



Salud Comunitaria y Sociedad

ISSN: 1688-7972 | Volumen 8 | Número 8 | Diciembre 2021

Enfoque psicosocial de la percepción del riesgo en prácticas sexuales de la población estudiantil universitaria

Estado, universidad pública y salud comunitaria

Trabajo en redes «Por una humanidad digna y diversa». Derechos, oportunidades y recursos para personas trabajadoras sexuales en la frontera. Una experiencia en la frontera Uruguay-Brasil

Pandemias, entre la biología y la ideología

Sentimentos de mulheres usuárias do serviço de ginecologia e obstetrícia do HG/UCS frente ao parto desejado e o realizado

Gestión del cambio en los equipos de enfermería: análisis FODA como estrategia diagnóstica

Conversaciones con Efreem Milanese: del humanismo secular de la Sorbona al chamanismo huichol

Comportamiento social ante la incertidumbre de la vacuna contra el SARS-coV-2



REVISTA IT VOLUMEN 8 N.º 8

Dirección General: María Teresa Almaraz

Coordinación de la publicación:

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
Dra. Ana Kemayd
Lic. Nut. Raquel Palumbo
Mag. Virginia Aquino
Mag. Marcos Lafluf
Mag. María Eugenia Viñar
Prof. Adj. Carlos Torrado

Asesores:

Dr. Enrique Saforcada
Dr. Francisco Cruz

Secretaría Administrativa: Gabriela Iglesias

Impreso en Mastergraf SRL
Depósito legal:
Comisión del Papel
Edición amparada al decreto 218/16



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Sumario

Editorial

Comité Editorial2

Enfoque psicosocial de la percepción del riesgo en prácticas sexuales de la población estudiantil universitaria

Johanna Baiz Quintana, Francisco Morales Calatayud4

Estado, universidad pública y salud comunitaria

Enrique Saforcada 20

Trabajo en redes «Por una humanidad digna y diversa». Derechos, oportunidades y recursos para personas trabajadoras sexuales en la frontera. Una experiencia en la frontera Uruguay-Brasil

Graciela Umpierrez, Álvaro Díaz 41

Pandemias, entre la biología y la ideología

Roberto A. Rovasio 53

Sentimentos de mulheres usuárias do serviço de ginecologia e obstetrícia do HG/UCS frente ao parto desejado e o realizado

José Mauro Madi, Mônica Cainelli Vedovelli, Lia Mara Netto Dornelles, Alice Maggi77

Gestión del cambio en los equipos de enfermería: análisis FODA como estrategia diagnóstica

Valeria Quintero 92

Conversaciones con Efreem Milanese: del humanismo secular de la Sorbona al chamanismo huichol

Juan E. Fernández Romar104

Comportamiento social ante la incertidumbre de la vacuna contra el SARS-coV-2

Juan Romero 126



Editorial

El desarrollo del presente número de la *Revista IT Salud Comunitaria y Sociedad*, del Programa APEX de la Universidad de la República, tiene como contexto la pandemia covid-19, por lo que en él se integran varios artículos vinculados a su abordaje en su dimensión social, comunicacional, sanitaria y cultural. Asimismo, recoge otras reflexiones y problemáticas vinculadas a la salud comunitaria, incluyendo investigaciones desarrolladas en el ámbito nacional e internacional, relatos y una entrevista.

En el artículo titulado «Enfoque psicosocial de la percepción del riesgo en prácticas sexuales de la población estudiantil universitaria», Johanna Baiz Quintana y Francisco Morales Calatayud informan sobre los resultados de un estudio exploratorio realizado en la Sede Paysandú del Centro Universitario Regional Litoral Norte de la Universidad de la República. A través de una metodología cualitativa con jóvenes universitarios y universitarias de entre 18 y 24 años, la investigación aporta a la comprensión de su percepción de riesgo con relación a la salud sexual y reproductiva.

El Prof. Dr. Enrique Saforcada en «Estado, universidad pública y salud comunitaria» reflexiona sobre dos capitalismo: uno salvaje y otro humanizado. En el artículo analiza y reflexiona sobre los valores y racionalidades puestos en juego en la construcción de ciudadanía. Plantea cuatro cuestiones problemáticas: propiedad privada, libertad individual o personal, consumo y generación de residuos, sugiriendo una reflexión al respecto.

En «Trabajo en redes, por una humanidad digna y diversa. Derechos, oportunidades y recursos para personas trabajadoras sexuales en la frontera. Una experiencia en la frontera Uruguay-Brasil» de Graciela Umpierrez y Álvaro Díaz, enmarcados en el Doctorado en Ciencias de la Salud, presentan una experiencia participativa de trabajo de campo vinculado a personas trabajadoras sexuales de las ciudades fronterizas de Río Branco y Yaguarón, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida y promover el cumplimiento y ejercicio de derechos humanos de estas personas.

«Pandemias, entre la biología y la ideología» del autor Roberto A. Rovasio ensaya un análisis crítico de la pandemia con una interpretación claramente fundamentada, explicada y presentada, que encuentra como apoyo la sistematización de distintas fuentes. El autor logra hacer visible uno de los significados de la pandemia que más ha calado en la opinión de distintos autores y comunidades, vinculado con una perspectiva histórica y crítica del neoliberalismo, que encuentra en la pandemia una señal de sus límites.

Los autores José Mauro Madi, Mônica Cainelli Vedovelli, Lia Mara, Netto Dornelles y Alice Maggi en «Sentimientos de las mujeres que utilizan el servicio de ginecología y obstetricia de HG/UCS frente al parto deseado y el realizado» dan cuenta de un estudio descriptivo cualicuantitativo en mujeres primigestas entrevistadas en diferentes etapas del trabajo de parto, analizando sus creencias, concordancias o disonancias con los resultados de este.

En «Gestión del cambio en los equipos de enfermería: Análisis FODA como estrategia diagnóstica», Valeria Quintero plantea el desafío permanente que implica este tema para el personal de enfermería del entorno gerencial.

Este número integra también una entrevista realizada por Juan E. Fernández Romar a Efre Milanese, reconocido consultor internacional en cuestiones vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación y reducción de daño de las adicciones, así como a diversas situaciones de sufrimiento social, por sus aportes teóricos y formativos como docente y como autor de numerosos libros. En «Conversaciones con Efre Milanese: del humanismo secular de la Sorbona al chamanismo huichol» el autor-entrevistador procura registrar la riqueza de la época de Efre como estudiante de Lévi-Strauss, Lacan, Foucault, Morin, Ricoeur, Baudrillard y tantos otros, como practicante de la psiquiatría de sector y como coautor del metamodelo ECO.

Y, desde el Centro Universitario Litoral Norte de la UdelaR, el autor Juan Romero nos presenta una atrapante investigación realizada en el año 2020 sobre el Comportamiento social ante la incertidumbre de la vacuna del Sars-coV-2, analizando diferentes componentes como partes de la configuración de la actitud hacia la vacunación.

Solo resta invitarlos a adentrarse en la lectura de este nuevo número de nuestra revista científica, confiando en el aporte que traerá a nuestras prácticas, así como entusiasmarlos a continuar colaborando mediante vuestras producciones para enriquecerla.

Comité Editorial

Enfoque psicosocial de la percepción del riesgo en prácticas sexuales de la población estudiantil universitaria

Psychosocial approach of risk perception in sexual practices of university students

Johanna BAIZ QUINTANA
Francisco MORALES CALATAYUD

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, estudiantes universitarios y universitarias, ITS, percepción del riesgo, embarazo no deseado, anticoncepción.

Keywords: sexual and reproductive health, university students, STIs, risk perception, unwanted pregnancy, contraception.

Resumen

El artículo brinda información sobre un estudio que tuvo como objetivo contribuir a la comprensión de la percepción del riesgo en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR) del estudiantado universitario, que fue llevado a cabo en la sede Paysandú del Cenur Litoral Norte de la Universidad de la República, en Uruguay. Con base en metodología cualitativa y con alcance exploratorio, estuvo dirigido a jóvenes de entre 18 y 24 años. La recolección de la información se realizó mediante entrevistas en profundidad a 24 estudiantes, mujeres y varones. Se identificó la educación secundaria como una de las principales fuentes de información sobre el tema. La percepción de riesgo se enfoca más en prevenir un embarazo no deseado que una infección de transmisión sexual (ITS); la práctica de protección mediante el uso del preservativo es más frecuente en parejas ocasionales y disminuye cuando la relación se produce en parejas estables. Las mujeres se muestran más responsables en torno al cuidado y tanto las mujeres como los varones que han contraído ITS aumentaron su percepción de riesgo a partir de esta experiencia. Este grupo de estudiantes no parece muy diferentes a otros coetáneos en relación con la percepción del riesgo y las prácticas de protección. Se requiere continuar trabajando en función de lograr un modelo comprensivo de la percepción del riesgo y las prácticas saludables en salud sexual y reproductiva y, sobre todo, de la sexualidad en los jóvenes como componente de la experiencia vital y el desarrollo personal y social.

