

¹ Perspectiva y teoría asociada en sus inicios a Amartya Sen, adoptada por los principales organismos internacionales en la actualidad.

El proyecto

La implementación del repositorio digital Anglo se enmarca en el proyecto I+D “La ciudad inteligente; un palimpsesto digital”, actualmente en desarrollo en el Laboratorio de Visualización Digital Avanzada (Vidialab) dependiente del Departamento de Informática aplicada al Diseño (DepInfo) de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (Fadu, UR). Dicho proyecto tiene como motivación la reciente designación del “Paisaje Cultural Industrial Fray Bentos” como patrimonio de la humanidad por la UNESCO en el año 2015².

Este proyecto de investigación, presenta varias vetas que involucran las TIC y los nuevos medios destinados a la difusión y la accesibilidad al patrimonio urbano-arquitectónico de formas novedosas³. En ese contexto, surge el proyecto Repositorio Digital del ANGLO, para lo cual se forma un equipo multidisciplinario de profesionales de distintas áreas (ciencia de información, ingeniería, arquitectura, comunicación). La implementación de este repositorio agrupa diferentes objetos digitales y documentos de distintos tipos, mediante la utilización de software libre y una serie de modificaciones en el código de este para manipular, mediante los metadatos los contenidos. Información textual, visual, sonora, de valor histórico digitalizados en el Museo pueden desplegarse y reutilizarse desde otros dispositivos, visualizarse en un mapa donde se despliegan las arquitecturas que componen el paisaje industrial del Anglo⁴, reutilizarse en aplicaciones de realidad aumentada u otros desarrollos que referiremos más adelante.

En estos espacios de convergencia que representan estos proyectos, se presentan una serie de cuestiones que se pretenden observar y problematizar a partir del estudio del caso mencionado con el enfoque en tres ejes:

1. El ecosistema informacional y de comunicación en que se desarrollan estos proyectos (universo de metadatos, interoperabilidad, acceso y reutilización).
1. El potencial del código abierto o *software* libre.

2 El Paisaje Industrial Fray Bentos se ubica en el Departamento de Río Negro (Uruguay) y abarca 275 hectáreas que incluyen la arquitectura del frigorífico Liebig’s-Anglo, sus instalaciones industriales, los muelles sobre el río Uruguay, el matadero, las áreas dedicadas al pastoreo, las residencias de jefes y obreros y sus lugares de esparcimiento. Su valor radica en que el lugar permite “(...) aprehender la totalidad del proceso de una producción de carne que tuvo importancia mundial”. Extraído de documento Paisaje Industrial ANGLO presentado a Unesco, elaborado por IMRN (2015).

3 Para mayor profundización en estas formas novedosas de interacción con el patrimonio que plantea el proyecto Palimpsesto Digital, ver trabajo *Interactive Projection Mapping: Proyecto Patrimonio ANGLO*. Barber; Lafluf (2016) donde se describe y presenta la utilización de realidad aumentada proyectada para acceso a información del patrimonio en cuestión.

4 Acceder a <http://fraybentos.patrimonioanglo.com> para explorar repositorio.

2. Los elementos vinculantes con la ciudad desde las concepciones de *smart city*.

Metodología

Se realiza el estudio del caso referido, con un abordaje de corte cualitativo para una descripción general del mismo, concentrando el análisis e interpretación en los elementos que nos permiten indagar las cuestiones de interés señaladas anteriormente.

La descripción general del proyecto se estructura teniendo en cuenta los principales componentes que hacen al proyecto. A efectos de claridad en la exposición, se divide en tres módulos: 1) *software* libre; 2) trabajo con metadatos y 3) productos o desarrollos a partir de gestión de contenidos digitales mediante *software* (aplicaciones, exposiciones virtuales, visualización de información, reutilización para realidad aumentada, etc.).

Concentrándose en la descripción y análisis del *software* libre y su relevancia en el proyecto, el ecosistema información en que se inscriben, teniendo como referencia tres conceptos, el acceso, la reutilización y la interoperabilidad, y por esta vía aproximarnos a las implicancias de estas herramientas en la difusión y apropiación del patrimonio en la ciudad en contexto de TIC.

Las conversaciones teóricas que guían el análisis del caso de estudio referido lo integran las lecturas actuales sobre el patrimonio en el contexto digital y *smart city*, así como los estudios del ámbito de la ciencia de la información referidos a *software* libre, repositorios digitales, metadatos y tratamiento de objetos culturales.

El repositorio

Los repositorios digitales son colecciones de objetos digitales de diferente naturaleza (textos, imágenes, sonido, etc.), ofrecen un mecanismo para depositar material por parte del creador, el dueño y el administrador (bibliotecario), cuentan con una arquitectura que maneje tanto el contenido como los metadatos, ofrecen servicios básicos tales como búsqueda y recuperación, administración, controles de acceso y permisos (Heery y Anderson, 2005).

Entendemos que los repositorios digitales son una materialización del fenómeno de desarrollo del *software* libre, donde aplicaciones de código abierto

como Dspace, Fedora u Omeka⁵ entre otros han colaborado para que se produzca un progresivo aumento de ellos en el contexto nacional e internacional. Las implicancias de ello trascienden el ámbito de la difusión del patrimonio y nos conecta también con los conceptos de ciudad inteligente, en la medida que estos *software* gestionan contenidos mediante metadatos que pueden ser integrados a otras plataformas que hacen a la dimensión informacional de la ciudad.

Si bien el *software* puede entenderse como un elemento fundamental, que hace al repositorio digital, a motivos de este artículo nos concentraremos en dos de estos elementos interrelacionados, los metadatos y el *software*, en tanto son ellos los que nos permiten observar y reflexionar sobre la difusión y otros puntos referidos. Estos, son entendidos como herramientas para la construcción de ciudadanía, permitiendo la participación en los procesos de significación y resignificación del patrimonio arquitectónico y cultural de la comunidad.

En este sentido, entendemos que construir un repositorio digital es construir territorio en su dimensión cultural e informacional. Se entiende que aportan a la conformación de espacios digitales en la ciudad de Fray Bentos, potenciando y dinamizando los procesos que hacen al desarrollo cultural, ya sea, brindando material para desarrollo de objetos educativos digitales así como posibilitando su recuperación y reutilización para otros fines.

Para la creación del repositorio se ha implementado y adaptado el *software* libre Omeka, tanto para agrupar como para gestionar los contenidos digitales del Museo de la Revolución Industrial. La gestión tiene como motivo la difusión y acceso a documentos visuales de formas novedosas (acceso mediante mapas, galerías digitales georeferenciadas entre otros). Al momento se han agrupado en el repositorio doscientos documentos aproximadamente, entre fotografías, mapas, postales, planimetrías, etc. Conjuntamente se generaron cincuenta exposiciones digitales georeferenciadas que agrupan distintos documentos afines con temáticas de interés general (historia, orígenes, evolución, etc.). La organización de las colecciones se hizo respetando la estructura programática arquitectónica.

