

it

Salud Comunitaria y Sociedad





REVISTA IT VOLUMEN 7 N° 7

Dirección general: María Teresa Almaraz
Coordinación de la publicación: Mag. Miguel Olivetti, María Teresa Almaraz, Marcos Lafluf y Gabriela Iglesias

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:
Mag. Miguel Olivetti
Dra. María Teresa Almaraz
Lic. Nut. Raquel Palumbo
Dra. Ana Kemayd
Mag. Virginia Aquino
Mag. Eugenia Viñar
Lic. Federico Valdés
Lic. Marcos Lafluf

Secretaría Administrativa: Gabriela Iglesias



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



latindex

Impreso y encuadernado en Mastergraf srl
Bvar. Artigas 4678 - Tel.: 2303 4760*
Depósito legal: 365.174 - Comisión del Papel
Edición amparada al decreto 218/16

SUMARIO

Editorial.....	2
Comité Editorial	
LOS NIÑOS QUE CUENTAN CIENCIA: DERRIBANDO MIEDOS Y CONCEPTOS ERRÓNEOS EN EL AULA ESCOLAR.....	5
Natalia Mannise, Laura Montes de Oca, Vanesa Amarele, Ma. José Albo	
EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ESTABLECIDOS PARA LA DIABETES Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN DEL TAMIZAJE EN UNA POBLACIÓN DE MONTEVIDEO.....	11
Lucía Fernández, Romina Medeiros, Paula Demassi, Graciela Borthagaray, Cristina Servetto	
TRAYECTORIA HISTÓRICA DEL VIH/SIDA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNICACIONAL: EL CASO BRASILEÑO.....	24
Renato Gonçalves Ferreira Filho	
PSICOPEDAGOGÍA COMUNITARIA. UNA EXPERIENCIA EN SALUD DESDE LA PEDAGOGÍA FREIREANA.....	38
María Paula Juárez	
CITAS PROGRAMADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PRIMERA FASE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE SU CUMPLIMIENTO.....	59
Alexis Correa, Lorena Santos, Gabriela Falero, Ana Iris Kemayd Rotta	
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA Y SOCIAL ENTRE INSTITUCIONES DE SALUD.....	72
Jorge Luis Olivares, Alejandro Daniel Lahoz, Nora Montiel, Claudia Mabel Linares, Marina Villarreal, Marisol Georgina Olivares	
ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS: PROBLEMAS Y DESAFÍOS EN LA APLICACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	88
Martín de Lellis	
Normas de publicación Revista Científica: APEX Cerro.....	109
Laura Arispe, Nicolás Brum	
Datos de evaluadores.....	115
Datos de los autores.....	118

Motivo de tapa: la misma fue realizada por el Grupo de adolescentes ApexAndo. Las obras fueron realizadas por: Damián Cuadro, Darío Aquino, Gabriel Aquino, Alexa Machado, Leia Maldonado, Antonella Lepsik, Mayra Lepsik, Matías Pinto, Cristina García, Carlos Torrado. Concurso de dibujo y pintura para jóvenes artistas para la tapa de la Revista Científica Salud y Comunidad "it", cuya temática fue, "Mi barrio, mi comunidad". Resolución de Comisión Directiva del Programa APEX-CERRO en Sesión Ordinaria de fecha 25 de octubre de 2018.

Programa APEX-CERRO-UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

EDITORIAL

La organización institucional del Programa Apex transita, desde hace tiempo, un camino de actualización y búsqueda de adaptación a las principales problemáticas emergentes en el territorio, donde las dimensiones vinculadas al campo de la salud comunitaria siguen siendo grandes protagonistas. Constantemente se actualiza, también, la forma de pensarse y situarse frente a los nuevos desafíos que implica la perspectiva de la integralidad universitaria y en particular de los aprendizajes en la extensión como bien refleja su nombre: Apex.

En ese marco, la revista IT se presenta como un espacio fundamental del Programa Apex, donde se sitúan los debates y las reflexiones científico-académicas en relación con el vínculo entre la universidad, el conocimiento y la ciudadanía. En este sentido, seguimos construyendo esta revista atendiendo a la generación de nuevos aportes para la reflexión sobre los dos grandes pilares que sostienen a un programa integral como Apex: por una lado, la dimensión socio-territorial, que implica el trabajo con aspectos que hacen a las formas de articulación territorial, de los vínculos y el acompañamiento a los procesos de organización comunitaria, la co-construcción de problemáticas y demandas en territorio. Por otro lado, y al mismo tiempo, el otro pilar son las intervenciones comunitarias en salud, con una mirada especial a los ciclos de vida (infancia, adolescencia y adultos mayores) y a los procesos de producción de salud con estrategias de educación en salud comunitaria.

Las reflexiones no se limitan a esos dos pilares, porque la perspectiva epistemológica que sitúa a las concepciones expuestas habilita a pensar en trayectos ilimitados entre disciplinas, saberes populares, problemáticas emergentes, metodologías diversas y múltiples puntos de vista. Hacer proliferar saberes y perspectivas, en la diversidad y la pluralidad, es una idea fuerza que se ve reflejada en nuestra revista IT. De esta forma, son además de nuestro mayor interés los aportes sobre: la construcción de herramientas teóricas y metodológicas para las prácticas integrales, las formas de co-participación ciudadana en la toma de decisiones que afectan las políticas o dispositivos públicos, el pensamiento de diseño y de comunicación y la educación popular y comunitaria.

De esta forma “IT”, que proviene de una voz charrúa que significa fuego, en la actualidad representa para el Apex la llama que se mantiene viva. Ese fuego

que encendieron nuestros maestros y maestras se mantiene vivo por la propia dinámica de la ruptura epistemológica que sostiene la propuesta: la proliferación y pluralidad de saberes, los problemas de la salud comunitaria imbricados con las dimensiones sociales, económicas, políticas, territoriales y pensados no como problemáticas a identificar sino como verdaderos espacios de co-construcción colectiva. Es allí donde el conocimiento se construye de forma participativa y donde nuestro fuego se mantiene.

El conjunto de artículos que conforman el presente número se caracteriza por integrar la mirada de distintas disciplinas a las problemáticas vinculadas a la salud comunitaria y la extensión. Muchos de ellos transitan un diálogo inter y transdisciplinar, donde convergen distintos enfoques y metodologías, aportando al desarrollo de nuevo conocimiento en el ámbito de la salud comunitaria.

En el primer artículo, “Los niños que cuentan ciencia: derribando miedos y conceptos erróneos en el aula escolar” de los autores Natalia Mannise, Laura Montes de Oca, Vanesa Amarele y María José Albo, se propone aportar a la promoción de la educación en ciencias biológicas en etapas tempranas de aprendizaje, democratizando el conocimiento científico a través de una plataforma educativa electrónica interactiva y da cuenta de la trayectoria que se viene realizando.

En “Evaluación de los factores de riesgo establecido por la diabetes y del cumplimiento de la recomendación del tamizaje en una población de Montevideo”, Lucía Fernández, Romina Medeiros, Paula Demassi, Graciela Borthagaray y Cristina Servetto dan cuenta sobre cómo evaluar los factores de riesgo así como el cumplimiento de las recomendaciones de tamizaje para la diabetes mellitus en una población adulta de Montevideo.

El Dr. Renato Gonçalves Ferreira Filho en “Trayectoria histórica del VIH-SIDA desde la perspectiva comunicacional: el caso brasileño” integra una perspectiva comunicacional desde la cual transita la historia del VIH-SIDA en el contexto de Brasil, centrada en las mediaciones comunicacionales de la cultura y de los procesos de subjetivación.

También vinculado a la comunicación se suman los relatos de una experiencia en el uso de tecnologías de información y comunicación en el contexto de extensión realizado por un grupo de investigadores del Programa de extensión universitaria de la Universidad Nacional de la Pampa (Argentina), Jorge Luis Olivares, Alejandro Daniel Lahoz, Nora Montiel, Claudia Mabel Linares, Mariana Villarrel y Marisol Giorgina Olivares: “Estrategias para mejorar la comunicación científica y social entre instituciones de salud”. En el mismo se aborda la relevancia de la

telemedicina en contexto geográficos donde las grandes distancias dificultan la comunicación.

María Paula Juárez, en el artículo “Psicopedagogía Comunitaria. Una experiencia en Salud desde la pedagogía freireana”, hace énfasis en el valor de la psicopedagogía comunitaria, en la comprensión empática de las condiciones sociales en la que se encuentran grupos humanos con una lista de problemas innumerables. Enfoca su mirada en el rol que desempeñan los sujetos en circunstancias de aprendizaje, en la construcción de conciencias de su propia realidad para ser capaces de transformar su realidad.

En el artículo “Citas programadas en el Primer Nivel de Atención: Primera fase del estudio de investigación sobre su cumplimiento”, los autores Alexis Correa, Lorena Santos, Gabriela Falero y Ana Kemayd dan cuenta de un estudio planteado en dos fases, presentando en este caso la primera fase, el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos respecto del cumplimiento de las citas programadas durante un período de un año, en un consultorio de medicina familiar y comunitaria.

A una década de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, basada en el enfoque de derechos y en una perspectiva comunitaria para sustituir la respuesta de asilar, Martín de Lellis, en el artículo “Ética y políticas públicas: problemas y desafíos en la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental” analiza algunos obstáculos y desafíos para su aplicación, así como algunos avances en dichas políticas. Se concentra en las tensiones referidas a aspectos deontológicos en el campo de la salud mental.

Comité Editorial

LOS NIÑOS QUE CUENTAN CIENCIA: DERRIBANDO MIEDOS Y CONCEPTOS ERRÓNEOS EN EL AULA ESCOLAR

KIDS THAT TELLS SCIENCE: KNOCKING DOWN FEAR AND MISTAKEN CONCEPTS IN THE CLASSROOM

Natalia Mannise
Laura Montes de Oca
Vanessa Amarele
María José Albo

Palabras clave: democratización de la ciencia, educación en ciencias, experiencia científica directa

Keywords: science democratization, science education, direct scientific experience

Resumen

Los niños que cuentan ciencia es un proyecto que pretende derribar miedos y preconceptos a la vez que promueve la educación de las ciencias naturales. Para ello trabajamos sobre 3 pilares: experiencia directa con los estudiantes, creación de material didáctico y democratización del uso de los recursos didácticos en otras escuelas. Al mismo tiempo mediante encuestas antes y después de la experiencia directa, se evalúa el impacto de esta en estudiantes de Uruguay.

Abstract

Kids that tells science is a project that aims to overthrow the fear and demystifying biology misconception while natural science education is promoted. We work on three pillars: direct experience with students, generation of educational resources and its popularization. In addition, we perform surveys before and after each direct experience in order to assess the impact of them in Uruguayan students.

La biodiversidad: miedos y conceptos erróneos

El miedo y el rechazo hacia determinados organismos (serpientes, ratas, arañas) ha estado relacionado a la supervivencia de los seres humanos a lo largo de la evolución (enfermedades y muertes) (Lorenz et al, 2014; Prokop, 2018). Sin embargo, este tipo de percepciones se observan también frente a animales inofensivos como mariposas y polillas (Gerdes et al, 2009). En general, las apreciaciones negativas están vinculadas a la imagen que se tiene de estos organismos, usualmente asociadas a la desinformación por parte de la sociedad y masificada a través de los medios de comunicación (Thompson & Mintzes 2002). De hecho, se sabe que la percepción de miedo disminuye cuando se proporciona información biológica certera positiva (Muris et al, 2008).

Los programas educativos ambientales que involucran experiencias directas con la biodiversidad han sido un éxito en diferentes países del mundo, dado que realizan aportes en el conocimiento del medio ambiente y además potencian actitudes positivas, especialmente en niños (Kinder et al 2015; Prokop & Fančovičová, 2017). Estos programas tienen un impacto positivo para derribar el miedo y rechazo hacia los distintos organismos y buscan fomentar el conocimiento de la naturaleza y actitudes de conservación.

En Sudamérica existen pocos proyectos que integren la educación ambiental en programas curriculares de la educación formal (Nates et al, 2010). “Los niños que cuentan ciencia” es una propuesta novedosa desarrollada por investigadores del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE) en Uruguay. Nuestro principal objetivo es promover la educación en ciencias biológicas en etapas tempranas de aprendizaje, facilitando a las escuelas información científica de escaso acceso en un formato adecuado para niños.

Una propuesta de educación científica en escuelas públicas de Uruguay

Nuestro proyecto se basa en la experiencia científica directa mediante actividades extracurriculares. A través de la interacción investigadores-educador se fomentan experiencias que incentivan la curiosidad y el pensamiento crítico de los estudiantes.

El grupo está conformado por 4 equipos de investigadores que trabajamos en distintas disciplinas de las ciencias biológicas: neurociencias, microbiología, ecología y evolución, y genética de la conservación. En nuestra primera experiencia, financiada por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) en el 2016, cada equipo trabajó cada 15 días con uno de los grupos de sexto año

de las escuelas públicas de Montevideo: N°120 Manuel Belgrano, N°51 Paraguay, N°273 Dardo Ortiz y N°121 Evaristo Ciganda.

Primero quisimos conocer cuáles eran los miedos y conceptos erróneos en cada temática. Para esto el primer día se realizó una encuesta específica para cada disciplina y grupo escolar. El análisis de las encuestas fue un insumo para la planificación de las actividades que cada equipo de investigadores efectuó, atendiendo las necesidades del grupo escolar.

Realizamos distintas actividades de acuerdo a las características del grupo y disciplina biológica. Los talleres incluyeron juegos, experimentos científicos, salidas de campo, charlas, construcción de cuentos e historietas y representaciones teatrales. Como parte del proyecto consideramos necesario que los niños visitaran el IIBCE y nuestros laboratorios; a través de esta visita los acercamos aún más a la cotidianidad del quehacer científico. Cuando finalizamos la experiencia los estudiantes realizaron la misma encuesta que al comienzo. De esta manera se pudo comparar el efecto que tuvo nuestro trabajo continuo de educación directa en ciencias biológicas en 100 escolares de Montevideo (Figura 1). Nuestros resultados reflejan un impacto positivo en la incorporación de nuevos conceptos y en la valoración de nuestra biodiversidad. En las nuevas respuestas sobre percepción de miedo y actitudes de rechazo pudimos observar una reducción de estas percepciones y por lo tanto un cambio positivo luego de la experiencia.

Dado que esta experiencia directa solo puede alcanzar a un reducido número de escolares del territorio nacional, nuestra propuesta involucra otros dos aspectos dedicados a la divulgación de los contenidos científicos. El primero es la generación de cortometrajes creados por los propios estudiantes, que constituye la primera temporada de la miniserie “Los niños que cuentan ciencia”, junto con fichas de contenidos que explican qué temas se pueden abordar con cada cortometraje. El segundo, es la democratización del conocimiento científico a través de una plataforma educativa electrónica interactiva en donde los docentes pueden acceder a los recursos didácticos.

Cortometrajes educativos por y para niñas y niños

Con el propósito de extender esta iniciativa a todas/os las niñas y niños del país nos propusimos que cada grupo de escolares, en coordinación con la productora “La casa del árbol”, desarrollara un cortometraje que representara lo que habían aprendido a través de nuestros talleres científicos. Fueron los estudiantes quienes, con colaboración de los realizadores audiovisuales, escribieron el guión, crearon la escenografía y el vestuario, actuaron, filmaron y grabaron el sonido.

Se llevaron a cabo entre cuatro y seis talleres de producción audiovisual por grupo escolar articulando arte y ciencia. Cada taller implicó la conjunción de herramientas narrativas, actuación, plástica, sonido e imagen sumado a los conceptos de cada disciplina biológica. De esta forma, se creó una miniserie de cuatro cortometrajes, uno de cada disciplina biológica y por lo tanto de cada grupo de escolares. La miniserie está disponible en la página web del proyecto (cuentanciencia.uy) y además fue distribuida en formato DVD junto con una ficha de contenidos en todas las escuelas de práctica del país a través del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) de ANEP. Este producto es un recurso didáctico en sí mismo para poder abordar distintas temáticas en las escuelas del país. Es una manera simple y poderosa para transmitir conceptos a otros estudiantes. Si bien cada cortometraje aborda temáticas biológicas que pueden ser complejas de explicar, es entretenido para los escolares, brindándoles a los docentes una forma sencilla y nueva para enriquecer sus clases.

El futuro de “Los niños que cuentan ciencia”

En la primera edición del proyecto trabajamos de manera directa con escolares de Montevideo, cuyos miedos y conceptos erróneos pueden ser diferentes de los que puedan tener estudiantes de contextos menos urbanizados. En este sentido, durante el 2018 realizamos una segunda experiencia, con el grupo de quinto año de la escuela N°123 de Los Cerrillos (Canelones). En esta oportunidad trabajamos las cuatro temáticas articuladas generando un cortometraje que aborda la importancia de conservar la biodiversidad. A lo largo de 2019 hemos desarrollado la tercera experiencia en la escuela N°167 de Shangrila (Canelones) en el cual abordaremos las cuatro temáticas juntas a través de la evolución. En este sentido esperamos expandir la experiencia de educación científica directa en más escuelas en distintos puntos del interior del país y generar más recursos educativos en el marco del proyecto.

Con el fin de que más escuelas puedan acceder a este material estamos desarrollando, en colaboración con la librería del Plan Ceibal, una plataforma electrónica interactiva donde estarán disponibles los cortometrajes junto con fichas técnicas que permitan el uso de estos como recurso educativo en el aula.

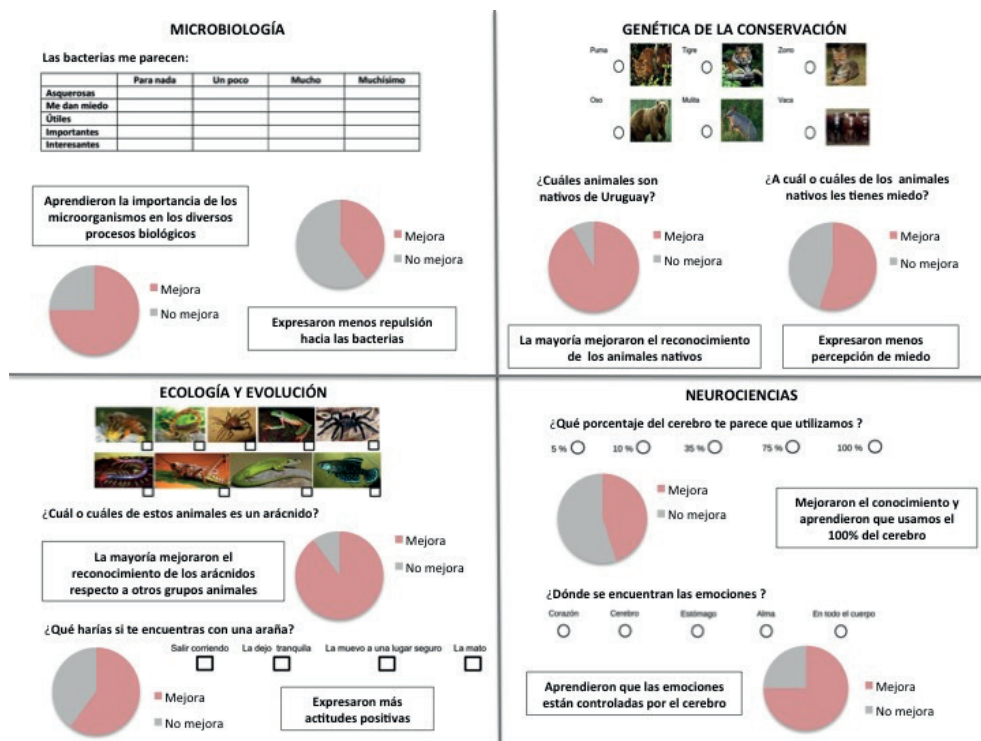


Figura 1: Resultados del análisis de las encuestas antes y después de las actividades educativas científicas directas en cada grupo escolar y cada disciplina biológica.

Agradecimientos: Agencia Nacional de Investigación e Innovación (PCTI- ANII), Banco de Seguros del Estado (BSE), Escuelas N°120, N°51, N°273, N°121, N°123; a sus directoras, maestras y estudiantes.

Referencias bibliográficas

- Gerdes, ABM; Uhl, G.; Alpers, GW. (2009). Spiders are special: fear and disgust evoked by pictures of arthropods. *Evolution and Human Behavior* 30:66-73.
- Kinder, T.; Mesner, NO; Larese-Casanova, M.; Lott, KH.; Cachelin, A.; LaLonde, K. (2015). Changes in knowledge and attitude from a short-term aquatic education program. *Natural Sciences Education* 44:18-25.
- Lorenz, AR; Libarkin, JC; Ording, GJ. (2014). Disgust in response to some arthropods aligns with disgust provoked by pathogens. *Global Ecology and Conservation* 2:248-254.

- Muris, P.; Mayer, B.; Huijding, J.; Konings, T. (2008). A dirty animal is a scary animal! Effects of disgust-related information on fear beliefs in children. *Behavior Research and Therapy* 46:137-144.
- Nates, J.; Campos, C.; Lindemann-Matthies, P. (2010). Students' perception of plant and animal species: a case study from rural Argentina. *Applied Environmental Education and Communication* 9:131–141.
- Prokop, P.; Fančovičová J. (2017). The effect of hands-on activities on children's knowledge and disgust for animals. *Journal of Biological Education* 51:305-14.
- Prokop, P. (2018). Natural Selection Influences the Reactions of Children to Potentially Dangerous Animals. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education* 14:397-406.
- Thompson, TL.; Mintzes, JL. (2002). Cognitive structure and the affective domain: On knowing and feeling in biology. *International Journal of Science Education* 24:645-660.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ESTABLECIDOS PARA LA DIABETES Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN DEL TAMIZAJE EN UNA POBLACIÓN DE MONTEVIDEO

EVALUATION OF RISK FACTORS ESTABLISHED FOR DIABETES AND COMPLIANCE WITH THE SCREENING RECOMMENDATION IN A POPULATION OF MONTEVIDEO

**Lucía Fernández
Romina Medeiros
Paula Demassi
Graciela Borthagaray
Cristina Servetto**

Palabras clave: diabetes Mellitus, tamizaje de diabetes, factores de riesgo, hipertensión, sobrepeso y obesidad, tabaco.

Keywords: diabetes mellitus, diabetes screening, risk factors, hypertension, overweight and obesity, tobacco

Resumen

El término diabetes mellitus se refiere a alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica. Se estima que en el mundo existen aproximadamente 450 millones de personas con diabetes y según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. Los factores de riesgo establecidos son hipertensión, sobrepeso y obesidad y consumo de tabaco entre otros. Se recomienda el tamizaje anual mediante la glucemia en ayunas en la población de riesgo, y cada tres años en pacientes de 45 años o más.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los factores de riesgo y el cumplimiento de la recomendación de tamizaje para diabetes en una población de conveniencia de adultos de Montevideo. En el momento de la encuesta se completó una ficha con los datos declarados, que fueron analizados de forma anónima.

Los resultados se compararon con las estimaciones de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud Pública de 2013. En el grupo etario de 25 a 64 años, la proporción de hipertensos, de obesos y con sobrepeso y de consumidores diarios de tabaco fue menor, similar y menor respectivamente. La proporción de diabetes en el rango de 25 a 64 años no mostró diferencias con la de la encuesta del 2013. Se estimó la prevalencia de factores de riesgo en el grupo de adultos mayores a 65 años

no publicados en encuestas anteriores. El 10% de los encuestados mayores de 45 años no se había realizado el tamizaje de diabetes aconsejado.

Abstract

The term diabetes mellitus refers to metabolic disorders characterized by chronic hyperglycemia. It is estimated that in the world there are approximately 450 million people with diabetes and according to WHO projections, diabetes will be the seventh cause of mortality in 2030. The established risk factors for diabetes are hypertension, overweight and obesity and tobacco use, among others. Annual screening is recommended by fasting blood glucose in the population at risk, and every three years in patients 45 years of age or older.

The objective of this work was to evaluate risk factors and compliance with the screening recommendation for diabetes in an adult convenience population of Montevideo. At the time of the survey, an electronic file with the declared data was completed, which was analyzed anonymously. The results were compared with the estimates of the Second National Survey of Risk Factors for not Transmissible Diseases of the Ministry of Public Health of 2013. In the age group of 25 to 64 years, the proportion of hypertensive, obese and overweight and of tobacco consumers were lower, similar, and lower respectively. The proportion of diabetes in the range of 25 to 64 years did not show differences with that of the 2013 survey. The prevalence of risk factors was estimated in the group of adults over 65 years old, not published in previous surveys. 10% of respondents over 45 years of age had not been screened for diabetes.

Introducción

El término diabetes mellitus (DM) se refiere a alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica con afectación en el metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas producidas por defectos en la secreción de insulina y/o en la acción de esta según la OMS (WHO, 1999). En el año 2017, más de 425 millones de personas en el mundo tenían DM, 26 millones correspondían a América del Sur y Central y otros 352 millones de personas, con alteración de la tolerancia a la glucosa, corren un alto riesgo de desarrollar DM (IDF, 2017). Se estima que para el año 2045, 693 millones de personas tengan DM. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad por enfermedad en 2030 (Mather, 2006).

La DM puede presentarse con síntomas de sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso o, frecuentemente, sin síntomas. Como consecuencia, la hiperglucemia puede ocasionar alteraciones fisiológicas durante largo tiempo antes del diagnóstico, por lo que el control glucémico es de gran relevancia para su detección. No siempre se presenta con los síntomas clásicos, pudiendo evolucionar por períodos prolongados sin asomar al horizonte clínico, pero sí generando daño a nivel de todo el organismo de la persona afectada. Estos daños afectan fundamentalmente al sistema circulatorio, comprometiendo el sector microvascular así como el macrovascular (ADA, 2015).

La DM se puede clasificar en DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional (DMG) y en tipos específicos de diabetes debidos a otras causas (ADA, 2015). La DM1, también llamada insulino dependiente, es de inicio temprano y se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina debido a la destrucción de las células beta del páncreas, generalmente de causa autoinmune, requiriendo la administración diaria de insulina. La DM2 es causada por un déficit insulínico relativo variable y resistencia periférica a su acción. En ella se encuentra con frecuencia un nivel elevado de insulina en sangre como mecanismo compensatorio a la resistencia. La DM2 supone el 90% de los casos de diabetes y la mayoría de los afectados tiene sobrepeso u obesidad (MSC, 2008). La DMG es la diabetes diagnosticada en el segundo o en el tercer trimestre de embarazo. Los tipos específicos de diabetes debidas a otras causas incluyen los trastornos monogénicos con alteración de la función de las células β de la diabetes neonatal transitoria o permanente y la diabetes juvenil de comienzo tardío (MODY por sus siglas en inglés), que explican menos del 5% de casos y que aparecen en el período neonatal o antes de los 25 años respectivamente.

El diagnóstico de DM2, definido en las Guías de Práctica Clínica nacionales (GPCDM2) (MSP, 2017), se establece mediante las consideraciones resumidas en

la Tabla 1. La glucemia basal en plasma venoso es el método recomendado para el diagnóstico de diabetes, por ser una técnica precisa, reproducible y de bajo costo (MSC, 2008).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de DM definidos por la GPCDM2

1. Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día) ≥ 200 mg/dL.
O
2. Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso ≥ 126 mg/dL, con ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.
O
3. Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso ≥ 200 mg/dL a las 2 horas de test de tolerancia oral a la glucosa con 75 g (PTOG).

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de DM2 se encuentran la hipertensión, el sobrepeso definido por el índice de masa corporal (IMC) elevado, el consumo de tabaco, el sedentarismo, el antecedente familiar de DM2 y la edad mayor a 40 años (Tuomilehto et al., 2001). De acuerdo con la OMS uno de cada tres adultos en el mundo es hipertenso. Se considera que la presión arterial está elevada cuando la presión sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o la presión diastólica es mayor o igual a 90 mmHg (Ioannidis, 2018). Se estima que la hipertensión arterial es responsable de la mitad de las muertes por ataque cerebrovascular y cardiopatía (Ettehad et al., 2016). Un estudio de 8 años de duración, realizado en adultos encontró que la incidencia de DM entre los hipertensos es de un 21,5%, contra un 11,2% entre los normotensos, demostrando que la hipertensión arterial se encuentra relacionada con la DM (Min-Ju et al., 2015). Por otro lado, un estudio de cohorte realizado en mujeres, con un seguimiento medio de 16 años, concluyó que el factor de riesgo más importante para la DM2 es el IMC elevado (Hu et al., 2001). Se encontró que el riesgo relativo (RR) para DM es de 38.8% en individuos con IMC >35 Kg/m² respecto a individuos con IMC <23 Kg/m². En el caso de los varones un estudio de cohorte concluyó, luego de cinco años de seguimiento, que un IMC >35 Kg/m², aumenta al 42,1% el RR para DM (Chan et al., 1994). En cuanto al consumo de tabaco, un estudio de cohorte concluyó, luego de 21 años de seguimiento, que fumar más de 20 cigarrillos dia-

rios incrementa un 65% el riesgo de DM2, y fumar menos de 20 cigarrillos por día lo incrementa en un 30% (Patja et al., 2005).

Las patologías crónicas originadas como consecuencia de la DM incluyen el desarrollo de microangiopatía diabética y macroangiopatía o afectación macrovascular. Dentro de la microangiopatía diabética se encuentra la retinopatía, con potencial desarrollo de ceguera; la nefropatía, que puede llevar a fallo renal; y la neuropatía periférica que se manifiesta principalmente con úlceras plantares y amputación. En cuanto a las complicaciones macrovasculares se destaca la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, y la arteriopatía periférica. La microangiopatía diabética viene determinada en mayor medida por el grado de control glucémico mientras que la macroangiopatía se atribuye a la agregación de factores de riesgo en el paciente diabético (hipertensión, dislipemia, tabaquismo y sobrepeso) (MSC, 2008).

El Ministerio de Salud Pública, en la GPCDM2 para la atención en el ámbito ambulatorio, recomienda además del cribado anual de la diabetes mediante la glucemia en ayunas en población de riesgo, el cribado cada tres años en pacientes de 45 años o más (MSP, 2017). Considera como población de riesgo para el cribado de DM2 aquella que tiene una o más de las siguientes condiciones: hipertensión, dislipemia, obesidad, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica (hijos con macrosomía, abortos a repetición, malformaciones), y glucosa en ayunas alteradas (valor entre 110 y 125 mg/dL).

La situación epidemiológica de la DM en Uruguay, presentada en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud Pública, realizada en el año 2013 (ENFRENT-2013) (MSP, 2013), indica una prevalencia del 6% para la población de 15 a 64 años, una prevalencia mayor en la población adulta de 25 a 64 años que en la población joven 15 a 24 años, sin registrar diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. En los últimos años se ha visto un aumento en la prevalencia de DM, lo cual puede atribuirse al envejecimiento de la población y a la modificación de hábitos alimenticios y estilos de vida, como son consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, sedentarismo, estrés, y consumo de tabaco, que favorecen el desarrollo de alteraciones metabólicas que pueden desencadenar hiperglucemia (MSC, 2008).