Abstract

The article provides information on a study that aimed to «contribute to the understanding of the perception of risk with regard to sexual and reproductive health (SRH) of young university students», which was carried out at the Paysandú Headquarters from Cenur Litoral Norte of the University of the Republic, in Uruguay. Based on qualitative methodology and with an exploratory scope, it was aimed at young people between 18 and 24 years old; the information was collected through in-depth interviews with twenty-four students, women and men. Secondary education was identified as one of the main sources of information on the subject. The perception of risk focuses more on preventing an unwanted pregnancy than a sexually transmitted infection (STI), the practice of protection through the use of condoms is more frequent with occasional couples and decreases when the relationship occurs in stable couples. Women are more responsible regarding care, both women and men who have contracted STIs increased their perception of risk from this experience. Students do not seem very different from other peers in terms of risk perception and protective practices. It is necessary to continue working in order to achieve a comprehensive model of the perception of risk and healthy practices in sexual and reproductive health, and above all, of sexuality in young people as a component of life experience and personal and social development.

Datos de los autores

Johanna BAIZ QUINTANA

Licenciada en Psicología. Institución: Universidad de la República, Uruguay. Cenur Litoral Norte, Sede Paysandú, Polo de Salud Comunitaria.

Francisco MORALES CALATAYUD

Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud y Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad de la República, Uruguay. Cenur Litoral Norte, Sede Paysandú, Polo de Salud Comunitaria.

Introducción

Muchos jóvenes presentan como denominador común una baja percepción del riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) durante las relaciones sexuales o de que se produzca como resultado un embarazo no deseado. En la etapa de juventud «empiezan a explorarse nuevas experiencias exponiéndose a situaciones más peligrosas, donde la impulsividad los lleva a actuar sin medir consecuencias, quedando expuestos a situaciones de riesgo» (Barzaga, 2010).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, s/f) establece que jóvenes son personas de entre 15 y 24 años. En Uruguay, la mayoría de los nuevos ingresos a la universidad se encuentran en ese rango etario. Las *Estadísticas Básicas* (2016) del principal centro de educación superior del país, la Universidad de la República, muestran que el 51,2% de los nuevos ingresos son personas de entre 17 y 19 años y el 25,9%, de entre 20 y 24 años.

Existen diversas ITS, como pueden ser, dentro de las más conocidas, clamidia, herpes genital, gonorrea, HPV (virus del papiloma humano), VIH (virus de inmunodeficiencia humana), sífilis y tricomoniasis (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). En particular, el VIH/sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) ha sido objeto de gran preocupación por representar una gran amenaza para la salud y vida de la persona. El sida es una grave enfermedad y ha sido una de las más extendidas del mundo, y las conductas sexuales de riesgo son la principal vía de transmisión entre la población joven (Antón y Espada, 2009).

Según la OMS (s.f.), en 2009 el 40% del total de nuevos casos de infección por el VIH fue en jóvenes de entre 15 y 24 años.

Los jóvenes están en el centro de la epidemia; más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a personas entre 15 y 24 años de edad, período en el que la mayoría de los individuos inician su vida sexual y están enfrentados a otros factores de vulnerabilidad tales como la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las infecciones de transmisión sexual como el VIH y el sida. (Velásquez y Bedoya, 2010, p. 144)

Además, existen diferencias en las prácticas sexuales de acuerdo al género.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2000) definen *género* como

valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y

en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. (p. 7)

Dichas diferencias se manifiestan en la edad de inicio de las relaciones sexuales: cantidad de parejas sexuales, tipos de vínculo con la pareja, motivos por los que mantienen relaciones sexuales y priorización de resultados al momento de la relación (Baiz et al., 2016). Otros estudios señalan que son las mujeres las que menos parejas tienen, así como también las que están más motivadas a relaciones de intimidad y compromiso, mientras que los hombres priorizan la satisfacción sexual (Lameiras et al., 2005).

También hay diferencias de género en otros aspectos significativos, ya que si bien se manifiesta que hay riesgo en las relaciones sexuales y que se puede ocasionar un embarazo no deseado, se ha planteado que no hay un uso adecuado de anticonceptivos y se percibe el embarazo como un riesgo, pero para ambos sexos esto solo constituye un problema para la mujer (Rodríguez y Álvarez, 2006).

Los aportes reseñados reflejan en general la tradicional aproximación al género en perspectiva hombre/mujer. En las últimas décadas se afirman los enfoques en el sentido de comprenderlo de modo no binario, dando espacio a otras identidades, con lo que no solo se da cuenta de la orientación de las preferencias sexuales, sino también de aspectos psicosocioculturales y de derechos, entre otros de relevancia para toda la sociedad y para la investigación en el campo (Martínez, 2012; Lindqvist et al., 2020; Moseson et al., 2020).

Debido a que la universidad recibe mayoritariamente jóvenes estudiantes con las características anteriormente nombradas, y que además pasan gran parte de su tiempo en dicha institución, es importante pensar la universidad como un espacio de promoción en salud y de ahí la necesidad de estudiar la percepción del riesgo en salud sexual y reproductiva (SSR) de acuerdo al género.

Es necesario entender la sexualidad como un complejo proceso de construcción y producción sociohistórica, cultural, subjetiva y política. Es considerada un producto altamente específico de las relaciones sociales en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en acciones y prácticas cargadas de sentido (López, 2005).

La percepción del riesgo es definida como la vulnerabilidad percibida por las personas de considerarse en peligro o no de enfermar. Se expresa como el grado de conciencia que tiene un individuo sobre la probabilidad de adquirir una ITS o un embarazo no deseado (Prego y Pérez, citado en Barzaga et al., 2010).

Para Rodríguez y Álvarez (2006), la percepción involucra valores, tradiciones, estereotipos, vivencias y conocimientos de los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida. Para estos autores, opera como una categoría *resumen*. Estudiar las percepciones del riesgo en el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas significa obtener información acerca de los valores, tradiciones, estereotipos, vivencias, conocimientos y significados que se tienen en torno

al tema. Al mismo tiempo, obtener información sobre estos componentes subjetivos contribuye a entender la construcción de la percepción del riesgo.

El artículo de revisión realizado por Baiz et al. (2016) titulado *Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios* incluyó 44 artículos científicos de revistas de producción iberoamericana. En sus resultados se destaca una baja percepción del riesgo a adquirir una ITS; la población estudiantil universitaria cree que no las experimentarán, como también se informa en los artículos de Reis y Gaspar (2007), Hernández y Cruz (2008) y Rodríguez et al. (2013), entre otros. Esa baja percepción del riesgo produce que, aunque en algunos casos haya conocimientos en el tema, igualmente se realicen prácticas riesgosas que pueden llevar a un embarazo no deseado o a contraer una ITS. «Aún persiste la idea de que las personas dedicadas al trabajo sexual, las usuarias de drogas y en menor proporción las homosexuales son las únicas personas que pueden adquirir esta infección» (Valencia et al., 2011, p. 29).

En el estudio denominado *Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: estudio preliminar* (Bagnato et al., 2014) se manifiesta que aquellos de nacionalidad uruguaya presentan una menor puesta en práctica de medidas eficaces y una mayor toma de la píldora postcoital por no haber utilizado el preservativo.

El problema de investigación deviene de la necesidad de comprender cómo se muestra este asunto entre estudiantes de la sede Paysandú del Centro Universitario Regional (Cenur) del Litoral Norte, una población sobre la que no existen estudios previos en esta línea. El conocimiento producido aportará a las actividades de promoción y prevención en salud del programa UNISA, Investigación y Desarrollo para una Universidad Saludable (Morales y Vique, 2016), que se desarrolla en esta sede universitaria en el interior del Uruguay, programa que parte de entender a la universidad como una comunidad que puede activar un sistema de influencias para promover salud entre sus integrantes. Al mismo tiempo, este conocimiento aporta a la comprensión general de temas, como el de la sexualidad y el del cuidado de la salud, entre la juventud universitaria del área de la salud, quienes a futuro serán actores significativos en los servicios de salud y en las comunidades en general. Se buscó, principalmente, comprender cómo se expresa entre el estudiantado la percepción del riesgo, así como experiencias relacionadas y sus significados, resultando pertinente responder preguntas al respecto y sobre el contexto de las experiencias, en especial: ¿Cómo es la percepción del riesgo? ¿Cómo se informan y qué significados atribuyen a la información? ¿Interviene el tipo de relación de pareja en la percepción del riesgo y en las prácticas? Para la investigación se plantearon los objetivos que se detallan a continuación.

Objetivo general

Contribuir a la comprensión de la percepción del riesgo en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR) de jóvenes estudiantes de la universidad.