Módulo 1. **Software** libre. Breve descripción y análisis

-
- 5 Dspace: *software* de código abierto, desarrollado en alianza entre el MIT y HP, que provee herramientas para la administración de colecciones digitales. Fedora: (Flexible Extensible Digital Object Repository Architecture). Omeka: los responsables de Omeka la definen como una plataforma de publicación web libre, flexible y de código abierto, pensada para mostrar colecciones digitales y exposiciones virtuales de bibliotecas, archivos y museos. Se trata de un proyecto del Roy Rosenzweig Center for History and New media, responsables también del gestor bibliográfico Zotero. Omeka se encuentra liberado bajo una Licencia de *software* libre (GPLv3), con lo cual su distribución, uso y modificación son libres.

Para el desarrollo del repositorio se optó por el *software* libre Omeka, según SOARIN (2011), este *software* se encuentra en la intersección entre un gestor de contenidos web de propósitos generales como Wordpress o Drupal, los *software* de repositorios como Dspace, Fedora y los sistemas de gestión de colecciones de los museos como Domus o TMS.

En este sentido, Omeka se puede entender como un *software* libre para generación de repositorios y gestión de sus contenidos digitales utilizando estándar internacional de intercambio de datos de W3C, esquemas de marcado XML y RDS, admitiendo la utilización de estándar de metadatos genéricos, por ejemplo, Dublin Core o específicos como VRA CORE (Visual Resources Association Core Categories) y el protocolo OAI-PMH⁶. Siendo un *software* no propietario, de código abierto, la participación de un ingeniero en programación habilitó la personalización de ciertos aspectos que permitieran adaptarse a las peculiaridades del patrimonio objeto del proyecto. La hibridación propia de los *software* culturales, que refiere Manovich (2003), se puede observar de forma clara en el *software* utilizado en el proyecto.

Por un lado las exhibiciones promueven la reutilización y potencian las cualidades de comunicación de los objetos digitales, ya que existe un proceso de selección y narración de los objetos digitales. Por otro lado, la gran variedad de *plugins*, su carácter de *software* libre y abierto, son cualidades a destacar, ya que promueve distintos usos, adaptabilidad, accesibilidad e interoperabilidad a través de protocolos y metadatos de fácil uso.

El código abierto y la difusión del patrimonio. Oportunidades e implicancias

Como primera observación a destacar, estamos frente a un proyecto para y propio de un museo, el Museo de la Revolución Industrial, pero realizado por un grupo foráneo a este. Lo cual es sintomático de un fenómeno generalizado asociado al desarrollo de las tics.

Esto es, el traslado y apertura de actividades y proyectos relacionados al patrimonio, que anteriormente estaban circunscritos a determinados ámbitos asociados a instituciones de la memoria, como museos, ahora comienzan a ser abordados y realizados desde otros ámbitos donde convergen distintos colectivos o entes institucionales (facultades, empresas, colectivos culturales, etc.). De esta forma, distintos profesionales de distintas áreas, es el caso de arquitectos, documentalistas, ingenieros, diseñadores entre otros, agrupados a partir de proyec-

6 Open Archive Initiative-Protocol for Metadata Harvesting (OAI-PMH).

tos comunes, trabajan de forma interdisciplinar y transdisciplinar, trasladando y combinando diferentes formas de hacer.

Estos traslados y aperturas relacionadas estrechamente con este tipo de proyectos, se dan en una intersección donde convergen una progresiva digitalización y un gran desarrollo de *software* para gestión de metadatos con código abierto, lo que ha derivado en mayor accesibilidad a herramientas para la difusión y revalorización del patrimonio, habilitando la participación de nuevos actores en los procesos.

Una actividad específica, en la que los museos llevan varios años trabajando, es la descripción o catalogación de objetos culturales y desarrollo de metadatos (entendiendo la ficha catalográfica como una antigua estructura de metadatos dirigida a recoger datos para el acceso a estos). Desde la revolución de las TIC, esta exclusividad se ve modificada, y es intervenida desde varias áreas, como es la ingeniería (codificaciones, esquemas XML, *software* de gestión de metadatos), el diseño (interfaz de acceso) y otras ramas de las ciencias de la información abocadas al desarrollo de normativas y estructuras de metadatos para la descripción y recuperación de datos de objetos arquitectónicos y artísticos.

En el panorama actual, con la expansión y accesibilidad del *software* libre, es posible que un grupo de docentes, o un colectivo minoritario pueda realizar su propio sistema de información sobre un objeto o patrimonio determinado e implementar una galería o una exposición digital, insertar los objetos culturales y su información en los canales de información que circulan en la ciudad, así como en el ámbito global, interviniendo en los flujos de información que se despliegan sobre las ciudades y los territorios, sin tener requerimiento de gastos en infraestructura o licencias de *software*.

Módulo 2. Trabajando con metadatos

Podemos definir a los metadatos como los datos que describen las características de un recurso. Se utilizan, ya sea por personas o computadoras, para varias funciones, por ejemplo, localización, búsqueda, descripción, evaluación y selección. Existen distintos tipos de metadatos, ya que se desarrollan en distintos ámbitos de trabajo, de igual manera, en estos últimos años se han desarrollado varios estándares que contribuyen a su normalización. Dichas normas se elaboran a través de acuerdos generales de los especialistas o grupos de trabajo de cada área o disciplina en la que se utilizan.

En el marco de la implementación de un repositorio, y por lo antes mencionado, se entiende necesario realizar un estudio de los diferentes sets de metadatos

y determinar cuál es el más adecuado para aplicar a las diferentes colecciones (fotos, mapas, etc.) que conformarán el repositorio.

En la línea de López, Sánchez, Pérez (2003), es posible considerar que el material audiovisual, si bien comparte algunos atributos con el material textual, demuestra cierta complejidad en los procesos de producción, edición, difusión y archivo; que representan variables capaces de dificultar su recuperación. Es necesario estudiar esquemas de descripción que garanticen la gestión y distribución de este tipo de materiales, así como evaluar en qué medida los estándares de metadatos utilizados aproximan al usuario al contenido de un recurso (Calderra-Serrano y Freire-Andino, 2016).

La opción tomada en una primera etapa es la semántica del Dublin Core⁷, la cual, como se refiere en grupo de estudio metadatos repositorio Colibrí (2014), ha sido establecida por un grupo internacional e interdisciplinario de profesionales de biblioteconomía, la informática, la codificación textual, la comunidad museística, y otros campos teórico-prácticos relacionados. Su uso se generalizó, y en el año 2003 se convirtió en norma ISO 15836/2003.

Se profundizó y utilizó dicho estándar de metadatos para el presente proyecto, esta opción se fundamentó en los siguientes criterios: a) es el más utilizado en los repositorios regionales e internacionales y, ante la posibilidad de integrarse a estos en el futuro, es necesaria la compatibilidad de estándar. b) Cumple con los requerimientos técnicos, administrativos y de preservación. c) Presenta facilidad en su uso. d) Es el estándar elegido por el protocolo de interoperabilidad OAI-PMH. e) Puede ser utilizado con el *software* Omeka.