El control adecuado del desarrollo de las alteraciones que provoca, y la acción sobre los factores de riesgo, constituyen una estrategia a valorar con el fin de disminuir la morbilidad causada por la DM. A su vez, su detección precoz es fundamental dado que es una enfermedad de alta prevalencia, tratable y con un tratamiento efectivo (ALAD, 2013).

Varios estudios informan sobre la proporción de diabetes en población uruguaya, algunos realizados sobre muestras de conveniencia y otros sobre muestras seleccionadas al azar. Entre los primeros y en los que la presencia de diabetes se realizó por autoreferencia del encuestado, la prevalencia se situó entre 5.5% y 7.1%; en tanto que si se incluyen los estudios de muestras al azar y no se consideran las poblaciones especiales (pacientes internados, adultos mayores y médicos), la prevalencia estuvo comprendida entre 4.4% y 9.2% (Sandoya, 2016). En la primera fase de la encuesta de prevalencia de diabetes en Uruguay, con muestra seleccionada al azar y con medida de glicemia, la prevalencia de diabéticos que conocían su condición fue de 6.4%, aumentando al 8.0% al agregar los detectados en el estudio (Ferrero y García, 2005). Los últimos datos disponibles sobre prevalencia de DM y sus factores de riesgo están reflejados en la ENFRENT-2013, donde se informa, para ambos sexos y en el grupo etario de 25 a 64 años, una prevalencia de DM de 7.6% (IC95%, 6.4% - 8.9%) (MSP, 2013).

Objetivos

En una población urbana de Montevideo, determinar la frecuencia relativa de:

- DM, y
- los factores de riesgo establecidos para DM.

Materiales y métodos

Se realizó la actividad con una población de Montevideo, que concurrió espontáneamente a la exposición de la Facultad de Química del Día del Patrimonio, realizada en los años 2017 y 2018. La misma involucró la obtención de datos de los individuos que se define como Encuesta 2017-2018 y la entrega de material informativo. Los datos declarados voluntariamente se registraron en una ficha electrónica e involucraron identidad, domicilio, edad, sexo, altura, peso, hábito tabáquico, ejercicio físico, antecedentes familiares de DM, último control de glicemia, consumo de medicamentos hipoglucemiantes y si conocía padecer hipertensión y/o diabetes. Una vez completada la encuesta se le entregó al participante un folleto informativo dirigido a la prevención, detección precoz y control de la diabetes según las recomendaciones internacionales.

Los datos fueron analizados de forma anónima, luego de confirmar la no repetición de individuos. Se calcularon proporciones en el total de la población y en sub-conjuntos agrupados por rangos de edad y sexo, utilizando el índice de confianza del 95% (IC95%). En los casos de proporciones cercanas al 0 y 100%,

para estimar los IC95% se utilizó la puntuación de Wilson sin corrección de continuidad (Newcombe, 1998).

Para determinar los indicadores sobrepeso y obesidad, se tomaron los valores de peso y talla auto referenciados por los participantes y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) obtenido por la relación entre el peso expresado en kilogramos y la altura en metros al cuadrado (índice de Quetelet). Se utilizaron los criterios de SEEDO (Nuttall, 2015) para menores de 65 años, definiendo como sobrepeso el $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ y $< 30 \text{ kg/m}^2$ y obesidad como el $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ (Salas et al., 2007). En los adultos mayores, se definió como sobrepeso el $IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$ y $\leq 32 \text{ Kg/m}^2$ y obesidad como el $IMC > 32 \text{ Kg/m}^2$, según Conroy-Ferreccio (Conroy-Ferreccio, 2017).

Los resultados de esta Encuesta 2017-2018 se compararon con las estimaciones de la ENFRENT-2013 para ambos sexos y para mujeres, en consideración del predominio de estas últimas en la población estudiada.

Resultados y discusión

Se obtuvieron encuestas de 114 individuos con edades comprendidas entre 16 y 82 años, con una mediana de 46 años, 36 varones y 78 mujeres, domiciliados en Montevideo. La población se dividió en tres subconjuntos, jóvenes de 16 a 24 años, adultos entre 25 y 64 años y adultos mayores, con edades entre 65 y 82 años, con una distribución por grupo etario y sexo que se muestra en la Tabla 2. Las medianas de edad para el grupo de varones y mujeres fueron de 51 y 42 años respectivamente.

Tabla 2. Distribución de los encuestados según grupo etario y sexo

Rango etario	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	Porcentaje
16 a 24 años-jóvenes	16	72,7* (52.8-86.8)	6	27,3 (13.1 – 48.1)	22	19,3
25 a 64 años-adultos	48	68,6* (56.9 – 78.2)	22	31,4 (21.8 – 43.0)	70	61,4
65 a 82 años-adultos mayores	14	63,6 (42.9 – 80.3)	8	36,4 (19.7 – 57.1)	22	19,3

Aclaración: *indica una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de mujeres y varones

En los jóvenes y los adultos de la muestra se observa una mayor proporción de individuos de sexo femenino que la proporción existente en población general (UN, 2017), representando las mujeres el 69.6% del total de personas encuestadas. Este predominio de mujeres podría reflejar su mayor interés en participar de actividades culturales interactivas. En los adultos mayores no existe una diferencia significativa entre la proporción de ambos sexos.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de DM y los factores de riesgo asociados, a saber, hipertensión, obesidad, sobrepeso y consumo de tabaco. De las 70 personas encuestadas menores de 55 años, ninguna manifestó ser diabética ni recibir medicación hipoglucemiante.

La proporción de diabéticos en el subgrupo de adultos fue de 8.6% (IC95%, 2.0%-15.1%), coincidente con lo publicado en la ENFRENT 2013 y en los estudios nacionales mencionados. En adultos mayores la prevalencia de diabetes en ambos sexos alcanza un valor de 22.7% similar a lo informado en la encuesta de diabetes de Montevideo (Ferrero y García, 2004). Dentro de los individuos mayores de 45 años, cuatro personas manifestaron que nunca se midieron la glucemia y otros dos que hacía más de tres años que no la controlaban, a pesar de ser esta una de las medidas aconsejadas en las pautas internacionales (ALAD, 2013). La mayoría de las personas diabéticas encuestadas declararon no realizar ejercicio, estaban medicados con hipoglucemiantes y ninguna estaba medicada con insulina. La tercera parte era consumidora habitual de tabaco y todos los que contestaron a las preguntas sobre la presión arterial eran hipertensos.

En los adultos mayores la frecuencia relativa de hipertensión fue significativamente mayor que en los adultos y jóvenes. Muchas veces las personas hipertensas no presentan sintomatología, habiendo un alto porcentaje que permanece no diagnosticada y que no recibe el tratamiento adecuado. En adultos se obtuvo una prevalencia menor a la estimada en la ENFRENT-2013 para ambos sexos y también para el sexo femenino. Es probable que las diferentes metodologías utilizadas en la estimación de este parámetro, autoreferencia contra medición, pueda explicar la prevalencia más baja obtenida en la Encuesta 2017-2018, lo que podría indicar que los encuestados que declaran no ser hipertensos desconocen o no reconocen dicha alteración.

Las frecuencias relativas de sobrepeso y de obesidad han aumentado en forma alarmante en las últimas décadas y se presentan en todos los grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico (WHO, 2000). El sobrepeso en esta encuesta tiende a una proporción mayor en los adultos mayores respecto a los adultos y a los jóvenes, mientras que la obesidad tiene valores similares en ambos grupos de adultos.

Tabla 3. Frecuencia relativa de factores de riesgo establecidos y de DM para una población adulta de varones y mujeres de Montevideo con edades comprendidas entre 16 y 82 años. Año 2017-2018

Factores de riesgo y DM	16-24 años jóvenes % (IC95%)	25-64 años adultos % (IC95%)	16-64 años jóvenes y adultos % (IC95%)	65-82 años adultos mayores % (IC95%)
DM	0 (0.0-15.0)	8.6*** (2.0-15.1)	6.6 (1.5-11.7)	22.7 (5.2-40.2)
Hipertensión arterial	13.6 (4.8-33.3)	19.1* (9.8-28.5)	17.8* (9.9-25.7)	66.7** (44.9-88.4)
Sobrepeso	18.2 (2.1-34.3)	36.8 (25.3-48.2)	39.8 (29.5-50.0)	52.6 (30.2-75.1)
Obesidad	13.6 (4.8-33.3)	20.6 (11.0-30.2)	18.9 (10.8-27.0)	21.1 (8.5-43.3)
Consumo de Tabaco	0 (0.0-15.0)	8.7* (2.0-15.3)	6.6* (1.5-11.7)	9.1 (2.5-27.8)

Aclaración: *indica una diferencia estadísticamente significativa con la ENFRENT 2013, ** indica una diferencia estadísticamente significativa entre adultos y adultos mayores del presente estudio, Encuesta 2017-2018. ***los individuos con DM se encontraron a partir de los 55 años.

Las proporciones de obesidad y sobrepeso en los adultos y la mayor frecuencia relativa de sobrepeso respecto a la obesidad, son similares a las de ENFRENT-2013, donde más de la mitad de la población tiene sobrepeso u obesidad. La obesidad tiende a una proporción mayor en las mujeres respecto de los varones y el sobrepeso es similar en ambos géneros (datos que no se muestran). Estos datos son diferentes a los publicados, en los que para la obesidad no hay diferencia según género y el sobrepeso es más frecuente en varones que en mujeres (ENFRENT-2013). Estas diferencias deberán confirmarse aumentando el número de encuestados y con una muestra con mayor proporción de varones.

En la actualidad el consumo de tabaco se mantiene entre los principales factores de riesgo para la salud de las personas, el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas puede ser prevenido eliminando su consumo o exposición al humo de tabaco. De acuerdo con los resultados obtenidos, la proporción de consumidores diarios de tabaco en adultos es de 8.7%, siendo similar en ambos grupos de adultos y no habiendo consumidores de tabaco en la población joven.

En la Tabla 4 se presenta la comparación de resultados para el subgrupo de adultos con la información publicada en la ENFRENT-2013 en ambos sexos y en mujeres.

Tabla 4. Comparación de la prevalencia de factores de riesgo de DM entre la Encuesta 2017-2018 y la ENFRENT-2013

Factores de riesgo para DM	Edad: 25-64 años adultos % (IC95%)		
	ENFRENT-2013		Encuesta 2017-2018
	Total	Mujeres	
Hipertensión arterial	36.6 (34.4-38.8)	33.1 (30.6-35.7)	19.1* (9.8-28.5)
Sobrepeso	37.2 (34.6-39.7)	32.7 (29.6-35.7)	36.8 (25.3-48.2)
Obesidad	27.6 (25.5-29.8)	29,2% (26,4-31,9)	20.6 (11.0-30.2)
Consumo de Tabaco	28.8 (26.6-30.9)	25.4 (28.8-28.0)	8.7* (2.0-15.3)

Aclaración: * indica una diferencia con la prevalencia informada en la ENFRENT-2013.

El consumo de tabaco en la muestra estudiada es significativamente menor a lo establecido, 28.8% en la ENFRENT-2013, que a su vez era menor que la prevalencia en el año 2006 (MSP, 2006). Esta disminución podría atribuirse a la implementación de un conjunto importante de acciones desde el Estado, consecuencia de la adopción de las medidas propuestas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003b), ratificado por el país en el año 2004 (OMS, 2003), medidas que se han intensificado en los últimos años. No hubo diferencia de consumo de tabaco según género, contrariamente a lo descrito en la ENFRENT-2013, en que la proporción de consumo de tabaco en varones era mayor que en mujeres.

Conclusión

La Encuesta 2017-2018 involucró a personas que espontáneamente concurrieron a la exposición interactiva con entrada libre y gratuita, que se realizó el día del patrimonio, en la Facultad de Química. Constituye por tanto una muestra de

conveniencia de la población general, cuyo sesgo es el de que sus participantes demostraron interés en aspectos culturales relacionados a la química.

La prevalencia de DM fue similar a lo establecido (MSP, 2013). Los diabéticos encuestados habían sido diagnosticados en su edad adulta y estaban cumpliendo con un tratamiento hipoglucemiante sin insulina, lo cual sugiere que se trataba de DM2, esperable de acuerdo con la prevalencia de DM1 y DM2 en población general. En estas personas se constataron varios factores de riesgo para DM simultáneos.

Se destaca que el 10% de los encuestados mayores de 45 años no se había realizado el tamizaje para DM de acuerdo con lo aconsejado por las guías internacionales (ALAD, 2013) y, a partir de diciembre de 2017, también por las guías nacionales (MSP, 2017). Para superar la situación es necesario que el sistema de salud informe a las personas y no espere a la consulta médica espontánea.

De los factores de riesgo establecidos para las enfermedades crónicas no transmisibles se encontró que la prevalencia de hipertensión arterial en la Encuesta 2017-2018 es menor a la obtenida en la ENFRENT-2013, lo que podría atribuirse a la metodología empleada. Debido a que el desconocimiento de la hipertensión tiene consecuencias negativas para la salud y no está vinculada al sesgo de la muestra, debería ser un aspecto a evaluar en próximas encuestas.

El consumo de tabaco fue significativamente menor que lo establecido para adultos y jóvenes, y al contrario de lo descrito, no hubo aumento de consumo con la edad en los adultos (MSP, 2013).

En este estudio se observaron tendencias que deberán confirmarse en estudios posteriores, que involucren mayor número de encuestados. Se prevé continuar con esta actividad en los años venideros, haciendo énfasis en el consejo de tamizaje de glicemia plasmática cada 3 años a partir de los 45 años y en la dilucidación de la causa de la menor prevalencia de hipertensión arterial en la Encuesta 2017-2018

Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. (2015). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 38 (Suppl 1): S8-S16.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). Guía de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Disponible en <http://www.alad-americalatina.org/documentos-de-consenso-de-la-alad/>. Acceso Nov 20, 2018.
- Chan, J.M.; Rimm, E.B.; Colditz, G.A.; Stampfer, M.J.; Willett, W.C. (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*, 17: 961-969.

- Conroy-Ferreccio, G. (2017). Sesgos en la medición del Índice de Masa Corporal en adultos mayores. *Nutr Hosp*. 2017; 34(1):251.
- Ettehad, D.; Emdin Kiran, A.; Anderson, S.G.; Callender, T.; Emberson, J. et al. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 387: 957-67.
- Ferrero, R.; García, M. (2005). Prevalencia de la diabetes en Uruguay. Primera fase: Montevideo. *Archivo de Medicina Interna*, 27(1): 7-12.
- Hu, F.B.; Manson, J.E.; Stampfer, M.J.; Colditz, G.; Liu, S.; Solomon, C.G. et al. (2001). Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 345: 790-797.
- International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas*. Disponible en <http://www.diabetesatlas.org>. Acceso Nov 9, 2018.
- Ioannidis, J.P.A. (2018). Diagnosis and Treatment of Hypertension in the 2017 ACC/AHA Guidelines and in the Real World. *JAMA*, 319: 115–116.
- Mathers, CD.; Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11):e442.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2*. Gobierno de España. Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp.../GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf. Acceso Julio 2017.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio*. Dirección General de Salud. República Oriental del Uruguay. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atencion-en> Acceso Diciembre 2018.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no> Acceso Noviembre 2017.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No transmisibles*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/primer-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-cronicas> Acceso Noviembre 2017.
- Min-Ju, K.; Nam-Kyoo, L.; Sun-Ja, C.; Hyun-Young, P. (2015). Hypertension is an independent risk factor for type 2 diabetes: the Korean genome and epidemiology study. *Hypertension Research*, 38, 783–89.
- Newcombe, R.G. (1998). Two sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Statistic in Medicine*, 17: 857-872.
- Nuttall, F. (2015). Body Mass Index Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition Research*, 50: 117-128.
- Patja, K.; Jousilahti, P.; Hu, G.; Valle, T.; Qiao, Q.; Tuomilehto, J. (2005). Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk of type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. *J Intern Med*, 258: 356-362.

- Salas, J.; Rubio, M.; Barbany, M.; Moreno, B. & Grupo Colaborativo de la SEEDO (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*, 128: 184-196.
- Sandoya, E. (2016). Diabetes y enfermedad cardiovascular en Uruguay 2016. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 31: 505-514.
- Tuomilehto, J.; Lindstrom, J.; Eriksson, J.G.; Valle, T.T.; Hamalainen, H.; Ilanne-Parikka, P.; Keinanen-Kiukaanniemi, S. et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344(18): 1343-50.
- United Nations. (2017). Department of economic affairs, Population Division, World population prospect: The 2015 revision. Disponible en <https://www.populationpyramid.net/es/uruguay/2017/>. Acceso Diciembre 26 de 2019.
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acceso Octubre 3 de 2015.
- World Health Organization. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and clasification of diabetes mellitus. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66040> Acceso Marzo 2017.

TRAYECTORIA HISTÓRICA DEL VIH/SIDA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNICACIONAL: EL CASO BRASILEÑO

HISTORICAL TRAJECTORY OF HIV / AIDS THROUGH THE COMMUNICATION PERSPECTIVE: THE BRAZILIAN CASE

Renato Gonçalves Ferreira Filho

Palabras clave: VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cultura popular, salud pública

Keywords: HIV, acquired immunodeficiency syndrome, popular culture; public health

Resumen

Este artículo tiene como objetivo principal trazar la trayectoria histórica del VIH/SIDA, enfocando la temática a partir de las mediaciones comunicacionales de la cultura y de los procesos de subjetivación de sujetos seropositivos, seronegativos o serointerrogativos. Después de presentados los presupuestos teóricos y la metodología de este abordaje son retomados los marcos de las representaciones y de los sentidos del VIH/sida en la cultura brasileña y los relatos de época recolectados por investigadores a lo largo de las cuatro décadas en las que el sida ha estado presente. Además del rescate histórico de su trayectoria, el resultado principal es la articulación entre la comunicación y la salud pública.

Abstract

The main objective of this article is to trace the historical trajectory of HIV/AIDS, focusing on the subject from the communicational mediations of the culture and the subjectivation processes of seropositive, seronegative or serointerrogative subjects. After presenting the theoretical assumptions of this approach, we present the frameworks of the representations and the meanings of HIV/AIDS in Brazilian culture and the reports of pacientes collected by researchers throughout the four decades in which AIDS has been present. In addition to the historical rescue of its trajectory, the main result is the articulation between communication and public health.

Introducción

Después de cuarenta años del surgimiento del VIH y del trabajo de educación sexual y desarrollo de políticas públicas para la erradicación del síndrome de la inmunodeficiencia humana (el Sida), la transmisión del virus aún no ha llegado a cero. En algunos países como Argentina y Brasil, en la segunda década del siglo XXI, su incidencia ha aumentado, sobre todo entre hombres homosexuales¹. Si una generación ha visto de cerca el crecimiento del sida y su mortalidad inicial, cuando no había informaciones o métodos terapéuticos adecuados, otras generaciones más recientes ignoran su existencia, mientras los métodos de prevención y tratamiento se muestran avanzados.

Este artículo busca contribuir para la discusión de la temática desde la perspectiva comunicacional de Jesús Martín-Barbero (1998) mientras se desarrolla una crónica histórica sobre el VIH/sida en la cultura brasileña a través de las mediaciones comunicacionales y de los relatos históricos de personas seropositivas, seronegativas o serointerrogativas. En un contexto más amplio, el presente artículo sigue los caminos propuestos por Mónica Petracci (2012, p. 48), para quien “el campo sociocomunicacional de la salud se constituye con interrogantes inter y transdisciplinarios procedentes de la salud y la comunicación”, donde se deben considerar “los factores y la estructura sociales”, “las intervenciones comunitarias y el espacio público político” y “una concepción activa y heterogénea de la recepción”.

Inicialmente discutiremos los presupuestos teóricos y las bases metodológicas del abordaje comunicacional, mirando las relaciones entre las representaciones del VIH/sida mediadas por la comunicación y la constitución inter-subjetiva del sujeto. En la segunda parte mapearemos las construcciones de los sentidos del virus y del síndrome a través de su circulación mediática y expansión en la cultura brasileña, desde su desconocimiento hasta los más avanzados desarrollos científicos que proponen formas efectivas de prevención y tratamiento. Se buscan las correspondencias que el sujeto ha establecido con esas representaciones. En la tercera parte articularemos los registros de la recepción de los sentidos y de las imágenes del virus y del síndrome recolectados por diversos investigadores a lo largo de la trayectoria de esta temática. Al final plantearemos algunas cuestiones generales sobre lo que se pudo observar en relación a las aproximaciones entre el campo de la comunicación y el de la salud pública,

1 Según los datos divulgados en 2018 por el Ministerio de Salud de Brasil y la Secretaría de Gobierno de Salud de Argentina: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66196/boletim_hiv_aids_12_2018.pdf?file=1&type=node&id=66196&force=1 y <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/comunicacion/informacion-para-periodistas/sintesis-epidemiologica>.

señalando las contribuciones comunicacionales para el manejo de la epidemia del VIH/sida en lo contemporáneo.

1. Presupuestos teóricos y metodología de análisis

La comunicación ha sido un espacio fructífero para la discusión profunda sobre las temáticas de la sociedad sobre todo aquellas referentes a la salud pública. Desde los estudios conducidos por los impactos de la radio y de la televisión como medios masivos a mediados del siglo XX, hasta los días actuales, cuando la comunicación pasa a establecerse en redes digitales de producción horizontal de contenido, las visiones sobre la comunicación y sus extensiones en la trama sociocultural han sido diversas, pero hay un consenso sobre sus funciones sociales: “la función social que desempeña la comunicación, sea masiva o pedagógica, es presupuesto para la comprensión de su eficacia simbólica y ella es, en cierto modo, una imposición de significados y de las condiciones sociales de donde provienen” (Jacks, Schmitz y Wottrich, 2019, p. 32).

En el contexto latinoamericano, Jesús Martín-Barbero (1998) ha sido uno de los filósofos que mejor examinó la extensión de la comunicación en la cultura sudamericana. A partir de su obra central, *De los medios a las mediaciones*, el investigador colombiano ha desarrollado una larga teoría sobre “la naturaleza comunicativa de la cultura, en sus pluralidades y atravesamientos” (Jacks, Schmitz y Wottrich, 2019, p. 53). Su principal contribución a los estudios de la comunicación fue el diseño y la constante actualización del mapa de las mediaciones comunicacionales, donde se localizan las relaciones entre las sensorialidades, las tecnicidades, las espacialidades y las temporalidades, ubicándose también la formación de las ciudadanías, las identidades, las narrativas y las redes (Silvia y Baseo, 2019, p. 171). En cierta medida, el modelo barberiano de la comunicación y de la cultura, al pensar tanto el espacio público cuanto sus reverberaciones en las esferas privadas, trae contribuciones para los estudios de la salud pública una vez que establece una perspectiva sociocultural.

La mirada comunicativa de Jesús Martín-Barbero, al defender “la necesidad de pensar la comunicación en proceso” (Jacks, Schmitz y Wottrich, 2019, p. 53), nos invita a dibujar las complejas y cambiantes relaciones entre sujetos, culturas, medios y tecnologías, mirándose sobretodo el desarrollo de su producción discursiva a lo largo del tiempo. Adentrándose en el universo del VIH/sida, este interés metodológico nos dirige a la articulación comunicacional entre los discursos mediáticos (por ejemplo, las representaciones y las menciones al virus y al síndrome en los periódicos), médicos (que hubieron conducido la epidemia al proponer tratamientos y medidas profiláticas), científicos (fundamentales para el

conocimiento del mecanismo biológico del síndrome y del virus), farmacéuticos (cuyos descubrimientos han sido fundamentales para la terapia antirretroviral), jurídicos (como las leyes que garantizaron el acceso gratuito a las medicinas para el tratamiento del VIH/sida), gubernamentales (que han desarrollado políticas públicas y campañas) y los discursos subjetivos (para resaltarse cómo los sujetos se han posicionado frente al virus y al síndrome).

La subjetividad es un punto central en la visión comunicacional de Martín-Barbero, como señalan Jacks, Schmitz y Wottrich (2019, p. 31): “la comunicación dialógica presupone la inter-subjetividad, la construcción de un ‘nosotros’ que hace emerger la conciencia de cuánto somos todos nosotros en los lazos sociales que ayudamos a construir”. En otras palabras, se puede decir que una de las ideas principales de la perspectiva barberiana de la comunicación reside en el reconocimiento de los procesos inter-subjetivos de producción de identidades personales y públicas. Entre el yo y la cultura, la comunicación opera como un espacio de mediación entre sentidos, significados y representaciones.

Junto a la centralidad de la subjetividad, también se destaca la producción narrativa como un espacio disponible para la circulación y construcción de la cultura. En la perspectiva barberiana se puede observar el “imbricamiento entre acción humana y lenguaje”, de donde se delinean los “enfoques que valoran la producción de sentidos y significados” (Silvia y Baseo, 2019, p. 183). En otras palabras, es posible descifrar las conexiones directas o indirectas entre el discurso y la práctica, los enunciados y las acciones, los valores en circulación y lo cotidiano. En esa dirección, más allá de las representaciones del VIH/sida en las mediaciones comunicacionales, se hace necesario localizar las apropiaciones de los discursos mediante los sujetos y sus narrativas personales hacia lo que el VIH/sida ha representado en su tiempo y su contexto.

Teniendo en consideración “las articulaciones e intertextualidades que hacen posible pensar los medios y las demás industrias culturales como matrices de desorganización y reorganización de la experiencia social” (Martín-Barbero, 1998, p. 62), en este artículo desarrollamos un abordaje transdisciplinario que articula el recorrido histórico de las representaciones en la comunicación (y, en consecuencia, en la cultura) y los relatos cotidianos de pacientes seropositivos recolectados por psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras.

Nuestra propuesta de investigación hace que las próximas dos partes sean dos lados de una misma moneda: de un lado está la cultura mediada por la comunicación, de donde se investiga la trayectoria de representaciones y sentidos del VIH/sida en circulación; del otro, los sujetos y las esferas sociales constituyéndose a partir de la recepción comunicacional del virus y del síndrome.

2. La trayectoria de las expresiones del VIH/sida en la cultura brasileña

Mirando el VIH y el sida desde una perspectiva comunicacional, se puede pensar en tres principales momentos de la trayectoria de sus representaciones en la cultura: (I) los primeros relatos del sida en la década de 1980; (II) los primeros años de su tratamiento con antirretrovirales al inicio de los años 90; (III) los avances terapéuticos y los cambios de los términos de la temática a partir del siglo XXI. De una enfermedad mortal a un virus con el cual se puede convivir, las expresiones del VIH/sida han cambiado en casi cuarenta años.

La primera mención al sida en Brasil se presentó en 1981, en los periódicos que divulgaron los relatos de hombres homosexuales estadounidenses que presentaron lesiones del Sarcoma de Kaposi, un tipo raro de tumor cuyo origen inicialmente era desconocido. Posteriormente, surgió el nombre de la enfermedad que atacaba al sistema inmunológico del paciente: el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida). Como los primeros enfermos noticiados en la gran prensa eran homosexuales, junto al síndrome surgían las equivocadas asociaciones directas entre el síndrome y la homosexualidad: inicialmente la comunidad médica y la prensa llegaron a llamarlo la “peste gay”, “cáncer gay” o “Grid” (Gay Related Immunodeficiency) como señala Antonio Carlos Oliveira de Almeida (2018).

En Brasil, donde las primeras sospechas del sida fueron diagnosticadas en 1982, en pacientes homosexuales que estuvieron en los Estados Unidos o habían tenido relaciones sexuales con estadounidenses, el sida ganó el estatus de una enfermedad extranjera que solo acometía las personas ricas. El roquero Léo Jaime, en la época, compuso la canción Aids (“sida”, en portugués) en la que se decía que el síndrome era la última moda de Nueva York, haciendo un chiste de mal gusto con la sobrevaloración de todo lo que viene del suelo estadounidense. El hecho que los Estados Unidos se hayan convertido en una referencia en la investigación científica del sida ha corroborado esta asociación por décadas.

En la sociedad brasileña que se abría moral y sexualmente al final de una dictadura militar, que, entre otras prácticas autoritarias, había perseguido y censurado expresiones sexuales divergentes de la norma heterosexual, como apuntan James Green y Renan Quinalha (2018), los relatos del sida iniciaron una ola de alarmismo y prejuicio contra la comunidad homosexual y travesti. Como relata João Silvério Trevisan (2018), campañas mediáticas señalaban a esta población como vectores exclusivos del sida e incluso sugerían la realización de exterminios en masa para erradicar el síndrome.

Pese al conocimiento del sida, el VIH solo fue descrito en 1985, cuando los científicos aislaron el agente etiológico del síndrome. A partir de este descubri-

miento fue posible crear una prueba de diagnóstico eficaz, hecho que ha ampliado la detección y el tratamiento del virus. La prueba de VIH se ha convertido en una etapa de la vida sexual de las parejas, que ahora tenían que hacerla periódicamente, junto al uso del condón como medida de prevención. Una vez que el virus fue descubierto como el principal vector para el desarrollo del sida, las teorías que lo ponían como exclusivo de las poblaciones homosexuales fueron anuladas, mientras se daban las noticias de su presencia en mujeres y hombres heterosexuales o que nunca habían tenido relaciones homosexuales.

En 1986, el gobierno brasileño fue pionero al crear el Programa Nacional de ETS y SIDA del Ministerio de la Salud y al invertir inicialmente en campañas publicitarias. Sin embargo, las primeras piezas publicitarias producirían el mismo alarmismo que circulaba en la opinión pública, sin presentar informaciones profilácticas o educativas que no estigmaticen a los pacientes: “el sida mata” y “si no te cuidas, el sida te atraparé”, decían dos de los carteles publicados por el programa gubernamental, como documenta Josi Paz (2007). Un año después, la Zidovudina (AZT), primer fármaco para el control del virus en la sangre, comenzó a ser comercializado por una empresa norteamericana, pero solo pacientes ricos pudieron utilizarlo debido a su alto costo.

Al final de la década, las muertes de personas con VIH fueron noticiadas y alardeadas en el espacio público brasileño a través de imágenes de dolor y angustia. Cuerpos muy flacos en camas de hospital, rostros sin expresión, la familia alrededor que llora con pesar: la muerte del portador de VIH siempre se mostraba dolorosa e indigna, como en la fotografía de los últimos días de vida del activista gay David Kirby, utilizada en una pieza publicitaria de la marca internacional de ropas Benetton, en 1990. En Brasil, la portada de la revista *Veja*, una publicación de gran circulación, en 1989 mostró un retrato de Cazuza, notorio y joven cantante brasileño, flaco y ya apático, con el título “Una víctima del SIDA muere en plaza pública”. La ecuación “VIH/sida = muerte”, aunque fuera engañosa, dejaría marcas profundas en el imaginario cultural.