Objetivos específicos

- Explorar conocimientos, fuentes de información, experiencias, valores, costumbres y significados del estudiantado universitario en salud sexual y reproductiva, que permitan acercarnos a la comprensión de la percepción del riesgo en el tema.
- Sistematizar conocimientos en el tema, aplicados a jóvenes, mujeres y hombres, universitarios uruguayos, en forma más particular a quienes comenzaron sus estudios en el año 2018 e ingresaron al Cenur Litoral Norte sede Paysandú de la Universidad de la República.
- Desarrollar bases para reflexionar sobre el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Metodología

Se desarrolló una investigación cualitativa, de alcance exploratorio. En este tema han predominado las investigaciones basadas en metodología y técnicas cuantitativas (Baiz et al., 2016), en las que la información se obtiene, generalmente, mediante cuestionarios autoadministrados cuyas respuestas se someten a análisis estadístico, lo que permite dimensionar cuantitativamente problemas, pero no es suficiente para comprenderlos. De ahí el interés en el uso de la metodología cualitativa en este estudio, como posibilidad de producir conocimiento desde las expresiones de los sujetos entendidas en contexto, de modo de acercarnos paso a paso a la «construcción de modelos comprensivos sobre el problema estudiado», como destaca González Rey (2006, p. 27), es decir, buscando rebasar el nivel de los datos descriptivos resumidos en números. La población estuvo representada por jóvenes universitarios y universitarias de entre 18 y 24 años inclusive. Para la muestra se seleccionaron estudiantes de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) y del Instituto Superior de Educación Física (ISEF) del Cenur Litoral Norte, sede Paysandú, Uruguay, que ingresaron a la universidad en el año 2018, de ambos sexos, sexualmente activos o no.

Se utilizó un muestreo intencional por redes (bola de nieve) y por cuotas de acuerdo a las edades (de 18 a 19 años y de 20 a 24 años), entorno educativo (EUTM e ISEF) y sexo (hombres y mujeres). Se brindó información sobre la investigación en encuentros con los grupos en sus aulas, proporcionando vías de contacto con la investigadora principal para programar la entrevista; las primeras personas in-

formantes contribuyeron a animar el interés de otras, que fueron progresivamente incorporadas a partir de los datos básicos de edad, sexo y carrera, teniendo cuidado de que progresivamente quedaran representados de manera paritaria mujeres y varones de ambos subgrupos y de los dos entornos educativos.

La recolección de datos se realizó a través de la técnica de entrevista en profundidad. Las prácticas sexuales pertenecen al ámbito más íntimo de la persona, por lo que el conocimiento de estas y de su contexto subjetivo no es de fácil acceso. Utilizar la entrevista en profundidad como medio de recolección de datos permitió explorar en forma detallada conocimientos, motivaciones, emociones, percepciones, prejuicios, creencias, experiencias, significados y prácticas en torno al tema de investigación, así como las identidades sexuales y de género.

Se realizaron 24 entrevistas a 11 varones y 11 mujeres cissexuales, un varón gay y una mujer de orientación bisexual. Se estableció como criterio externo para la finalización de la recolección de datos la producción de una saturación teórica. Las entrevistas se desarrollaron en un espacio privado de la propia sede, en todos los casos, de una sola vez y por la investigadora principal. La duración media fue de una hora. Las entrevistas fueron grabadas y luego llevadas a texto para su análisis. Se produjeron sucesivas reducciones hasta llegar a agrupar la información, surgida de los relatos brindados como respuestas a las preguntas de la entrevista, en las seis categorías que aparecen en la sección de resultados y discusión. Se seleccionó estas categorías como funcionales a las preguntas de investigación y a los objetivos, más especialmente a los aspectos señalados en el primer objetivo específico, considerado como el básico para orientar la obtención de la información y en el que se concentra lo que se expone de modo esencial en este artículo, dados los límites de espacio.

En relación con los aspectos éticos, quienes participaron recibieron información sobre la naturaleza del estudio, la confidencialidad de sus datos y firmaron el documento de consentimiento informado. El proyecto fue avalado por el Comité de Ética de la Investigación del Cenur Litoral Norte, con fecha del 14 de marzo de 2018.

Resultados y discusión

Como se expresó anteriormente, los resultados que se exponen y discuten en este artículo refieren especialmente a los aspectos comprendidos en el primer objetivo específico de la investigación realizada.

Conocimientos y fuentes de información

Las y los estudiantes identificaron la educación secundaria (liceo) como una de las principales fuentes de información en SSR, asociándola a la enseñanza de los

diferentes métodos anticonceptivos y a cómo colocar el preservativo masculino.

Fue muy útil porque la primera vez, si no sabes ni siquiera ponerte un condón, capaz que te lo pones mal, y en el liceo nos enseñaron cómo poner un condón. Fueron bastante demostrativos en eso y nos dieron una idea. (Entrevistado 12, 19 años)

La lógica que ha predominado en educación sobre SSR se centra en la prevención de conductas de riesgo que preceden a las ITS, a los embarazos no deseados y a la violencia sexual, prestando poca atención a la educación centrada en el placer sexual y el bienestar, que incluya un análisis crítico de la identidad, el género, la diversidad, la no discriminación, la erradicación de la violencia en las relaciones de pareja y los derechos humanos, como también han observado Simovska y Ros, (citados en Saeteros et al., 2016).

Otra de las principales fuentes de información es la familia. Sin embargo, cuando se les presentan dudas sobre el tema recurren a internet o a personas amigas, y en algunos casos a profesionales en medicina.

El hecho de que algunas de las entrevistadas tuvieran que asistir a una consulta médica cuando decidieron comenzar a usar pastillas anticonceptivas resultó un encuentro que fue identificado como instancia en la que recibieron información.

Consideraron útil la información recibida de la secundaria, familia, amistades o profesionales. Sin embargo, algunos estudiantes manifestaban que les gustaría haber profundizado más en el tema, ya que consideraron que constituía algo «muy básico». La educación abordada únicamente en el aspecto biológico no alcanza para dimensionar la integralidad de la sexualidad, que incluye aspectos como la dimensión psicológica, social, expresión de sentimientos; aspectos que involucran la toma de decisiones de forma libre y responsable frente a la vivencia de la sexualidad: conocer y exigir los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado de sí mismo y de la pareja, el respeto, el afecto y la comunicación e interacción (González, 2012).

Para Baiz et al., (2016), la educación en SSR no debe limitarse al aspecto biológico o anatómico, sino que ha de incorporar lo afectivo, el énfasis en los derechos humanos y en el vínculo, a través del cuidado de uno mismo y de la otra persona que hace parte de la relación.

Cuando se les consultó si consideran que hay discrepancias entre su conocimiento en el tema y la puesta en marcha de prácticas sexuales responsables, respondieron que sí hay o hubo en algún momento, generalmente debido al no uso de preservativo.

Una cosa es la información, lo que está escrito, lo que se dice, y otra cosa es el hecho de hacerlo. Yo me considero que soy medio espontáneo, veo cómo está la cosa y reacciono. Entonces capaz, a veces, un poco se me va el tema de la información. (Entrevistado 2, 22 años)

Concepciones y valores sobre la relación sexual

Quienes participaron de la consulta definieron de diferentes maneras lo que entendían por *relación sexual*. Algunas definiciones la relacionaron a un acto placentero y otras a un vínculo entre dos personas que abarca más que solo el acto sexual.

El concepto de sexualidad responsable fue relacionado con el hecho de utilizar métodos anticonceptivos (sobre todo preservativo) y a *cuidarse*. El momento que consideran ideal para comenzar a tener relaciones sexuales estuvo asociado al hecho de sentir seguridad, preparación, comodidad y confianza con la pareja. El momento ideal no fue asociado a tener información o conocimientos sobre aspectos vinculados a la SSR.

Entre quienes integraron la muestra, predominan las relaciones heterosexuales, destacándose el sexo vaginal. En la primera relación sexual generalmente utilizaron preservativo, siendo esta experiencia con su primera pareja formal o estable, una persona amiga o alguien con quien se conocían desde hacía tiempo y sentían confianza.

A pesar de que para iniciarse sexualmente, consideraron ideal que la persona esté preparada, segura, cómoda y en confianza con la pareja —que recomendaban que sea estable—, el principal motivo que impulsó la primera relación sexual fue la curiosidad y las ganas de experimentar. Otra de las motivaciones fue el hecho de sentir presión, ya sea por su pareja, amistades o por ser la única persona de su entorno que aún no había tenido su primera experiencia sexual.

La curiosidad me llevó a hacerlo. Todo el mundo lo hace muy especial, ahora se hace en menores edades, es como que la sociedad y los pares hablan de eso... si sos virgen: «aaah, sos la virgen», y a veces se dejan llevar por esos prejuicios y terminan en eso no por propia elección. Hay una parte de curiosidad y otra de mandato social. (Entrevistada 24, 22 años)

Respecto a las personas con las que mantienen relaciones sexuales, algunas constituyen parejas más de tipo ocasional y otras, formales o estables. En las parejas formales suelen hablar del tema y establecer acuerdos, más que nada en lo relacionado a los métodos anticonceptivos. En las parejas ocasionales no se suele hablar del tema y generalmente se da por entendido que la protección será con preservativo, sobre todo en el sexo vaginal. Conforme la pareja se va formalizando, el uso del preservativo disminuye.