De todas formas se pretende seguir explorando, en una etapa posterior, otra estándar de metadatos compatible con el *software* Omeka⁸, manejado como opcional de sumo interés para la difusión de información en el ámbito de la arquitectura, como es la estructura VRA CORE (Visual Resources Association Core Categories). Según la Library of Congress Cataloging Publication Datapage (2010, p. 24) “el método adecuado, para describir la documentación visual del patrimonio cultural y de los objetos de museos.”

Metadatos y cultura en la Smart City

Como señala Bonete Vizcaino (2016), es generalizada la ausencia en la profundización de la dimensión cultural de las *smart city*, siendo el patrimonio cultural

7 <http://www.dublincore.org>

8 El reciente *plugin* de Omeka VRA CORE permite el manejo de este estándar de metadatos. Disponible en <http://omeka.org/codex/Plugins/VraCoreElementSet>

el gran olvidado en los estudios o catálogos de los proyectos asociados a *smart city*. Si bien como señalan Sanches & Bonete(2016) estos se conectan con varios sectores como es el turismo, el urbanismo o la arquitectura, y son una fuente de riqueza para el desarrollo de las ciudades. Visto esto en el contexto de ciudades en proceso de desarrollo, en países con un gran ingreso por turismo, resultaría paradójico no detenerse en este punto. Teniendo en cuenta los límites del presente trabajo, está en la intención del mismo intentar el ejercicio de hacer visible algunos axiomas que conectan estos proyectos con el concepto de *smart city*.

Esta referencia nos mantiene atentos a la hora de abordar las concepciones duras y cerradas de *smart city*, entendiendo, como muchos autores, la ambigüedad implícita de este y su condición de término presentativo más que representativo de una realidad en construcción.

Sin duda remite a un uso óptimo de la información, interconectada, y la disponible en la actualidad para comprender mejor, controlar sus operaciones y optimizar el uso de recursos limitados (IBM, 2011).

Como refiere el organismo de Medellín⁹ en su web, una *smart city* se distingue de otras por una mayor disponibilidad de información, herramientas y capacidad de los ciudadanos de mejorar su entorno entre otros elementos ya referidos. En este sentido, poner a disposición material sobre el patrimonio, en su gran mayoría bajo licencias *creative commons*, para su posterior reutilización, así como generar un cúmulo de datos (metadatos) que pueden ser recogidos por otros sistemas de información (Protocolo OPM) de forma automática, o que permitan, por el diseño modular que presente la arquitectura del sistema de información ser utilizados para el diseño de objetos digitales educativos, así como permitir la integración, utilización y reutilización de los metadatos y datos por otras aplicaciones, como aquellas relacionadas a realidad aumentada orientadas a museo. Es en sentido que consideramos que conforman aportes relevantes para la construcción de ciudades más inteligentes.

Como señala Komminos et al (2012), una de las ventajas de la revolución de los datos en las ciudades, es la posibilidad de gastar menos, en tanto el código abierto está disponible, así como la posibilidad de reutilizar datos recogidos en otros sistemas, siendo clave para cualquier estrategia de una ciudad inteligente el *software libre*. En este sentido, este proyecto asociado a lo cultural y patrimonial, materializa esas premisas, y hace observable esa situación, en tanto el proyecto se ve favorecido y se torna realizable, en la medida que es posible prescindir de gastar en licencias de uso por la existencia de *software* y códigos

9 Web disponible en <http://www.integramun.org/integramun/>

abiertos (Omeka), y por otro lado se desarrolla un cúmulo de datos que es posible compartir y poner a disposición de toda la sociedad para posibilitar un mayor dinamismo y desarrollo cultural de la ciudad.

Según Campbell (2012) y Hollands (2008), se encuentra con distintas asociaciones, un concepto de interés: la idea de centralizar la información. Desde los distintos enfoques posibles, la gestión de la información es fundamental.

Fray Bentos, la ciudad en la que se inscribe el patrimonio sobre el que se trabaja, se contextualiza en un país con alto desarrollo en lo que refiere a datos abiertos, gobierno electrónico, acceso y uso de internet, etc., y por sobre todo está casi completamente cableado con fibra óptica, y dispone de cobertura 4G en casi la totalidad del territorio.

Se podría entender esto como un contexto principio para hablar de *smart city*, o por lo menos de las implicancias en la dimensión cultural asociadas a este concepto, como es brindar un sistema con base tecnológica que permita un mayor acceso y difusión del patrimonio cultural a través del uso intensivo de TIC como refiere Bonete Vizcaíno (2016).

Módulo 3. Productos y desarrollos a partir de la gestión de contenidos digitales mediante *software*. Gestión y desarrollo de subproductos a partir del trabajo con *software* y metadatos

Una breve descripción de este módulo nos permite concluir la visualización de esos procesos de interacción y construcción del territorio por medio del uso de las nuevas tecnologías de la información.

Generación de colecciones y subcolecciones digitales de contenidos del Museo de la Revolución, estructurados de tal forma que representen la estructura física del Frigorífico y el paisaje en general. La posibilidad de generar un árbol de colecciones mediante el *software*¹⁰, permite que los visitantes del repositorio, en su proceso de navegación, vayan tomando una idea general del paisaje y los espacios implicados.

10 Plugin Tree (<http://omeka.org/add-ons/plugins/collection-tree/>)

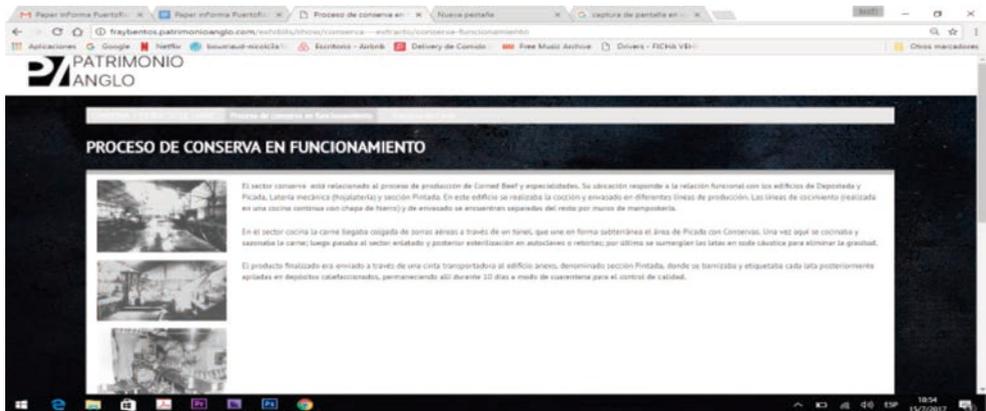


Figura 1: Página de exposiciones digitales con elementos integrados al repositorio