El segundo momento de las representaciones del virus y el síndrome se inicia en la década de 1990, cuando el AZT, principal fármaco, pasó a ser distribuido gratuitamente por el Ministerio de la Salud. Siguiendo el ejemplo de la fundación de la Asociación Brasileña Interdisciplinaria de Sida (ABIA), en 1987, pionero proyecto en Río de Janeiro, las primeras redes de solidaridad se establecen a través de ONGs y congresos temáticos y cualifican el debate público, promoviendo el intercambio de informaciones entre Brasil y otros países (Parker, 1994).

Contra el prejuicio, personas VIH-positivas y activistas se vuelven portavoces en campañas mediáticas y luchan por un tratamiento más humano y empático, mostrando que se podía vivir con VIH. Libros como *Vida antes da morte* (1994),

del activista VIH-positivo Herbert Daniel, y la literatura seropositiva de Caio Fernando Abreu (Fernández, 2016) amplían la sensibilización de la temática en el espacio público.

A mediados de la década de 1990, nuevos compuestos químicos fueron asociados a la Zidovudina, como la Dinadosina, la Enfuvirtida y la Lamivudina (cuya combinación pasó a ser conocida como el “cóctel”), mientras, en Brasil, la ley federal núm. 9.313 estableció la distribución gratuita de medicamentos a personas con VIH. Si antes no había un tratamiento efectivo para el VIH, ahora se podía convivir con el virus y tener una relativa calidad de vida.

A nivel mundial y regional, la relación entre VIH y homosexualidad ha sido debatida a partir de una perspectiva política, a través del crecimiento de publicaciones como la revista *Sui Generis*, en Brasil, y la estadounidense *POZ*, hecha por y para personas VIH-positivas. En el artículo “Riding barebacking” (“cabalgando a pelo”, en traducción literal), publicado en 1997, el término “bareback” apareció por primera vez para designar la práctica sexual sin condón entre hombres. Como destaca Edgard Felberg (2011, p. 41), la palabra señaló “el retorno a una sexualidad no limitada por el miedo a la infección por VIH”, antes asociada exclusivamente a la condenación moral de la homosexualidad. La construcción signica del barebacking se daba a partir de la condición serológica de la pareja sexual: los términos “bug chaser” (“cazador de mariquitas”, en libre traducción), “gift” (“regalo”) y “gift giver” (“quien da un regalo”) designan, respectivamente, la contaminación por VIH y aquellos que buscan cambiar su condición serológica (de VIH-negativo para VIH-positivo).

La última etapa de las significaciones del virus y del síndrome empieza en los años 2000 con los avances farmacológicos y terapéuticos junto a las políticas mundiales establecidas entre gobiernos y empresas farmacéuticas, que han reducido los precios de sus medicamentos para la distribución en países en desarrollo, volviéndolos más accesibles al pueblo. Aunque todavía no exista una forma de eliminar el virus del organismo del paciente, los hallazgos de cómo bajar su presencia en la sangre, lo han vuelto indetectable en las pruebas, permitiendo el concepto “I=I”: “indetectable = intransmisible”, ecuación que traduce el hecho de que personas con baja carga viral, en tratamiento con antirretrovirales dejan de transmitir el virus.

Otro marco de las representaciones sociales del VIH/sida es el cambio de los términos que históricamente lo han estigmatizado. Como sugiere la guía de orientaciones terminológicas desarrollada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2015), sustituciones como “personas HIV-positiva” en lugar de “infectado por el sida” (porque el sida no es un agente infeccioso y vivir con el VIH no es lo mismo que desarrollar el síndrome) o “grupos

de población clave” en lugar de “grupo de riesgo” corrigen el prejuicio y el desconocimiento impregnados a la temática. Como señaló Susan Sontag (2012), al asignar el lenguaje militar empleado en el universo médico, como los términos “combatir el VIH” y “la batalla contra el sida”, las ideologías dominantes crean estigmas a través de las palabras.

Otras iniciativas, como la plataforma internacional Visual Aids, que reúne y difunde artistas que viven con el VIH, y la antología brasileña de poesía “Tente entender o que tento dizer”, organizada por Ramon Nunes Mello (2017), en la cual personas VIH-positivas y personas VIH-negativas o que no conocen su estado serológico escriben sobre la temática, buscan resignificar y tensar las clásicas representaciones del VIH/sida a través del arte de los múltiples lenguajes.

En los últimos años, la educación sobre el VIH/sida ha pasado también por los medios de comunicación de largo alcance. En las telenovelas brasileñas, como *Amor à vida* (2013), *Malhação* (2015) y *Os dias eram assim* (2017), personajes hombres y mujeres, heterosexuales, homosexuales y bisexuales descubren su serología positiva y ayudan a difundir una cultura de prevención y solidaridad. En YouTube, canal mediático de gran difusión entre las poblaciones más jóvenes, youtubers seropositivos, como Gabriel Comicholi (dueño del canal “Gabriel Comicholi”), Gabriel Estrela (“Canal Boa Sorte”) y Lucas Raniel (“Falo memo”), hablan abiertamente sobre el VIH/Sida, construyendo una cultura de conocimiento.

3. La recepción de las representaciones del VIH/sida

Si de un lado hay mediaciones comunicacionales donde circulan las representaciones del VIH/sida, del otro, hay sujetos que se constituyen a partir de ellas. Hemos trazado una breve trayectoria de la construcción comunicacional del VIH/sida, seguiremos la misma orientación temporal para comprender cómo los sujetos se han establecido en relación a esas imágenes y esos sentidos. En este camino de investigación, los relatos producidos y recolectados contemporáneamente a los momentos históricos serán articulados con los puntos señalados anteriormente, una vez que la construcción inter-subjetiva siempre corresponde a su contexto productivo y, a su vez, los procesos de significación se dan a partir de las competencias de la recepción, uno de los aspectos delineados por Jesús Martín-Barbero (1998) en su mapa de las mediaciones comunicacionales.

Como en el principio el sida estuvo relacionado directamente a las imágenes de la muerte, recibir un diagnóstico de reactivo positivo para el virus significaba una sentencia de muerte, como el activista brasileño Herbert Daniel (1994), quien vivió sus últimos años con VIH, dijo en la época: “cuando se tiene sida, dicen las malas y las poderosas lenguas que nosotros somos ‘aidéticos’ y que, con

finés prácticos, soportamos una muerte provisoria hasta que no tarde en llegar la definitiva”. La muerte, una certeza que todo ser vivo puede tener (viviendo con o sin VIH), para las personas que viven con VIH, ha adquirido el sentido de una fatalidad irremediable, sin cualquier medicina o solución efectiva. Mientras que para las personas pobres el resultado positivo al VIH significaba una sentencia de muerte instantánea, para las personas con mejores condiciones financieras aún había la posibilidad, aunque remota, de buscar tratamientos experimentales en Estados Unidos, un centro de referencia.

Además, el desconocimiento existente, incluso en la comunidad médica, ha perjudicado el tratamiento, haciendo que los pacientes que se descubrían seropositivos cargasen una culpa moral. Muchos hombres y mujeres pasaron por situaciones de violencia y prejuicio en consultorios médicos a partir del momento en que recibían un diagnóstico VIH-positivo. En la perspectiva de Claudio Vital de Lima Ferreira (1992, p. 42), “si no hay cura, la medicina le da al paciente la responsabilidad por su propia salud (...) antes transferida para la medicina”. Frente a la imposibilidad de cura, fue común en la década de 1980 la alta incidencia de suicidios o la negación del sida, dos caminos distintos, pero igualmente autodestructivos. Otros buscaban estrechar los lazos familiares para crear una red de cuidado y afecto, como ocurrió con Herbert Daniel desde el momento en que descubrió su serología positiva, según su biógrafo James Green (2018).

Aunque la vía sexual no sea la única forma de transmisión del virus, la vida sexual de personas seropositivas cambiaba de manera extrema después del diagnóstico, como Claudio Vital de Lima Ferreira (1992) señaló al entrevistar pacientes al final de la década de 1980. Muchos dejaron de tener sexo por miedo de afectar a “alguien inocente”, como dijo uno de los entrevistados (Ferreira, 1992, p. 128). Algunos hombres homosexuales seronegativos, incluso los que formaban una pareja monógama, pasaron a renunciar a las prácticas sexuales, sobre todo aquellas que involucraban el sexo anal (Trevisan, 2008). Hasta los días actuales, la práctica del sexo gay sin penetración se ha convertido en un estilo erótico, así como una estrategia de prevención para muchos hombres, y ha recibido el nombre de “gouinage” en medios digitales, como las aplicaciones dirigidas al encuentro sexual y las plataformas mediáticas pornográficas.

La culpa moral que recae sobre la sexualidad hace que sujetos seropositivos busquen las religiones, con el fin de “dejar en las manos de Dios” sus cuestiones, expresión recurrente en los relatos de los pacientes de Ferreira (1992). Mientras iglesias que condenaban la homosexualidad creían que la naturaleza cobraba el precio por la sodomía y el sexo sin fines reproductivos a través del sida, algunas personas seropositivas buscaban respuestas en la vida religiosa.

Al documentar percepciones, miedos y visiones de sujetos que vivían con el VIH al final de la década de 1990, la psicóloga Renate Meyer Sánchez desarrolló la idea de que habían dos tipos de síndrome: el “sida social” y el “sida mental” (Sánchez, 1997), una manera de resaltar que, más allá del virus y del síndrome, había una circulación de imágenes, tan o más nocivas que las acciones reales o que su misma existencia, tanto en el espacio público (“sida social”) como en la realidad psíquica de los sujetos (“sida mental”). Uno de los ejemplos más significativos es el relato de Eduardo, un hombre seropositivo que empezó a presentar síntomas atribuidos inicialmente al sida, pero que, después de investigaciones médicas, se descubrió que estos síntomas no estaban relacionados al desarrollo del síndrome, sino que eran una respuesta inconsciente del cuerpo a sus lecturas acerca de los males del sida. Sin duda, él ha somatizado el discurso social del sida como si todos los cuerpos y organismos de los portadores del virus se comportasen de la misma manera. Otro hombre homosexual, José Roberto, relató haber buscado exponerse a los virus de forma intencional para eliminar la angustia que le traía la posibilidad de imaginarse seropositivo, para él una condición exclusiva a los homosexuales: si eres gay, por consecuencia contraerás VIH, tarde o temprano.

Para mujeres heterosexuales, el machismo y los estigmas de las mujeres en la sociedad se suman a la cuestión del VIH. Paula, una de las mujeres entrevistadas por Sánchez (1997), ha relatado que, antes del diagnóstico positivo, nunca utilizaba condón con sus parejas sexuales por tener miedo de ser interpretada como una mujer promiscua. Ana, otra de las entrevistadas por la investigadora, descubrió su serología mientras estaba embarazada y en una relación monógama, lo que le trajo otras cuestiones como la posibilidad de la transmisión vertical (cuando la madre seropositiva transmite el virus al bebé) y la infidelidad no esperada de su esposo.

En los días actuales, son muchas las posibilidades de acceso a los métodos de información, prevención y tratamiento del VIH/sida. La educación y difusión de informaciones sobre el VIH/sida ya no se dan apenas por los vehículos gubernamentales o las sociedades médicas, sino también a partir de las redes digitales. Por un lado, esta nueva realidad permite una comunicación más directa entre las personas, excluyendo la distancia entre el espacio público y el cotidiano privado: de igual para igual, jóvenes seropositivos charlan con jóvenes seronegativos o serointerrogativos a través de videos y textos repensando tabúes y valores. Por otro lado, en tiempos de fake news, informaciones equivocadas sobre el VIH/sida son difundidas, como los videos de YouTube que promueven el autodiagnóstico sin cualquier procedimiento científico, basándose en síntomas generales que, en verdad, pueden estar o no presentes en organismos de personas seropositivas.

Como ha sido discutido en otras oportunidades (Gonçalves, 2018, 2019), la pornografía producida y difundida en las plataformas digitales hoy es un rico espacio para la escucha de las vastas expresiones de la sexualidad. No son pocos los videos en que las prácticas sexuales sin condón son registradas y cuyos títulos valorizan la exposición al virus. La prohibición o al menos el desaliento del barebacking retoman los valores de transgresión al erotismo, si tomamos las discusiones del erotismo desarrolladas por Georges Bataille (2009). Sin embargo, no se puede decir que los videos estimulan o aumentan las prácticas sexuales de riesgo. El consumo mediático, por ejemplo, puede satisfacer el deseo por el acto real, como ocurre en los desplazamientos del deseo y la libido (Freud, 2010). Además no hay garantía de que las personas en escena sean seropositivas, por más que los títulos nos digan eso. Las posibles relaciones entre los sujetos, las representaciones comunicacionales y los medios son siempre muchas y muy diversas, además se vuelven cada vez más complejas en el contexto contemporáneo.

4. Consideraciones finales

Más allá del virus y del síndrome, que son notoriamente cuestiones de salud pública, sus representaciones en las mediaciones comunicacionales han sido puntos de atención para el manejo de la epidemia del VIH/sida. Las imágenes y los términos a ellos relacionados han cargado sentidos y han dirigido la percepción de las poblaciones clave a lo largo de la historia. En cada contexto histórico, cultural y social, la recepción del VIH/sida ha sido único y así también han sido las estrategias de acción, sean ellas orientadas hacia la prevención o a la adherencia al tratamiento. En algunos casos, los sentidos angustiantes de la muerte inherentes a las primeras representaciones del sida perjudicaron el acceso al tratamiento o incluso llevaron a diagnósticos equivocados. La segunda onda de las infecciones al VIH, cuando hubo un crecimiento significativo entre mujeres heterosexuales, en parte, fue un resultado de años de la asociación directa y excluyente entre sida y homosexualidad masculina.

Es importante señalar que los avances farmacológicos, terapéuticos y científicos solamente tuvieron adhesión cuando sus representaciones se mostraron positivas en comparación con lo que el sida significó desde su inicio. En esta dirección, la comunicación pública e institucional, sea ella asignada por el gobierno o por los más diversos órganos responsables por la salud pública, ocupó un lugar central en los procesos de significación y producción de sentidos sobre el virus y el síndrome.

Desde la perspectiva subjetiva de las cuestiones sociales de la salud, no se puede pensar al sujeto y sus maneras de expresión sin posicionarlo frente a las

narrativas en circulación en las mediaciones comunicacionales. Como se pudo ver, los relatos de los pacientes del VIH/sida estuvieron directamente relacionados a las representaciones históricas del virus y del síndrome. En esa dirección, nuestros esfuerzos de interpretación y nuestras orientaciones deben tener en cuenta el contexto cultural y la trayectoria de la circulación mediática de la temática, ya que los discursos atraviesan los cuerpos, mentes y subjetividades. Los deseos, las angustias, las maneras de vivir con VIH y todo ubicado en la trama subjetiva y simbólica parten y dialogan con la cultura de su tiempo.

En definitiva, escuchar y observar las representaciones y las narrativas del VIH/sida en las mediaciones comunicacionales, que relacionan sujeto y cultura, generar líneas políticas al apuntar hacia la construcción de la ciudadanía. Si, en la perspectiva de Jesús Martín-Barbero, la comunicación “permite la deliberación pública y el acceso al debate social” (Bonin y Morigi, 2019, p. 229), se pudo ver, en este artículo, cómo el espacio público ha sido un lugar privilegiado para la formación de sujetos políticos, seropositivos o no, en busca de respuestas gubernamentales, posiciones institucionales y estrategias para hacer llegar al reconocimiento social. La lucha política iniciada sobre todo a partir de la década de 1990, por medio de las ONGs y del trabajo de activistas seropositivos, resultó en los cambios del lenguaje y de las representaciones del VIH/sida en la cultura mientras leyes y políticas públicas comenzaron a asegurar el derecho al tratamiento gratuito y universal en Brasil. Las nuevas formas de hablar sobre el virus y el síndrome han desplazado los sentidos negativos de la temática y han acercado la temática a la población joven.

En suma, nuestros desafíos frente a la nueva realidad de la epidemia del VIH/sida deben ser saber articular la compleja trama de sentidos del virus y del síndrome en circulación en las mediaciones comunicacionales, los procesos de recepción de las temáticas públicas a partir de los contextos socio-culturales de cada población y las formas de subjetivación que cada sujeto va a vivenciar en su cotidiano. Sin duda, si la perspectiva comunicacional por sí sola no es eficaz para la erradicación de la transmisión del virus o el control de la epidemia, al menos logra un lugar importante en las estrategias de la salud pública en lo contemporáneo.

Referencias bibliográficas

- Almeida, A. C. O. (2008). *O mel, a abelha e o cavalo que voava: escritas da aids*. São Paulo: Instituto de Psicologia de la Universidad de São Paulo. Tese de doctorado.
- Bataille, G. (2009). *El erotismo*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

- Bonin, J.; Morigi, V. (2019). Ciudadanía en las interrelaciones entre comunicación, medios y culturas. En: Rincón, O. Un nuevo mapa para investigar la mutación cultural. Ecuador: Ediciones Ciespal.
- Daniel, H. (1994). Vida antes da morte. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- Felberg, E. (2001). Bareback: reflexões sobre a normalização das condutas sexuais. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disertación de Maestría.
- Fernandes, G. (2016). Corpo e escrita: a elaboração da AIDS em Caio Fernando Abreu e Hervé Guilbert. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidad de São Paulo. Disertación de Maestría.
- Ferreira, C. V. L. (1992). Conversando com o paciente hiv positivo: um estudo clínico. Campinas: UNICAMP. Tese de doctorado.
- Freud, S. (2010). "Os instintos e seus destinos". En: Freud, S. Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras.
- Gonçalves, R. (2018). "Por uma visão sadiana da sexualidade". En: Filho, C. T. Reflexões sobre comunicação e diversidade sexual e de gênero. Londrina: Syntagma Editores. Recuperado el 16 de agosto de 2019, de: <http://www.syntagmaeditores.com.br/Livraria/Book?id=1054>.
- Gonçalves, R. (2019). Signos do HIV/Aids nos ambientes digitais da pornografia amadora homoerótica a partir de comentários deixados no XVideos. En: V Pró-Pesq PP. São Paulo: Escuela de Comunicaciones y Artes de la Universidad de São Paulo.
- Green, J. (2018). Revolucionário e gay: a vida extraordinária de Herbert Daniel. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Jacks, N. Schmitz; D. Wottrich, Laura. (2019). "Comunicación en Jesús Martín- Barbero: incursión a tres obras fundantes". En: Rincón, O. Un nuevo mapa para investigar la mutación cultural. Ecuador : Ediciones Ciespal.
- Kulick, D. (2008). Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Riocruz.
- Martín-Barbero, J. (1998). De los medios a las mediaciones. Santafé de Bogotá: Conveio Andrés Bello.
- McQuail. D. (2012). Atuação da mídia. Rio de Janeiro: Penso.
- Mello, R. N. (2018). Tente entender o que tento dizer: poesia + hiv/aids. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Recuperado a partir del sitio https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf. Último acceso en 11 de enero de 2020.
- Parker, R. (1994). A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.

- Petracci, M. (2012). Comunicação y salud: un campo diverso y pujante. En. Organicom. Año 9. Número 16/17. São Paulo.
- Quinalha, R. (2019). Desafios para a comunidade e o movimento LGBT no governo Bolsonaro. En: Democracia em risco?. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sanches, R. M. (1997). "Escolhi a vida": desafios da Aids mental. São Paulo: Editora Olho d'Água.
- Silva, L. Baseio, M. (2019). Narrativa(s) como estratégia(s) de comunicabilidad. En : Rincón, O. Un nuevo mapa para investigar la mutación cultural. Ecuador: Ediciones Ciespal.
- Sontag, S. (2007). Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia de Bolso.
- Trevisan, J. S. (2018). Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Objetiva.

PSICOPEDAGOGÍA COMUNITARIA. UNA EXPERIENCIA EN SALUD DESDE LA PEDAGOGÍA FREIREANA

COMMUNITY PSYCHOPEDAGOGY. AN EXPERIENCE IN HEALTH FROM FREIREAN PEDAGOGY

María Paula Juárez

Palabras clave: psicopedagogía, comunidad, salud, pedagogía freireana

Keywords: psychopedagogy, community, health, freirean pedagogy

Resumen

Este artículo parte del objetivo de reflexionar sobre la psicopedagogía comunitaria como campo de conocimiento emergente que se interpela por las realidades y problemáticas que vivencian los pueblos latinoamericanos, particularmente en el campo de la salud, atravesado por una arremetida neoliberal que produce un entramado social, político y económico de injusticia creciente. La propuesta toma los aportes conceptuales y metodológicos del pedagogo brasileño Paulo Freire, que se recrean en un quehacer psicopedagógico comunitario en salud, orientados por los interrogantes: ¿Cómo se posiciona el profesional de la psicopedagogía en el quehacer comunitario? ¿Cómo pensar y desarrollar metodológicamente una intervención en comunidad desde la psicopedagogía a partir de los aportes de la pedagogía de Paulo Freire? ¿Cómo podría implementarse dicha recreación metodológica en una experiencia en salud comunitaria? ¿Cómo concebir a las comunidades desde la psicopedagogía? ¿Qué apuestas se configuran en los tiempos que corren para la psicopedagogía? Para dar respuesta a esos interrogantes, así como al objetivo planteado se utiliza una metodología cualitativa interpretativa crítica. Desde allí se presenta una experiencia desarrollada desde la metodología freireana de “investigación temática” (Freire, 1970) como enfoque metodológico sustentado en el paradigma de investigación acción participativa. El artículo concluye con reflexiones sobre la potencialidad empírica y conceptual que implica recrear los planteos freireanos al campo de una psicopedagogía comunitaria, así como los desafíos, apuestas y compromisos que entraña este quehacer desde las contribuciones de una pedagogía crítica propiamente latinoamericana.

Abstract

This article is based on the objective of reflecting on community psychopedagogy as an emerging field of knowledge that is challenged by the realities and problems experienced by Latin American peoples, particularly in healthcare, undergoing a neoliberal attack that produces a social, political and economic framework of growing injustice. The proposal takes the conceptual and methodological contributions of the Brazilian pedagogue Paulo Freire, which are recreated in a community psycho-pedagogical task in health guided by the questions: How is the professional of psychopedagogy positioned in the community? How to think and develop methodologically a community intervention from the point of view of psychopedagogy from the contributions of the pedagogy of Paulo Freire? How could such a methodological recreation be implemented in a community health experience? How to conceive communities from psychopedagogy? What bets are set at the present time for psychopedagogy? To answer these questions, as well as the objective set, a qualitative interpretation methodology is used. From there, an experience developed from the Freirean methodology of "thematic research" (Freire, 1970) as a methodological approach based on the participatory action research paradigm is presented. The article concludes with reflections on the empirical and conceptual potential that involves recreating Freirean approaches to the field of community psychopedagogy, as well as the challenges, bets and commitments that this task entails from the contributions of a strictly Latin American critical pedagogy.

Presentación

*Todo pasa y todo queda, pero lo nuestro es pasar, pasar haciendo caminos,
caminos sobre la mar. . .*

La frase con la que se da inicio a este artículo, tomada de la poesía de Antonio Machado y popularizada por la música de Joan Manuel Serrat, expresa la presencia del ser humano en el mundo, los posicionamientos que asume en él y los caminos que va andando, así como las tramas que va generando en los encuentros con otros y otras. Escucharla remite a la idea de “camino” para pensar una psicopedagogía que está siendo, que se está dinamizando. Una psicopedagogía que es recorrida por quienes se dejan interpelar por la realidad, y en los recorridos que esta propone confluyen, no solo con profesionales del mismo campo disciplinar sino con colegas de otros, pero principalmente, con los y las protagonistas de las comunidades.

Este artículo intenta compartir algunas reflexiones sobre las trazas de un camino que está siendo recorrido nutrido por los aportes conceptuales y metodológicos del pedagogo brasileño Paulo Freire, que se recrean y orientan en un tiempo presente de desafíos y apuestas, desde la complejidad de contextos que problematizan el quehacer psicopedagógico.

Los escenarios parecen configurarse como bastante desesperanzados, atravesados por múltiples condicionamientos del orden de lo económico-político, donde la arremetida neoliberal, con sus principios rectores, va extendiendo día a día la lista de problemáticas y sus consecuencias para las realidades de los pueblos latinoamericanos. En ellos es posible advertir: índices cada vez más altos de pobreza, llevando a que, quienes ya estaban inmersos en ella experimenten la indigencia más extrema, o bien que grupos sociales que no se encontraban en dicha situación, hoy sí lo hagan, y con ello grupos humanos expuestos a la desigualdad, la marginación, la exclusión; el desempleo y la precarización de los puestos de trabajo en un escenario de pérdida de derechos para la clase trabajadora, y su correlato en la explotación, el sometimiento, el trabajo clandestino, familiar e infantil (no solo en áreas rurales sino también en las grandes urbes). Sumado a ello, y desde la necesidad de hallar mejores condiciones de vida y laborales, se dinamizan complejos procesos de migración entre pobladores y pobladoras de países vecinos, que de la mano de ausencia de políticas –o bien de la anuencia de discursos xenófobos por parte de las clases dominantes– promueven desencuentros o, mejor dicho, enfrentamientos entre los diversos grupos poblacionales y discriminación racial. Vinculado con ello, están todas las proble-

máticas en las condiciones de vida que atraviesan los integrantes de los pueblos originarios (bastardeados, ninguneados, profanados); las problemáticas vinculadas a la cuestión de género (no solo referidas a las mujeres sino a personas transgénero, situaciones como la homofobia social o en el sistema educativo); situaciones de violencia sistémica (doméstica, familiar, de género); la compleja problemática (macrosocial, microsocial e intrasubjetiva) de las adicciones; la problemática socioambiental, intensificada por grupos de poder que propician y se desentienden del exterminio de los ecosistemas naturales y las culturas originarias para usufructo del mercado.

De esta manera los grupos humanos en los distintos momentos de sus ciclos de vida se ven afectados: infancias desprotegidas y vulneradas, jóvenes perseguidos y criminalizados y adultos mayores cada vez más empobrecidos, finalizando sus vidas en el hambre, la enfermedad y la desolación.

La lista de los sufrimientos a las que se ven expuestos los grupos humanos de nuestra América podría seguir y ser muy larga. Estas solo son algunas, entre muchas otras problemáticas vigentes en una trama social de injusticia social creciente. Sin lugar a duda, se trata de un presente histórico y situado que problematiza el campo profesional psicopedagógico exigiendo pensar respuestas acordes a la complejidad en que se configuran las nuevas demandas.

En esta instancia es posible preguntarse ¿desde dónde pensar una psicopedagogía comunitaria si lo que ha primado por muchos años en los trayectos de formación de grado –y posgrado– ha sido una perspectiva clínica o educativa restrictiva a escenarios formales de lo educativo o de la atención de consultorio? Hoy la apuesta se da por fuera de estos muros, en territorios donde la realidad modifica las formas de pensar y hacer psicopedagogía.

En este sentido, el campo comunitario como ámbito de quehacer psicopedagógico se viene configurando desde hace varios años por profesionales que se encontraban insatisfechos con las respuestas acotadas, individualistas, descontextualizadas y fraccionadas que, enfoques como el exclusivamente clínico o el meramente educativo (centrado restringidamente en la escuela-sin diálogo con las familias y las comunidades), ofrecían. Ellos y ellas comenzaron a desarrollar experiencias, quizás mucho tiempo antes del que se tiene registro, porque su preocupación estaba en resolver problemáticas con la comunidad, más que en sistematizar y difundir sus trabajos y quehaceres en ese ámbito. Dicha situación deriva actualmente en una exhortación disciplinar orientada a promover prácticas psicopedagógicas situadas en territorio y, a partir de ahí, necesariamente, construir conocimiento sobre ellas.

A continuación, este artículo reflexionará en torno a los interrogantes que plantean: ¿Cómo se posiciona el profesional de la psicopedagogía en el quehacer

comunitario? ¿Cómo pensar metodológicamente una intervención en comunidad desde la psicopedagogía a partir de los aportes de la pedagogía de Paulo Freire? ¿Cómo concebir a las comunidades desde la psicopedagogía? ¿Qué apuestas se configuran en los tiempos que corren para la psicopedagogía?

1. ¿Cómo se posiciona el profesional de la psicopedagogía en el quehacer comunitario?

Ya desde los años 90 Isabel Solé (1999) advertía que las actuaciones psicopedagógicas no son neutras sino que se hallan teñidas de marcos de interpretación, influidas por opciones ideológicas y políticas. Mucho antes aún, ya desde fines de los 50 y durante todos sus desarrollos y experiencias el pedagogo brasileño Paulo Freire insistía en que no existe perspectiva pedagógica, ni educativa que esté exenta de una concepción de ser humano y de realidad social, y que responda al interrogante: “¿qué es el ser humano y cuál es su posición en el mundo?” (Freire, Fiori, Fiori y Oliva Gil, 1992, p.33). Freire planteaba que la respuesta que se dé a estas preguntas pone de manifiesto la naturaleza política de ese quehacer pedagógico, educativo o psicopedagógico en este caso. Aclaraba que la idea de naturaleza política de las actuaciones pedagógicas no refería a adherir a un determinado partido o movimiento político sino a explicitar la propia concepción, cosmovisión de ser humano, de mundo y de realidad social. Se da cuenta así del principio de la no neutralidad en psicopedagogía.

En este sentido, asumir un posicionamiento y explicitarlo resulta una exigencia existencial que se tiene desde la psicopedagogía. Esto implica una reflexión profunda, que supone, desde una perspectiva freireana, responder a los interrogantes: ¿A favor de quién y de quiénes se realiza el quehacer psicopedagógico?, es decir ¿A quién o a quiénes sirve el trabajo psicopedagógico? ¿A favor de quiénes se promueven aprendizajes críticos, construcción de conocimientos y toma de conciencia en las comunidades? y, eventualmente explicitar ¿En contra de que se realiza este quehacer? ¿A qué o a quiénes no beneficia el quehacer psicopedagógico orientado a la construcción de aprendizajes críticos con las comunidades? Claramente, si el quehacer psicopedagógico comunitario asume un posicionamiento crítico, no conviene a las estructuras que detentan el poder hegemónico, preocupadas por mantener un statu quo opresor, el cual necesita poblaciones silenciadas, no pensantes, que no se problematicen, ni reclamen lo justo, sino que funcionen como autómatas, verdaderas máquinas, objetos que puedan ser usufructuados, explotados por agentes de poder.

Esta psicopedagogía parte de asumir un posicionamiento y una “mirada arraigada en la realidad” como dice la educadora, pedagoga y antropóloga argentina

radicada en México Estela Quintar (s/f). Mirada psicopedagógica desde la internalidad, que debe ser parte de esa realidad, relacionada al mundo de la vida y de los sujetos de las comunidades. Posicionamiento situado en coordenadas de presente, que se pregunta ¿Por qué pasa lo que pasa cuando está pasando? ¿Cómo intervenir para modificar esa realidad?