En la pareja formal hay veces que podés llegar a hacer acuerdos, si la mujer toma pastillas podemos llegar al acuerdo de que ella tome pastillas y que yo no use preservativo. Y también, si una de las dos personas cree que los dos tenemos que cuidarnos, nos cuidamos. En una pareja no formal, ahí ella tendría que protegerse por seguridad de ella y el hombre por su seguridad. (Entrevistado 7, 22 años)

Los motivos por los que el uso del preservativo disminuye a medida que la pareja se formaliza fueron atribuidos al sentimiento de «confianza» y al «conocimiento» que tienen de la pareja. En el artículo de Barzaga et al. (2010) se identifica como factor de riesgo la percepción inadecuada de las relaciones sexuales monogámicas seriadas y la falsa percepción de confianza hacia la pareja.

El sentimiento de confianza está dado por el hecho de que la pareja no mantenga relaciones sexuales con otra persona. Esa confianza genera cambios en la elección del método anticonceptivo, que generalmente pasa de preservativo a pastillas anticonceptivas. Relacionan el conocimiento que tienen de la pareja con el tiempo transcurrido desde que se conocen, el sentimiento de protección, la confianza y el hecho de conocer a su familia. En ningún momento se nombró como forma de conocer a la pareja la realización de exámenes de detección de ITS.

Prácticas de protección

El método de protección que más utilizan es el preservativo, seguido de las pastillas anticonceptivas. Se manifiesta que el preservativo constituye uno de los métodos más conocidos y al alcance.

El preservativo es el método más convencional y es una manera de asegurarme de que me estoy cuidando sin tener plena confianza en la mujer con la que estoy. (Entrevistado 11, 19 años)

Las universitarias comienzan a tomar pastillas anticonceptivas en paralelo a que comienzan su vida sexual activa, ya sea por iniciativa propia, profesional o de la familia.

El uso del preservativo no es regular, y el principal motivo de no utilizarlo es el hecho de estar en pareja estable, el hecho de que la propia persona o la pareja tome pastillas anticonceptivas, el no gusto por su uso, la incomodidad y la disminución del placer. Sin embargo, a pesar de que su utilización es irregular, reconocen que no utilizar preservativo puede traer como consecuencia un embarazo no deseado o una ITS.

Su uso también disminuye en otras prácticas sexuales como pueden ser el sexo oral y el sexo anal. Con respecto al sexo oral, hay quienes manifestaron que es una práctica que solo realizaban a parejas estables o personas que conocieran. Cuando les han practicado sexo oral no les ocurrió que les solicitaran uso de preservativo o algún otro método de protección.

Es así que el tipo de vínculo que tengan con la pareja constituye un aspecto fundamental en la elección del método anticonceptivo a utilizar. Esto coincide con la investigación de Gil et al. (2010), quienes observan que el tipo de pareja influye en la elección del método anticonceptivo, que en las relaciones estables se utilizan métodos hormonales y en las ocasionales, preservativo.

Embarazos no deseados e ITS

Ninguna de las personas entrevistadas ha tenido un embarazo, ya sea deseado o no. Con respecto a las ITS, hubo casos de estudiantes que manifestaron haber contraído una infección, generalmente por HPV.

En general no suelen realizarse exámenes médicos para la detección de ITS; solo en pocos casos algunas de las entrevistadas se habían realizado el estudio de Papanicolau (pap), generalmente por la obligatoriedad para la tramitación del Carné de Salud, pero no lo consideraban un examen de detección de ITS. Entre los motivos por los que no se han realizado dichos exámenes se destaca la ausencia de síntomas.

No me ha pasado nada raro, no he tenido ninguna molestia ni nada, y cuando voy a las revisiones normales el médico no me ha dicho nada. (Entrevistada 14, 20 años)

Tampoco reconocen cuáles son dichos exámenes, manifiestan haberse hecho estudios médicos generales, pero no tienen seguridad de si de esa forma se detectan o no las ITS. Parte de quienes habían contraído alguna ITS se realizaron otros estudios médicos para corroborar si tenían alguna otra infección.

Después de que tuve HPV me hice un chequeo de todo, de VIH y todo lo que podía. Cuando te toca una cosa pensás que te puede tocar todo lo demás. (Entrevistada 24, 22 años)

Cuando se les consultó si conocían cuáles eran las ITS, generalmente nombraban VIH y SIDA, seguida de sífilis o gonorrea, pero hubo estudiantes que no nombraron ninguna ITS.

Percepción del riesgo

A pesar de que manifestaron saber que tienen que utilizar el preservativo en las relaciones sexuales, en algunos casos no lo utilizaron por los motivos antes mencionados. Ante estas situaciones suele predominar el miedo a un embarazo no deseado por sobre el miedo a contraer una ITS, razón por la que se explica que el uso del preservativo disminuya cuando se realizan otras prácticas como el sexo oral o anal, o cuando uno de los miembros de la pareja toma pastillas anticonceptivas. La preocupación principal sería el embarazo y no las ITS, como también han concluido Gil et al. (2010).

En los relatos aparece el temor de tener un embarazo no deseado, ya sea debido al sexo sin protección o a un retraso en el período menstrual.

En algunas ocasiones se dio y no utilicé protección de preservativo, y yo soy muy de hacerme la cabeza, entonces al ser irregular hay veces que no me baja y ya pienso que estoy embarazada. Ahí voy y me compro un test y una pastilla del día después... y así estoy. (Entrevistada 5, 21 años)

Si bien al momento de tener relaciones sexuales no suelen sentir miedo de contraer una ITS, cuando se les consultó a qué le tienen más miedo, si al embarazo o a las ITS, ambos miedos predominan, e incluso en muchos casos es mayor el miedo a las ITS.

Aquellas personas que luego de mantener relaciones sexuales sintieron miedo de haber contraído una ITS, fue debido a manifestaciones físicas o por el resultado anormal en el pap.

Antes de tener HPV siempre tuve presente que podía pasar (contraer una ITS), pero después que conocí a mi pareja lo había descartado. Aumentó mucho la preocupación después de que me enteré del HPV. (Entrevistada 24, 22 años)

Hay estudiantes que no consideran que exista un aumento del riesgo con los cambios frecuentes de pareja o consideran que ese riesgo depende únicamente de si se utiliza o no protección.

Quienes mantuvieron relaciones bajo efecto de sustancias, sobre todo de alcohol y en menor medida de marihuana, manifestaron que estar bajo efectos de esas sustancias no influyó en la toma de decisiones al momento de mantener relaciones sexuales, sino que los hizo sentir más libres y con más confianza.

A pesar de que manifestaron que hay o hubo en algún momento discrepancias entre su conocimiento en el tema y la puesta en marcha de prácticas sexuales responsables, generalmente por el no uso del preservativo, consideraron que sus prácticas sexuales son seguras.

Género y prácticas de protección

Con respecto al género, en las relaciones de hombres y mujeres cissexuales se observan varias diferencias, principalmente en lo que respecta a la responsabilidad en la protección a la hora de tener relaciones sexuales. Manifiestan que son los hombres los que prefieren o insisten en no utilizar preservativo, coincidiendo con el estudio de Gil et al. (2010), en el que se observa que las mujeres reconocen asumir una mayor responsabilidad en la prevención.

Fueron varias las manifestaciones de que es la mujer la que «carga más», mientras que el hombre presenta «más libertad» con respecto a las consecuencias que puede traer el no uso del preservativo. Esto ha sido documentado también en el artículo de Rodríguez y Álvarez (2006), en el que se concluye que los hombres asumen una postura más irreflexiva, mientras que la mujer es más cuidadosa.

Se manifestaron además diferencias de género entre hombres y mujeres cissexuales con respecto a los motivos que los llevaron a tener relaciones sexuales por primera vez.

Hay expectativas sociales de lo que deberían hacer los hombres y deberíamos hacer las mujeres, creo que los hombres tienen una presión por hacerlo a determinada edad o con una determinada cantidad de personas, y vinculan eso a la virilidad. Con las mujeres generalmente es lo contrario, la feminidad se vincula con reservarse. (Entrevistada 20, 19 años)

Hubo casos en que las personas entrevistadas manifestaron que los hombres le tienen más miedo a las ITS y las mujeres al embarazo, debido a que es la mujer quien asumiría más responsabilidades. Otras expresaron que es el hombre quien le tiene más miedo al embarazo y la mujer a las ITS, y otras manifestaron que no se presentan diferencias y que se les tiene miedo a ambos riesgos sin distinción del género. De cualquier manera, no hay distinción en la expresión recurrente de que la estabilidad de la relación y la progresiva confianza disminuyen la preocupación por las prácticas de cuidado. En el estudiante gay, el relato muestra cómo en la etapa inicial de sus relaciones tuvo alguna práctica ocasional sin protección, sin embargo, la preocupación por el cuidado quedó instalada muy pronto mediante uso habitual de preservativo, salvo en alguna ocasión en relaciones con una pareja estable. La estudiante bisexual refiere, por la protección en relaciones con hombres, que se siente segura en su actual relación estable con una mujer.