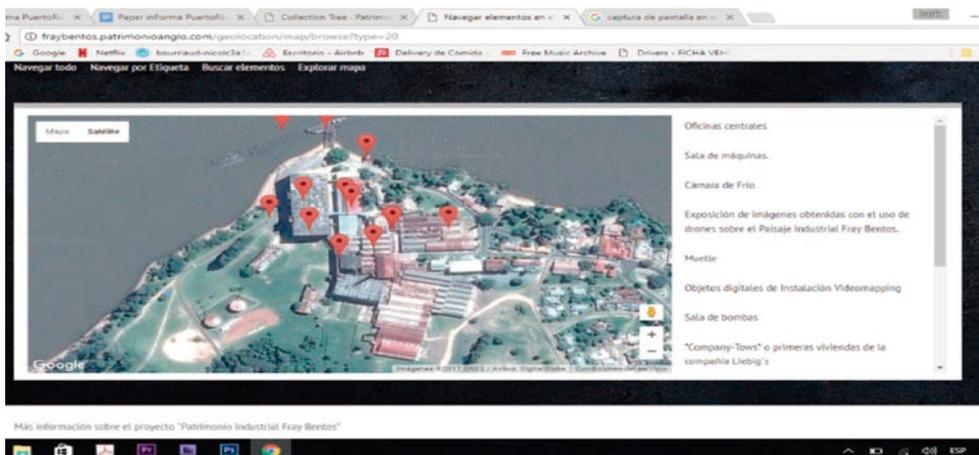


Figura 2: Captura de pantalla de utilización de mapa y georeferencia de documentos

El proyecto contempla, para una segunda instancia, hacer un uso intensivo de la base de datos obtenida y los potenciales del *software*, para el desarrollo de lo que podemos llamar subproductos:

- Explotará la construcción modular y la posibilidad de descarga que habilita el *software*, así como el uso de licencias *creative commons* para propiciar y posibilitar la reutilización de contenidos para la elaboración de objetos de aprendizaje y-o ODEs (objetos educativos digitales), en el ámbito de la educación primaria y secundaria. En tanto muchos contenidos se asocian a las currículas de estos.

- Realidad aumentada en paisaje industrial reutilizando los contenidos del mismo repositorio, para mayor conocimiento y apropiación de quien visita el mismo.
- Aplicaciones y turismo. Se prevé, para una etapa más avanzada del proyecto, enlazar el repositorio a aplicaciones relacionadas al sector de turismo en Uruguay, como una forma de colaborar a la visualización y posicionamiento del Paisaje Industrial del Anglo como un destino turístico en el interior del país.

Nuevo ecosistema de información y comunicación: nuevas formas de difundir el patrimonio

Una premisa que se intenta explorar con la descripción y análisis del presente proyecto. es aquella que resumimos en la siguiente ecuación: un nuevo ecosistema de información y comunicación es igual a nuevas formas de hacer difusión del patrimonio.

Desde una perspectiva general y teórica, podemos decir que el ecosistema informacional¹¹ donde se instalan estos proyectos se caracteriza por la convergencia e hibridación de distintos *software* y tecnologías y prácticas, en cuyo seno se produce un *remix* profundo, teniendo presente los planteos de Manovich (2008). Estos procesos de hibridación y convergencia que caracterizan al ecosistema, se ven favorecidos, en gran medida, por la naturaleza digital de los medios que la habitan. A grandes rasgos, esta naturaleza digital se puede caracterizar a partir de cinco elementos, tomando al mismo autor, representación numérica o digital (codificación binaria, que permite la re-codificación, lo que implica facilidad de manipulación), modularidad (se conforman a partir de varios objetos mediáticos), la automatización (procesos automatizados mediante *software*), la variabilidad (circula en varios medios) y transcodificación (cultural e informática).

En este sentido, si tomamos el proyecto específico que presentamos y nos detenemos en el *software* y los procesos que se realiza, se puede observar claramente cómo se puede representar o asociar con estos elementos referidos por Manovich (2003).

Específicamente en lo que refiere a los circuitos de información de patrimonio cultural, arquitectónico e histórico y sus formas de difundir, al observar otros ca-

¹¹ Tomando el concepto teórico introducido por Neil Postman en el año 1968, el cual aborda los nuevos medios a partir del uso de la metáfora ecológica como representación del contexto en el que se utiliza dicho medio.

sos y teniendo en cuenta los estudios especializados al respecto de repositorios digitales o banco de datos relacionados a patrimonios, podemos destacar, por un lado que se caracterizan por un gran desarrollo del trabajo con metadatos, con el desarrollo de varios estándar internacionales de descripción o catalogación de objetos culturales, cada vez más específico según el tipo de objeto que se describe, como una manera de extraer la mayor cantidad de datos pertinentes e identificadores para permitir una mayor manipulación por los *software* de gestión de metadatos u otros códigos, así como manera de permitir el intercambio de información con otros sistemas de información de la red.

Otros aspectos que hacen a este ecosistema en relación a el patrimonio y los repositorios, es la utilización de *software* que trabajan con xml u otros lenguajes que permiten el acceso y utilización desde móviles u otros sistemas, así como permiten su reutilización desde otras aplicaciones. De alguna manera, esto nos conecta con la comunicación M+M (máquina con máquina), que ha permitido expandir la red de información digital que hace a la dimensión informacional de las ciudades y territorios, entendido como un componente que hace a la ciudad inteligente.

Siguiendo con esta comunicación máquina-máquina y la automatización de procesos implicados, la utilización de protocolo OAI-PMH por parte de *software* como Omeka, favorecen el surgimiento del fenómeno de los agregadores de contenidos, un claro representante de esto en el ámbito del patrimonio cultural es Europea¹². Estos actúan como grandes bancos de datos que se alimentan de otros sistemas que se han abierto para la cosecha de sus metadatos mediante este tipo de protocolos. En este sentido, los flujos de información que hacen a la imagen cultural y el patrimonio en general, tienen en su dirección un condicionante cibernético, transformado los conceptos de acceso, visibilidad y difusión de información¹³.

A partir de esta breve caracterización del ecosistema, podemos referir a tres elementos que se presentan en estos ecosistemas y que funcionan como ejes fundamentales del proyecto y ayudan al presente abordaje, esto es, el acceso, la interoperabilidad¹⁴ y su reutilización.

12 Disponible en <http://www.europeana.eu/portal/es>

13 En Wikipedia (n.d.) se señala "(...) Europea es el portal del patrimonio cultural europeo que comenzó con dos millones de objetos digitales y cuya colección alcanzó los 29 millones de documentos en el año 2013"(...) teniendo como uno de sus objetivos "(...) agregar contenido cultural europeo para construir una fuente abierta y confiable del patrimonio europeo, representante de la diversidad cultural europea.

14 El Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos (IEEE) (1990) define interoperabilidad como la habilidad de dos o más sistemas o componentes para intercambiar información y utilizar dicha información.