Se trata de un posicionamiento psicopedagógico que no busca explicar desde criterios de verdad, desde el empleo de lógicas clasificatorias o desde un pensamiento lineal y causal, ligado a un rol de ejecutores o técnicos que asisten a las comunidades desde perspectivas tecnocráticas e instrumentales. Este posicionamiento, desde la externalidad ha prescindido, negado o minimizado los saberes populares de los y las pobladoras considerándolos como creencias subjetivas que deben ser sustituidas por saberes profesionales entendidos como verdades objetivas. Prácticas que terminan configurando una “barrera psicosociocultural” (Saforcada, 2002) entre la psicopedagogía y las poblaciones. Por el contrario, el posicionamiento psicopedagógico desde la internalidad busca comprender partiendo de una lectura constante de la realidad y de los sujetos moviéndose en esa realidad, tensionados por lo que la misma provoca.

Desde los aportes de Quintar (2018) puede pensarse en una psicopedagogía que se entrega a un movimiento de pensamiento que le permite tomar distancia de esa realidad y volver, de manera dialéctica, construyendo desde el presente un conocimiento concebido como crítica histórica, un modo de pensar que implica, como dice la autora “no hablar de crítica, sino pensar críticamente”, construir conocimiento crítico, actuar críticamente y convocar, a partir de la realidad, a las teorías, conceptos o categorías teóricas que servirán para construir nuevo conocimiento y transformar esa realidad.

Desde este posicionamiento se entiende al ser humano como un ser integral, un sujeto que está siendo reflexivo, social, interpelador de la realidad, un sujeto que es con otros y otras, inacabado y consciente de sí, del grupo social al que pertenece, de su realidad, constructor y protagonista de su tiempo histórico (Freire, 1965).

Se concibe a la realidad como aquella que no está determinada, ni es inexorable, sino que está siendo, inconclusa, inacabada, histórica, atravesada por dimensiones políticas, sociales, culturales y económicas. Realidad que es compleja, contradictoria, dinámica, cambiante y cambiante. Es por ello que, desde la psicopedagogía comunitaria, las situaciones de la realidad no pueden ser entendidas al margen del contexto y sus condicionantes. La realidad misma es producto de la acción de los seres humanos, es construida por ellos desde sus significados y valoraciones. Por lo que, transformar esa realidad es su tarea a través de la

desnaturalización (Vogliotti, 2016). Y esa es la finalidad de todo quehacer psicopedagógico comunitario.

En síntesis, el psicopedagogo o psicopedagoga que decide trabajar con comunidades debe antes lograr una autocomprensión de su base ideológica, claridad respecto a su posicionamiento político y ético. Valorar si su sustrato filosófico responde –o no– a los principios básicos del liberalismo, cuya esencia es el individualismo desde una concepción del ser humano como un sistema cerrado, independiente y autónomo. Si en contraposición, se comprende al ser humano como un sistema abierto, interdependiente con el tejido social, se entenderá que la psicopedagogía comunitaria trabajará en la búsqueda por transformar a los seres humanos, integrantes de conglomerados sociales (comunidades), para el logro de la libertad colectiva en términos de autorrealización y autogestión de quienes integran esa comunidad.

2. ¿Cómo pensar metodológicamente una intervención en comunidad desde la psicopedagogía a partir de los aportes de la pedagogía de Paulo Freire? ¿Cómo podría implementarse dicha recreación metodológica en una experiencia en salud comunitaria?

Se planteaba anteriormente que una de las intencionalidades centrales de todo quehacer psicopedagógico comunitario es la desnaturalización, que las poblaciones puedan correr el velo que les impide visibilizar y reconocer sus propias condiciones de existencia, por permanecer arraigadas a una conciencia ingenua y silenciada de su realidad. Lograr ese objetivo exige poner en marcha todo un andamiaje metodológico.

Este encuentra sus raíces y se inscribe en la perspectiva de la Investigación Acción Participativa, ubicada en un paradigma metodológico socio-crítico, que toma como eje central que los actores implicados, investigadores y personas con las que se investiga, se convierten en protagonistas del proceso de construcción del conocimiento e intervención para la transformación de su realidad (Vasilachis, 2003; Montero, 2006 entre otros). En América Latina este paradigma de investigación en Ciencias Sociales y Humanas se desarrolló principalmente con los trabajos del sociólogo Fals Borda y el pedagogo Paulo Freire, junto con otros referentes que desarrollaron esta perspectiva en Europa, Norteamérica, así como autores que continuaron su desarrollo en nuestras tierras (Lewin, 1946, 1948 –citado en Montero, 2006–; Elliott, 1991; Kemmis, 1998; Freire, 1970; Fals Borda, 1985, 1998 entre otros).

Desde esta perspectiva, la experiencia que se compartirá a continuación recrea los aportes de Paulo Freire al campo de una psicopedagogía comunitaria, particularmente una experiencia en salud, dada la riqueza y potabilidad de los mismos para pensar y hacer en la complejidad de las realidades latinoamericanas en los tiempos que corren.

Freire desarrolló inicialmente un “método de alfabetización” (1965) destinado a un trabajo centrado en la lectura de la propia realidad de campesinos y campesinas del nordeste de Brasil, experiencia que narra en su libro *La educación como práctica de la libertad*. Seguidamente, como consecución de ese trabajo, lleva a cabo un “método de post-alfabetización” que expone detalladamente en *Pedagogía del oprimido* (1970). Expresa:

(...) Estábamos intentando una educación identificada con las condiciones de nuestra realidad. Al integrarse a nuestro tiempo y a nuestro espacio y al ayudar al hombre a reflexionar sobre su [...] vocación de sujeto [...] ¿Pero cómo realizar esta educación? ¿Cómo proporcionar al hombre medios para superar sus actitudes mágicas o ingenuas frente a su realidad? ¿Cómo ayudarlo a comprometerse con la realidad? (Freire, 1970, p.103).

Estos interrogantes lo llevan a crear y desarrollar su método de la “temática generadora”, también llamado “investigación temática”, “investigación de los temas generadores”, en base al cual posteriormente se promovía un programa de educación problematizadora. La define como:

Una investigación en la cual se hace un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad [...] punto de partida del proceso educativo [...] liberador [...] Implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige de sus sujetos [...] la interpretación de los problemas. Desde la concepción problematizadora, investigación temática y educación, se tornan momentos de un mismo proceso... (Freire, 1970, p. 132- 239).

Este es el planteo metodológico freireano que se recreó en la experiencia en salud que se desarrollará en lo que sigue, entendiendo que, la investigación temática en psicopedagogía comunitaria es una estrategia metodológica que tiene como objeto conocer a los hombres y mujeres (cualquiera sea la etapa de su ciclo vital), que viven en una comunidad, al tiempo que buscar y conocer sus temas, problemas, preocupaciones, necesidades, prioridades, sueños y desafíos (como una intervención inicial y prolongada, que supone un trabajo de base y de permanencia casi antropológica con la comunidad), para posteriormente, en

virtud de esos temas emergentes, planificar un proyecto de educación popular que permitirá llevar a cabo intervenciones psicopedagógicas desde la dinámica de talleres de reflexión orientados a la construcción de aprendizajes y conocimientos críticos, y por consiguiente la toma de conciencia de la realidad en la que están inmersos los sujetos.

Esta modalidad de intervención implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige al psicopedagogo o psicopedagoga, que en una primera etapa realiza una tarea investigativa, y al equipo de profesionales o trabajadores con quienes se desempeñe, el descubrimiento, encadenamiento e interpretación de los temas significativos, los problemas y necesidades de una comunidad determinada, siendo una investigación del pensar de un grupo de personas.

En este punto es central el principio de la pedagogía freireana que plantea que no se puede iniciar un proceso de educación popular sin haber definido previamente las necesidades y problemáticas que se pretende abordar, si no es buscándola dialógicamente con la comunidad con la cual se quiere trabajar (Freire, 1970).

En lo que sigue se desarrollarán las fases del método de investigación temática recreadas en la experiencia psicopedagógica comunitaria en salud. Es importante aclarar que las fases de este método freireano no sugieren un orden prescriptivo, sucesivo, ni lineal sino que van interconectándose dialécticamente entre sí unas con otras durante todo el proceso.

Primera fase: aproximación del psicopedagogo o psicopedagoga a la comunidad

Inicialmente, es fundamental la aproximación del psicopedagogo o psicopedagoga al área comunitaria con la que va a trabajar, el aproximarse a los vecinos y vecinas, estableciendo las primeras relaciones y explicitando los motivos de su presencia en la comunidad, el qué, para qué y el cómo de la intervención que se pretende realizar.

Respecto a esta primera fase, hace ya varios años, en el período de febrero a diciembre de 2006, se realizó una experiencia psicopedagógica en salud comunitaria sustentada en la perspectiva freireana. La población se delimitó en una comunidad del Barrio Progreso, sector del Hipódromo (sur-oeste de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina), comúnmente denominada por sus pobladores y pobladoras “barrio Hipódromo”. Este se caracterizó por pertenecer a una zona de tipo urbana-periférica. Se trabajó desde el Centro Comunitario llamado

“Mami Rita”, una precaria casa de familia en la que se daba la merienda a los niños y niñas del barrio, y se realizaba con ellos actividades de apoyo escolar. Este lugar se constituyó en el punto de referencia para la experiencia. La demanda se presentó desde una organización social de base denominada “Agrupación Juventud CTA” (Central de los Trabajadores Argentinos) que desde hacía varios años se desempeñaba en la comunidad y comenzaba a advertir en ella problemáticas sociosanitarias. Se conformó así un equipo de trabajo integrado por dos psicopedagogas auxiliares docentes universitarias y jóvenes trabajadores integrantes de esta organización. Luego de unos diez primeros encuentros de aproximación y reconocimiento de la zona comunitaria, visitas de observación, contacto y establecimiento de conversaciones informales con los vecinos y vecinas, la experiencia partió de reconocer un problema concreto definido como la “crisis sanitaria localizada en la Comunidad Hipódromo”, enlazada a la percepción de la falta de conocimiento con respecto a esa la situación que vivían los vecinos y vecinas. Ello orientó la definición del objetivo de intervenir en la Comunidad Barrial Hipódromo para: 1) conocer las problemáticas que los vecinos y vecinas significaban como relevantes, 2) describir el contexto situacional de los vecinos y vecinas en relación a sus problemas de salud y elaborar un análisis sanitario compartido, 3) construir de manera colaborativa una experiencia psicopedagógica en salud a través de la recreación de la investigación temática, la educación popular y estrategias de trabajo popular desde la perspectiva freireana.

Respecto a esta primera fase, es interesante reflexionar sobre dos condiciones fundamentales para el trabajo comunitario: 1) trabajar a partir de la pertenencia a alguna organización social de base o institución. No es posible acercarse como profesional en soledad y proclamar el querer trabajar individualmente –por ejemplo en “prevención de la violencia”– con una comunidad determinada. No es posible porque el trabajo individual y sin ninguna pertenencia institucional u organizacional de base tiene el tiempo contado para el trabajo en terreno. El eje es incluirse en la comunidad a partir de la pertenencia a alguna organización social (centro comunitario, vecinal, cooperativa, centro de atención primaria de la salud, iglesia u otro) que tenga historia de trabajo en esa comunidad, donde participen personas a las que la comunidad sigue o respeta por algún motivo. Sus saberes populares son muy valiosos para el quehacer psicopedagógico. 2) El definir el tema o problema a priori, antes del ingreso y familiarización con la comunidad es ignorar de entrada sus personas y su realidad. No es posible definir el tema-problema-necesidad de forma precriptiva sin escuchar las voces de los pobladores y pobladoras, sin reconocer cómo ellos y ellas definen y sienten un problema. Hay que partir de lo que la comunidad significa como relevante, como preocupante de sus necesidades, problemáticas e intereses y solo a partir de allí definir los objetivos de la interven-

ción. Es fundamental pensar a la comunidad en sus fortalezas, en los recursos humanos y espirituales con que cuenta su gente, sus capacidades, y no estar prefijando propósitos, señalando sus carencias, lo que falta o lo que está mal (Montero, 2006). Leer las necesidades realmente sentidas por la comunidad (no las predeterminadas por los profesionales), definirá objetivos genuinos, reales y realizables de trabajo psicopedagógico comunitario.

Segunda fase: análisis de los datos recogidos para la aprehensión de las posibles contradicciones de los temas en salud de la comunidad

Esta fase se inicia con el análisis y la comprensión crítica de la información recogida inicialmente para conocer las posibles problemáticas y los temas que preocupan a la comunidad.

El análisis de los datos permitió en primer lugar una “síntesis descriptiva de la realidad barrial” (a partir de datos obtenidos en jornadas de observación y registros de diario de campo elaborados por el equipo), pudiendo caracterizar al grupo comunitario como perteneciente a un estrato social medio-bajo, reconociendo indicadores de pobreza advertidos en viviendas precarias, el vivir de sus pobladores y pobladoras en condiciones de hacinamiento, en situación de desocupación y desempleo, o bien de precarización laboral. Dicha situación social permitió reconocer como consecuencia de ello la práctica cotidiana de consumo de la merienda por parte de los niños y niñas en el Centro Comunitario, así como la búsqueda en instituciones como el Centro de Atención Primaria de la Salud, de distintos tipos de apoyos para subsistir. Por otro lado pudo identificarse la presencia de familias con características como ser numerosas, disgregadas, ensambladas, así como familias jóvenes con altas tasas de natalidad entre otras.

Posteriormente pudo realizarse lo que se denominó un “análisis situacional sanitario de la comunidad”, basado en datos obtenidos de jornadas de observación, registros de diario de campo, 21 entrevistas semiestructuradas realizadas a las vecinas que voluntariamente quisieron participar respondiendo a cuestiones generales en salud, en salud familiar, en salud comunitaria y en cuestiones institucionales en salud, entrevistas a los profesionales del dispensario –médico clínico y pediatra–, encuentros de debate y discusión del equipo de trabajo. Ello permitió construir un análisis situacional sanitario de la comunidad barrial hipódromo del que las temáticas emergentes fueron: -presencia de focos infecciosos debido a que en los espacios verdes de las viviendas los vecinos y vecinas disponen de habitáculos para el cuidado de caballos (medio de vida o changa que se

habilita por la cercanía con el hipódromo). Asimismo, se observó la circulación constante de otros animales en las calles como pollos, gallinas, perros, gatos, etc. Situación que en pleno verano favorecía la concentración de focos infecciosos por insectos y roedores.

Desnutrición y cuadros derivados de una alimentación deficiente. Problemáticas psicosociosanitarias (consumo de drogas, alcohol, hacinamiento habitacional; “patologías sociales” vinculadas a trastornos de conducta, abandono, negligencia, maltrato, violencia familiar, abuso). Lo emergente permitió construir, por parte del equipo, dos categorías temáticas: predominio de una conciencia intransitiva abatida y frágil que impide a los vecinos y vecinas percibir crítica y reflexivamente su realidad en salud, sus intereses se constriñen a lo inmediato de la enfermedad; desconocimiento del derecho a la salud y naturalización en la presencia de barreras psicosocioculturales en la relación de la población con los efectores de salud.

Tercera fase: retorno de los psicopedagogos/las psicopedagogas a la comunidad para empezar los diálogos con los y las pobladoras en los talleres en salud

En esta fase es necesario volver a la comunidad para iniciar con la dinámica de los talleres, para continuar los diálogos con los y las integrantes de la comunidad. Es muy valioso, en esta instancia, grabar las discusiones para luego seguir trabajándolas en equipo. El quehacer del profesional de la psicopedagogía en esta instancia será el de coordinar el grupo, escuchándolo y desafiándolo para que las personas problematicen su situación existencial en relación a la temática trabajada (salud, educación, empleo, ambiente, calidad de vida, etc.).

En esta fase de la experiencia realizada, la información surgida del análisis situacional sanitario fue presentada y analizada reflexivamente con las vecinas participantes. Punto por punto se fueron leyendo las temáticas emergentes, intentando realizar lo que la psicóloga comunitaria Maritza Montero define como la “devolución sistemática del conocimiento producido” (2006, p.116). El encuentro permitió un reconocimiento de problemas y necesidades por parte de las vecinas, las que fueron acordando con lo planteado por el equipo, otorgando un criterio de “validez intersubjetiva” (Montero, 2006) a los datos construidos y emergentes del quehacer investigativo. En esta instancia se realizó la pregunta explícita a las vecinas por su interés en participar de la experiencia en salud comunitaria, a lo que afirmaron conjuntamente.

Cuarta fase: estudio sistemático de los hallazgos

Esta etapa supone reuniones de equipo de trabajo destinadas al estudio y análisis de lo surgido en los grupos con los y las vecinas. Escuchando las grabaciones, releendo las notas de las jornadas de observación o del cuaderno de campo, en equipo de trabajo se van arrojando los temas explícitos a partir de afirmaciones hechas por los vecinos y vecinas, así como los temas implícitos que se derivan de ellos y ellas. Es interesante clasificar dichos temas para obtener una visión central de acuerdo sus prioridades, necesidades y preocupaciones.

En esta instancia de la experiencia realizada, las temáticas emergentes en las fases anteriores fueron profundizadas en su caracterización y conocimiento, así como fueron priorizadas en base a los intereses de la comunidad, agregando el equipo de trabajo lo que Freire (1970) considera como “temas bisagra”, al ser temáticas no explícitamente enunciadas por los y las participantes pero consideradas esenciales por los y las educadores en la potencialidad que tienen por su articulación y transversalidad con respecto a los otros temas. La jerarquización realizada estableció:

1. presencia de focos infecciosos procedentes de insectos, animales, studs donde habitan caballos, basura con incidencia en la higiene barrial;
2. dificultades con la alimentación (motivos y consecuencias: mala alimentación consecuencia de una desfavorable situación socioeconómica), enfermedades transmitidas por alimentos y animales (zoonosis-parasitosis) manipulación e higiene de los mismos; lo que suele derivar en cuadros de dolor de estómago, vómitos, diarreas, gastroenteritis, entre otros;
3. enfermedades de transmisión sexual, se explicitan casos de VIH en el barrio, así como preocupación por el ejercicio de la prostitución y el cuidado de esas mujeres a su salud;
4. presencia de problemáticas psicosociosanitarias: se reconocen la violencia y el maltrato en relaciones de pareja o en situaciones entre vecinos, violencia familiar, abuso, y se las relaciona al consumo de drogas y alcohol;
5. finalmente la temática incorporada por el equipo, considerada como eje de los aprendizajes críticos que se intentaban promover se planteó como desconocimiento del derecho a la salud, conciencia sanitaria ingenua, dificultades en el acceso a los servicios de salud e incapacidad de percibir críticamente esta situación.

Quinta fase: talleres de salud comunitaria

Priorizados los temas, en esta etapa se los considera como contenidos temáticos de un proyecto de educación popular en salud que se desarrollará desde encuentros en talleres con los pobladores y las pobladoras. En esta etapa, también se construye el material didáctico con el que se va a trabajar, estos apelan a la creatividad de los psicopedagogos, psicopedagogas y demás miembros del equipo. Pueden ser fotografías, imágenes dibujadas o pintadas, diapositivas, filminas, carteles, canciones, videos, power points, películas o cortos breves, dramatizaciones sobre situaciones, lecturas y discusión de artículos de revistas, diarios, capítulos de libros vinculados a los temas trabajados, entre otras estrategias para promover la discusión de su contenido.

Atendiendo a las temáticas emergentes como unidades pedagógicas del proyecto de educación popular se comenzó a desarrollar una serie de talleres cuya finalidad fue problematizar la salud desde la educación. Se trató de un proyecto susceptible de modificaciones permanentes a medida que el grupo lo solicitara desde sus demandas. Los talleres se desarrollaron en el período julio-diciembre de 2006 y abordaron los temas mencionados.

En los mismos la participación osciló entre 10 y 15 participantes por encuentro, en dos de ellos se contó, además del equipo, con la presencia de especialistas como un médico clínico para el abordaje del VIH y una psicopedagoga especialista en adicciones. Participaron en general mujeres, dando cuenta de un protagonismo genuino construido en la comunidad. También participaron integrantes de la organización social “Juventud CTA”, y en el último taller se incorporó la directora de la escuela de la comunidad.

Respecto a la dinámica de los talleres, los mismos se organizaron por momentos, estos fueron: 1) presentación de los y las participantes e indagación en los intereses convocantes (de los coordinadores o especialistas a cargo, así como de las vecinas e integrantes del equipo de trabajo). Pudo reconocerse que se explicitaron intereses cognitivos, orientados a la construcción de nuevos conocimientos, así como experienciales, vinculados a compartir vivencias y saberes populares en salud propios, como de otros y otras participantes. 2) Explicitación de los propósitos del encuentro por parte del equipo de trabajo, los que plantearon: -generar espacios de intercambio de experiencias en salud así como de reconocimiento de las problemáticas que se vivencian, -compartir conocimientos y construir nuevos sobre los temas tratados, -reflexionar e interrogarse sobre concepciones propias, saberes previos, -construir una conciencia sanitaria popular sobre el derecho a la salud y la atención en salud, -reflexionar sobre la experiencia de los talleres que se estaban realizando.

3) Luego seguía el momento de una breve introducción a la temática. 4) Seguidamente se iniciaban las dinámicas de trabajo popular y utilización de técnicas para promover la reflexión-problematización (lúdica, codificación/decodificación, material didáctico entre otras). 5) Finalmente el cierre y establecimiento de acuerdos para el próximo taller.

En esta fase de los talleres la apuesta psicopedagógica se orientó a la posibilidad de visibilizar los aprendizajes y conocimientos construidos a partir de reconocer cierto cambio conceptual en el transcurso de la experiencia. Se intentó advertir si los aprendizajes realizados en los talleres lograban generalizarse al comportamiento social de las vecinas, por ejemplo: si ellas se lavaban las manos como forma de prevención de las zoonosis. Esto implicaba una preocupación por parte del equipo de trabajo, no solo por la incorporación de contenido en los talleres, sino por el aprendizaje generalizado a la realidad. Fue así que desde los talleres se estuvo atento a ello a través de preguntas problematizadoras, ofreciendo situaciones nuevas que de alguna manera desequilibraran o desestructuraran la forma de pensar y los argumentos esgrimidos por las vecinas a sus planteos, favoreciendo “la construcción de esquemas de conocimiento más enriquecidos” (Vogliotti, 2001, p.174). Estas problematizaciones permitían volver a lo trabajado en talleres anteriores y advertir si había habido y en qué medida cierta generalización, entendida desde el constructivismo como reconstrucción de un concepto en distintos contextos.

3. ¿Cómo concebir a las comunidades desde la psicopedagogía?

La perspectiva que se asume parte de considerar que los grupos humanos son el centro del trabajo psicopedagógico en ámbitos comunitarios. Como el objeto de conocimiento de este campo disciplinar es el aprendizaje, es muy potable pensar en los grupos humanos como verdaderas comunidades de aprendizaje donde los sujetos se nutren y retroalimentan de los aportes de otros y otras, donde se dinamizan experiencias, historias de vida, se reactualizan vivencias, recuerdos, se generan situaciones de escucha, contención, cooperación, colaboración, pero principalmente donde sus integrantes construyen un conocimiento reflexivo en situaciones de horizontalidad dialógica, donde el conocimiento válido es múltiple, donde el psicopedagogo o psicopedagoga no posee el monopolio en la producción de ese saber.

El planteo freireano entiende al aprendizaje como un proceso humano permanente –jamás acabado, jamás se termina– a través del cual hombres y muje-

res se insertan como seres de toma de decisiones y autogestores de su realidad histórica (Freire, 1997).

El aprendizaje implica un proceso de comprensión a través del cual el sujeto conoce al mundo y a la realidad socio-histórico y cultural. Este proceso implica tensiones y reacomodamientos, dado que se ponen en juego los saberes que poseen los sujetos con otros nuevos, dándose articulaciones entre la continuidad y la ruptura de los mismos. La continuidad refiere a la prolongación respecto de lo que el sujeto ya sabe, lo ya conocido, mientras que la ruptura viene dada con lo nuevo, con aquellos saberes que contrastan con lo conocido, que comienzan a emerger generando nuevos aprendizajes con significado, que desequilibran el estado de continuidad anterior.

De esta manera la finalidad del aprendizaje está en el proceso de conocer, de co-construcción de conocimientos. El conocimiento como una construcción humana permanente que se da entre los seres humanos en comunión (común-unión). Esta construcción supone una relación entre el sujeto cognoscente (que es el sujeto social) y el objeto cognoscible (es decir, lo que se conoce no es un objeto aislado, sino un objeto contextualizado, es la realidad histórica en sí misma) (Freire, 1990; 1997).

Estos movimientos que conlleva el proceso de aprendizaje y construcción de conocimiento interpelan al quehacer psicopedagógico desde el desafío de generar las condiciones para que los integrantes de las comunidades de aprendizaje transiten de un conocimiento ingenuo a uno crítico de la realidad, donde las intervenciones –además de la coordinación del grupo– se orienten a generar problematizaciones, desnaturalizaciones, formulación de interrogantes, que permitan entramar los saberes previos de los participantes con los nuevos. Dice Freire en una entrevista que le hace la educadora Rosa María Torres que los saberes populares deben constituirse en una plataforma adecuada, un punto de partida para que, conjugados con nuevos conocimientos, hagan posible la construcción de conocimiento crítico. Él insiste en que el educador popular debe ofrecer la novedad, plantea: “la práctica pedagógica debe ofrecer conocimiento nuevo” (en Torres, 1985), por lo que, como psicopedagogos y psicopedagogas deben recuperar el saber de los participantes como plataforma para construir conocimiento crítico, nuevo y enriquecido.

En relación con ello se debe tener en cuenta que la presencia del ser humano en el mundo constituye el centro del análisis crítico de toda práctica educativa (Freire, 1990), es decir que todo quehacer psicopedagógico comunitario debe tener por propósito el proponer a las personas su propia situación como problema, su situación concreta como incidencia de su acto de conocimiento.

Por ello desde la psicopedagogía comunitaria se aprende para conocer el mundo, para construir conciencia de la propia realidad. La concienciación es la finalidad de la intervención psicopedagógica, ya que implica superar un estado de conciencia ingenuo, implicando la inserción crítica de la persona en su realidad desde una conciencia y conocimiento crítico que permitirá realizar la denuncia de estructuras deshumanizadoras e injustas que condicionan sus vidas y hacer para transformar esa realidad.

4. Últimas reflexiones: ¿qué apuestas se configuran en los tiempos que corren para la psicopedagogía?

Caminante, no hay camino, se hace camino al andar. . . golpe a golpe, verso a verso. . .

El poema de Machado permitió ingresar en las reflexiones que propone este artículo y permite comenzar a darles un cierre, aunque de manera metafórica, porque se trata de reflexiones y pensamientos siempre abiertos a una realidad que es dinámica, desde la cual emergen múltiples voces y sentidos.

En esta instancia se considera que la apuesta viene dada por el coraje de andar esta psicopedagogía emergente, asumiendo con lucidez los propios posicionamientos, pero también el animarse a desandarla (el poeta dice “al andar se hace camino y al volver la vista atrás se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar...”) esto significa la reflexión constante sobre las propias prácticas psicopedagógicas en comunidad, el aprender de los errores con conciencia plena sobre lo social y lo humano implicado en la tarea psicopedagógica.

Por otro lado, es interesante lograr claridad respecto de que las apuestas y construcciones psicopedagógicas cabalgan nutridas de los aportes de dos campos de conocimiento que inciden en la configuración de su identidad disciplinar: la psicología y la pedagogía.

En esta perspectiva comunitaria, desde la psicología el aporte lo realizan la psicología social comunitaria, la psicología política, la psicología sanitaria, la psicología de la liberación, la psicología ambiental, ramas que tienen riquísimos desarrollos en categorías teóricas, metodológicas, técnicas y estrategias vinculadas a los procesos psicosociales comunitarios, la identificación de necesidades y problemas sociales, la identificación de fortalezas y recursos disponibles, el reconocimiento de procesos como la habituación y la naturalización, los procesos psicosociales que deben promoverse como la problematización y la desnaturalización, las formas en que se dinamiza la participación comunitaria desde el em-

poderamiento, fortalecimiento, autogestión, entre muchísimos otros (Montero, 2003, 2004, 2006; Saforcada, 2002, 2009; Saforcada y Sarriera, 2011; Winkler, 2008; Krause Jacob, 2001; Quintal de Freitas, 2008; Zambrano, 2008; Alfaro, Sánchez, y Zambrano, 2012 entre otros).

Desde la pedagogía, la contribución más relevante a este enfoque psicopedagógico comunitario lo realiza la pedagogía crítica latinoamericana, la educación popular y la pedagogía y la educación decolonial, campos que desarrollan categorías conceptuales y prácticas, así como otras formas de trabajo valiosísimas para ser recreadas a este campo psicopedagógico emergente tales como las experiencias y metodologías freireanas de alfabetización y posalfabetización, la educación problematizadora, los desarrollos sobre conocimiento crítico, conciencia crítica, las dinámicas de los círculos de cultura, las técnicas de codificación y decodificación; los desarrollos sobre educación pública y educación popular, las experiencias de educación popular que se desarrollan en sus más variadas formas en todo el continente, los planteos sobre ecología de saberes y justicia cognitiva; las nociones sobre la decolonialidad de la educación entre muchos otros (Freire, 1965, 1970, 1993, 1996; Gadotti, 1998; Gadotti, Gómez y Freire, 2003; Bambozzi, 2005; Korol, 2005, Mejía, 2017; Kricheski, 2011; Sousa Santos, 2005, 2009; Segato, 2013; Wainsztok, 2013; Walsh, 2017 entre otros).

El desafío es no descuidar en estas intersecciones la especificidad del objeto de estudio de la psicopedagogía: los sujetos en situación de aprendizaje, apostando por la construcción de nuevas categorías, la recreación de otras existentes que deben ser redefinidas en nuevos quehaceres, y la tarea de sistematización de las experiencias y prácticas psicopedagógicas en la comunidad de la que se forma parte. Se trata de conocer la realidad y sumergirse en ella, y solo a partir de ahí convocar a la teoría, a los campos disciplinares con sus dispositivos teóricos y empíricos para dar respuesta a las demandas que se configuran.

Otro aspecto importante, también propio del planteo freireano, que debe constituirse en un principio del quehacer en comunidad, es la humildad en relación a los objetivos, los propósitos del trabajo en comunidad. Esto implica ser realistas y no omnipotentes al pensar que con el propio trabajo se va a transformar el universo, pensar así conduciría a la decepción y el desánimo sería muy grande. Ser humildes con los objetivos del quehacer psicopedagógico significa que, si desde un trabajo serio, metódico, riguroso y ordenado puede aportarse a una, dos o tres familias, grupos de mujeres, de niños, niñas o jóvenes, para transformar en algún aspecto su realidad, eso ya implica un logro significativo. Esto no supone contentarse con poco, sino tener en claro que es un trabajo difícil, complejo, que implica tiempo y permanencia con la comunidad.