Los resultados de este estudio afirman aproximaciones realizadas por otros autores. La juventud es un período evolutivo en el que se percibe el riesgo de forma diferente, en general se presenta una baja percepción del riesgo, que los lleva a asumir comportamientos riesgosos, comparado con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud (García del Castillo, 2012).

Las percepciones del riesgo en las relaciones sexuales están en contradicción con las conductas y conocimientos en el tema. Se trata de un grupo de jóvenes que perciben el riesgo, tienen conocimientos, pero asumen conductas riesgosas para su SSR. Un buen conocimiento en el tema no siempre se corresponde con prácticas sexuales responsables (Rodríguez y Álvarez, 2006).

La asunción del riesgo no es un comportamiento irreflexivo, sino que depende de la valoración y percepción de las consecuencias (Gil et al., 2010).

La existencia de factores de riesgo no asegura que el daño se vaya a producir, pero sí indica una mayor probabilidad de que ocurra. Cuanto mayor sea el conocimiento sobre los factores que favorecen el riesgo, mayor será la posibilidad de intervenir para eliminarlos (Barzaga et al., 2010).

Se considera que, al momento de elegir el método de protección, lo hacen pensando en lo individual y no en su pareja (Rodríguez y Álvarez, 2006). Como se mencionó anteriormente, se percibe que los hombres son quienes prefieren o

insisten en no utilizar preservativo, mientras que las mujeres asumen una postura más responsable.

Conclusiones

Más que conclusiones que cierren el tema, en esta última sección, con independencia de su denominación formal, se busca hacer consideraciones al final del presente artículo, como una manera de resumir los resultados expuestos y hacer ciertas valoraciones al respecto, en un tema que sin dudas debe continuar en desarrollo. La investigación deberá trabajar, de aquí en adelante, hacia la búsqueda de «modelos comprensivos sobre el problema estudiado» (como ya se mencionó que argumenta González Rey, 2006). Por el momento tenemos algunas aproximaciones que han sido expuestas en este artículo. Este estudio es un paso en esa dirección, pero no alcanza para plantear la hipótesis de un modelo, cuyo mejor sentido deberá lograrse en el contexto de un desarrollo teórico más general sobre la sexualidad en la juventud contemporánea, como componente de la experiencia vital y del desarrollo personal y social.

Nuestro estudio aporta claramente a la noción de que, a la hora de tener relaciones sexuales sin protección, en las relaciones entre hombres y mujeres se percibe el riesgo de padecer un embarazo no deseado, pero no de contraer una ITS; así como de que, en estudiantes que tuvieron la experiencia de haber contraído una ITS se produce un aumento de la percepción del riesgo, lo que condujo a la realización de prácticas sexuales más responsables. El género atraviesa la percepción, pero es necesario buscar más acerca del impacto que puede tener en las prácticas y la toma de decisiones en situaciones concretas.

La relación estable de pareja también puede influir en la percepción del riesgo, por lo que es necesario reflexionar sobre las percepciones de confianza que se generan en la pareja y la posibilidad de contagio de una ITS debido al no uso del preservativo.

Se hace necesario trabajar en la concientización del uso del preservativo para evitar tanto un embarazo como una ITS, teniendo en cuenta las perspectivas de género y que las personas viven la sexualidad de diferentes formas.

También se debe trabajar en el aspecto vincular y afectivo, a través del respeto, derechos humanos, cuidado propio y de la pareja.

El estudiantado universitario parece compartir los mismos problemas que se dan en otros grupos de coetáneos, con independencia del área del conocimiento en la que se desarrollan.

La educación en el tema debe ser impartida en todos los niveles, a lo largo de todo el ciclo de vida y adecuándose a la edad y contexto, no únicamente centrándose en el aspecto biológico o anatómico, sino también en el placer y comunicación, entre otros.

La presente investigación presenta limitaciones, entre otras, las derivadas del hecho de que está realizada en una única sede y, dentro de esta, con informantes que proceden del año de inicio, y solamente de dos núcleos educativos. El tema desarrollado aquí es amplio, por lo que se hace necesario disponer de información de otros grupos de estudiantes y, también, continuar investigando y profundizando en cada uno de los puntos considerados en los resultados. De esta manera, incitamos a investigadores a continuar esta línea de investigación, aumentando la muestra para mejorar la capacidad de representación.

Por otro lado, para la continuidad de estos estudios es necesario realizar un replanteo de ciertos aspectos del marco conceptual general que ha venido orientando esta búsqueda como, por ejemplo, en lo relacionado a la representación social de las prácticas sexuales y a las emociones en la toma de decisiones en pareja, así como refinar las herramientas metodológicas, en particular en el análisis de la información recolectada. Este estudio confirmó en el equipo investigador el valor de los métodos y técnicas cualitativas, pero también la necesidad de perfeccionar su utilización y ajustar la estrategia particular. Estos estudios deberán continuar con otros grupos de estudiantes. No obstante, estos resultados ya generan la posibilidad de ser introducidos como insumo para el diseño y puesta en marcha de acciones en el marco del programa de promoción de salud en la comunidad universitaria que se desarrolla en nuestra sede.

Referencias bibliográficas

- Antón, F. y Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 25(2), 344-350.
- Bagnato, M., Jenaro, C., Flores, N. y Guzmán, K. (2014). Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4(1), 6-32.
- Baiz, J., Morales, F. y Pereyra, L. (2016). Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud y sociedad*, 7(2), 180-195.
- Barzaga, Y. (2010). Factores que determinan la baja percepción del riesgo de ITS en adolescentes de nivel medio. Caso de estudio. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2(21).
- Barzaga, Y., Prego, C., De la Paz, C., Baños, R. y Prego, A. (2010). Infecciones de transmisión sexual, baja percepción del riesgo en secundaria urbana, Moa 2008-2009. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 7(2), 1-8.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción del riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151.
- Gil, E., González, J. y Meneses, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308.
- González, L. (2012). Cambios en los discursos y prácticas frente a la sexualidad y la educación sexual. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 147-176.

- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Hernández, Z. y Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud, 18*(2), 227-236.
- Lameiras, M., Nuñez, A., Rodríguez, Y., Bretón, J. y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud, 16*(3), 253-267.
- Lindqvist, A., Gustafsson, M. y Renström, E. (2020). What is gender, anyway: a review of the options for operationalising gender. *Psychology and Sexuality*. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729844>
- López, A. (comp.), Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Guida, C., Ramos, V. y Vitale, A. (2005). *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Universidad de la República-Facultad de Psicología.
- Martínez, A. (2012). Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspectivas, 11*(2), 164-184.
- Morales, F. y Vique, F. (2016). *Programa Unisa. Investigación y Desarrollo para una Universidad Saludable*. Polo de Salud Comunitaria. Sede Paysandú del Cenur Litoral Norte, Universidad de la República.
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A. y Obedin-Maliver, J. (2020). The Imperative for Transgender and Gender Nonbinary Inclusion. Beyond Women's Health. *Obstetrics and Gynecology, 135*(3), 1059-1068.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco]. (s. f.). *La Unesco: trabajando con y para los jóvenes*. <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s/f). *El VIH y los jóvenes*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica*. Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96349/1/9243592653_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS-OMS]. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reis, M. y Gaspar, M. (2007). Contracepção. Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde e doenças, 8*(2), 209-220.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M. y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública, 39*(1), 161-174.
- Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública, 32*(1), 1-9.
- Saeteros, R., Pérez, J., Sanabria, G. y Díaz, Z. (2016). Efectividad de una estrategia de educación sexual para universitarios ecuatorianos. *Revista Cubana de Salud Pública, 42*(4), 547-558.
- Universidad de la República [UdelaR]. (2016). *Estadísticas básicas 2016 de la Universidad de la República*. Dirección General de Planeamiento, Universidad de la República, Uruguay.
- Valencia, C., Canaval, G., Reyes, L., Hassan, A. y García, A. (2011). Reconociendo mi salud sexual: encuesta asistida por computador para la identificación de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Cultura del Cuidado Enfermería, 8*(1), 24-33.
- Velásquez, S. y Bedoya, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB, 29*(2), 144-154.

Estado, universidad pública y salud comunitaria

State, public university and community health

Enrique SAFORCADA

Palabras claves: sistemas políticos, construcción de ciudadanía, sistemas valorativos, racionalidades, salud comunitaria.

Keywords: political systems, building citizenship, axiological systems, rationalities, community health.