Cuando nos referimos a acceso, el concepto que interesa es el que hace referencia a la disponibilidad de los recursos para su acceso, descarga, copia, distribución, impresión, enlazado de sus metadatos y, el elemento diferencial respecto a los sistemas convencionales, los metadatos están normalizados y son recolectables a través de procesos automatizados, facilitando su reutilización sin ninguna barrera financiera, técnica o semántica (Cerdá, 2015).

En este concepto se agregan elementos a la definición desarrollada inicialmente por declaración de la “Budapest Open Access Initiative”¹⁵, que nos permiten visualizar lo que referimos como acceso en términos de *smart city*, donde la interoperabilidad de los sistemas es fundamental, no solo para garantizar acceso a las personas desde varias tecnologías distintas, un celular, una tablet o pc, sino que otros sistemas-máquinas puedan acceder y reutilizar los datos para otras finalidades.

La perspectiva (tecnócrata) de *smartcity* es insistente sobre la efectividad a perseguir a partir de la gestión de la información en las operativas más básicas de los sistemas que hacen a una ciudad (transporte, turismo, seguridad, etc.) y su desarrollo económico y sociocultural. La efectividad en la operatividad y desarrollo de cualquier sistema, tiene como requisito el flujo constante de información en forma bidireccional y circular, para permitir los procesos de retroalimentación que garantizan su constante auto-regulación y funcionamiento (retomando el origen cibernético de este tipo de perspectiva o relatos, que en su forma pura retrotraen a la cibernética de Norber Weiner de los años 40).

El ecosistema de información de lo patrimonial, referido anteriormente, replica estas lógicas y funcionamientos hoy asociados a las *smart cities*. A modo de ejemplo, no es sustentable que una aplicación orientada al turismo de la misma ciudad, vuelva a digitalizar, describir (metadatos) y conformar una base de contenidos digitales referidos al Patrimonio Anglo, cuando puede reutilizar los contenidos o metadatos de los mismos de forma automática en tanto esta es abierta y de acceso libre.

Implementar proyectos relacionados al patrimonio cultural, que puedan conectarse y estar en concordancia con este ecosistema atravesado y construido por el código, la digitalización avanzada y los sistemas inteligentes, tienen condicionantes de orden cibernético (sistema de comunicación de las máquinas), donde los elementos acceso, reutilización e interoperabilidad son fundamenta-

15 La cual señala que el acceso abierto brinda la posibilidad de que el usuario pueda leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir; literatura erudita que se encuentre disponible de forma gratuita en internet (Budapest, 2002).

les para obtener cierta operatividad y efectividad o sustentabilidad para hablar en términos de *smart city* en su perspectiva tecnócrata.

Consideraciones finales

En primera instancia toma relevancia señalar las limitaciones implicadas en las consideraciones resultantes aquí expuestas, en tanto resultan de un proyecto en desarrollo, por lo cual se pretende generar una segunda instancia que constate y revea estas consideraciones a la luz del proyecto ya finalizado para su integración a una próxima publicación.

El desarrollo de las tecnología de digitalización, y los *software* para gestión de objetos culturales y conformación de colecciones y su disponibilidad a un costo reducido, y su facilidad de uso, fue determinante para cumplir los objetivos del proyecto, acceso y apropiación, para motivar de alguna manera el ejercicio de la ciudadanía cultural y el desarrollo cultural general de la comunidad.

Las características del *software* utilizado que se abordaron, se consideraron fundamentales en la implementación de este tipo de proyectos si se pretende brindar acceso en los términos actuales, así como posibilitar los ciclos de reutilización de los datos y contenidos recogidos.

Analizado el acceso y reutilización en los términos planteados, se entiende que tanto la visibilidad como el impacto de estos proyectos pueden presentar un condicionamiento desde el orden del código. A modo ilustrativo, este imperativo, de orden cibernético (de las máquinas y sus sistemas de comunicación), se puede ejemplificar a partir de las siguientes situaciones, a) si un conjunto de datos no está estructurado en un esquema XML u otro lenguaje que permita la interoperabilidad, no solo no podrá ser accedido desde un móvil, sino que no podrá ser integrado a otras aplicaciones, quedando fuera de ciclos de reutilización que dan valor agregado, o tomando nuestro caso, b) si un repositorio digital no es realizado con un *software* que pueda trabajar con protocolo OAI-PMH Harvester no podrá ser recogido por otros agregadores o integrarse a los canales y flujos por donde circula y se hace visible la información cultural.

Las vinculaciones visibilizadas con respecto a las *smart cities* desde una perspectiva amplia, son evidentes, el concepto de inteligente asociado a la ciudad implica la existencia no solo de sistemas de gestión y almacenamiento de información sino una vinculación de la información con el espacio o territorio en donde esta no solo representa dimensiones asociadas a la memoria y la cultura, sino que la conforman. También desde esta perspectiva podemos entender que un repositorio, realizado bajo este tipo de *software* contribuye a la referida efi-

ciencia en el uso de la información y los recursos asociados a la convivencia en un territorio, lo cual define a estas ciudades en el contexto de las TIC, en tanto permite la utilización y reutilización de la información por el mismo sistema de información generado, como de los distintos actores vinculados al mismo en los distintos niveles de relacionamiento con la información y los espacios (productores, gestores y usuarios de esta información), además de permitir la reutilización por parte de otros sistemas.

Como última consideración, se señala la relevancia que tomó configurar el proyecto como una experiencia interdisciplinaria, donde se vincularon distintas áreas del conocimiento como son ciencia de información, arquitectura e ingeniería. En tal sentido, se considera necesario reproducir experiencias de este tipo.

Debate

El motivo del presente estudio no se limita a una descripción del proyecto a modo de compartir con la comunidad las políticas de metadatos, contenidos y acceso a los datos, así como la descripción de las distintas etapas transitadas en su implementación, lo cual tiene un gran valor a motivos prácticos, sino que pretende poner en discusión y ser un punto de partida para profundizar en la exploración de los alcances de estas herramientas y proyectos asociados al código abierto, en el contexto de la digitalización, en tanto habilitan a múltiples comunidades, mediante su accesibilidad y bajo costo, procesos creativos para difundir, apropiarse, resignificar el patrimonio cultural, arquitectónico e histórico que las identifica.

Introducir la figura del patrimonio y la cultura, en relación a los proyectos de optimización de ciudades, que encarna generalmente la concepción de *smart city*, y motivar la reflexión sobre la dimensión cultural de esta.