Por otro lado, pensar el quehacer psicopedagógico en comunidad exige dejar de lado miradas románticas de la comunidad, para pasar a construir una mirada lúcida que signifique la presencia y el protagonismo histórico de la comunidad en su realidad. Dejar de lado la idea de “la comunidad buena” y el “yo profesional omnipotente”. Es imposible hacer trabajo comunitario desde la individualidad omnipotente y la fe ciega en una comunidad bienhechora e indulgente.

El desafío central desde esta perspectiva es aprender de la y con la comunidad a partir de conocerla y de generar una apertura a lo que ella ofrece como nuevo, a lo que ella interpela y problematiza, a quienes se constituyen en sus sujetos aprendientes, tensionando su capacidad crítica, no solo formular interrogantes sobre ella y sus sujetos, sino respetar y aceptar prácticas, concepciones y creencias culturales diferentes a las propias, aprender la capacidad de colocarse en los zapatos de quienes sufren, son vulnerados, violentados, que están inmersos en el dolor y el daño que generan las situaciones de pobreza e injusticia social cotidiana. Junto con ello aprender a tomar distancia para pensarlas, reflexionarlas y aportarles desde un trabajo metódico, riguroso y ante todo humanista. Y para finalizar tener presente siempre el principio freireano que plantea:

(...) Donde quiera que haya mujeres y hombres habrá siempre qué hacer, habrá siempre qué enseñar, habrá siempre qué aprender (Freire, 1997).

Referencias bibliográficas

- Alfaro, J.; Sánchez, A., & Zambrano, A. (2012). Psicología Comunitaria y políticas sociales. Reflexiones y experiencias. Buenos Aires: Paidós.
- Bambozzi, E. (2005). Escritos pedagógicos. Córdoba: Ediciones del Copista.
- Elliott, J. (1991). El cambio educativo desde la investigación-acción. Madrid: Morata.
- Fals Borda, O. (1985). Conocimiento y poder popular. Bogotá: Siglo XXI-Punta de Lanza.
- Fals Borda, O. (1998). Investigación Participativa. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Freire, P.; Fiori, H.; Fiori, J.I. & Oliva Gil, J. (1992). Educación liberadora. Bases antropológicas y pedagógicas. Buenos Aires: Espacio.
- Freire, P. (1965). Educación como práctica de la libertad. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del Oprimido. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). La Naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación. Barcelona: Paidós.
- Freire, P. (1993). Pedagogía de la esperanza. México: Siglo XXI.

- Freire, P. (1996). "Escuela pública y educación popular". En P. Freire, *Política y educación*. (107-121). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Gadotti, M. (1998). *Paulo Freire: uma biobibliografia*. Sao Paulo: IPF.
- Gadotti, M.; M. Gómez & L. Freire (Comps). (2003). *Lecciones de Paulo Freire. Cruzando fronteras: experiencias que se completan*. Buenos Aires: CLACSO.
- Kemmis, S. (1998). *Cómo planificar investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Korol, C. (2005). *Pedagogía de la resistencia. Cuadernos de educación popular*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo. América Libre.
- Krause Jacob, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, X (2), 49-60. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/5620592/Krausse-Hacia-una-redefinicion-del-concepto-de-comunidad>. Última consulta: 03-10-2019
- Krichesky, M. (2011). *Pedagogía Social y Educación Popular. Perspectivas y estrategias sobre la inclusión y el derecho a la educación*. Buenos Aires: Editorial UNICE. Disponible en: <http://unice.edu.ar/wp-content/uploads/2011/11/Cuaderno-TRABAJO-N%C2%BA-2.pdf>. Última consulta: 03-10-2019
- Mejía, M.R. (2017). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur. Cartografías de la educación popular*. Buenos Aires: Crujía, Stella, La Salle.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y soding Participative, Empowering & Diverse Communities*, 57. Lisboa.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Quintal de Freitas, M. F. (2008). Community and external agents: challenges and paradoxes in the latin-american social community psychology perspective. En *International Conference on Community Psychology*. Buil
- Quintar, E. (2018). Crítica teórica, crítica histórica. las paradojas del decir y del pensar. *Archivos de Ciencias de la Educación*, 12, (13). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación.
- Quintar, E. (s/f). La cuestión epistemológica como mirada del mundo de la vida. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=xXBfEJD_fAY&feature=youtu.be. Última consulta: 03-10-2019
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

- Saforcada, E. (2009). *Psicología Comunitaria, el enfoque ecológico-contextualista de James Kelly*. Buenos Aires: Koyatun.
- Saforcada, E. & Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. & Sarriera, J. (2011). *Esbozos históricos de aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur*. Buenos Aires: Koyatun.
- Segato, R. (2013). Ejes argumentales de la perspectiva de la Colonialidad del Poder. *Revista Casa de las Américas*, 272, 17-39.
- Solé, I. (1999). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona: ICE- Horsori.
- Souza Santos, B. (2005). *La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Souza Santos, B. (2009). *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Torres, R.M. (1985). Sobre educación popular: entrevista a Paulo Freire. En: *Educación popular: un encuentro con Paulo Freire*. Biblioteca digital Crefal. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/234132784/Educacion-Popular-Entrevista-a-Paulo-Freire>. Última consulta: 03-10-2019
- Vasilachis, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Vogliotti, A. (2001). *Relación educativa como instancia de conocimiento: ¿es posible la compatibilidad de las perspectivas constructivista y crítica?* Río Cuarto: EFUNARC.
- Vogliotti, A. (2016). *Paradigmas epistemológicos en las Ciencias Sociales. Material inédito de uso interno para el Módulo: Pensamiento Crítico y Alfabetización. Diplomatura en Lectura, escritura y pensamiento crítico en la educación superior. Facultad de Ciencias Humanas, Secretaría Académica, Universidad Nacional de Río Cuarto*.
- Zambrano, A. (2008). *Desarrollo Comunitario e intervención psicosocial comunitaria: énfasis, criterios y posibilidades*. En *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*, 68. Lisboa, Portugal.
- Wainsztok, C. (2013). *Descolonizaciones*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Walsh, C. (2017). *Pedagogías decoloniales Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Tomo II. Serie pensamiento decolonial*. Abya Yala.
- Winkler, M. I. (2008). *Género y ética en Psicología Comunitaria: aportes feministas*. En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*, 81. Lisboa, Portugal.

CITAS PROGRAMADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: PRIMERA FASE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE SU CUMPLIMIENTO

APPOINTMENTS SCHEDULED AT THE FIRST LEVEL OF CARE: FIRST PHASE OF THE COMPLIANCE RESEARCH STUDY

Alexis Correa
Lorena Santos
Gabriela Falero
Ana Iris Kemayd Rotta

Palabras clave: citas programadas, cumplimiento, medicina familiar y comunitaria, primer nivel de atención en salud.

Keywords: scheduled appointments, compliance, family and community medicine, first level of health care.

Resumen

El presente trabajo presenta un análisis cuantitativo respecto del cumplimiento de las citas programadas durante un período de un año, en un consultorio de medicina familiar y comunitaria, Policlínica Capitán Polonio, perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el marco de la Unidad Docente Asistencial APEX Cerro (UDA-APEX Cerro).

Se describe el cumplimiento a las citas programadas de los usuarios de la zona de influencia, en el período comprendido entre junio 2014 a mayo 2015.

Se presentan los objetivos específicos, la metodología y los resultados obtenidos en esa primera fase del trabajo, quedando para una segunda instancia el análisis cualitativo de los mismos.

ABSTRACT

This paper presents a quantitative analysis, regarding the fulfillment of scheduled appointments, over a period of one year, in a family and community medicine office, Captain Polonian Polyclinic, belonging to the Primary Care Network (RAP) of the State Health Administration (ASSE), within the framework of the Healthcare Teaching Unit APEX Uda Cerro. It describes compliance with scheduled appointments of users in the buffer, in the period from June 2014 to May 2015. The specific objectives, methodology and results obtained in that first phase of the work are presented, with the qualitative analysis of them being for a second instance.

Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), consagrado en la Ley 18.211, define la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia principal de su modelo de atención, priorizando el Primer Nivel de Atención (PNA) como ámbito de aplicación de sus atributos esenciales y secundarios.

La referida Ley 18.211(2007, art. 36), define al PNA como:

(...) conjunto sistematizado de actividades dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendientes a satisfacer con adecuada resolutiveidad, las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

Constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es, “(...) al mismo tiempo, el punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados; de su desempeño eficiente dependen el segundo y tercer nivel de atención. Tradicionalmente el PNA debe resolver el 85% de los problemas de salud” (Tomasina, F.; León, I., 2005).

El Médico Familiar y Comunitario (MFyC) es el especialista efector de la estrategia de APS ya que su campo de acción específico es el PNA y la comunidad, trabajando desde un modelo de atención integral a la salud, teniendo al individuo y la familia como unidad de atención (McWhinney, I.; Freeman, Th., 2009). Tiene conocimientos, aptitudes y habilidades que le permiten identificar procesos agudos y crónicos, realizar el seguimiento de los mismos, los controles preventivos según las distintas franjas etarias, los controles en salud de niños, mujeres embarazadas y de individuos con patologías crónicas prevalentes como la hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DMT2), asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), patología osteoarticular degenerativa, obesidad, dislipemia, tabaquismo, alcoholismo, adicciones, ansiedad, depresión, gastritis, ulcus gastroduodenal, patología prevalente de piel, por nombrar las más prevalentes (McWhinney, I.; Freeman, Th., 2009), (Vignolo, J.; Lindner, C., 2013), (Rakel, R.; Rakel, D., 2016).

El Dr. Ian McWhinney (McWhinney, I.; Freeman, Th., 2009) enumeró nueve principios que en su conjunto representan una visión distinta, un sistema de valores y un enfoque de los problemas desde la perspectiva de la Medicina Familiar:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.

2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su conjunto de pacientes como una “población en riesgo”.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un coordinador (gerente) de los recursos.

El presente trabajo hace referencia a realizar un análisis cuantitativo en una primera instancia y luego cualitativo respecto del cumplimiento de las citas programadas durante un período de un año en un consultorio de medicina familiar y comunitaria (Tomasina, F.; León, I., 2005).

La Policlínica Capitán Polonio está ubicada en la calle Basagoiti 4539 del barrio Belvedere, Montevideo y pertenece a la RAP de la ASSE (MSP-ASSE, 2002). Funcionó como policlínica comunitaria por más de 18 años, conveniando con ASSE desde hace 4 años.

El área en la que hoy se encuentra la Policlínica Capitán Polonio eran tierras de cultivo, que luego se fraccionaron en terrenos para viviendas hace aproximadamente 50 años. En el terreno de la policlínica funcionó una federación de teatro barrial, en la que se presentaban los espectáculos de carnaval. La misma perdió popularidad con la apertura del Liverpool Fútbol Club a unas escasas cuadras de distancia. Esto dejó el local disponible para poder realizar actividades recreativas y talleres de arte y manualidades para personas de la tercera edad por parte del Club Social Capitán Polonio. En esa época funcionaba una policlínica comunitaria dentro de las instalaciones de Casa Amiga, a pocas cuadras al noreste del club, pero con un espacio reducido, por lo que se comenzaron gestiones para acceder a un lugar más adecuado. En este contexto el equipo sanitario se puso en contacto con el club social y surgió la posibilidad de trasladar la actividad asistencial al actual local.

Extracto de la entrevista al Sr. Alejo Morosoff (referente local y presidente, en 2015, de la Comisión Directiva del Club Capitán Polonio), entrevistado en el marco de la presente investigación.

Figura 1: Área referenciación de usuarios Policlínica Cap. Polonio. Carlos María Ramírez, Julián Laguna, Fernando Torres, Carlos de La Vega, Caonabo, Campichuelo, Vicente Yáñez Pinzón, Las Tunas y Ameghino

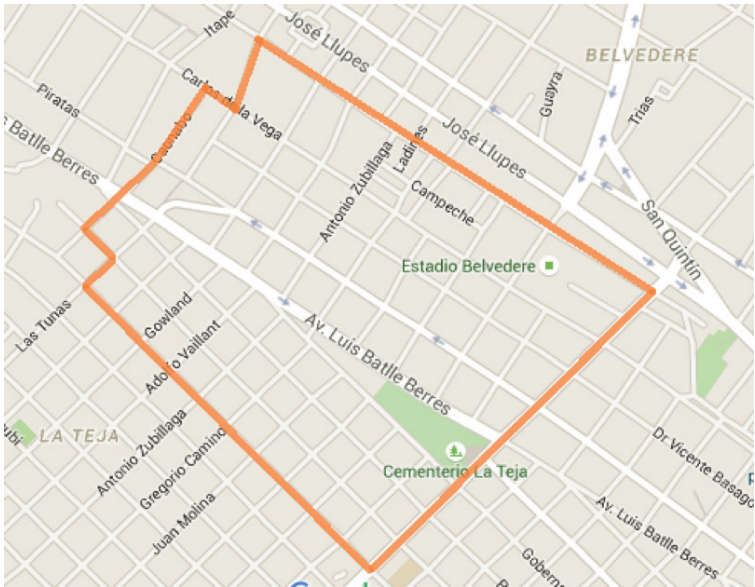
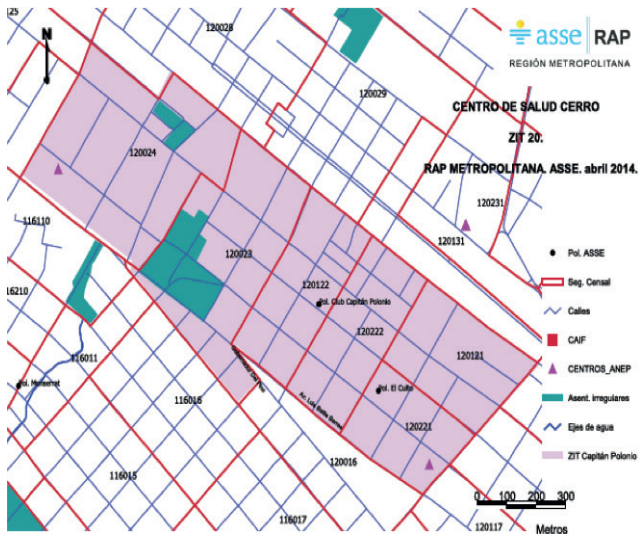


Figura 2: Área de referenciación Policlínica Capitán Polonio (segmentos censales)



La Policlínica funciona de lunes a viernes, promedialmente 5 horas por día y su equipo está integrado por un médico familiar y comunitario, una pediatra UDA-Apex-Cerro, 2 residentes de MFyC y un agente comunitario, contando además con el apoyo de la comisión directiva del Club Capitán Polonio. La gestión está basada en el trabajo del equipo y la comisión del club, teniendo como centro de referencia en el PNA al Centro de Salud Cerro, en el 3er nivel para adultos el Hospital Maciel y para niños y embarazadas el Hospital Pereira Rossell. Consta de 1 consultorio, una enfermería, un baño compartido para usuarios y técnicos y una sala de espera.

El MFyC realiza la atención en consultorio en base a tres modalidades (McWhinney, I.; Freeman, Th., 2009), (Vignolo, J.; Lindner, C., 2013):

1. cita programada
2. cita no programada
3. atención de urgencia

Cita programada:

Corresponde a las citas solicitadas y asignadas con anterioridad a la fecha y hora de la misma. Las citas programadas pueden obtenerse personalmente, donde el usuario acordará la fecha de su mayor conveniencia.

Cita no programada:

Es la cita que se brinda a un paciente que por sus condiciones de salud no pueden esperar una cita programada, pero en cuyo estado de salud no peligra su vida o funcionalidad, sin embargo el paciente requiere de valoración médica en un lapso de tiempo no mayor a 24 horas. Estas citas son asignadas de forma personal previa priorización por parte de un profesional de la salud.

Urgencia:

Es la alteración de la integridad física, funcional y/o síquica de una persona causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier índole, con diversos grados de severidad, que requiere de la protección inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El MFyC evaluará la resolutiveidad de la misma en el PNA o realizará las coordinaciones necesarias para el traslado al 2do. o 3er. nivel de atención.

Un recurso frecuentemente olvidado en el primer nivel de atención es el indicador horas/técnico. Cada médico de familia y comunidad tiene designado un número de pacientes por hora para asistir, según estándares internacionales. El no cumplimiento de las citas programadas dejan técnicos con tiempo ocioso, volviendo menos eficiente al sistema, atentando contra el objetivo de brindar una mejor atención y servicio a los usuarios, con el fin de mejorar la situación de salud, disminuir las desigualdades, promover la accesibilidad, mejorar la calidad de los procesos asistenciales y generar condiciones favorables en la atención a la salud.

La herramienta de programar la atención en salud en base a citas preacordadas apunta a diferentes objetivos: brindar una mejor atención y servicio a los usuarios, posibilitar un orden adecuado según diferentes parámetros, entre ellos, controles en salud según grupos etarios (controles de niños, controles de adolescentes, adultos y adultos mayores), controles obstétricos y ginecológicos, controles por patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias), otras comorbilidades como son las afecciones por violencia, salud mental, adicciones, situaciones todas estas que llevan a que el MFyC pueda programar, según estándares nacionales e internacionales sus encuentros con los pacientes de referencia, con el objetivo de mejorar la adherencia a la atención en salud y la efectividad del médico y el uso del tiempo.

No obstante esto, la revisión de la literatura nacional e internacional no mostró trabajos que den cuenta del nivel de cumplimiento de las citas programadas versus las no programadas y su importancia en los factores antes mencionados. De ahí la propuesta de realizar este tipo de estudios en el primer nivel de atención y propiciar su replicación.

Objetivo

Conocer el cumplimiento de las citas programadas de los usuarios de la zona de influencia de la policlínica Capitán Polonio RAP-ASSE, en el período comprendido entre junio 2014 a mayo 2015.

Objetivos específicos

1. Conocer el número de consultas totales en el período descripto.
2. Conocer el número de consultas mensuales en período descripto.
3. Identificar el número de citas programadas cumplidas en el período descripto, en forma general y por mes involucrado.

4. Identificar el número de consultas espontáneas en el período descripto, en forma general y por mes.
5. Identificar el cumplimiento a las citas programadas y no programadas por mes en el período descripto.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo de corte longitudinal (Tomasina, F.; León, I., 2005).

La población objetivo comprende a todos los usuarios que acudieron con o sin cita programada a las consulta en la policlínica Capitán Polonio RAP-ASSE de MFyC en el período junio 2014 a junio 2015.

El sitio de estudio fue la policlínica Capitán Polonio RAP-ASSE.

El instrumento utilizado consistió en un cuaderno de registro de consultas diseñado a tal fin, manejado exclusivamente por el agente comunitario formado para dicha tarea y que contemplaba las siguientes variables: fecha (día y mes de la consulta), nombre y apellido del usuario.

La base de datos, el ingreso y análisis estadístico se realizó utilizando el programa Microsoft Office Excel para el cálculo de los porcentajes de cumplimiento de citas programadas y de su distribución por sexo, edad y mes correspondiente.

Resultados

Tabla 1. Distribución de consultas. Expresado en valores absolutos y %.
Junio 2014 a mayo 2015. Policlínica Capitán Polonio

Mes y Año	Programadas		Espontáneas		Totales absolutos
	Absoluto	%	Absoluto	%	
jun.-14	125	38.5	200	61.5	325
jul.-14	112	32.3	234	67.7	346
ago.-14	171	57.0	129	43.0	300
sep.-14	115	45.0	140	55.0	255
oct.-14	214	47.7	234	52.3	448
nov.-14	108	33.3	216	66.7	324
dic.-14	134	37.2	226	62.8	360
ene.-15	64	33.1	129	66.9	193
feb.-15	165	49.6	167	50.4	332
mar.-15	125	39.5	192	60.5	317
abr.-15	152	42.5	205	57.5	357
may.-15	168	44.0	213	56.0	381
Totales	1653	42%	2285	58%	3938

Gráfico 1. Distribución de consultas
Junio 2014 a mayo 2015. Policlínica Capitán Polonio

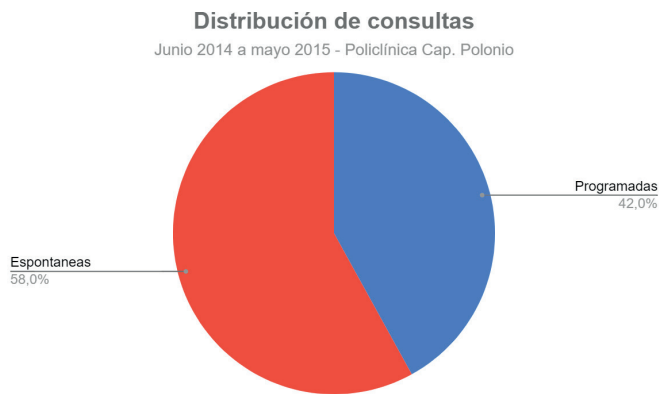


Tabla 2. Distribución de consultas programadas según rango etario y cumplimiento. Expresado en valores absolutos

MES	CONSULTAS PROGRAMADAS								
	pediatría		adolescentes		adultos		adulto mayor		totales
	concorre	no concorre	concorre	no concorre	concorre	no concorre	concorre	no concorre	
Jun-14	31	13	6	2	40	12	17	4	125
Jul-14	24	18	2	0	42	4	14	8	112
Aug-14	33	19	13	7	51	17	26	5	171
Sep-14	29	21	10	6	24	9	9	7	115
Oct-14	44	21	23	11	41	21	38	15	214
Nov-14	28	11	8	3	23	8	23	4	108
Dec-14	35	6	16	11	27	9	25	5	134
Jan-15	17	8	5	1	11	11	10	1	64
Feb-15	35	13	14	15	37	12	30	9	165
Mar-15	30	10	7	12	20	15	22	9	125
Apr-15	27	12	13	8	28	24	25	15	152
May-15	28	16	9	11	30	26	38	10	168
Totales	361	168	126	87	374	168	277	92	1653

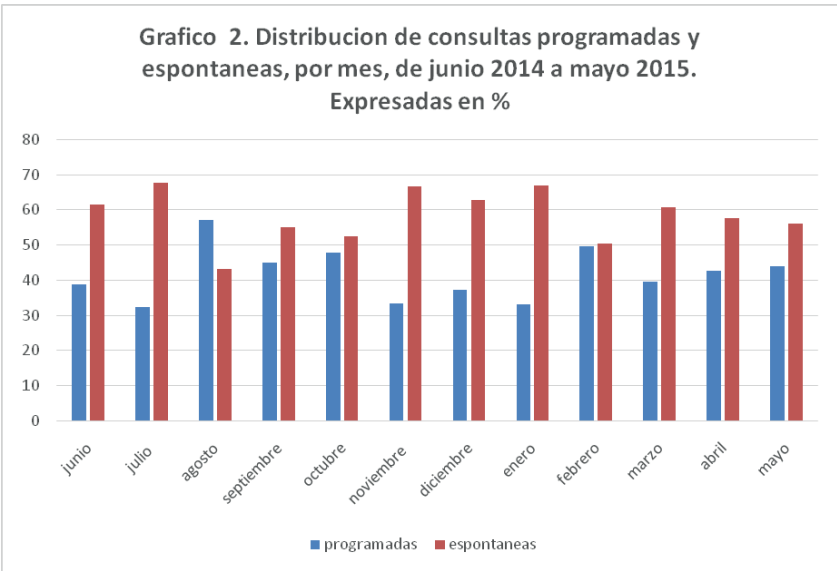
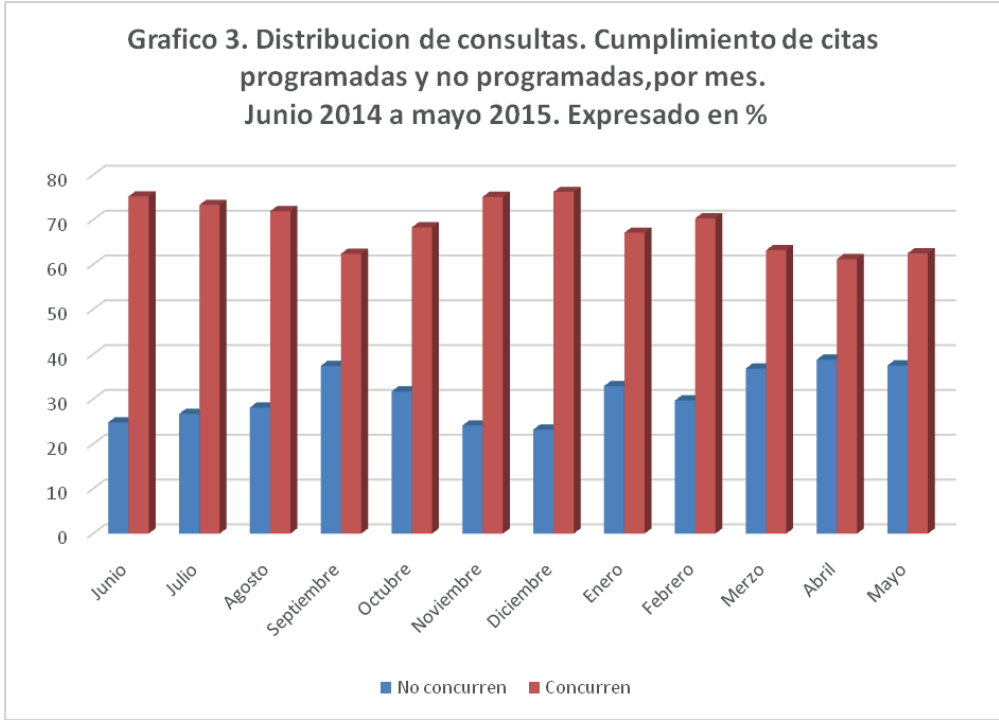


Tabla 3. Distribución de consultas.
Porcentaje de cumplimiento de citas programadas y no programadas por mes.
Junio 2014 a mayo 2015. Policlínica Capitán Polonio

	No concurren %	Concurren %
jun-14	24,8	75,2
jul-14	26,7	73,3
ago-14	28,1	71,9
sep-14	37,4	62,4
oct-14	31,7	68,3
nov-14	24,1	75,1
dic-14	23,2	76,2
ene-15	32,9	67,1
feb-15	29,7	70,3
mar-15	36,8	63,2
abr-15	38,8	61,2
may-15	37,5	62,5



Análisis

De los datos de consultas en la Policlínica Capitán Polonio en el período comprendido entre junio del 2014 a mayo 2015 se destacan los siguientes:

1. El número total de consultas en ese período fue de 3938, correspondiendo a 1653 las citas programadas (42%) y 2285 (58%) las espontáneas.
2. Promedialmente se mantuvieron valores de consultas similares todos los meses (300), a excepción de enero donde se observa una baja, lo que puede explicarse por ser el período de licencia ordinaria. El mes con mayor número de consultas fue octubre (448), seguido por los meses de invierno.
3. Analizando mensualmente el cumplimiento de citas programadas, este fue notablemente superior frente al no cumplimiento durante el período analizado.

Los siguientes valores corresponden al cumplimiento de citas programadas mensuales: junio 14: 75%; julio 14: 73,2%; agosto 14: 71,9%; septiembre 14: 62,6%; octubre 2014: 68,2%; noviembre 2014: 75,9%; diciembre 2014: 85%; enero 2015: 67,1%; febrero 2015: 62,4%; marzo 2015: 63,2%; abril 2015: 61,1%; mayo 2015: 62,5%.

4. El cumplimiento general a las citas programadas en el año de estudio fue del 68,8%.
5. El cumplimiento a las citas programadas según franjas etarias fue de 68% para pediatría, 59,1% para adolescentes, 69% para adultos y de 75% para adultos mayores. Se destaca entonces que fue la franja de adolescentes la de menor cumplimiento a las citas programadas y los adultos mayores fueron los que más adhirieron a las mismas seguidos de las franjas de adultos y pediátricas.

Consideraciones finales

Existe un amplio consenso en que la accesibilidad y la longitudinalidad son características fundamentales de la Atención Primaria (Rubinstein, A., 2006). No todos los pacientes precisan ser atendidos en el mismo día que lo solicitan, pero tampoco es razonable aceptar como natural e inevitable la existencia de largas lista de espera para ser atendido por tu médico de familia. En el modelo de atención vigente, la organización del 1er. nivel en el sub sector público en base a MFyC, tendería a favorecer que los profesionales organicen la atención en salud de sus usuarios en base a citas programadas, en un 60% de sus consultas. Esto se ve favorecido por el área de referencia que cada MFyC tiene bajo su responsabilidad, donde las instituciones educativas como CAIF, escuelas, liceos,

UTU, así como las instituciones deportivas (equipos de fútbol, basket, plazas de deportes) solicitan en el marco de una política de estado que así lo establece, la certificación de aptitud física para dichas actividades, en el momento anual de la inscripción, lo que favorece la agenda para los controles en salud de los usuarios de referencia.

Asimismo la adscripción y categorización de la población adulta por patologías crónicas prevalentes (diabetes, hipertensión, dislipemias, patologías degenerativas, asma, EPOC, ansiedad, depresión), permite conocer y gestionar la demanda, distribuir mejor los tiempos de asistencia, todo tendiente a mejorar la accesibilidad, favorecer la continuidad de la atención y desarrollar planes de contingencia para abordar las variaciones diarias y estacionales de la oferta y la demanda, siendo objetivo fundamental eliminar las listas de espera y favorecer la continuidad de la atención.

El presente estudio demuestra un alto porcentaje de cumplimiento a las citas programadas, lo que acuerda con lo antes mencionado, así como un mayor cumplimiento en las franjas etarias de adultos mayores (controles de patologías crónicas), seguidos por los controles en salud de los niños.

Queda como gran desafío para la segunda etapa de este trabajo la investigación cualitativa que abordará los por qué del cumplimiento y no cumplimiento a las citas programadas.

Referencias bibliográficas

- GERVAS, J.; RUIZ TÉLLEZ, A.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. La incapacidad laboral en su contexto médico. Problemas clínicos y de gestión. Editorial Fundación Alternativas. Madrid. 2006.
- LEÓN, O.; MONTERO, I. Métodos de investigación en psicología y educación. (3era. ed.). Buenos Aires. 2002.
- McWHINNEY, I., FREEMAN, Th. Textbook of Family Medicine. Oxford University Press. Londres. 2009.
- MONTEVIDEO. Ley 18211/007 Sistema nacional integrado de salud. Diario Oficial 13 dic, n. 27384 Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>
- MSP, ASSE. Planificación de la red asistencial de ASSE. Montevideo. 2002. <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?7155,40169>
- MSP, ASSE, DIGESA. El primer nivel de atención en el sistema de salud. Primer encuentro con directores y coordinadores de Montevideo. 2005. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/DT_3-06.pdf
- RAKEL, R.; RAKEL, D. Textbook of family medicine. Elsevier Saunders. Ninth Edition. Londres. 2016.