Resumen

Este artículo comienza reflexionando sobre la presencia de dos capitalismo, uno salvaje y otro humanizado que dan lugar, respectivamente, a una democracia torpe y a una democracia inteligente. En esta última forma y tipo de gobierno se integran sincrónicamente el Estado, la universidad pública y el sistema nacional de investigación científica y técnica, entendiendo que este entramado sistémico y sinérgico genera un desarrollo de ciudadanía progresivamente creciente en toda la sociedad conjuntamente con una también progresiva elevación de los niveles de desarrollo científico, cultural y de salud comunitaria de la nación. Luego para analizar y reflexionar sobre las actitudes y comportamientos con respecto a las aspiraciones de logro, el proceso de la vida y la jerarquización de los satisfactores. Con estos tres constructos tomados como dimensiones se pasa a construir tres continuos que se extienden de ilimitación en las aspiraciones de logro a autolimitación; de entorpecer los procesos de la vida a promoverlos; de jerarquizar los satisfactores relacionales a jerarquizar los de acumulación. Con estos continuos, apelando metafóricamente, con fines didácticos, a la construcción de un espacio cartesiano, se diagrama primero un espacio bidimensional y luego uno tridimensional empleándolos para ubicar en los sectores resultantes distintas manifestaciones políticas, ideológicas, económico-políticas, socio-políticas, filosóficas sociales y de salud. Finalmente, el artículo plantea al lector o lectora del mismo a que lleve a cabo un ejercicio de reflexión, brindando la posibilidad de comunicarse con el autor para mantener un diálogo al respecto.

Abstract

This article begins by reflecting on the presence of two capitalisms, one savage and the other humanized, which give rise, respectively, to a clumsy democracy and an intelligent democracy. In this last form and type of government, the State, the public university and the national system

of scientific and technical research are synchronously integrated, understanding that this systemic and synergetic framework generates a progressively growing development of citizenship throughout society together with a progressive one. raising the levels of scientific, cultural and community health development of the nation. Then to analyze and reflect on attitudes and behaviors with respect to achievement aspirations, the life process, and the ranking of satisfiers. With these three constructs taken as dimensions, we go on to build three continuums that extend from limitlessness in the aspirations of achievement to self-limitation; from hindering life processes to promoting them; from ranking relational satisfiers to ranking accumulation ones. With these continuums, appealing metaphorically, for didactic purposes, to the construction of a Cartesian space, a two-dimensional space is first diagrammed and then a three-dimensional space is used to locate in the resulting sectors different political, ideological, economic-political, socio-political manifestations, philosophical social and health. Finally, the article asking the reader to carry out a reflection exercise, offering the possibility of communicating with the author to maintain a dialogue about it.

Datos del autor

Enrique SAFORCADA

Doctor en Psicología - Universidad de Buenos Aires - Universidad Favaloro.

Este escrito fue entregado para su lectura crítica a Francisco Morales Calatayud, Martín de Lellis y María Paula Juárez (en orden decreciente de antigüedad en la profesión). Sus amables esfuerzos le han otorgado mucha más claridad y precisión.

Democracia, capitalismo y sociedad

El capitalismo, con posterioridad a la finalización de la segunda guerra mundial (1939-1945), en tanto sistema económico-político y sociocultural, ha ofrecido dos modalidades de gobierno democrático: 1) la del capitalismo salvaje en el que todo, inclusive los seres humanos y sus vidas, están al servicio de la producción de riqueza económica; 2) la del capitalismo humanizado en el que un principio de racionalidad lleva a que, de la riqueza producida, un porcentaje eficaz esté destinado a la redistribución social a través de la educación, la salud y la seguridad social, entre otras áreas. A las correspondientes a esta última modalidad las podemos llamar *democracias inteligentes*.

Sobre las democracias inteligentes

En esta modalidad de democracia, entre muchas estructuras fundamentales, se encuentran las que integran sincrónicamente el Estado, la universidad pública y el sistema nacional de investigación científica y técnica. Esta estructura sistémica y sinérgica converge en la producción continua de: a) ciudadanía en el total de la sociedad nacional (la totalidad de los habitantes del país); b) mayores y mejores niveles de desarrollo científico, cultural y de salud comunitaria –la salud no puede ser individual, es siempre social, ecosistémica, y esta pandemia de COVID-19 lo demuestra a cabalidad, como también hace ver que la salud es inherente a la cultura, los países han reaccionado de diferente manera ante la misma, tanto sus gobiernos como sus sociedades–.

El Estado financia y coordina la actividad científico-técnica para generar una ampliación constante del conocimiento científico y tecnológico que propenda a proteger y promover la salud a la vez que prevenir y curar la enfermedad formando a las y los profesionales y técnicos y técnicas que llevarán a cabo la aplicación de estos conocimientos y logros orientados solo por el bien común. Para ello, las universidades públicas –también la universidad privada sin fines de lucro, pero es muchísimo mayor la responsabilidad de la pública porque a esta la mantiene la sociedad, que también le aporta, como estudiantes, a sus hijas e hijos que son quienes le dan razón de existir– tienen que implicarse profunda y extensamente en los procesos de construcción de ciudadanía en y con su alumnado. Todo el sistema educativo formal, desde el jardín maternal hasta la universidad, tiene que involucrarse en este proceso beneficioso.

La construcción de ciudadanía engloba todos los procesos educativos, económicos, políticos, jurídicos, sociales, culturales y psicosocioculturales por los cuales quienes integran la sociedad adquieren un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, salubristas, económicos y jurídicos.

Esta construcción, implicada en la formación de los y las profesionales, técnicos y técnicas de las ciencias de la salud, si tiene como objetivo la prosocialidad¹, obliga a formarlos y formarlas en la orientación social de las mismas: medicina social y comunitaria, odontología social y comunitaria, psicología social y comunitaria, psicopedagogía social y comunitaria, fonoaudiología social y comunitaria, etc. y para las prácticas públicas que son mucho más complejas que las privadas. No pueden las universidades, al menos las públicas, continuar formando a su alumnado en función del paradigma individual-restrictivo (Saforcada, 1999) y para las prácticas privadas con el modelo asistencial de consultorio para el ejercicio liberal de la profesión.

Sobre las democracias torpes

El economista Serge Latouche, profesor emérito de la Facultad de Derecho, Economía y Gestión de la Universidad de París-Sud, ha afirmado que "El que crea que en un mundo finito, el crecimiento puede ser infinito o es un loco o es un economista", aforismo muy acertado pero al que se le debe agregar al final el adjetivo neoliberal porque hay economistas que no admiten el postulado del crecimiento infinito, como el propio Latouche.

Las democracias torpes –más formales que reales–, las de capitalismo salvaje de los países hoy económica y tecnológicamente desarrolladas, se caracterizan por cuatro cuestiones, entre otras:

- Sus subculturas de clases altas y medias involucran las más ilimitadas aspiraciones de logro personal, lo cual se manifiesta y concreta en la progresiva aparición de mega-corporaciones monopólicas, nunca vistas antes. Este proceso de concentración, por un lado, se posibilitó a través de hiper-permisivas legislaciones nacionales y fue acompañado por una total pasividad de las poblaciones de estos países, como con tanta claridad queda expuesto en los trabajos reunidos en el libro *Imperialismo* (Hobson et al., 2009).
- Sus culturas albergan, en sus estructuras axiológicas, la consideración de que los seres humanos y sus vidas no son un fin en sí mismos sino un medio o insumo para la producción de riqueza y la protección militar de la misma.
- Sus historias posteriores a la segunda guerra mundial han mostrado la progresiva militarización de la sociedad civil en sus componentes morales y judiciales, entendiendo por tal el traspasamiento de los principios morales y judiciales militares, vigentes en tiempo de guerra, a la civilidad en tiempo de paz.

¹ En este escrito se entiende por prosocialidad "Aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensas externas, favorecen a otras personas, grupos o metas sociales y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva, de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de las personas o grupos implicados" (Roche, 1998 p. 179).

- El progresivo cambio en la orientación del desarrollo científico, tecnológico, productivo y comercial que de tener dos vertientes diferenciadas –militar por un lado y civil por el otro– ha pasado a una estrategia de desarrollo dual, tanto en la guerra como en la paz: la misma cosa u objeto generado porque es útil para el mundo militar, en sus distintas manifestaciones –guerra armada tradicional, de inteligencia, electrónica, biológica, etc.–, también es integrable al mercado civil y útil para la sociedad. Ejemplos: Arpanet / Internet; el teléfono móvil; las aplicaciones para internet o móviles (los servicios de redes sociales y mensajería –Yahoo, Messenger, Facebook, WhatsApp, etc.–); las computadoras u ordenadores portátiles; el smartphone; etcétera.