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Ligüera, N. y Ceretta, M. G. (2013). Construyendo un modelo de repositorio de acceso abierto para Uruguay. En: *VI Encontro Ibérico EDICIC "Globalização, Ciência, Informação-Atas"* (Porto, 4-6 nov. 2013). Porto: Universidade de Porto (pp. 1209-1219). Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de: <http://www.youblisher.com/p/745142-VI-Encontro-Iberico-EDICIC-2013-Globalizacao-Ciencia-Informacao/>
- Barber, G.; Lafluf, M. (2016). "Interactive Projection Mapping: Proyecto Patrimonio AN-GLO", p. 795-801. In: *XX Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Gráfica Digital. Blucher Design Proceedings*, Volume 3, 2016, Pages 795-801, ISSN 2318-6968 DOI. <http://dx.doi.org/10.1016/despro-sigradi2016-627>

- Bonete Vizcancio, F. (2016). Smart Cities y patrimonio cultural. Una integración necesaria para el desarrollo. En *Revista Telos N.102*, pag 3-7 Recuperado de <https://telos.fundaciontelefonica.com>
- Bonete Vizcancio, F. (2016) “Smart City” y patrimonio cultural: las aplicaciones móviles de ciudades patrimonio de la humanidad españolas en *Ciudad y Comunicación Pag.*
- Budapest Open Access Initiative (2002). *La Iniciativa de Acceso Abierto de Budapest. Geo-Trópico*, 1(1), 98-100. Recuperado el 16 de julio de 2017 en: http://www.geotropico.org/1_1_Documentos_BOAI.html
- Caldera Serrano, J. (2013). Metodología para el análisis de repositorio institucional de colecciones audiovisuales digitales. *Documentación de las Ciencias de la Información*, vol. 36, 209-219.
- Caldera Serrano, J., Freire-Andino, R. O. (2016). Los metadatos asociados a la información audiovisual televisiva por “agentes externos” al servicio de documentación: validez, uso y posibilidades. *Biblios*, (62), 63-75.
- CEPAL. ONU. Santiago. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37089/S1420540_es.pdf;jsessionid=C2F57B1C93C5E41C8D2FE74848DEC91E?sequence=1
- Ceriotto, P. y Testa, P. (2011). LUCIS Directrices y recomendaciones para la aplicación de metadatos en repositorios institucionales. *Versión preliminar*. Recuperado el 14 de agosto, de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4123/directrices-lucis-bd-2.pdf
- De Giusti, M. et al. (2013). La Representación de Recursos en los Repositorios Institucionales. El Caso de estudio: SEDICI, Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata. [Preprint]. Recuperado el 21 de agosto de 2013, de: <http://eprints.rclis.org/20341/>
- Europeana. (n.d.). En *Wikipedia*. Recuperado el 10 de marzo 2017 en <https://es.wikipedia.org/wiki/Europeana>
- Heery, R. and Anderson, S. (2005). *Digital Repositories Review, UKOLN and AHDS*: 33. Recuperado el 02 de octubre de 2016 en: <http://www.ukoln.ac.uk/repositories/publications/review-200502/digital-repositories-review-2005.pdf>
- Institute of Electrical and Electronics Engineers. (1990). *IEEE Standard Computer Dictionary: A Compilation of IEEE Standard Computer Glossaries*. New York.
- Kucsma, J.; Reiss, K.; Sidman, A. (2010). “Using Omeka to Build Digital Collections: The METRO Case Study”. En: *D-Lib Magazine*, Vol. 16, n. 3-4. Disponible en: <http://www.dlib.org/dlib/march10/kucsma/03kucsma.htm>
- Library of Congress Cataloging-in Publication Data Introduction to metadata. Spanish Introducción a los metadatos: vías a la información digital/editado por Murtha Baca; traducido al español por Marisol Jacas-Santoll. p. cm. ISBN 0-89236-535-8 Disponible en <http://d2aohiy03d3idm.cloudfront.net/publications/virtuallibrary/0892365358.pdf>
- Moreno Alonso, C. (2016). Desarrollo de un modelo de evaluación de ciudades basado en el concepto de ciudad inteligente (Smart city). Tesis (Doctoral), E.T.S.I. Caminos, Canales y Puertos (UPM).

- Manovich, L. (2003). *El lenguaje de los nuevos medios de comunicación: la imagen en la era digital*. Madrid, Editorial Paidós.
- Manovich, L. (2008). *Comprender los medios híbridos*. Traducción de Eva Noriega y Melissa Mutchinick. Recuperado de http://www.academia.edu/2800625/Comprender_los_medios_h%C3%Abdridos
- Omeka. (2017). [Consulta: 15/02/2017]. Disponible en: <http://omeka.org/>
- Patíño, J. A. (2014). *Datos abiertos y ciudades inteligentes en América Latina. Estudio de caso*.
- Peset, F.; Ferrer Sapena, A.; Subirats-Coll, I. (2011). "Open data y Linked open data: su impacto en el área de bibliotecas y documentación". En: *El profesional de la información*, Vol. 20, n. 2, pp. 165-173.
- Scheinfeldt, T. (2010). Omeka and Its Peers. [Consulta: 15/10/2016]. Disponible en: <https://omeka.org/blog/2010/09/21/omeka-and-peers/>
- Saorin, T. (2011). Catalogación de objetos culturales y difusión digital del patrimonio. *Anuario ThinkEPI*, v. 5, p. 168-172.
- Soarin, T. (2011). Exposiciones digitales y reutilización: aplicación del software libre Omeka para la publicación estructurada. En *MEI*, II, Vol. 2, n° 2, pág. 29. Disponible en: <http://www.metodosdeinformacion.es/mei/index.php/mei/article/viewFile/IIIMEI2-N2-029046/740>
- Solano, J. (2014). Smart Cultura y Open Data. *Conferencia dictada durante el ciclo Smart City: aproximación al desarrollo económico urbano del siglo XXI* [en línea]. Universidad Complutense de Madrid y Banco Santander, 23 de julio.
- Subirats, J. (2015 nov 19). Ciudad inteligente, ciudad compartida. *El país* (de España) Disponible en http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/11/14/catalunya/1447525955_411073.html



Dirección Apex Débora Gribov, As. Felipe Matontte, Gastón Duffour, Andrés Techera, Prof. Humberto Tomassino



Carlos Torrado, Recreación Apex y niños escuela de la zona

NORMAS DE PUBLICACIÓN REVISTA CIENTÍFICA “IT”: APEX CERRO

Laura Arispe

Nicolás Brum

Revisión: Víctor Barranco

En la Revista Científica del Programa APEX-CERRO se publicarán con prioridad los artículos de notable interés científico, que sean resultado de investigaciones sobre cualquier área de las profesiones universitarias nacional y extranjeras, relacionadas con la sociedad y la salud, y para los profesionales integrados al Programa, que demuestren originalidad y se ocupen de los temas menos tratados, que comuniquen resultados de investigaciones académicas en los ámbitos de la sociedad, y que estén comprendidos específicamente dentro del ejercicio de la extensión universitaria en la comunidad.

Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica, para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue, con sus objetivos y definir el problema de investigación, su importancia y la situación actual del tema a estudiar. Expondrá las contribuciones de otras investigaciones relevantes y hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y las hipótesis de investigación, presentado en forma razonada.

Se expondrá el tipo de método seguido y se explicará la elección y el diseño de la herramienta metodológica a emplear. Se indicará la población y muestra seleccionada y el sistema elegido para disponer de las unidades de análisis.