- RUBINSTEIN, A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria (2ed.). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2006.
- STARFIELD, B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. (2da. ed.). Madrid: Masson; 2004.
- TOMASINA, F.; León, I. Sistemas de salud. Análisis del sistema de salud del Uruguay. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Departamento de Salud Ocupacional. Ciclo básico. Montevideo. 2005.
- VIGNOLO, J.; LINDNER, C. Medicina familiar y comunitaria. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo. 2013.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA Y SOCIAL ENTRE INSTITUCIONES DE SALUD²

STRATEGIES TO IMPROVE SCIENTIFIC AND SOCIAL COMMUNICATION BETWEEN HEALTH INSTITUTIONS

Jorge Luis Olivares
Alejandro Daniel Lahoz
Nora Montiel
Claudia Mabel Linares
Marina Villarreal
Marisol Georgina Olivares

Palabras clave: compromiso de trabajo, tecnología de la información, comunicación, telemedicina, capacitación en servicio

Keywords: work engagement, information technology, communication, telemedicine, inservice training

Resumen

Introducción: la Provincia de La Pampa tiene una extensión territorial con grandes distancias entre Centros de atención primaria de la salud (CAPS) y el Hospital Interzonal (HI) de mayor complejidad Dr. Lucio Molas. Esta realidad genera barreras comunicacionales con altos costos socio-económicos para los pacientes que deben ser trasladados al HI y por la menor accesibilidad de capacitación técnico-científica presencial del equipo de salud. **Objetivos:** relatar la experiencia efectuada para mejorar la comunicación interna entre el HI y los CAPS.

Metodología: estudio descriptivo-retrospectivo que muestra demandas e implementación de actividades de capacitación en servicio (realizadas en horario laboral) a técnicos, administrativos y profesionales. Se analizan resultados a partir del Programa de Extensión (UNLPam) de la función de las Oficinas de comunicación a distancia (OCDs) para la mejora comunicacional entre el HI y los CAPS.

Resultados: el diagnóstico previo evidenció barreras de comunicación interna entre el HI y los CAPS, para lo cual se aumentó el número de OCDs de 11 a 17. Se implementó un espacio institucional presencial y virtual semanal entre los CAPS y el HI, a través del cual se efectuaron 114 actividades científicas y/o intercambio de experiencias regionales retransmitidas por las OCDs. Estas actividades alcanzaron a 5087 profesionales del equipo de salud (4408 del HI y 679 de los CAPS), y a 746 empleados no profesionales.

2 Trabajo realizado en el Programa de extensión universitario (PROEU) denominado *Integrando Saberes para fortalecer la Comunicación Interna y Externa en Salud Institucional*, Secretaría de Cultura y Extensión de la UNLPam (2018-2020).

Conclusión: con el apoyo de autoridades y la participación activa del recurso humano hospitalario se mejoró la comunicación interna bidireccional e interpersonal entre el HI y los CAPS mediante el empleo de la telemedicina.

Abstract

Introduction: long distances between Primary Health Attention Centers (PHAC) and the Interzonal Hospital generate barriers in communication and in technical scientific training of the health team.

Objectives: to announce experiences of regional scientific education between the Public Health Interzonal Hospital team and the PHAC from the different towns of the province through the Offices of remote communication (ORC) in order to stimulate the inner communication.

Methodology: descriptive and retrospective study (2015-2016) Interzonal Hospital employees were consulted about the needs of training, for the purpose of optimizing the professional and administrative work, and to avoid the uprooting and the economic difficulties caused by the transfer of patients from the PHAC to the Interzonal Hospital because of mayor complexity queries.

Results: the number of ORCs increased from 11 to 17; 114 activities of face to face in service training were made and retransmitted by video conference to 4.408 professional, from the Interzonal Hospital and to 679 individuals from the PHAC of others towns through the ORC, 746 nonprofessional health workers were trained.

Conclusion: by means of communication, a major social commitment was seen in the health team, through the interest and the response to the training offers.

Introducción

La Pampa tiene una extensión territorial de 143.440 km². Los habitantes de las zonas sanitarias más alejadas al centro de mayor complejidad de la provincia, que es el Hospital Interzonal Dr. Lucio Molas, tienen que recorrer grandes distancias desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para su atención,. El hospital interzonal (HI) se encuentra ubicado geográficamente en Santa Rosa que es la capital de la provincia de La Pampa), y tiene distancias de hasta 350 km con los CAPS y hospitales de menor complejidad. En el HI se encuentran la mayoría de las especialidades médicas y de alta complejidad, como laboratorio de genética, cirugía vascular, terapia intensiva de adultos y niños, neonatología entre otros.

En el año 2011, se incorporó General Pico y Santa Rosa a las Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC). Esto se logró por que la Fundación Garrahan aportó los equipos de telecomunicación, computadoras, etc. y proporcionó la capacitación técnica para su funcionamiento, imprescindible para poder participar desde la provincia de La Pampa en esta nueva modalidad de comunicación. Posteriormente, los equipos fueron conectados por fibra óptica a 9 sedes ubicadas en las distintas localidades de la provincia, a cargo del Centro de Sistematización y Datos (CE.SI.DA) y por un convenio de servicios con Aguas del Colorado (A.D.C.), ambos dependientes del gobierno de La Pampa.

El 14 de diciembre del año 2015, con el cambio del equipo de gestión del Ministerio de Salud, las autoridades del HI encomendaron al Departamento de Docencia e Investigación efectuar un diagnóstico de la utilización del Servicio de las Oficinas de comunicación a distancia (OCDs) y Telemedicina. El motivo era determinar y visibilizar el conocimiento que se tenía sobre este recurso para la interconsulta virtual y de esta manera disminuir el número de pacientes derivados de los CAPS, que era el principal objetivo por el cual había sido creada la OCD central en el HI.

Aspectos teóricos para fundamentar las acciones

Al analizar la comunicación interna y externa de una institución, Segredo Pérez (2013) destaca la necesidad de generar un clima organizacional en donde se pongan en juego los valores, lo ético y la formación profesional en un ambiente acorde a la tarea a realizar. En esta comunicación interna no solo importa el modo como se relacionan los integrantes de una institución, sino el clima que se genera en la transmisión de las acciones de salud que se realizan hacia el exterior, “el clima organizacional se encarga del comportamiento humano, por ello

se convierte en una necesidad estudiarlo, entenderlo y atenderlo para beneficio de los trabajadores y de toda la organización” (Segredo Pérez A., 2013, p.391). Al ser el HI el centro de salud con mayor número de especializaciones, debe contar con un servicio que contemple aspectos científicos, sociales y culturales de sus usuarios. Esto pone a lo comunicacional en un lugar destacado, porque son “elementos intangibles que influyen en el servicio de salud ofrecido al paciente así como en el funcionamiento del propio hospital” (Medina Aguerrebere, P., 2012, p.22). Molina Gomez (2015) refiere que los medios de comunicación intervienen en la vida social de las personas, acercando los hombres a sus necesidades, por lo cual las distancias geográficas entre los CAPS y los centros de mayor complejidad no deberían ser una barrera para mejorar la calidad de vida de las personas a través de servicios eficientes (Bukachi, 2015).

La atención de pacientes en los CAPS y hospitales de menor complejidad en la provincia de La Pampa, en concordancia con Díaz y Uranga (2011), adopta el modelo de atención basado en la persona y su entorno cultural, por lo cual requiere de un equipo de salud adecuado a las circunstancias. Para acercar estas distancias geográficas, la Telemedicina se visibiliza como un área “en la que surgen grandes avances, nuevos beneficios y posibilidades al aplicar las TICs al ámbito sanitario” (Wanden-Berghe, C.; Sabucedo, L. & Martínez de Victoria, I., 2011). A decir de Portilla Vicuña (2013, pág.15),

La salud-e nos beneficia a todos en la medida que mejora el acceso a la asistencia en salud y a su calidad, poniendo al individuo en el centro de los sistemas de salud y aumentando la eficacia, la productividad y viabilidad del sector.

El otro aspecto comunicacional de interés fue evaluar la capacitación del personal administrativo del HI para incluirlo como importante eslabón en la comunicación interna y externa del HI con los CAPS. Esta necesidad surge de que al ingreso a la institución los responsables de la atención de los usuarios son los empleados administrativos, de ahí la importancia de promover su capacitación para que posibilite la adecuación de los empleados a una mejor comunicación interna y externa con los usuarios del sistema de salud.

En relación a la institución de salud con su público interno y externo se establecen relaciones públicas que son simétricas y explican que los empleados configuran un público del que depende la institución para llevar a cabo su proyecto, por lo tanto “los responsables de las instituciones deben establecer una comunicación simétrica con los empleados, pues son ellos a la vez multiplicadores de los valores organizativos y fuente de la cual se establece el concepto de la institución de salud por la comunidad” (Grunig J., et al., 2015 p.5). Basado en

lo antes dicho, la capacitación de los trabajadores es central para el desarrollo de aptitudes y adherimos al modelo de comunicación interna, para promoción de la salud que propone Bustamante (2013), llamado el modelo de las “seis íes” en el que se incluye: identificación, información, integración, imagen, instrucción e investigación. Los componentes mencionados deben ser tomados en cuenta para planificar las acciones.

Para realizar la tarea de capacitación y concientización institucional acerca de una mejora en la comunicación interna entre HI y los CAPS, así como con la comunidad, se presentó la propuesta a las autoridades de Salud, fortaleciendo el mensaje de que la capacitación en servicio genera un ambiente laboral de satisfacción y compromiso con la función de los integrantes de la institución (Chiang Vega, 2007).

En esta presentación analizaremos la experiencia de capacitación realizada conjuntamente con las OCDs, utilizando la Telemedicina como una herramienta pedagógica y social.

Objetivos

Relatar experiencia acerca de estrategias empleadas para mejorar la comunicación interna entre el equipo de salud del HI y los CAPS/hospitales de menor complejidad tendientes a mejorar las dificultades científicas y sociales que ocasionan las grandes distancias geográficas para la atención de los pacientes de Salud Pública.

Informar sobre las actividades de capacitación realizadas al personal administrativo del HI, para favorecer la comunicación interna intrainstitucional e interinstitucional, para mejorar la atención de los usuarios que provienen de los CAPS y centros de menor complejidad.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo de acciones de capacitación técnica y científica realizadas en el Hospital Interzonal ubicado en Santa Rosa (La Pampa), desde diciembre 2015 hasta diciembre 2016, analizado retrospectivamente a partir de un Programa de Extensión Universitario (PROEU) de la UNLPam. La intervención del equipo de extensión fue colaborar en mostrar retrospectivamente, y poner en palabras lo acontecido en cuanto la comunicación en instituciones de salud, y el proceso de cambio establecido a partir de las necesidades registradas.

Para la obtención de datos se buscó la información en actas de jornadas, cursos, ateneos interdisciplinarios etc., al igual que las entrevistas que se efectuaron a jefes y empleados de diversos servicios para conocer los requerimientos en capacitación para el adecuado funcionamiento institucional. Los administrativos conforman el 30% de la planta hospitalaria y son quienes, junto con médicos y enfermeros, tienen el primer contacto con el usuario del sistema de salud.

Con el resultado del análisis de la información se elaboró un Programa de actividades, que se entregó a las autoridades del hospital. La propuesta de cambio fue establecer funciones y acciones por Servicios, para lo cual se recomendó que se creara el Servicio de Comunicación y Extensión a la comunidad. La Dirección del Hospital Interzonal elevó la propuesta al Subsecretario y al Ministro de Salud para que se efectúe una disposición por la cual todas las oficinas de OCD y Telemedicina tengan como responsables un administrativo, un técnico y un médico comprometido con la tarea. Esta designación sería archivada en los respectivos legajos de los empleados para que se valore y genere antecedentes de su participación.

Se inició una política de comunicación telefónica y por videoconferencias con la sede central del hospital Garrahan (Buenos Aires) y a su vez con las 11 sedes de OCD con que contaba la provincia. Se comunicó a los responsables de las sedes de OCD la importancia de la aplicación de las TIC en el sistema de Salud Pública y se solicitó el aval de los directivos, para establecer el compromiso de maximizar el aprovechamiento de los beneficios de las OCDs. Para el estímulo de las comunicaciones se programó, los días miércoles, un ateneo con el objetivo de generar un espacio de socialización científica para mejorar la comunicación interna con los diversos integrantes del sistema de salud de La Pampa. En el mismo podían participar todas las ramas técnicas, profesionales y no profesionales, es decir, con una mirada interdisciplinaria. Los segundos miércoles del mes, las sedes de OCDs de los diferentes CAPS y hospitales de menor complejidad del interior de la provincia efectuaron una presentación desde su localidad aportando con su impronta cultural y social las características de las patologías que atendían, mostrando sus fortalezas pero también sus barreras en cuanto necesidad de consultar las de mayor complejidad con el HI. La exposición debía mostrar una situación problema con la intervención multidisciplinaria o interdisciplinaria con que contaba el CAPS. Se debía explicar con imágenes y palabras la conformación del recurso humano, servicios y alcances tecnológicos, la realidad social, cultural y laboral de la localidad en la cual se ubica la institución. Como conclusión de la presentación el CAPS debía analizar las barreras o dificultades en la comunicación y atención articulada en la derivación de sus pacientes con centros de alta complejidad como es el Hospital Interzonal.

Resultados

Diagnóstico de situación realizado

De la consulta a los empleados de la planta hospitalaria del HI surge el planteo de la necesidad de capacitar a los empleados administrativos en el uso de las TIC, y en el desarrollo de habilidades comunicacionales, ya que muchos empleados habían ingresado en diversas áreas del HI sin conocimiento técnico-administrativo y esto quedaba de manifiesto en los problemas de comunicación intrainstitucional, y en la realización de tareas enmarcadas en espacios laborales cerrados. El equipo de salud tenía escaso conocimiento de las funciones de las OCDs, por lo cual el servicio se estaba utilizando en forma parcial, con bajo número de consultas al centro de mayor complejidad, y los trámites administrativos de las OCD no se realizaban de manera eficiente por falta de formación específica. Por su lado, los directores de la institución manifestaron que el servicio de derivación de pacientes, entre los CAPS y los hospitales de menor complejidad, demandaba altas erogaciones económicas para la Salud Pública de la provincia, al igual que un alto impacto económico en los pacientes y sus familias, sumado al impacto social que les ocasionaba el desarraigo y desestructuración del grupo familiar, como principales efectos negativos de los traslados de pacientes a consultas a Buenos Aires y/o al HI.

Acciones y propuesta que se generaron

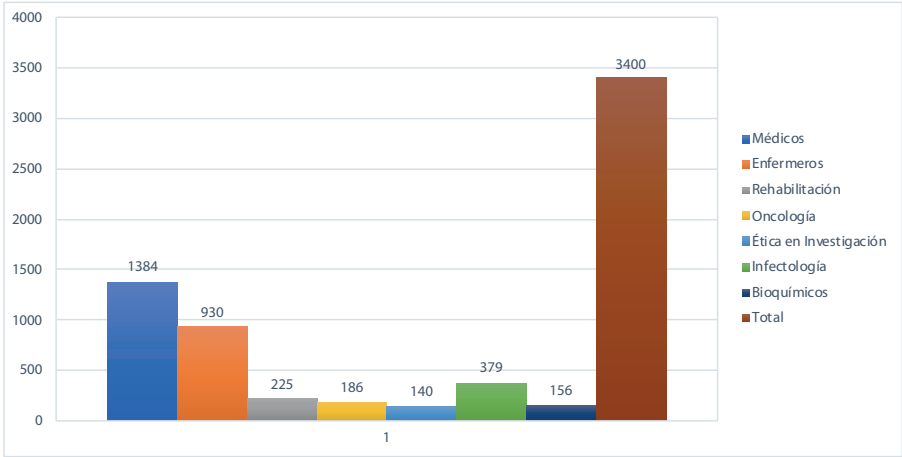
Se planteó como primera meta institucional planificar una estrategia de difusión y establecer una mayor comunicación para hacer conocer la OCDs y el Área de formación de Telemedicina, como herramienta disponible para la capacitación del equipo de salud profesional y no profesional (administrativos, servicios generales, etc.). Se acordó con las autoridades y los jefes de los servicios que la formación se realizará en servicio, es decir, dentro del horario de trabajo como un derecho adquirido del empleado.

Se elevó una propuesta a las autoridades hospitalarias, que fue avalada por el Ministerio de Salud, con el propósito de impulsar la capacitación del recurso humano del HI y de los CAPS con el uso de la tecnología disponible. El objetivo era establecer una comunicación fluida entre las 11 OCDs que se encontraban en los distintos CAPS y hospitales de menor complejidad de la provincia y el HI y el Hospital Prof. Dr. Juan Garrahan en Buenos Aires. En esta tarea de formación se dio vital estímulo a la participación del plantel docente y de profesionales de las residencias de las diversas disciplinas que se desarrollan en la institución.

Acciones de capacitación presencial con retrasmisión mediante telemedicina a las OCDs

A partir de la gestión y el apoyo de la Dirección Ejecutiva y la División de relaciones Institucionales de la Fundación Profesor Juan Garrahan, se aumentó el número de las OCDs en la provincia de 11 a 17. Esto facilitó que se gestionara un espacio social y científico los días miércoles, en el cual se efectuaron 114 actividades de capacitación presenciales, y que se retrasmitiesen por videoconferencia. Se observa en el Gráfico 1 las distintas ramas de profesionales que concurrieron a este espacio social y científico creado, con un total registrado de 4408 empleados.

Gráfico 1: capacitaciones brindadas en ateneos interdisciplinarios desde el Hospital Interzonal con retrasmisión por telemedicina a las diferentes OCDs de la provincia



En el Gráfico 1 se muestran las disciplinas que participaron en ateneos interdisciplinarios como espacio de capacitación en servicio. Las capacitaciones fueron retrasmitiesas a todas las oficinas de comunicación a distancia (OCDs).

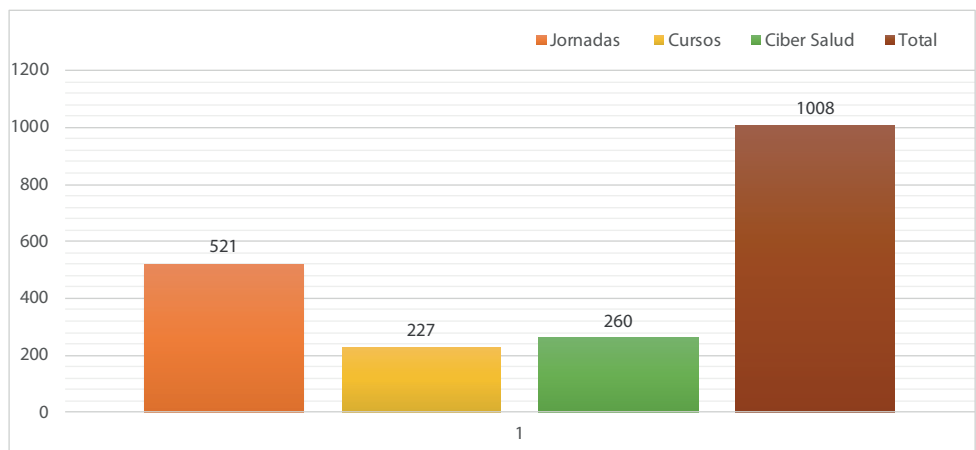
Otra de las tareas propuestas fue que los diversos CAPS y hospitales de menor complejidad de la provincia, a través de las OCD, tuvieran un espacio para la participación activa en los ateneos hospitalarios, brindados una vez al mes en el espacio de los días miércoles. De esta manera participaron el Hospital Gobernador Centeno de General Pico, el Hospital Padre Ángel Buodo de General Acha, el Macachín, el Victórica, etc. a los cuales asistieron 679 empleados en forma

presencial en el Hospital Interzonal e interactuaron sobre las diferentes temáticas locales presentadas. La comunicación a través de las OCDs facilitó que se conociera la tarea del equipo de salud realizada en los diferentes CAPS u hospitales de menor complejidad que contaron con sedes de OCD provincial. Que los responsables hicieran conocer la realidad social y cultural de sus comunidades, así como las barreras y fortalezas en la comunicación que tenían con el Hospital Interzonal, fue la riqueza que brindó esta tarea. Las temáticas tratadas y problemáticas que les interesaba comunicar, porque eran su realidad, correspondían a problemas de sus pacientes relacionados con microbiología, sepsis, manejo de tuberculosis en la comunidad, coordinación de emergencia y catástrofes, cetosis diabética en pediatría, manejo de la urgencia psiquiátrica, el odontólogo y su actitud frente al lactante, prevención del cáncer bucal y manejo de la paciente obstétrica por un equipo interdisciplinario en un hospital del interior de la provincia. Esta comunicación virtual permitió, en particular, identificar los referentes de las sedes de las OCD en los CAPS y hospitales que derivaban, al igual que sus interconsultores referentes en el HI, favoreciendo la empatía del equipo receptor con los pacientes, y una mejor comunicación para atender casos que podían ser analizados por las vías de la OCD sin necesidad de traslado en ambulancia o en coches particulares de los pacientes, con las erogaciones económicas que les generaba.

En el Gráfico II se observan los cursos y jornadas que se planificaron conjuntamente con instituciones científicas locales y nacionales como el Colegio de Nutricionistas, la Sociedad Argentina de Diabetes, la Asociación Pampeana de Endocrinología (APEM), con ONGs como Estrellas amarillas y Cruz Roja, para ofrecer información acerca de que otras instituciones científicas o sociales, que no eran de la institución de Salud Pública, realizaban tareas de extensión sobre promoción de la salud y conocimiento para ayudar en distintas problemáticas de salud a pacientes y familiares.

En el Gráfico 2 se muestran las capacitaciones brindadas desde el Hospital Interzonal a través de videoconferencias a integrantes del equipo de salud de distintas localidades de la provincia que tenían Oficina de Comunicación a Distancia (OCD). También concurrieron estudiantes universitarios de carreras como Licenciatura en Enfermería, Profesorado en Ciencias Biológicas y otras; así como profesionales de distintas sociedades científicas.

Gráfico 2: diferentes tipos de capacitaciones brindadas desde el Hospital Interzonal con retransmisión por telemedicina a las diferentes OCD de la provincia



Capacitación en servicio a no profesionales

La meta del Departamento de Docencia e Investigación del HI, avalado por las autoridades sanitarias, fue generar un espacio institucional más saludable, capacitando a todo el equipo de salud que voluntariamente aceptara, para desarrollar tareas laborales con eficacia y equidad. Cabe destacar que el HI cuenta con 850 agentes distribuidos en las áreas administrativa, técnica, servicios generales y profesionales, además se sumaba al equipo, en esos años, 33 residentes. Se puso especial interés en la capacitación en servicio de los empleados administrativos, que constituyen el 30% de la planta hospitalaria, al igual que de profesionales, ya que son los que tienen el primer contacto comunicacional con el usuario del sistema de salud. Para obtener las demandas de capacitación se entrevistaron a técnicos, administrativos y profesionales y se mantuvieron reuniones con los jefes de departamentos del HI.

De la consulta a los jefes de sectores, servicios y departamentos sobre cuáles demandas específicas de formación requerían para su desempeño en la institución, emergieron capacitaciones en servicio, generalmente entre las 11 y 13 hs del día. A la formación en servicio propuesta, concurrieron 716 empleados no profesionales interesados, de los cuales 300 asistentes correspondieron al Curso teórico-práctico de Resucitación cardiopulmonar que se realizó en el Hall del HI; 180 administrativos se interesaron y concurrieron a los Talleres de Valores Humanos el cual duró 2 meses con un encuentro semanal. La realización

de talleres denominados Valores Humanos generó un espacio para el encuentro de profesionales y no profesionales en donde se indagó cómo se sentían en la institución, por lo que escuchar y brindar respuestas con acciones mejoraron la comunicación interna y el bienestar de la planta hospitalaria. Y 236 fueron al Curso de Alfabetización Digital entre otros. Se solicitó a los participantes del Curso de Alfabetización Digital, que indicaran voluntariamente su opinión sobre esta tarea: lo aprendido les aportó una mejora para su trabajo en servicio; que los conocimientos recibidos fueron socializados con compañeros y jefes; y pudieron aplicarlos a su vida personal porque podían dialogar y trabajar con sus hijos tareas escolares empleando la informática. Al finalizar el curso de Alfabetización Digital (duración 3 meses), los concurrentes al mismo expusieron frente a compañeros y directivos invitados (generalmente el Director del Hospital y jefes de servicios) una propuesta de mejora para implementar en su servicio. En este último encuentro las autoridades hacían entrega de los certificados de aprobación del Curso, los cuales fueron incluidos por orden del Director en el legajo del empleado en la Oficina de Personal.

La institución de salud demuestra que está interesada en mejorar el ambiente institucional y este aspecto brindará mejores resultados, porque lo comunicacional comienza a considerarse “como de interés de políticas públicas que profundicen la democracia social y las prácticas de cuidado y humanización de la atención” (Petracci, M. y Waibard, S., 2011, 461-462).

Discusión

A partir del diagnóstico de la necesidad de contar con una mayor comunicación entre el equipo de salud del HI y los profesionales y pacientes del interior de la provincia para afrontar demandas a problemáticas del recurso humano de salud, tanto científicas como sociales, se efectuó una propuesta de acción a las autoridades del HI. El objetivo era que se consideren las instituciones sanitarias como espacios saludables para los trabajadores y usuarios del sistema de salud. Para cumplir esta meta, era esencial formar al recurso humano con conciencia solidaria para que brinde todo su potencial para la solución de los problemas. A decir de Díaz y Uranga (2011, pag.121), “se trata sobre todas las cosas de que los diferentes individuos y grupos que forman una comunidad puedan tomar la palabra para plantear sus necesidades y problemas, y al mismo tiempo articularse para intervenir activamente en la búsqueda de soluciones”. Para brindar esta respuesta, se tuvo en cuenta antecedentes de instituciones como la Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), que reconfiguró su política comunicacional al abrirse a la sociedad y desarrollar prácticas comunitarias o de extensión relacionadas a la promoción de la salud, involucrándose con los problemas sociales.

Castro (2015, p.39) afirma que “la extensión resignifica el sentido de la misión social e invita a investigar nuevas formas de construcción de conocimientos y la apropiación social de los mismos en nuevos espacios colectivos para afrontar en conjunto estos nuevos desafíos.”

Se determinó que en la institución hospitalaria existía escasa información de las funciones y servicios que brindaban las OCDs, instaladas en distintas localidades de la provincia de La Pampa, lo cual no brindaba beneficios a las dificultades de comunicación y capacitación a los integrantes del sistema de salud. Esto puso en evidencia una barrera comunicacional institucional debido a que el desarrollo eficaz de las tareas depende especialmente de su uso, en particular para las consultas y derivación oportuna de pacientes con patologías complejas desde los CAPS/Hospitales de menor complejidad y el HI que recepciona estos pacientes derivados. Por ello, aunque la propuesta comunicacional que se propuso fuera predominantemente de tipo vertical, el objetivo era acercarse a un modelo de comunicación científicista y social destinada a la organización del trabajo (Jalley, V. y Goyos, E., 2011). En consecuencia, se estableció como prioridad la formación de un equipo de salud para beneficio del sistema sanitario, que también incluya a quienes se encuentran trabajando en centros de salud de localidades alejadas por la distancia, sin posibilidad de acceder a capacitación. Esta vía de comunicación generó una nueva forma de hacer ciencia a partir de la cooperación científica a profesionales de la salud y la inclusión social al acceso de la información que se manejaba en el HI, con mayores conocimientos y permanente actualización para la atención de las comunidades a cargo. Al igual que lo descripto en nuestro trabajo, en una experiencia realizada en India refieren los beneficios de las TIC en la inclusión del equipo de salud distante a centros de mayor complejidad y la educación de este equipo y su transferencia a la comunidad (Chandrasekhar; Ghosh, 2001).

Se diferencia de nuestra propuesta en que ellos (Chandrasekhar, CP.; Ghosh, J., 2001) describen como barreras encontradas para la comunicación la falta de equipos para establecer la comunicación entre los centros de salud distantes a los de mayor complejidad. En nuestra experiencia fue una fortaleza incrementar el número de equipos en las OCDs por donación de la Fundación Hospital Garrahan.

El plan de acción puesto en marcha a partir del diagnóstico obtenido de la consulta, permitió visibilizar e incluir a todo el personal sanitario, indispensable para conseguir la optimización de recursos físicos y humanos. Se podría afirmar que el estado de satisfacción en el que se encuentren los empleados en una institución, redundará en una mejor calidad del servicio que brinda el establecimiento de salud (Muriel y Rota, 1980).

Siguiendo esta línea de análisis, los autores relacionan los objetivos del público interno con las necesidades humanas, lo cual se puso de manifiesto por la

necesidad del equipo de salud en concurrir a talleres de formación en valores humanos y búsqueda de conocimientos para ayudar al otro como son los cursos de resucitación cardiopulmonar.

Estas capacitaciones en servicio, a partir de necesidades de autorrealización, explicarían que la institución puede ayudar “a través de la implementación de planes de desarrollo humano, de capacitación y promoción que colaboren a que el individuo decida lo que quiera ser y se desarrolle en esa meta” (Muriel, M. y Rota, G., 1980, p.277).

Con la participación de las OCDs del interior de la provincia, se cumplió con el objetivo de facilitar el diagnóstico y tratamiento cooperativo entre médicos de localizaciones alejadas, con centros de mayor complejidad en La Pampa y el hospital Garrahan ubicado en Buenos Aires. Se pudo comprobar, a partir de la comunicación bidireccional brindada por la telemedicina, que el equipo de salud de los CAPS y de los hospitales de menor complejidad pudieron socializar a todo el sistema de salud los conocimientos de patologías regionales. A decir de Wanden-Berghe et al. (2011), el informar requiere de la necesidad de analizar críticamente estas problemáticas, no solo como receptor sino como emisor de sus problemáticas inmersas en una cultura.