Los valores y racionalidades puestos en juego en la construcción de ciudadanía

Todo lo que rodea y hace al concepto de ciudadanía es de una marcada amplitud e intelectualmente implica adentrarse en un terreno arduo integrado por varias vertientes estudiadas por diversas disciplinas y diferentes enfoques, comenzando por los desarrollos filosóficos y políticos dados en la antigüedad en Grecia, hace más dos mil años, sobre todo en la época clásica de esta civilización. Esta complejidad queda expuesta con claridad en trabajos como el de Juan Antonio Horrach Miralles (2009) –quien de modo exhaustivo y sintético expone la diversidad de escenarios histórico-políticos en que el concepto de ciudadanía adquiere perfiles diferenciales bien definidos– y los de Adela Cortina (1997) y Nateras González (2020).

Las vías espontáneas o planificadas de generación de ciudadanía están sobre-determinadas por factores y procesos psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, educativos, etcétera.

En este escrito, solo se toma en cuenta la vertiente psicológica interviniente en este proceso –génesis y sustentabilidad–, un núcleo duro que se vincula con la cuestión de las creencias y valores que orientan el comportamiento humano.

Forzando una síntesis y compeliendo sencillez se puede decir que la construcción de ciudadanía, en su génesis, *desde una perspectiva psicosociocultural*, implica una situación y dinámica social que involucra cuatro componentes esenciales: sociojurídico, psicosocial, sociocultural y sociopolítico integrados en una estructura sistémica y sinérgica.

Expresando el párrafo anterior en un lenguaje más coloquial: la construcción de ciudadanía implica un proceso que en la vida cotidiana envuelve, fundamentalmente, lo que a la gente le pasa o vivencia, formal e informalmente, en los campos de la cultura, la justicia, el trabajo, la salud y la educación, teniendo en cuenta que en todos ellos tiene el máximo relieve y efecto modelador todo lo relacionado con la cuestión axiológica: los valores. De acuerdo con esta visión, el tema de los valores, en términos de desarrollo humano y construcción de ciudadanía, adquiere su

mayor relieve en el campo de la educación en sus habituales cuatro niveles, desde el jardín maternal hasta la universidad.

Siguiendo esta orientación coloquial, se puede definir el concepto de *construcción de ciudadanía* postulando que es un fenómeno que implica procesos psicosocioculturales –junto a otros de diferente naturaleza–, en los que están fuertemente implicados los procesos de subjetivación, intersubjetivación e interrelacionalidad por los cuales se accede a un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, salubristas, educacionales, económicos y jurídicos.

En una sociedad o en una comunidad hay más ciudadanía cuanto más tejido social e interacción objetiva y subjetiva abarcan estos derechos y responsabilidades, y cuanto más se pasa de perspectivas utilitarias individualistas a perspectivas de desarrollo humano integral. Siendo así, se puede hablar de *ciudadanía integral* –generada por y sostenedora de: una sociedad solidaria con un Estado integrador– opuesta a una *ciudadanía de mercado* generada por una sociedad competitiva con un Estado situado en un plano enfrente al de la sociedad, los que fácilmente y con frecuencia llegan a estar enfrentados y en oposición dilemática. Más adelante, en este escrito, se ahonda un poco más en estos dos tipos de ciudadanía.

Una primera digresión:

En el último tipo de sociedades–las que generan ciudadanía de mercado– pareciera que la personalidad triunfante es la poseedora de rasgos psicopáticos lo cual, tal vez, es constatable observando qué tipo de personas son las que ascienden en los partidos políticos más antisociales, las grandes empresas industriales, las corporaciones financieras y bancos, en las fuerzas de seguridad, en los cargos más altos de las administraciones públicas, en las grandes instituciones educativas, en las grandes instituciones del ámbito de la salud –sanatorios y hospitales–, etcétera.

Por personalidad psicopática o con rasgos psicopáticos se entiende, fundamental y sintéticamente, lo siguiente: es una persona normal para la sociedad, que se caracteriza por tener muy baja empatía. Empatía, para el Diccionario de la Real Academia Española significa: 1. Sentimiento de identificación con algo o alguien; 2. Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

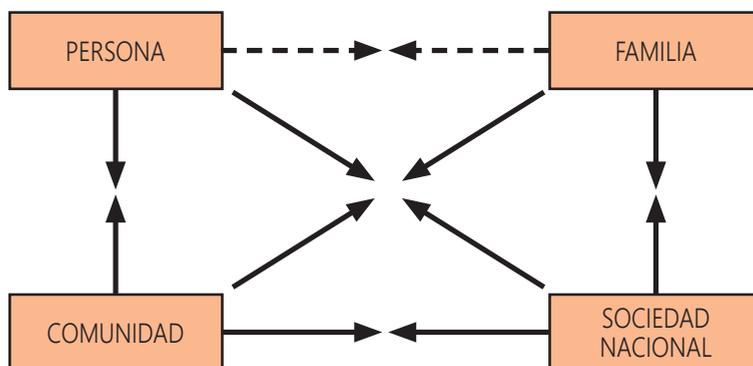
En la primera definición o caracterización de Simon Baron-Cohen (2012) “la empatía se produce cuando suspendemos nuestro enfoque de atención unico centrado exclusivamente en nuestra mente, y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble que también se centra en la mente del otro. [...] ...es nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada.” (pp. 27-28)

Este destacado autor, más adelante en la obra citada, manifiesta una opinión muy significativa para lo que trata el presente escrito: “... la empatía en sí es el recurso más valioso de nuestro mundo. Dada esta afirmación, es sorprendente que muy pocas veces figure en los planes de estudio de los colegios o en los programas para padres, y que rara vez está presente, si es que lo está, en la política, los negocios, la justicia o la vigilancia del orden.” (Baron-Cohen, 2012 p. 148)

Una sociedad armónica y con buen desarrollo de ciudadanía es la que alcanza a equilibrar los intereses o racionalidades y satisfactores de las personas, sus familias, sus comunidades y la sociedad nacional convergiendo todos ellos en el bien común.

Para sintetizar, las dificultades básicas para armonizar los intereses o racional-

dades y satisfactores es útil apelar a un diagrama poniendo gráficamente en juego las cuatro instancias de intereses o racionalidades y satisfactores recién señaladas:



En múltiples experiencias de trabajo con comunidades e intercambios informales de opiniones entre profesionales de las ciencias sociales de los países de la cuenca del Río de la Plata –Uruguay, Paraguay y Argentina–, quien esto escribe, reiteradamente ha escuchado sobre la más o menos frecuente falta de armonía entre intereses / racionalidades y satisfactores de los actores sociales incluidos en este esquema, inclusive a veces, cuando se trata de los correspondientes a las personas y sus propias familias.

Un paso fértil ante este tipo de dificultades es interrogarse sobre cuál es el núcleo más duro que está detrás de los intereses y satisfactores. Formulado el interrogante, parece acertado responder: la ambición de logros y de poder.

Son diversas las cuestiones constitutivas y vinculadas con estos dos poderosos motivadores –ambición de logros y poder–, pero en el marco de este artículo adquieren particular relieve tres dimensiones fundamentales relacionadas con los mismos. Estas dimensiones son las actitudes y comportamientos con respecto a: 1) la *aspiración de logro*, entendido como qué o cuánto se pretende o busca alcanzar u obtener de aquello que se ambiciona o desea; 2) el *proceso de la vida*; 3) la *jerarquización de los satisfactores*.

Segunda y última digresión:

El concepto de *actitud* se vincula con una de las más sólidas y fértiles teorías de alcance medio de la psicología social del siglo pasado que, junto a otras teorías de este tipo, se desarrollaron durante los primeros dos tercios del mismo.

Para los países de Nuestra América es una teoría de gran utilidad. Se debería profundizar en uno de sus elementos constitutivos: el componente valorativo de las actitudes. Sobre todo, teniendo en cuenta que esta aptitud que hace posible significar la realidad circundante y regular el comportamiento en función de tal significación es inherente a todas las formas de vida siendo imposible la supervivencia si se careciera de ella. Hasta organismos unicelulares como los protozoos –amebas, paramecios, etc.–

tienen la capacidad de valorar entre lo que es apto para su alimentación incorporándolo o lo que le es nocivo y por lo tanto activa sus defensas.

En el caso del ser humano, a través del proceso de socialización que comienza en la vida intrauterina, esta capacidad intrínseca y connatural va ampliando su campo de activación y acción hasta llegar a las complejas instancias de lo psicosociocultural.

Trabajos como los desarrollados por Hans Jürgen Eysenck (1964) y Ostrom, Greenwald & Brock (1968) permiten comprender el papel que juegan las actitudes en la configuración de los valores y las posiciones ideológicas y políticas. Al respecto cabe mencionar, muy especialmente, los escritos de Ignacio Martín-Baró (1999), sobre todo el sexto capítulo –“Las actitudes: su concepto y valor” (pp. 241-296)– del libro referenciado.

Profundizando estas reflexiones con el fin de alcanzar una mayor claridad y comprensión es dable transformar las dimensiones en continuos y delinear uno para cada una de las tres señaladas –las numeradas del 1 al 3 en el párrafo anterior– construyendo con ellos “sistemas de coordenadas” –permítase el uso metafórico de este concepto de la geometría analítica– que posibiliten ampliar la especulación para llegar a algunos entendimientos más fructíferos.