Habrá una referencia al instrumento elegido para captar la muestra, se asegurará su rigor y validez científica y se razonará por qué se eligió. De tratarse de un sistema original, se explicarán sus características.

Sus resultados expondrán los hallazgos obtenidos y mostrarán si dan respuestas a las preguntas de investigación formuladas. Se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes. Deberán exponer nuevas vías de investigación para otras pesquisas y terminar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

Las referencias bibliográficas serán de al menos 10. El 70% de las referencias serán de los últimos años, a excepción de aquellas temáticas que no lo hagan recomendable.

Se incluyen en consideración para su publicación a diferentes categorías de contribuciones que se explican en el inciso 3.

1. Aspectos generales

- Se recibirán contribuciones en cualquiera de los idiomas oficiales de la revista: Español, Portugués o Inglés.
- La revista se compromete a publicar todas las contribuciones aprobadas. Los trabajos recibidos serán sometidos a un primer proceso de revisión en el seno de la Comisión de Redacción, para comprobar su pertinencia con la línea académica de la revista, que sean de notable interés y que se acomoden a sus normas de estilo.
- Se podrán presentar trabajos originales, reseñas de libros, o traducciones de artículos de interés.
- Todo dato o idea tomada de otro autor se ha de referenciar. Lo contrario es plagio. Este extremo será condición radical para rechazar un artículo.
- No se podrá atribuir a un autor ideas o palabras que no ha expresado ni interpretar maliciosamente la cita elegida.
- Se evitarán palabras de otros idiomas cuando son innecesarias y existe una voz semejante y aceptada en idioma del artículo.
- Cuando se incluyan términos en otros idiomas por imperativo del contenido se pondrán en cursiva. De haber citas en otros idiomas, éstas irán entrecorridas.
- Se evitarán referencias espacio-temporales abstractas: expresiones como “en nuestro país”, “cuál es”, “este año”, pues esta revista se difunde por diferentes países y su consulta podrá realizarse posterior al año actual.
- Se publicarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informe de desarrollo de investigaciones, ensayos científicos, propuestas y modelos e innovaciones educativas, productos de elaboración de tesis de grados, trabajos de ascenso o proyectos institucionales. Los trabajos presentados deben ser un aporte para el campo de las ciencias sociales con énfasis en la educación, la salud y la sociedad.
- Se entenderá por artículo de investigación aquel trabajo que comunique resultados de investigación originales. Sólo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.
- Sólo serán admitidos trabajos originales e inéditos. Es decir, los artículos no pueden haber sido publicados a través de ningún medio impreso ni electrónico.

2. Extensión de las contribuciones

- Los artículos de Investigación: máximo del artículo 20 páginas (formato A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman, tamaño 12).
- Ensayo, Opinión, Reporte y Miscelánea: no menos a 2 carillas (formato A4).

3. Categoría de las contribuciones

- **Ensayos:** interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- **Reflexión:** análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- **Relato de experiencia:** descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- **Revisión crítica:** evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deben estar establecidos: el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del autor y las conclusiones.
- **Biografías:** historias de vida de personas que hayan contribuido en el Programa APEX-Cerro, así como personalidades nacionales y extranjeras que se hayan destacado en el plano que trata esta revista.
- **Historias:** relatos de hechos relevantes para la historia de la Institución, de las ciencias médicas y sociales.
- **Reseñas:** síntesis crítica o análisis crítico-interpretativo del contenido de alguna obra publicada en los últimos 2 años.
- **Resúmenes de disertaciones y tesis:** disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de Salud, Aprendizaje, o áreas afines presentadas en los últimos 2 años.
- **Entrevistas:** realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigaciones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica.
- **Información:** documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como: jornadas congresos, cursos.

- **Investigación:** relato de investigación original y concluida referida a la salud o ciencias afines siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

- Los Artículos de Investigación deben estructurarse de la siguiente manera:

1. **Título del trabajo**
2. **Datos del Autor:** nombre, centro de trabajo, títulos académicos, dirección personal y de la institución donde trabaja, teléfono, correo electrónico, código postal y fecha de presentación.
3. **Resumen (Abstract):** en idioma original e inglés con no más de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y conclusiones.
4. **Normalización de descriptores:** se aceptarán entre 5 y 7 descriptores, cuya existencia en español, portugués e inglés debe ser confirmada por el autor en la dirección electrónica de descriptores de Bireme: <http://decs.bvs.br> o a través de tesauros generales y/o específicos de cada disciplina.
5. Título, abstract y descriptores en idioma original y en inglés (obligatorio para todos los artículos).
6. **Introducción:** cuerpo o desarrollo del artículo, la numeración de la estructura del artículo o documento sólo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras, se deben identificar adecuadamente e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.
7. **Texto:** debe presentar una secuencia lógica, desarrollando el trabajo organizado en distintas secciones.
8. **Conclusiones:** se desarrollará según el tipo de trabajo presentado.
9. **Bibliografía y citas:** se recomienda la utilización de la norma ISO 690 para asientos bibliográficos y citas. O en su defecto, se permite el uso de los estilos indicados en el Publication Manual of the American Psychological Association, 5th edition (APA Style).
 - Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Ésta sólo será efectiva a través de la Comisión Editorial de la revista.
 - El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los evaluadores, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el

autor, debe ser entregado a la Comisión Editorial de la revista en un lapso no mayor a los 30 días.

- El trabajo no aceptado será devuelto al autor o autores con las observaciones correspondientes. El mismo no podrá ser evaluado nuevamente.
- Queda entendido que, una vez enviado el artículo a la revista e iniciado el arbitraje, el autor acepta este proceso, y en consecuencia se compromete a publicarlo sólo en la revista científica del Programa Apex-Cerro.
- El autor o autores recibirán 5 ejemplares de la revista en los que aparezca publicada su investigación.

4. Formato de la presentación

- Las contribuciones deberán ser presentadas en archivo electrónico en formato DOC o RTF o en versión impresa por triplicado a la redacción de la revista.
- Las contribuciones deberán ser escritas de acuerdo a las reglas de la gramática y la sintaxis del idioma de origen.

5. Lista de comprobación de envíos

- Como parte del proceso de envío, se le solicita a los autores que indiquen que su envío cumpla con todos los siguientes elementos y que acepten que envíos que no cumplan con estas indicaciones pueden ser devueltos al autor.

6. Copyright

- La propiedad intelectual de los artículos publicados en esta revista pertenece a los autores y los derechos de edición y publicación se conceden a la publicación periódica.

7. Declaración de Privacidad

- Los datos personales del autor introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Información para lectores:

Se recomienda a los lectores que se registren enviando un mail a it@apex.edu.uy, este registro permitirá al lector recibir la tabla de contenido o sumario por correo cada vez que se publique un nuevo número de la revista (Currents Contents).

La revista científica del Programa Apex-Cerro no es responsable de las opiniones dadas por los autores de los artículos que en ella se publican. La correspondencia de carácter científico y académico habrá de dirigirse a:

Comisión Editorial de la Revista Científica “it”.