El conocimiento recibido por los receptores del HI se transformó en una fortaleza de la tarea de comunicación realizada, porque la información brindada por los CAPS aportó conocimiento social y demográfico del paciente que derivaban, favoreciendo no solo un conocimiento científico de lo regional sino también humanístico. Esto también se visibilizó en otra de las funciones de la telemedicina, que es la atención de pacientes a distancia, con la posibilidad de hacer un seguimiento del tratamiento indicado, porque “las principales ventajas de estos sistemas radica en su condición de alternativa viable para el que no puede seguir un tratamiento en persona por motivos laborales, personales o de dependencia” (Wanden-Berghe et al. 2011, p.33). No es posible olvidar otro de los objetivos perseguidos por la propuesta, que es el costo de las derivaciones por el traslado en ambulancia, ya sea por el gasto de combustible, viáticos al chofer y enfermera, etc. El empleo de la telemedicina reduce el costo de los servicios sanitarios, tanto para el sistema de salud, como para el paciente y su familia, por los beneficios que aporta para atenuar el impacto sobre los aspectos emocionales y afectivos en una situación de enfermedad, debido a que les evita el desarraigo sociocultural. Todo indicaría que el progreso del empleo de las comunicaciones en salud mejora la accesibilidad a la calidad de la atención y por consiguiente a mejorar la calidad de vida (Molina Gómez. A. M., 2015).

Respecto a la participación de sociedades científicas y ONGs invitadas para dar su testimonio en jornadas transmitidas por videoconferencia, tal como plantean Estrada Paneque y Torres (2013), la comunicación en salud y la educación

para la salud, aunque diferentes, son herramientas estratégicas si la investigación genera información no solo dirigida a la comunidad académica, sino a la población sanitaria, porque el objetivo final es promover la responsabilidad individual junto al compromiso eficaz de todos los actores y sectores.

Otro aspecto que se identificó es que existía deficiencia en la aplicación del sistema informático en el personal administrativo a causa del alto índice de analfabetismo digital.

De acuerdo a lo expresado por ITU (2010), se define como analfabeto digital a aquella persona que no tiene una cierta suficiencia para el uso de recursos de medios digitales. Los administrativos que realizaron la capacitación en alfabetización digital y respondieron la encuesta de satisfacción que se les efectuó, indicaron que la formación mejoró su mirada acerca de la institución y les dio la posibilidad de aplicar lo aprendido en su ámbito laboral y personal. Lo expresado está en concordancia con Costa (2011), quien afirma que en la institución, la capacitación redundó en un mejor clima laboral. A esto contribuyó especialmente la participación activa de las autoridades de salud, porque mediante el reconocimiento a la capacitación en servicio que realizaban los empleados, generaron un ambiente laboral de satisfacción y compromiso con la función (Chiang Vega, 2007). Respecto al otro beneficio que refieren los empleados con el uso de TICs, es valiosa la respuesta respecto a que mejoró su bienestar individual y familiar, lo que habla de los beneficios sociales que tuvieron. (Bukachi, F., 2007)

Si una institución atiende la formación de sus empleados y estos se encuentran satisfechos, van a brindar una imagen positiva al exterior, en su contacto con los usuarios del sistema de salud, porque “la experiencia ha demostrado que la comunicación interna influye en la comunicación externa, pues la motivación de los empleados, entre otros asuntos, resulta clave en la información y en los servicios que se ofrecen hacia el exterior”. (Costa, C., 2011; Muriel y Rota, 1980; Jalley, V. y Goyos, E., 2011)

A partir de la propuesta del Departamento de Docencia e Investigación del HI, con el apoyo del Hospital Prof. Dr. Juan Garrahan se observó mayor interés en los integrantes del equipo de salud en utilizar los beneficios en comunicación con que se contaba y descubrieron que podía generarse un mayor desarrollo de la e-tecnología relacionada a la salud.

Conclusión

La experiencia permitió dar a conocer a las autoridades de salud de la provincia, la necesidad de una mayor formación del recurso humano en la comu-

nicación interna entre el HI y los CAPS como centros de atención con menor complejidad, que redundará en beneficios para la mejor atención de los usuarios al sistema de salud.

La capacitación a distancia del recurso humano que se encontraba en los CAPS y hospitales distantes del HI fue eficaz en la socialización científica bidireccional, realizada mediante el empleo de la telemedicina, favorecida por el aumento de número de OCDs incorporadas al sistema de comunicación.

El intercambio sociocultural científico que se generó favoreció que el equipo de salud del HI y los CAPS se conociera y mejorara la eficiencia de la comunicación interna bidireccional para que la derivación de pacientes fuera más personalizada, generando un mayor compromiso social del equipo de salud beneficiando a las comunidades, en particular aquellas que se encuentran a grandes distancias del HI.

Los integrantes no profesionales del equipo de salud manifestaron que las propuestas de capacitación en servicio, en particular el Curso de Alfabetización Digital, mejoró la comunicación con sus compañeros, el desempeño en el plano laboral y respondió a necesidades personales y/o familiares.

Referencias bibliográficas

- BUKACHI, F.; PAKENHAM-WALSH, N. Information Technology for Health in Developing Countries. Chest [Internet] 2007; 132:1624–1630. Downloaded From: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 06/16/2015
- BUSTAMANTE, E. El clima de comunicación, la motivación y la satisfacción laboral en un proceso de atención primaria en Colombia en Revista de Comunicación y Salud. Vol. 3 (nº 1): 35-49, 2013.
- CASTRO, J. O. Orientaciones para la elaboración de proyectos y programas de extensión. Cuadernos de extensión universitaria de la UNLPam y EDUNLPam. Mayo, 2015.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible (LC/G. 2660(SES.36/3)), Santiago. Julio, 2016- Disponible a través de: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40159>.
- CHANDRASEKHAR, C. P.; GHOSH, J. Information and communication technologies and health in low income countries: the potential and constraints. Bull World Health Organ Bulletin of the World Health Organization 2001; 79(9): 850-55.
- CHIANG VEGA, M. M.; SALAZAR BOTELLO, C. M.; NÚÑEZ PARTIDO, A., Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: hospital tipo 1. Theoria [en línea] 2007, 16 [Fecha de consulta: 31 de julio de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29916206>> ISSN 0717-196X

- COSTA, C. La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Sevilla: Comunicación Social, ediciones y publicaciones, 2011.
- DÍAZ, H.; URANGA, W. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 1 (nº 1): 113-124, 2011.
- ESTRADA PANEQUE, M. U.; TORRES, C. V. La comunicación del conocimiento para la salud pública. *Multimed. [Revista en internet]* Vol. 17 (nº2): 1-3, 2013. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/285/377>
- GRUNIG, J.; GRUNIG, L.; APARECIDA-FERRARI, M. Perspectivas de las Relaciones Públicas: resultados del Excellence Study para la comunicación en las organizaciones. *Revista Mediterránea de Comunicación*. 6(2), 9-28, 2015. Disponible en <http://mediterranea-comunicacion.org/>. DOI: 10.14198/MEDCOM2015.6.2.
- INTERNATIONAL TELECOMMUNICATIONS UNION (ITU). World telecommunication/ICT development report 2010: monitoring the WSIS targets, a mid-term review [Internet]. Geneva. 2010 [Fecha de consulta 1 mayo 2011]. Disponible en: http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/ind/D-IND-WTDR-2010-PDFE.pdf
- JALLEY, V.; GOYOS, E. La comunicación interna en la gestión institucional: avatares y desafíos. pp. 249-268. En Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2011.
- MEDINA AGUERREBERE, P. El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. En *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.2 (Nº 1): 19-28, 2012.
- MOLINA-GÓMEZ, A.; ROQUE-ROQUE, L.; GARCÉS-GARCÉS, B.; ROJAS-MESA, Y.; DULZAIDES-IGLESIAS, M.; SELÍN-GANÉN, M. El proceso de comunicación mediado por las tecnologías de la información. Ventajas y desventajas en diferentes esferas de la vida social. *Medisur [revista en Internet]*. 2015 [citado 2020 May 14]; 13(4): 481-493. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3075>
- MURIEL, M. L.; ROTA, G. *Comunicación Institucional: Enfoque Social de las Relaciones Públicas*. Editora Andina. Quito, 1982.
- PETRACCI, M.; WAISBORD, S. (compiladores). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía; 2011. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4259>
- SEGREDO PÉREZ, A. M. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Rev Cubana Salud Pública [online]*. 2013, vol.39, n.2 [fecha de consulta 2019-07-31], 385-393. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
- WANDEN-BERGHE, C.; SABUCEDO, L.; MARTÍNEZ DE VICTORIA, I. Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. *Salud colectiva [online]*. 2011, vol.7, suppl.1 [fecha de consulta 2019-07-31], pp: S29-S38. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265.

ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS: PROBLEMAS Y DESAFÍOS EN LA APLICACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

ETHICS AND PUBLIC POLICIES: PROBLEMS AND CHALLENGES IN THE APPLICATION OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW

Martín de Lellis

Palabras claves: deontología, bioética, equidad, políticas públicas, salud mental

Keywords: deontology, equity, public policies, mental health

Resumen

En el marco de la Ley Nacional 26657, sancionada en la República Argentina, el trabajo expone ciertas tensiones entre el comportamiento moral adoptado por grupos profesionales, los preceptos de una ética de alcance universal y la adopción de políticas públicas que buscan transformar el orden instituido en el campo de la Salud Mental. Tras enmarcar la situación de la Salud Mental en el país, se revisan cuestiones deontológicas que conciernen al deber profesional, demandas propias de la bioética y aspectos específicos que conciernen a la ética social y su relación con la salud mental. Seguidamente se introducen antecedentes que, enmarcados en el sistema internacional de derechos humanos, permiten contextualizar la normativa, e iniciativas de política pública vinculadas a la relación entre el sector sanitario y la administración de justicia, la sustitución de las instituciones monovalentes y las recomendaciones formuladas para alinear la formación de los recursos humanos según principios, dispositivos y políticas que expresen el nuevo paradigma de atención. Se ejemplifican luego, en base a datos provenientes del reciente Censo Nacional de Salud Mental, tres cuestiones que se constituyen en obstáculos para asegurar la accesibilidad y equidad: el problema de la discriminación en la atención de los servicios, las diferencias en el sector público y el sector privado en relación al promedio de días de internación y las dificultades para asegurar el trabajo interdisciplinario en salud mental. Por último, se propone vincular los requerimientos de la ética con la participación de los actores comprometidos con el cumplimiento de la ley.

Abstract

Within the framework of the national mental health law enacted in the Argentine Republic, this paper presents certain tensions between the moral behavior adopted by groups of professionals, the precepts of ethics of universal reach and the adoption of public policies that intend to transform the instituted order in the field of Mental health. After framing the situation of Mental Health in the country, ethical issues that concern to professional duty are reviewed, demands inherent to bioethics and specific aspects concerning to social ethics

and its link with the mental health. Then we enter backgrounds that, framed in the international human rights system, allow to contextualize the aforementioned legislation and public policies initiatives linked to a: a) the relationship between the health sector and the administration of justice; (b) the replacement of monovalent institutions; c) Recommendations to guide human resources training according to principles, devices and policies that express the new paradigm of attention. Then, based on data from the recent National Census of Mental Health, three issues that constitute obstacles to ensure accessibility and equity are exemplified: the problem of discrimination in the attention of the services, the differences between the public and the private sector in relation to the average number of hospitalization days and the difficulties in ensuring interdisciplinary work in mental health. Finally, it is proposed to link the requirements of ethics with the participation of the actors committed to law enforcement.

Introducción

La Ley Nacional 26657¹, sancionada en el año 2010, se ha constituido en un marco normativo de referencia cuyo objeto es regular la práctica de los servicios en el complejo escenario de la Salud Mental. Entre los aspectos contemplados en esta ley hallamos un conjunto de presupuestos basados en el enfoque de derechos y propuestas destinadas a desarrollar una red especializada de servicios que, basados en la perspectiva comunitaria, sustituyan progresivamente la respuesta asilar (de Lellis, 2015).

Como toda norma cuyo objetivo es cambiar el orden institucional existente, expresa una brecha entre lo allí prescripto y la práctica de los profesionales que componen los servicios de salud. En tal sentido, si bien la ley propone institucionalizar acciones que protejan y disminuyan la vulnerabilidad de las personas con padecimientos mentales, la revisión de antecedentes históricos nos indica que es necesario adoptar acciones políticas que sustenten en el tiempo tales iniciativas de transformación.

En un trabajo esclarecedor, Scavino (1999) señala la confusión recurrente en torno a los conceptos de ética, política y moral. Aludiendo al célebre tratado sobre “La República”, sostiene que para Platón un acto moral es aquel que se conforma al rol asignado para reproducir de forma inalterable el orden social, y que la sanción moral se aplica sobre quienes no cumplen o se desvían del rol que les ha tocado representar.

Conforme a esta línea de pensamiento Scavino señala que, si bien la responsabilidad por el ejercicio de los actos morales es individual, la distribución de los roles siempre es social y, por ello, la sanción moral nunca garantiza *per se* la justicia o injusticia presente en la asignación de los roles. De acuerdo a su planteo, mientras que un acto moral es aquel que se realiza sin cuestionarse el tipo de asignación ni los fines últimos que sostienen el desempeño de tales roles, la ética permitiría revisar críticamente dicho comportamiento moral, y la política comprendería aquellas acciones e iniciativas públicas cuyo objetivo es sostener y/o transformar la estructuración social de los roles tal como se halla establecida.

El principal supuesto que guía este trabajo es que en la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental se plantean tensiones entre el comportamiento moral adoptado por grupos profesionales, los principios de una ética fundada en derechos universales y la política que debe garantizar, a través de su accionar, el cumplimiento de preceptos éticos en el seno de la sociedad.

1 Se trata de la Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental, promulgada el 2/12/2010 y publicada en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

Tales tensiones se constituyen, a la vez, en obstáculos principales para asegurar principios rectores fundamentales como la integralidad, la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud mental.

Cuestiones deontológicas

Ética y moral proceden de la misma raíz epistemológica, pues refieren a pautas culturales que se comparten en cada comunidad y que la tradición establece como lo evidente, lo frecuente, lo acostumbrado y también lo deseable.

Mientras el término moral ha quedado circunscripto en su acepción al repertorio de prescripciones propias de un grupo, la ética es una vertiente del pensamiento filosófico que ha tenido como objeto la indagación del comportamiento moral de los distintos grupos o, como indican más precisamente Guariglia y Vidiella (2011), la moralidad de tales comportamientos. Es lícito asimismo discernir respecto de la moral distintos planos de análisis –individual y/o colectivo– y, específicamente en lo que concierne al presente trabajo, identificar sus manifestaciones en los ámbitos corporativos que nuclea a quienes se desempeñan como prestadores de servicios de salud.

Por otro lado, la ética aspira a lograr comprensiones regidas por la recta especulación filosófica, trascendiendo los credos religiosos o las doctrinas que configuran una moral determinada, así como plantearse interrogantes y respuestas sobre los temas universales de la vida humana: la justicia, el bien común, la felicidad, el reconocimiento de la alteridad.

De allí que suele plantearse una tensión en el repliegue reflexivo que la ética, como rama de la reflexión filosófica introduce, y el comportamiento moral que albergan los distintos grupos sociales. Esta tensión se halla presente también en el campo de la atención sanitaria, porque el comportamiento moral del/los profesional/es se ha regido a menudo según principios que han colisionado con los preceptos de una ética de alcance universal.

La deontología es la rama de la ética que se aboca a la cuestión del deber y las obligaciones profesionales y, en el ámbito sanitario, se aplica particularmente a ciertos colectivos aunados por su responsabilidad en la atención de la salud. Si bien han sido muchos y variados los aspectos que contempla la deontología, lo característico de esta dimensión es que no proyecta su juicio sobre los seres humanos en general ni traza los lineamientos de la vida buena sino que atañe específicamente al comportamiento de los sujetos que comparten responsabilidades a partir de pertenencias comunes, tal como puede ser la adquisición y empleo de determinados saberes profesionales.

En el campo de la atención sanitaria, la deontología se tradujo en un conjunto de prescripciones cuyo objeto ha sido regular la corrección o incorrección del comportamiento público de quienes han ejercido el arte de curar, mediante códigos o normativas que comprenden un conjunto de enunciados explícitos. Por ejemplo, en el caso de la medicina, que se ha constituido en el saber hegemónico del arte y práctica de curar en Occidente, se han creado obligaciones e impuesto, llegado el caso, sanciones determinadas que corrigen las transgresiones a dichas normas.

El momento inaugural de la deontología se fundaba en un enfoque paternalista en el cual la mirada se focalizaba sobre el “deber” que debía asumir el curador para brindar el mejor tratamiento disponible, o evitar el abandono de cuidados a las personas cuyo sufrimiento requería la asistencia médica. De la beneficencia, entendida como hacer el mayor bien, o la no maleficencia –*primum non nocere*– resultaban los principios indisociables que obligaron ritualmente a las comunidades de práctica profesional.

Aspectos relativos a los resguardos que deben realizarse en la experimentación científica, la obligatoriedad de no llevar a la práctica tratos crueles o degradantes, no incurrir en el abandono de persona y someter la calidad de los conocimientos a los pares han sido ilustración de principios deontológicos. Tales principios han regido durante un dilatado período de tiempo el accionar de profesionales e instituciones de salud, así como han resultado elementos fundamentales a la hora de restringir los potenciales abusos de la labor asistencial y/o científica.

Aun cuando en la definición de lo que significa hacer el bien no siempre han concordado las intenciones del curador y las aspiraciones de quien/es debe/n ser asistidos, la relación médico-paciente no ha sido considerada un espacio de negociación entre los derechos y/o deberes de las partes sino que ha descansado en la imposición unilateral de prescripciones que los pacientes deben cumplir sin cuestionar la autoridad médica.

Sin embargo, si bien la ética profesional ha vigilado la conducta de los profesionales según los principios anteriormente enunciados, al sostenerse en una relación asimétrica, el paternalismo médico no ha promovido la participación de los sujetos con padecimiento físico y/o mental. Muchos ejemplos testimonian los conflictos que se han suscitado por la discrepancia de criterios, valores y expectativas de quienes se hallan autorizados para administrar la cura y de quienes, al ser ubicados en el rol de pacientes, no han sido habilitados para tomar decisiones relativas al curso de su propio tratamiento.

Bioética y Salud Mental

Asistimos en la actualidad al surgimiento de la perspectiva bioética que, coincidente con la consolidación del liberalismo político y económico en Occidente, sostiene el necesario reconocimiento del otro, de sus necesidades, sus aspiraciones, de la significación que cada sujeto proyecta sobre el mundo y de las decisiones que adopta para el cuidado de su salud. Este ámbito de preocupación, más incipiente en su desarrollo, guarda relación con el respeto a los principios de la autonomía –considerada el núcleo duro de la individualidad personal y la dignidad– desde un enfoque centrado en la protección de los derechos humanos. (Nino, 1989)

Este gran desarrollo de la bioética, que desvela habitualmente a la sociedad en relación a casos graves y/o terminales (por ejemplo: muerte digna, interrupción del embarazo, decisiones y directivas anticipadas ante el riesgo de secuelas discapacitantes asociadas a una intervención quirúrgica, suspensión del encarnizamiento terapéutico), de hecho se ha extendido a situaciones en las cuales resulta relevante contar con el consentimiento informado del sujeto ante prácticas que tienen potencial impacto sobre la salud.

Al ponerse de relieve la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes, se resignifican los deberes profesionales para su resguardo y pueden plantearse conflictos de ardua resolución, porque requieren de los cuidadores escuchar la voz de actores (ejemplo: pacientes y familiares), habitualmente excluidos de la toma de decisiones y, como consecuencia, poder revisar o corregir las decisiones adoptadas. Así, por ejemplo, el consentimiento informado permitiría resguardar el derecho a la autodeterminación del sujeto en la toma de decisiones, del mismo modo que la obligatoriedad de guardar el secreto profesional permitiría resguardar la privacidad o bien la confidencialidad de lo manifestado por el paciente en un contexto clínico.

En este mismo proceso se han multiplicado las corrientes críticas del saber médico y del proceso de tecnificación de la asistencia –y denunciado, por ejemplo, los excesos de la medicalización–, que han insistido en la apreciación de derechos que, incluso, podrían contrariar la voluntad “benefactora” del agente curador.

(...) beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente; el principio de beneficencia orienta los fines morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida, mientras que el principio de autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios, y no puede ser usado o manipulado por otros. (Berlinguer, 1994. p.51)

En relación con el respeto de los derechos subjetivos, el campo de la salud mental presenta una especificidad propia que es oportuno considerar. Durante el pasado reciente, aquellos a quienes se ha rotulado como enfermos mentales han sido considerados incapaces para tomar decisiones que conciernen a aspectos tales como la posibilidad de aceptar o rechazar el tratamiento terapéutico, o bien para someterse a procedimientos técnicos como el consumo de psicotrópicos y/o psicoquirúrgicos ya que, cabe aclararlo, prácticas como la lobotomía fueron empleadas por la medicina sin consentimiento alguno hasta bien avanzado el siglo XX.

Al presumirse que el sujeto con trastornos mentales resultaba incapaz de comprender y tomar decisiones se produjo el fenómeno denominado sustitución de derechos: no decidía el sujeto padeciente sino un tercero, a menudo un familiar o curador oficialmente designado por jueces del fuero civil. Esta concepción se mantuvo arraigada entre quienes encarnaron el complejo asilar-tutelar y fundamentó un conjunto de medidas que prescindieron de toda consideración respecto del derecho a la información, a la posibilidad de consultar la historia clínica personal, aceptar o rehusar la internación, o bien garantizar la privacidad en el proceso de atención.

El nuevo paradigma de salud mental rescata este ámbito de preocupaciones éticas que se funda en los principios centrados en el logro de una progresiva autodeterminación del sujeto con padecimiento mental en relación a decisiones relativas al/los tratamientos científicos y las consecuencias que ellos pueden ocasionar sobre el estado de salud como, por ejemplo, la discapacidad grave, la inconsciencia o incluso la privación de la vida.

Específicamente en el ámbito de la salud, esto queda expresado en las nuevas medidas que introducen tanto la ley que protege los derechos del paciente ante instituciones y servicios de salud (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.529), como la ley que protege los derechos específicos del padeciente mental (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657). Precisamente, la ley 26.657 constituye a los sujetos con padecimiento mental como sujetos de derecho, un giro altamente significativo que resultó similar al que aconteciera con la niñez y la discapacidad luego de sancionarse las convenciones internacionales –y que en el caso de la niñez se tradujo, más tarde, en la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes–, las cuales, basadas en un enfoque de derechos, cuestionan el tradicional paradigma tutelar.

El incremento de oportunidades para que el usuario con padecimientos mentales participe en ese tipo de decisiones, que afectan el tratamiento, ya significan un avance respecto del estadio anterior, en el cual tales derechos se hallaban

vulnerados de forma casi absoluta y no se contaba con un sistema normativo que diera una mínima protección a las personas con padecimientos mentales.

Pero tales cuestiones no impactan solamente en el ámbito de la relación entre profesional y paciente sino que ha irrumpido también en el plano colectivo mediante la movilización de actores que, hallando vulnerados sus derechos, cuestionan los principios que fundamentan el paternalismo médico. De hecho, gran parte de las cuestiones que trata la bioética se debaten hoy en la arena pública, y se traducen en reclamos que instan a respetar los derechos de las personas con padecimiento mental.

Todo ello tiene potencial impacto en la apertura de espacios institucionales para que los usuarios de salud mental puedan participar en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas e interpela la labor de los equipos técnicos, ya que las medidas a ser adoptadas hallan muy diferente contexto de aplicación si se piensan como un medio para empoderar a los sujetos o como un mero trámite burocrático que se traduciría, por ejemplo, en aplicar el consentimiento informado solo como resguardo jurídico-legal de los profesionales. (Garbus, et al., 2009)

El problema de la equidad

Por último, debemos aludir a la rama de la ética centrada en la cuestión de la equidad, la cual ha cobrado renovada actualidad a partir de las evidencias que señalan el impacto que las condiciones de desigualdad tienen sobre las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

Una de las reglas fundamentales de la ética social, inspirada a su vez en una fórmula clásica del derecho, exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual (Kraut, 2005, p.30). Concibiendo este último principio como diferenciación para la igualdad, si no se impulsan acciones que permitan cerrar la brecha entre las condiciones de los menos favorecidos respecto de los más favorecidos se reforzará la distancia entre lo que suscribe el discurso ético-jurídico y lo que efectivamente se practica en las instituciones que brindan atención.

En relación con la atención sanitaria, un señero antecedente está representado a través de la clásica ley de cuidados médicos inversos, formulada por Tudor Hart (1971).

Este autor señala que la disponibilidad y/o concreción de la asistencia sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida: los sujetos más vulnerables profundizan sus condiciones de vulnerabilidad, y quienes

presentan menor riesgo relativo tendrán mayores posibilidades de acceder a servicios que permitan resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

En el caso de los padecientes mentales ello revela una conexión estrecha, pues la evidencia existente subraya que los determinantes socioeconómicos adversos asociados a mayores niveles de pobreza incrementan el riesgo de experimentar problemas psicológicos y menores posibilidades para asegurar los servicios indispensables para la atención. En la mayoría de los estudios realizados en Latinoamérica, sobre población adulta, se ha observado que la posición socioeconómica se relaciona con la mayor o menor prevalencia de padecimientos mentales y, aunque existen menores investigaciones sobre el tema, se ha observado la misma tendencia en el caso de adolescentes y jóvenes. Estas evidencias coinciden asimismo con los resultados de investigaciones realizadas en países de altos ingresos.

Pero, por otra parte, debemos alertar acerca del riesgo de que en el campo de la Salud Mental tales evidencias fueren argumentos como los de la “deriva social”, que proceden de una bioética justificativa según la cual:

(...) la existencia de sujetos que, como consecuencia de su enfermedad son precipitados del bienestar a la pobreza resulta un signo evidente de una relación causal inversa entre pobreza y enfermedad, con la confirmación de que cada uno tiene lo que se merece. (Berlinguer, op.cit, p.27)

En un exhaustivo estudio de revisión, De Carlo, Kaltman y Miranda (2013) constatan evidencias consistentes en la relación de pobreza y padecimiento mental, y señalan algunos de los factores que inciden en su perpetuación. Como indica el trabajo, la pobreza supone que las personas se hallan sometidas a un conglomerado de circunstancias adversas y cronificantes sobre las que difícilmente tienen control y que se relaciona con determinadas consecuencias negativas como, por ejemplo, una mayor incidencia de depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, adicciones y delincuencia.

Por otra parte, las alteraciones psicológicas y sociales pueden interferir con el nivel educativo y/o laboral que una persona aspira a alcanzar, ya que cuando los trastornos no son oportunamente atendidos ocasionan, en muchos casos, un grado de dificultad adicional. Además, las personas con trastorno mental suelen sufrir también las consecuencias de los prejuicios y el estigma social, lo que implica barreras a la accesibilidad muy difíciles de sortear al momento de disminuir el riesgo de pobreza y exclusión. Por ejemplo, en el estudio referenciado en el párrafo anterior (De Carlo et. al., 2013) se ha encontrado que solo el 13% de adul-

tos con bajos ingresos que tienen trastorno por estrés postraumático reciben el tratamiento adecuado y se estima que el 75%-80% de los niños de familias con bajos ingresos no tienen acceso a los cuidados de salud mental que necesitan. Esta cifra se incrementa en las minorías étnicas, como ocurre entre la población latina norteamericana donde el porcentaje es del 88%.

Según diversos autores (De Carlo et. al., op.cit; Frenk, 1995; Andersen y Newman, 1973), las barreras a la accesibilidad que dificultan o impiden la disponibilidad de estos tratamientos requieren una mirada compleja, que destaque, por ejemplo, la relevancia de las barreras actitudinales y/o simbólicas: el temor a ser estigmatizado socialmente al estar bajo tratamiento psicológico es una barrera potente a la hora de buscar ayuda; a la que deben añadirse el miedo a que el profesional le trate con prejuicios, a tener una mala experiencia, a perder la custodia de los niños, a ser separado de la familia o a que la asistencia a un determinado establecimiento sanitario pueda repercutir en el status social del sujeto.

Otra de las barreras proviene de los equipos que integran los servicios de salud, tales como el desconocimiento de la cultura y el habla de usuarios que pertenecen a grupos sociales desfavorecidos o bien no considerar los recursos que mejor podrían satisfacer las necesidades asistenciales de las personas con bajos ingresos y problemas de salud mental.

Numerosos estudios (Comes, Solitario y Garmus, 2006; Ariza-Montoya, Hernández-Álvarez y Gómez, 1993) han señalado asimismo que existe un poderoso sesgo en la calidad en la atención y cantidad de tiempo que los profesionales destinan a los pacientes, según se trate de personas jóvenes o ancianas, de raza blanca o negra, instruidas o analfabetas, con alto o bajo poder adquisitivo, todo lo cual se constituye en barreras a la accesibilidad para los grupos más desventajados.

En el campo de la salud mental subsiste aún un grave problema ligado a la brecha de tratamiento que afecta muy especialmente a las poblaciones desfavorecidas. Podemos advertir, por ejemplo, que las concepciones y prácticas adoptadas por las personas que trabajan en instituciones bajo régimen tutelar vulneran con frecuencia el principio de equidad en el proceso de atención, pues son escasas las medidas que se adoptan para revertir las condiciones de exclusión de los más pobres y desafiados.

En definitiva, romper el círculo vicioso que vincula a la desigualdad social y el padecimiento mental requiere un enfoque flexible y culturalmente situado, e impele a desarrollar políticas públicas que contemplen la situación de aquellos colectivos desfavorecidos, quienes se hallan expuestos a un conjunto de factores que afectan en mayor grado su salud mental.

Hitos normativos: la ley nacional de Salud Mental

Durante las últimas décadas ha tenido lugar un importante avance en la conciencia social respecto de la necesidad de asegurar la protección y defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental (CELS, MDRI, 2007). Esto se expresó en un conjunto de leyes o normativas integradas al sistema internacional de los derechos humanos, que pueden clasificarse en dos grandes tipos: a) Instrumentos de carácter obligatorio o vinculante, aquellas que obligan legalmente a los estados que las han suscripto y ratificado (tratados, pactos, convenios o convenciones) y que han adquirido en nuestro país rango constitucional (Art. 75, inciso 22 de la Constitución Nacional Argentina), b) Instrumentos de carácter no vinculante para la protección de los derechos humanos, que comprenden principios rectores o directrices plasmadas en declaraciones, resoluciones o recomendaciones provenientes en su mayor parte de organismos internacionales, tales como la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (CIDH, 2001). Instrumentos técnicos especializados cuyo objetivo es proteger los derechos de las personas con trastornos mentales y, más específicamente, regular las condiciones relativas a la internación en instituciones psiquiátricas; deben destacarse la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y los Principios para la protección de los enfermos mentales para el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, 1991).

En el transcurso del año 2010 Argentina consagra, mediante la Ley Nacional de Salud Mental, un instrumento normativo que avanza en medidas para asegurar la protección de los derechos de las personas con problemas mentales y establece lineamientos para la transformación del modelo de atención, ya que propone la supresión de las instituciones totales y su paulatina sustitución por dispositivos de base comunitaria.

La promulgación de dicha ley manifiesta una voluntad de transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado como refractario al cambio y, en virtud de ello, legitimador de concepciones y prácticas asilares que caracterizan aún el modelo de atención en las instituciones y servicios de Salud Mental.

Asimismo, la jerarquización de los principios de la ética está presente en el texto mismo de la ley, pues se establece el reconocimiento por parte del Estado de un amplio y diverso conjunto de derechos que se apoya en el concepto de autonomía del sujeto: atención sanitaria integral y humanizada, preservación de su identidad y sus grupos de pertenencia, derecho a recibir un tratamiento que promueva el acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones en salud mental.

En línea con esta argumentación ideológica, la vulneración de derechos implica un déficit en la implementación de políticas públicas que deben sostenerse mediante el accionar del Estado como garante y protector. Si bien el foco de atención de la ley se orienta a reparar el daño y lograr el pleno goce de los derechos humanos de sujetos con padecimientos mentales severos que se hallan institucionalizados, implica asegurar en su alcance el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas.

La existencia de un marco normativo de carácter nacional y jurisdiccional constituye una base importante sobre la cual efectuar un abordaje sustentado en un paradigma innovador, donde el eje principal está sustentado en las oportunidades de inclusión en la comunidad y así quebrar los muros del abandono y la soledad (de Lellis, 2015). De hecho, ha instado hacia la toma de posición de los actores más relevantes respecto de las temáticas principales a resolver que se hallan comprendidas en las leyes o normativas antes citadas, tales como las modalidades y criterios de internación, el régimen de egresos y altas o el cumplimiento de medidas tales como el consentimiento informado de los pacientes.

Medidas de política pública

Mientras la política es un concepto amplio, relativo a la búsqueda y/o administración del poder y a las formas de organizar la convivencia, las políticas públicas comprenden la respuesta planificada y sistemática ante cuestiones que han sido problematizadas socialmente porque afectan a los actores que integran el colectivo social.

Es común considerar que en su aplicación las políticas públicas comprenden un conjunto de acciones organizadas en muy distintos planos de determinación y según las distintas necesidades que el Estado y las organizaciones sociales deben resolver, y que pueden expresarse en compromisos recíprocos para la acción. No obstante, existe una tradición de vincular los actos de naturaleza política con aquellas decisiones que se adoptan de manera explícita por la autoridad estatal y en niveles estratégicos de decisión, aun cuando sus efectos deben observarse en espacios microsociales, en los cuales transcurre la vida cotidiana de personas, grupos, instituciones y comunidades territoriales (de Lellis, 2015).

Ya sea que aparezca explícitamente en su formulación o bien de manera implícita, las políticas públicas se sustentan en valores (por ejemplo: equidad, solidaridad, pluralismo, transparencia), que a la vez orientan los procedimientos tendientes a la resolución de problemas que, se supone, debe afrontar prioritariamente el Estado.

El debate en torno a los valores surge también a propósito de orientaciones ideológicas de las políticas públicas que, en el marco de los procesos de reforma acaecidos durante la década de los 90, han sido motivo de encendidos posicionamientos de parte de los actores involucrados. Así, por ejemplo, las políticas públicas han sido enunciadas de modo tal que resulte claro el valor social que se trata de alcanzar: aumentar la equidad en la distribución de determinado servicio o producto; incrementar la accesibilidad a prestaciones de salud; mejorar el grado de eficiencia en el uso de los recursos disponibles; incrementar la solidaridad en el reparto de las cargas y beneficios resultantes de medidas enmarcadas en la seguridad social.

En el ejemplo particular de la Salud Mental nos referiremos a tres cuestiones fundamentales, que se hallan expresados en la ley y en normativas subsiguientes y que recentran las políticas públicas en torno a fundamentos ideológicos: la coordinación con el Poder Judicial para proteger y/o ampliar los derechos de las personas con padecimiento mental, la propuesta de nuevos procesos de formación para los futuros profesionales y técnicos que se insertarán en los servicios de salud y la reestructuración de la red de servicios asistenciales.

Durante un dilatado período, la intervención del Poder Judicial en el ámbito asistencial se ha ejercido compulsivamente para internar, pero de manera muy laxa cuando se ha tratado de favorecer o asegurar las condiciones para la externación de pacientes. En estos casos particulares, la intervención se ha concentrado fundamentalmente en el pedido de garantías que, al no ser satisfechas adecuadamente, han dificultado la concreción final de los procesos de externación.

La actual situación, en la medida que habilita nuevas relaciones con el Poder Judicial respecto de temas tales como los criterios de internación, el alcance de los oficios judiciales para externación, el control y seguimiento de los pacientes institucionalizados y la autorización para decidir altas han sido parte de la agenda establecida con Juzgados, Defensorías, Asesorías y otros organismos del Poder Judicial.

La puesta en vigencia de la normas ha permitido abrir instancias para ejercer un mayor control sobre el tratamiento de las personas con padecimiento mental, como la constitución de órganos de revisión cuyo objetivo es la fiscalización de los pacientes institucionalizados. La constatación de que el alcance y tenor de las decisiones adoptadas por los profesionales sanitarios y por los agentes del Poder Judicial se orienten por la nueva ley de salud mental permitiría que los postulados de la reforma vayan delineándose paulatinamente, y se pueda cubrir la brecha entre los aspectos fácticos y normativos, que deberían generar la tensión necesaria para movilizar el cambio hacia una situación acorde con los nuevos planteos normativos.

Otro problema que requiere iniciativas políticas es la formación de los profesionales, ya que si esta continúa trazándose desde un paradigma clínico-restrictivo y con un sesgo liberal más que en un paradigma socio-expansivo (Saforcada, 1999) se producirán mayores desencuentros entre las concepciones y práctica de los agentes de salud y las demandas poblacionales que impactan sobre los servicios de atención. Diversos trabajos, entre los que destaca el realizado por Pomares y Di Nella (2012), señalan que entre los estudiantes subsiste una representación de la práctica que se sustenta en una concepción liberal e individualista del ejercicio profesional, lo cual cercena el desarrollo de competencias que den respuesta a los más graves problemas sociales.

Cabe destacar, en cumplimiento del artículo 33° de la LNSM (Ley Nacional de Salud Mental), la producción de Recomendaciones y Lineamientos a las Universidades realizada durante el año 2015 en coordinación del Ministerio de Salud con el Ministerio de Educación de la Nación, y que se constituyó en un hito institucional. Esta experiencia inédita, en la cual autoridades sanitarias y autoridades universitarias coincidieron en la necesidad de transformar las pautas y contenidos de la formación de los profesionales de Salud Mental, y se comprometieron en la reforma de aspectos curriculares que se juzgaban desactualizados para afrontar las demandas planteadas por el marco normativo, ha permitido incluir, entre otros temas de indudable relevancia, el conocimiento de las normativas fundadas en derechos y el aprendizaje de la ética en su dimensiones deontológica, bioética y social.

En tercer lugar, debemos señalar que la Ley Nacional de Salud Mental ha implicado, a través de su normativa, medidas muy específicas cuyo propósito final ha sido impactar sobre el desempeño de la red y, consiguientemente, sobre la práctica de los servicios. Las instituciones de salud mental se han visto impelidas a un proceso de adecuación que implica fortalecer la respuesta de los servicios en el hospital general –con o sin internación–, incrementar la capacidad en el primer nivel de atención y promover la apertura de nuevos dispositivos asistenciales de base comunitaria, cuyo objetivo es mitigar los efectos de la institucionalización y alentar procesos de inclusión social.

En tal sentido, señala que, en el marco de un abordaje interdisciplinario, los servicios deben basarse en la estrategia de Atención Primaria de la Salud; y plantea taxativamente “la prohibición de crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados en tanto que los existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios establecidos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos” (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Artículo 27°) y establece “las internaciones de salud mental deben realizarse en los hospitales generales y que el

rechazo de la atención de los pacientes por motivos de su salud mental bajo esta modalidad se considerará un acto discriminatorio en términos de la ley 23.592” (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Artículo 28°).

Como síntesis, debemos señalar que en el área de la Salud Mental se plantean desafíos en materia de políticas públicas con potencial impacto institucional. Más allá de las discontinuidades producidas durante el período considerado (2010-2019), no cabe duda que se han revitalizado y/o fundado espacios institucionalizados que contribuyen a darle más representatividad y consenso a las decisiones del sector, se logró avanzar en normativas regulatorias, se han conformado espacios de articulación intersectorial en los cuales se tratan problemas transversales a muchas otras áreas de gobierno y se ha constituido un área epidemiológica que ha contribuido a darle mayor visibilidad a los problemas prevalentes de Salud Mental.

Tensiones y obstáculos en el cumplimiento de la ley

Habida cuenta de la relevancia que presentan las normas jurídicas centradas en los derechos individuales, la legislación se constituye también como una herramienta que contribuye a la formulación e implementación de una política pública, la cual se inserta siempre en un campo de tensiones y disputas entre los actores sociales involucrados. Al mismo tiempo, brinda oportunidades para la construcción de un discurso alternativo para los profesionales y técnicos que, comprometidos en el cumplimiento de esos derechos, pueden significar y orientar sus prácticas en las instituciones que componen el sistema de servicios de salud.

Por otra parte, las tensiones entre una perspectiva ética amplia y una moral restrictiva quedan al descubierto cuando observamos otras contradicciones que explicarían las profundas resistencias a adoptar una práctica interdisciplinaria en los equipos de salud, a transformar los dispositivos asistenciales de tipo asilar o para combatir las actitudes prejuiciosas y/o las conductas discriminatorias hacia las personas que bajo esta condición requieren asistencia.

Examinaremos a continuación obstáculos para el cumplimiento de la ley que provienen, más que de factores estructurales, de las pugnas desatadas entre disciplinas que integran el equipo de salud, de la carencia de atención de las personas con esta clase de padecimientos en los establecimientos sanitarios y de los problemas asociados a la no aplicación del consentimiento informado en los pacientes que acuden a los servicios de atención.

Si bien el movimiento de la Salud Mental ha surgido asociado a una configuración interdisciplinaria de los equipos profesionales en razón de la necesidad de responder a las cada vez más complejas demandas sanitarias, se observan dificultades para adoptar lo interdisciplinario en la prácticas en los servicios, lo cual vulnera el derecho a recibir una atención integral en materia de salud.

Uno de los principales obstáculos se halla reflejado en los conflictos y pujas corporativas ante orientaciones normativas que tienen como objetivo una mayor horizontalidad en la toma de decisiones, y que son resistidas por ciertas corporaciones profesionales. Tales pujas corporativas han trabado la reglamentación de marcos normativos sancionados en algunas jurisdicciones con un criterio de integralidad e interdisciplinariedad (ejemplo: ley de salud mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ley 26.657 y casi todas las normativas nacionales subsiguientes creadas para su implementación), ya que parte de su contenido ha sido cuestionado por las asociaciones médicas y/o de psiquiatras. Esta especialidad, que se ha consagrado hegemónicamente como el saber oficial para la definición y tratamiento de las enfermedades mentales, conserva un importante poder de veto y de obstaculización de las iniciativas de políticas públicas que cuestionen el modelo asilar-tutelar.

En tal sentido, y alegando la cuestión de las incumbencias profesionales, el colectivo de psiquiatras ha cuestionado dos prescripciones fundamentales de la LNSM: a) que puedan acceder a cargos de conducción y gestión de servicios de salud mental todos aquellos profesionales que demuestren idoneidad y acrediten la capacitación requerida, y que no se puede alegar la exclusividad de asumir tales puestos de mayor jerarquía en la toma de decisiones por una cuestión de incumbencia profesional (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Art. 13°); b) la prerrogativa acerca de quién puede evaluar y decidir las internaciones, pues en la ley nacional se indica, como primer requisito de toda disposición de internación, la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o psiquiatra (Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Art. 16°a). Esta disposición invita a revisar un supuesto que parecía incuestionable, como era la concentración del poder de internar como incumbencia profesional de la psiquiatría, y que ha llevado a una intensa argumentación defensiva de este colectivo en ocasión de discutirse el proyecto de ley en las audiencias públicas convocadas por el Poder Legislativo.

Los debates emergentes han colocado en la agenda la importante cuestión acerca de cuáles son las fuentes de las que ha extraído, históricamente, su preeminencia y legitimidad la medicina por sobre otros saberes que concurren al campo de la atención en salud mental, y que encubren a menudo la defensa de

intereses corporativos más que fundamentos científicos concluyentes que permitan asegurar una mejor calidad de atención. Por ejemplo, es llamativo que la defensa del interés corporativo se plantea de forma incuestionada aun cuando no se dispone del suficiente número de psiquiatras que puedan ocupar los cargos de jefatura en los servicios públicos de salud de todo el país, o cuando la defensa de actividades reservadas a la medicina no suponen una potestad excluyente para autorizar una modalidad específica de tratamiento, como es la internación.

Otro obstáculo relevante está centrado en la dificultad de avanzar en la progresiva supresión de las instituciones totales y su reemplazo o sustitución definitiva por dispositivos de base comunitaria.

Durante más de un siglo las ciencias médicas, encarnando los principios de la beneficencia, han sostenido un modelo asilar-tutelar que acabó legitimando pautas distorsivas de atención: el aislamiento, que se ejercía por el bien del paciente, se constituyó en privación ilegítima de la libertad; la experimentación o el tratamiento sin consentimiento, una prueba de la exclusión del derecho a decidir; la atención en instituciones totales una violación de la intimidad; la masificación del tratamiento, aun cuando fuere dictada por fines pragmáticos, una lesión permanente a la identidad.

En el momento actual, el sostenimiento de instituciones centenarias que consagran violaciones a los derechos humanos de las personas asistidas es una afrenta ética que interpela a quienes asumen cargos directivos, administrativos y/o técnicos; y nos obliga a respondernos, como sociedad, la atención que consideramos justa para los más pobres, débiles y dependientes. Obliga a revisar la cuestión del deber profesional, al interrogarnos hasta qué punto pueden reducirse a disputas corporativas las condiciones de supervivencia de un modelo de atención que en todo el mundo ha demostrado su inevitable caducidad.

En el reciente Censo Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) se exponen datos sobre la cantidad de personas con padecimientos mentales que se hallan internadas en instituciones monovalentes y su distribución en el ámbito público y privado, que obligan a revisar la aplicación de los criterios de equidad y justicia distributiva. De acuerdo a los datos reportados por el Censo Nacional, en Argentina el lapso de internación de los pacientes promedia los 8,2 años, siendo de 12,5 años en el sector público y de 4,2 en el sector privado. Esta diferencia, notablemente significativa, debe ser sometida a un cuidadoso análisis que permita testear hipótesis fundadas acerca de tales realidades. Tomando en cuenta el perfil específico que presenta la población atendida en sendos subsectores, podemos conjeturar que esta significativa diferencia puede estar reflejando que en el sector público se prolongan innecesariamente las internaciones por razones fundamentalmente sociales (falta de acceso a vi-

vienda, déficits de ingresos y carencia de sistemas de protección social) más que por razones clínicas.

El tercer problema importante es el trato discriminatorio que sufren las personas con trastornos mentales en las instituciones asistenciales. La discriminación interpela el quehacer profesional desde el punto de vista deontológico, ya que si los profesionales establecen a quién se debe atender y a quién no, pueden consagrar una selección inversa y contrariar los principios que obligan a brindar atención a toda persona que demanda asistencia sanitaria.

La Ley Nacional considera especialmente tales problemas, cuando se refiere a que las internaciones deben realizarse en hospitales generales y no en instituciones regidas por un modelo custodial, y que el rechazo de pacientes será considerado un acto discriminatorio. Es ya habitual reconocer que la falta de respuestas adecuadas a las personas con trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias no se debe a la carencia de recursos o equipamiento tecnológico especializado –pues la atención de las personas con sufrimiento mental no requiere de un voluminoso y costoso arsenal tecnológico– sino a los prejuicios arraigados en gran parte de las instituciones asistenciales.

“Saquen a los drogones afuera”, “el hospital no está para atender locos ni adictos”, “a los locos, bien lejos de este barrio”; “no los queremos aquí”; “son pacientes difíciles y no se avienen a la cultura hospitalaria” resultan expresiones frecuentes que suelen reproducirse en el seno de la sociedad y que racionalizan a menudo una decisión ya consumada de no ofrecer la respuesta asistencial requerida. Tales prejuicios, que anclan de forma profunda en las mentes y se expresan en los comportamientos de quienes deben proveer asistencia, se expresan finalmente en el apartamiento y segregación de personas en ámbitos confinados: las instituciones totales.

Esta situación se profundiza al juzgarse al sujeto incapaz de comprender las consignas de aplicación del consentimiento informado, impidiendo de hecho el ejercicio de este derecho fundamental. Otro de los datos que arroja el Censo Nacional es que aún persisten conductas discriminatorias entre los profesionales, que no aseguran el cumplimiento de la ley y traban el acceso a derecho entre las personas institucionalizadas.

Por ejemplo, si bien la garantía de consentimiento y del régimen de protección a las internaciones se halla consagrado en la leyes 26.529 y 26.657, el equipo tratante encuestado para realización del Censo informó que solo el 28,5% de las personas internadas firmaron consentimiento informado y solo el 36,4% de las personas que continúan internadas lo están por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Por último observamos que, basados en una perspectiva tecnicista, las comunidades de práctica profesional suelen esgrimir que el compromiso del/los profesionales es con la excelencia del quehacer asistencial, sin importar el marco ideológico, el contexto institucional ni los fines últimos a los que sirve la labor en cuestión. Pero si no consideramos el contexto en el que se desenvuelven las prácticas, aun decisiones técnicamente adecuadas no permitirían dimensionar, por ejemplo, el impacto final que pueden producir: el sostenimiento de instituciones asilares que ponen en cuestión los principios de accesibilidad, equidad e integralidad que deberían regir la práctica de los servicios de salud. Hacer bien las cosas sin saber para qué ni por qué se hacen puede convertirse en un peligroso desliz hacia posiciones de neutralidad valorativa que omitan reflexionar sobre las violaciones que acaecen en las instituciones de encierro, en las cuales los sujetos se hunden en un proceso oprobioso que afecta su dignidad humana.

Reflexiones finales

En el marco de un cuestionamiento del modelo tradicional de atención, la Ley Nacional de Salud Mental encarna un paradigma transformador basado en el enfoque de derechos, que obliga a que profesionales e instituciones se adapten progresivamente a los principios allí establecidos.

Cabe reconocer también que, tras la sanción de la ley y fruto del empoderamiento de nuevos actores, se han puesto al descubierto las principales aberraciones del modelo asilar-tutelar, las que pueden resumirse del siguiente modo: a) se exacerbó la asimetría vincular en el proceso de tratamiento al reforzar la idea de un paciente imposibilitado de acceder a derechos desde un enfoque basado en la tutela médica y jurídica; b) se alentó la corporativización, que se expresó en la elección de cargos directivos, el desplazamiento de fines y la medicalización excesiva de los tratamientos; c) se reforzó la inequidad, ya que aun el tratamiento resulta diferente en calidad según se trate de pacientes ricos o pobres; d) se naturalizó la violación de los derechos de pacientes y trabajadores en las instituciones totales.

Cuando la moral de grupo refuerza un modelo de atención que consagra tales aberraciones, se refuerzan asimetrías en el propio equipo profesional y en su relación con los pacientes, se desconoce el valor que tiene el empleo del consentimiento informado, se juzga a los sujetos incapaces de ejercer derechos políticos, cívicos y sociales o se impide de múltiples formas la vida en comunidad, ello tendrá impacto en la calidad final del tratamiento que se brinda a los sujetos con padecimiento mental.

Aun cuando la identificación de los derechos sociales que deben ser garantizados representa un gran avance, si las propuestas de cambio no se sostienen en un amplio movimiento de participación y movilización de los grupos implicados –entre otras, de las organizaciones comunitarias de base territorial y las asociaciones de usuarios y familiares– será difícil revertir la inequidad y promover un mayor bienestar para las personas con padecimiento mental.

Referencias bibliográficas

- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 51:95-124, 1973.
- ARGENTINA. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Boletín Oficial. 3 de Diciembre de 2010. Número: 32041. Página: 1.
- ARGENTINA. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.529. Sancionada el 21/10/2009; Boletín Oficial. 20 de Noviembre de 2009. Número: 31785. Página: 1.
- ARIZA-MONTOYA, J. F.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, *Rev. Salud Pública*. 10 sup (1): 58-71, 2008.
- BERLINGUER, G. Ética de la salud. Buenos Aires: CMPC, 1994.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.
- COMES, Y.; SOLITARIO, R.; GARMUS, P. Accesibilidad la perspectiva racional entre población y servicios de salud. *Revista científica de la AMBB*. 16: 97-102, 2006.
- CIDH. Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001.
- DE CARLO, S. C.; KALTMAN, S.; MIRANDA, J. Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of clinical psychology*, 69 (2): 115-26, 2013.
- DE LELLIS, M. Ética y políticas inclusivas en salud mental. En: Escalada, R. *Ley de Salud Mental. De la letra a su implementación*. La Universidad interpelada, pp. 17-34. Rosario: Laborde, 2016.
- DE LELLIS, M. Perspectivas en psicología comunitaria y salud: con motivo de la ley nacional de salud mental. En: Sarriera, J.; Saforcada, E.T; Alfaro Insunza, J, (Ed.). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Porto Alegre: SULIMA, 2015. pp. 85-108.
- DE LELLIS, M. La salud mental en la agenda de las políticas públicas en salud mental. *Aletheia. Revista da Psicologia da ULBRA*. 41 : 8-23, 2014.

- FRENK, J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*. (27):438-453, 1995.
- GARBUS, P. et al. Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones. Volumen XVI. (I): 329-338, 2009.
- GÓMEZ, E. Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez. En: OPS, Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1993.
- GUARIGLIA, O y VIDIELLA, G. Breviario de ética. Buenos Aires. EDHASA, 2011.
- KRAUT, A. Salud Mental y tutela jurídica. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni, 2005.
- NINO, C. Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. Barcelona. Ariel. 1989.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. Secretaría de Gobierno de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental. 2019. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/primer-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental>.
- ONU. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución Nº 119, Sección 46, 1991.
- OPS. Declaración de Caracas. Resultado de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 14 de noviembre de 1990.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L.; LÓPEZ-MORENO, S.; Borges, G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana *Cadernos da Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (6):1255-1272, jun, 2007.
- POMARES, L.; DI NELLA, Y. Rol, dispositivos y legalidad. En: Di Nella, Y. (comp.). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos*. Buenos Aires. Koyatún, 2011.
- SAFORCADA, E. Psicología sanitaria. Buenos Aires. Paidós. 1999.
- SCAVINO, D. La era de la desolación. Ética y moral en la Argentina de fin de siglo. Buenos Aires: Manantial, 1999.
- TUDOR HART, J. T. The inverse care law. *Lancet*; n.1:405-412, 1971.

Normas de publicación*

Revista Científica: 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 nacionales 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.

Habrà 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.

(*) Con modificaciones realizadas en punto 3 y 8 por Comité Editorial de Revista IT en 2020.

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 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 el idioma del artículo.

Cuando se incluyan términos en otros idiomas por imperativo del contenido se pondrán en cursiva. De haber citas en otros idiomas, estas irán entrecomilladas.

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 grado, 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. Solo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.

Solo 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 25 páginas (formato A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman, tamaño 12).

Ensayo, Opinión, Reporte y Miscelánea: mínimo 2 páginas, máximo 15 páginas (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 de 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 o 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 deben estructurarse de la siguiente manera:[1]

a. Título del trabajo

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. Título, abstract y descriptores en idioma original y en inglés (obligatorio para todos los artículos).

f. Introducción: cuerpo o desarrollo del artículo, la numeración de la estructura del artículo o documento solo 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.

g. Texto: debe presentar una secuencia lógica, desarrollando el trabajo organizado en distintas secciones.

h. Conclusiones: se desarrollarán según el tipo de trabajo presentado.

i. Bibliografía y cita: se recomienda la utilización de las normas APA (Publication Manual of the American Psychological Association) 7.^a edición para asientos bibliográficos, citas y usos de estilo. En el presente número y posteriores los autores también podrán manejar la opción de utilizar las normas ISO 690.

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 cumple con todos los siguientes elementos y que aceptan 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.

8. Otras informaciones

Información y consideraciones de interés para el autor

Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Esta solo 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 solo 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.

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

DATOS EVALUADORES

Luis Dufuur

Doctor en Procesos de Comunicación.

Institución a la que pertenece: Facultad de Información y Comunicación (FIC).

Instituto de Comunicación. Udelar.

Lía Fernández Pellejero

Licenciada en Enfermería, Máster en Educación, Doctora en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Udelar.

María Virginia García

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Diplomatura en Diabetes (Diabetóloga).

Docente del Postgrado de Diabetología de la Universidad Católica de Montevideo. Presidente de la Comisión de Educación Médica Continua de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay. Miembro del Comité científico de la revista Tendencias en Medicina.

Víctor Alberto Giorgi Gómez

Licenciado en Psicología. Profesor titular de Psicología Comunitaria.

Institución a la que pertenece: Facultad de Psicología. Udelar. Instituto Interamericano del Niño.

Mario González Sobrera

Magíster en Salud Pública, Educador para la Salud Profesional, Maestro.

Prof. Adj. en Ciencias Sociales. Fac. de Enfermería. Udelar.

Ana Kemayd

Ex Prof. Agda. Depto. Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Especialista en Psicología Familiar y Sistémica.

Integrante del Comité Editorial de la Revista en Salud Comunitaria y Sociedad "iT"-Programa APEX-Cerro.

Esther Angélica Lacava Salvo

Profesora. Licenciada Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Licenciada Especialista en Gestión de los Servicios de Salud. Facultad de Enfermería. Udelar. Dpto. de Enfermería Comunitaria.

Ana Laura Meroni

Licenciada en Nutrición, Especialista en Seguridad Alimentaria UNIT. Especialista en Nutrición Clínica en enfermedades no transmisibles. Especialista en salud comunitaria en el Primer Nivel de Atención, Máster en Ciencias Humanas opción Antropología del Río de la Plata.

Docente de la Escuela de Nutrición. Udelar.

Licenciada en Nutrición, RAP-ASSE, UDA N° 80 Jardines.

Francisco Morales Calatayud

Doctor en Ciencias de la Salud, Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud. Polo de Salud Comunitaria, Sede Paysandú del CENUR Litoral Norte. Udelar.

Joselí Otegui

Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Especialista en el Tratamiento de Adicciones Tóxicas y No Tóxicas.

Prof. Adjunta del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora Docente UDA-APEX-Cerro. Facultad de Medicina. Udelar.

Psicóloga ex Asistente, Área Salud Facultad de Psicología. Udelar.

Carolina Rodríguez Enríquez

Magíster en Enseñanza Universitaria, Especialista en Cuidados Críticos y Entornos Virtuales de Aprendizaje. Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Udelar.

Susana Rudolf

Psicóloga. Udelar.

Magíster en Psicología Social y Comunitaria.

Enrique Saforcada

Doctor en Psicología.

Institución a la que pertenece: Universidad de Buenos Aires. Universidad Fa-
valoro.

Mario Triaca

Médico Psiquiatra. ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

Graciela Umpierrez

Facultad de Enfermería. Udelar.

Prof. Agdo. Unidad de Investigación Fenf.

Prof. Agdo. Unidad de Extensión Fenf.

PhD en Ciencias de la Salud.

Josefina Verde

Lic. en Enfermería. Lic. en Ciencias de la Educación. Mag. en Investigación en Salud.

Facultad de Enfermería. UdelaR.

DATOS DE LOS AUTORES

María José Albo

Doctora en Ciencias Biológicas. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Mail de contacto: cuentanciencia@gmail.com

Vanesa Amarele

Doctora en Ciencias Biológicas. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Mail de contacto: cuentanciencia@gmail.com

Graciela Borthagaray

Doctora QF. Prof. Titular del Departamento Bioclin de la Facultad de Química. Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Química. Udelar.

Alexis Correa

Doctor en Medicina. Ex-residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. UDA-APEX-Cerro.

Martín de Lellis

Profesor Titular Regular de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Licenciado en Psicología (UBA). Magíster en Administración Pública. Asesor de la Subsecretaría de Estrategias de Tratamiento y Prevención. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

Paula Demassi

Bioquímica Clínica. Cátedra de Análisis Clínicos. Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Química. Udelar.

Gabriela Falero

Doctora en Medicina. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. UDA-APEX-Cerro.

Lucía Fernández

Especialista en Bioquímica Clínica. Cátedra de Análisis Clínicos, Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Química. Udelar.

Renato Gonçalves Ferreira Filho

Universidad de São Paulo y Centro Universitário FIAM-FAAM. Maestro en Filosofía (Universidad de São Paulo) y estudiante de doctorado en Comunicación (Universidad de São Paulo).

María Paula Juárez

Dra. en Psicología. Magíster en Ciencias Sociales. Lic. en Psicopedagogía. Instituto de Investigaciones Sociales Territoriales y Educativas (ISTE CONI-CET-UNRC).

Ana Iris Kemayd Rotta

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. UDA-APEX-Cerro. Especialista en Psicología Familiar y Sistémica. UCU.

Alejandro Daniel Lahoz

Técnico en informática. Jefe de sector informática del Hospital Dr. Lucio Molas Santa Rosa (La Pampa).

Claudia Mabel Linares

Lic. en Comunicación Social, integrante del Departamento de Docencia e Investigación de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UNLPam- Argentina.

Natalia Mannise

Magíster en Ciencias Biológicas. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Mail de contacto: cuentanciencia@gmail.com

Romina Medeiros

Bioquímica Clínica. Cátedra de Análisis Clínicos. Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Química. Udelar.

Laura Montes de Oca

Magíster en Ciencias Biológicas. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Mail de contacto: cuentanciencia@gmail.com

Nora Montiel

Administrativa responsable de la Oficina de comunicación a distancia (OCD) Hospital Dr. Lucio Molas Santa Rosa (La Pampa).

Jorge Luis Olivares

Profesor titular Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam). Profesor Universitario. Doctor en Medicina. Especialista en Nutrición y Endocrinología. Evaluador del Banco de Extensión de la UNLPam. Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Lucio Molas Santa Rosa (La Pampa).

Marisol Georgina Olivares

Médica residente en la especialidad Clínica Médica en el Hospital Dr. Lucio Molas Santa Rosa (La Pampa).

Lorena Santos

Doctora en Medicina. Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. UDA-APEX-Cerro.

Cristina Servetto

Doctora QF. Cátedra de Análisis Clínicos. Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Química. Udelar.

Marina Villarreal

Magíster. Médica. Profesora universitaria de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UNLPam-Argentina. Integrante del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Lucio Molas Santa Rosa (La Pampa).

The logo features the word 'latindex' in a white, serif font. A teal dot is placed above the 'i', and a vertical teal line runs through the 'i'.

ISSN: 1688-7972

Salud Comunitaria y Sociedad

Revista Académica

Programa APEX - Universidad de la República



www.apex.edu.uy



PSICOLIBROS



waslala