Universidad de la República

Programa Apex-Cerro

Haití 1606 código postal 12800

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: it@apex.edu.uy



Prof. Débora Gribov, Rector Roberto Markarián



Comisión Directiva, 2006

DATOS EVALUADORES

Gustavo Giachetto

Posgrado de Gestión en Servicios de Salud. Y Diploma de Profundización en Infectología Pediátrica.

Depto. de Pediatría, Clínica Pediátrica “C”-Facultad de Medicina Universidad de la República.

Amparo Huget

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería de emergencia pediátrica. Especialista en Enfermería pediátrica. Especialista en Gestión de servicios de salud.

Prof. Adjunto Facultad de Enfermería UDELAR/Coordinador académico en la Especialidad de paciente crítico ASSE-UDELAR. Jefe de Enfermería Emergencia pediátrica del Centro hospitalario Pereira Rossell.

María Corral Vázquez

Lic. Cs Antropológicas/Prof. Educación Física. Instituto Superior de Educación Física.

Mateo Gamarra Ravera

Médico Especialista en Medicina del Deporte.
Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

Bruno Mora Pereyra

Especialista en Tecnología Educativa. Licenciado en Educación Física.
Grupo de Estudios Sociales y Culturales sobre Deporte, Departamento de Educación Física y Deporte, Instituto Superior de Educación Física, Universidad de la República.

Ana Cerutti

Maestra. Lic. en Psicomotricidad.
Ex Prof. Adjunta UdelaR. Espacio Interdisciplinario, EUTM, Psicología Médica, CIPE.

Serrana Tihista

Lic. Nutrición
Docente Dpto. Nutrición Clínica de la Escuela de Nutrición de UdelaR. Jefe Dpto. Nutrición Centro Nacional de Quemados.

Andrea Yambei

Educadora Social.
Programa Nacional de Discapacidad.

Patricia Manzoni

Licenciada en Ciencias de la Educación.
Escuela Universitaria de Tecnología Médica.

Varenka Parentelli

Magíster en Enseñanza Universitaria. Diplomada en Gestión Educativa. Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Doctoranda en Ciencias de la Educación en la UNLP.
Prof. Adj. en la UAE de Facultad de Información y Comunicación. Prof. Adj. en la UAE Facultad de Ciencias Económicas y Administración.

Selene Indarte Galli

Doctor en Medicina. Postgrado en Medicina Interna. Medicina Intensiva y Gestión en Salud. Especialista en Informática Médica.
Gerente de Informática Médica de SUAT SC.

Dra. Denise Najmanovich

Doctorado por la PUC-San Pablo, Brasil. Maestría en Metodología de la Investigación. UB; Argentina. Bioquímica UBA, Argentina. Universidad de Buenos Aires.

Clara Netto

Lic. en Filosofía. Analista Institucional.

Gabriela Prieto Loureiro

Doctora en Educación. Magíster en Psicología y Educación. Licenciada en Psicología.
Prof. Agda. Instituto de Psicología Clínica Facultad de Psicología-Udelar.

Laura Molina

Licenciada en Enfermería. Especialista en Administración de Servicios de Salud.
Administración de los Servicios de Salud del Estado-ASSE.

Marta Beatriz Pereyra Quinteros

Doctora en Comunicación. Diploma Avanzado en Nuevos Lenguajes de la Comunicación. Licenciada en Comunicación social. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Facultad de Ciencias de la Comunicación.

Federico Beltramelli

Doctor en Comunicación por la UNLP. Facultad de Información y Comunicación.

Agustín Barúa Caffarena

Psiquiatra de atención primaria de salud. Antipsiquiatra. Psicodramatista. Terapeuta (individual y grupal). Educador popular. Magíster en antropología social. Acompañante en procesos de intercuidados de equipos sociales. Acompañamientos sociales comunitarios. Asunción-Paraguay.

Andrea Tuana

Lic. Trabajo Social (UDELAR).

Diplomada en Género, Participación y Desarrollo. (Facultad de Ciencias Sociales Chile).

Maestra en Políticas Públicas de Igualdad de Género (FLACSO-Uruguay).

Eliana Martínez Romero

Prof. Obstetra Partera. Directora de la Escuela de Parteras-Facultad de Medicina-UDELAR.

Mercedes Pérez

Profesora Licenciada en Enfermería. Decana de Facultad de Enfermería-UdeLaR.

ÍNDICE DE AUTORES

Victoria Cuadrado

Asistente Núcleo de Ingeniería Biomédica y Facultad de Información y Comunicación.

Martín Arregui

Ayudante Núcleo de Ingeniería Biomédica.

Emiliano Conti

Ingeniero en Computación.

Agustín Guerra

Asistente Facultad de Ingeniería. Unidad de Extensión.

Alejandro Fischel

Sub Director Centro Auxiliar Pando-ASSE.

Franco Simini

Coordinador Núcleo de Ingeniería Biomédica-Facultades de Medicina e Ingeniería.

Beatriz Ferreira

Doctora en Odontología-Facultad de Odontología-UdelaR. Docente del Programa APEX.

Carlos Torrado

Profesor Adjunto del Área Social del Programa APEX-UdelaR.

Maria Teresa Almaraz

Doctora en Odontología-Facultad de Odontología-UdelaR.

Gabriela Di Landro

Lic. en Psicología. Docente del Programa APEX

Fernanda Olivar

Licenciada en Antropología Social (FHCE-UdelaR). Especialista en Políticas Sociales (FCS-UdelaR). Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria-Facultad de Medicina-UdelaR.

Lía Fernández Pellejero

Magíster. Profesora. Directora del Departamento “Salud del niño, niña y adolescente”. Facultad de Enfermería-Universidad de la República.

Gabriela Etcheverry Catalogne

Magíster en Psicología Social-Facultad de Psicología-Instituto de Psicología Social. Profesora Adjunta. Doctoranda en Psicología.

Patricia Arias

Licenciada en Nutrición.

José Balbanian

Licenciado en Nutrición.

Gabriela Martínez

Bachiller.

Ezequiel Peña

Bachiller.

Pablo Pereira

Licenciado en Nutrición. Especialista en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Docente del Programa APEX-UdelaR.

Marcos Lafluf Cuevas

VidiaLab-Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo-UdelaR.

Gabriela Barber Sarasola

VidiaLab-Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo-UdelaR.

Maximilano Rodríguez Fleitas

Facultad de Información y Comunicación-UdelaR.



Teatro del FOICA



Vecino Odorico Velázquez, Sta. Catalina

The logo features the word 'latindex' in a white, lowercase, sans-serif font. A small orange circle is placed above the letter 'i'.

ISSN: 1688-7972

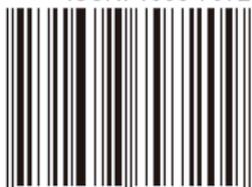
Salud Comunitaria y Sociedad

Revista Académica
Programa APEX - Universidad de la República



www.apex.edu.uy

ISSN: 1688-7972



9 771688 797209