Los continuos y los sistemas actitudinales y comportamentales de coordenadas

Los tres continuos son y se extienden del modo siguiente:

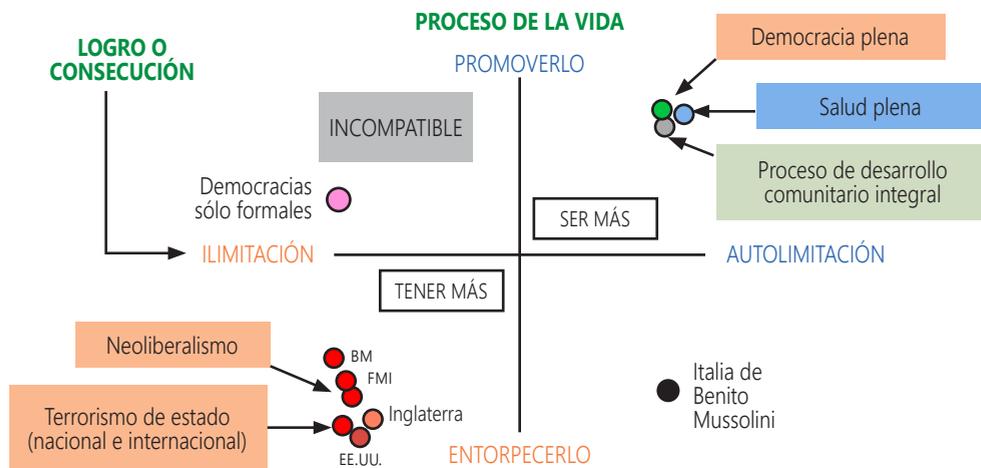
- Actitud / comportamiento con respecto a la aspiración de logro o consecución; se extiende de ilimitación a autolimitación.
- Actitud / comportamiento ante los procesos de la vida; se extiende de entorpecerlos a promoverlos.
- Actitud / comportamiento con respecto a la jerarquización de los satisfactores; se extiende de los relacionales a los de acumulación.

Un primer sistema de coordenadas cartesianas bidimensional

Tomando en cuenta solo las actitudes / comportamientos con respecto a la aspiración de logro o consecución y ante los procesos de la vida se configura un plano cartesiano como el del diagrama 1.

Cada cuadrante de este espacio cartesiano queda definido en su naturaleza por las expresiones extremas de cada eje o continuo. Esta naturaleza implica cuestiones valorativas, ideológicas, económico políticas, político gubernamentales, salubristas y éticas, entre otras.

DIAGRAMA 1. Coordenadas cartesianas con los continuos correspondientes a la aspiración de logro y a los procesos de la vida



A continuación, a fin de promover la reflexión, se señalan para cada cuadrante algunas cuestiones significativas que involucran formas de gobierno, gobiernos, orientaciones económico políticas, alternativas de desarrollo comunitario, alternativas de desarrollo salubrista y, en términos de Erich Fromm (1978), alternativas de orientaciones básicas de desarrollo humano; esto último solo para los dos cuadrantes totalmente contrapuestos –inferior izquierdo y superior derecho– que no comparten ninguno de los extremos de los dos continuos o dimensiones.

Esto no es más que una propuesta para llevar adelante, por parte de las lectoras y los lectores de este escrito, un ejercicio de especulación incorporando más elementos o quitando los que están en el diagrama 1 e incorporando otros diferentes en cada cuadrante –proyectos políticos, logros legislativos, logros culturales, movimientos sociales, partidos políticos, instituciones, etcétera.

En el cuadrante superior izquierdo, determinado por la promoción de los procesos de la vida y la ilimitación en las aspiraciones de logro o consecución, se ha colocado a las democracias formales, las que guardan el ritual del voto universal en las elecciones correspondientes a los poderes ejecutivo y legislativo pero con una serie de condicionamientos que permiten que quienes asumen estos poderes puedan traicionar hasta el absoluto a sus votantes. Diferente es en las democracias reales como la existente en Bolivia, antes del último golpe de estado, en que la Constitución de la República contempla la destitución del presidente y los representantes del pueblo por simple referéndum convocado por la misma población en cualquier momento.

A juicio de quien esto escribe, otra cuestión de gran importancia que se señala en este cuadrante a través del rectángulo con la inscripción “incompatible”,

producto solo de la pura especulación, es que pareciera imposible que una persona que desde niño es educada para desarrollar actitudes y comportamientos de respeto y promoción de los procesos de la vida –como la procreación y cultivo o crianza de organismos vegetales y/o animales– también desarrolle actitudes y comportamientos de ilimitación en sus aspiraciones de logro y consecución de fines. Si esto fuera comprobado científicamente daría lugar a planificaciones educativas a lo largo del proceso de educación formal, partiendo del estadio del jardín maternal, a fin de lograr, al final de la pubertad, niveles de ciudadanía que implicarían la autolimitación lo que haría incompatibles o inaceptables las propuestas del neoliberalismo.

El grave problema de la ilimitación en las aspiraciones de logro y obtención de resultados afecta a personas, conglomerados humanos, países y hasta imperios, tal como pareciera demostrar, para el caso de los imperios, Ronald Wright (2006) en su libro “Breve historia del progreso. ¿Hemos aprendido por fin las lecciones del pasado?”.

En el cuadrante inferior izquierdo, determinado por la ilimitación y el entorpecimiento de los procesos de la vida –el cuadrante más negativo para cualquier sociedad preocupada por el desarrollo humano integral y el respeto irrestricto a los derechos humanos– se ubica con claridad el neoliberalismo con sus propuestas explícitas e implícitas, sus inevitables aportes al “mal común” y su ansia de dominio brutal del que hablaba John A. Hobson (2009) en 1902 refiriéndose al imperialismo y a los imperialistas, cuyos descendientes y sus adláteres son los que hoy imponen esta forma de capitalismo –el neoliberalismo– de acumulación ilimitada de riqueza y a despecho de los procesos de la vida, inclusive la humana, tal como muestra Norman Lewis en algunos de sus libros (1998, 1998, 2010, 2012).

En este cuadrante se ubican instituciones internacionales como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional FMI y países como el Reino Unido y Estados Unidos de Norteamérica, ambos históricamente imperialistas y belicistas hasta el día de hoy.

En cuanto a cuestiones gubernamentales, en este cuadrante también se posiciona el Terrorismo de Estado, tanto en sus formas nacionales como internacionales, acoplado siempre a la neoliberal acumulación ilimitada de riquezas y a la generación ilimitada de muertes y sufrimientos indecibles. Un ejemplo claro y contundente de esto fue el desencadenamiento de los golpes militares en Suramérica y la Operación Cóndor, financiada e implementada técnicamente por Estados Unidos de Norteamérica en Chile, Paraguay, Bolivia, Uruguay, Brasil y Argentina desde el 24 de noviembre de 1975. Operación que permitió poner en marcha la primera prueba de aplicación a raja tabla del neoliberalismo en 1974 en Chile, con una eficacia psicosociocultural enorme que llevó a que fuera aceptado y apoyado hasta por los sectores de niveles socioeconómicos más desfavorecidos, comenzando a generar rechazos masivos recién en 2019.

En cuanto a la alternativa privilegiada de orientaciones básicas de desarrollo

humano, en este cuadrante se centra en *tener más* (Fromm, ver más adelante).

Para el cuadrante inferior derecho, determinado por el entorpecimiento de los procesos de la vida y la autolimitación de las aspiraciones de logro o consecución es difícil encontrar instituciones, formas de gobierno o hechos que se ubiquen en el mismo. Quien esto escribe no ha logrado hasta ahora encontrar alguno salvo, tal vez, el caso de Italia durante el gobierno de Benito Mussolini y su intento de desarrollar una estrategia de socialización de la economía que conduciría a lo que solo después de la guerra y en otros países se logró y denominó *estado de bienestar* (*welfare state*).

En el cuadrante superior derecho, determinado por la autolimitación de las aspiraciones de logro o consecución y la promoción de los procesos de la vida se ubica, como forma de gobierno, la democracia plena. Resulta difícil incluir países concretos como casos existentes, pero apelando al recurso de tomar en cuenta aquellos que muestran bases serias de estar en camino hacia este tipo de gobierno se puede citar a Venezuela, Ecuador y Bolivia –durante las presidencias de Hugo Chávez, Rafael Correa, Evo Morales– teniendo como indicador sus respectivas cartas magnas: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999, Constitución de la República del Ecuador 2008, Constitución Política del Estado plurinacional de Bolivia 2009; todas aprobadas por referéndum constitucional. Nos es casual que estos tres países, en distintas fechas y con distintas estrategias de desestabilización han sido brutalmente atacados por Estados Unidos de Norteamérica siendo esto el mejor indicador de la alta calidad e integralidad de sus democracias.

Lo que sí se ubica con claridad en este cuadrante es la salud plena, entre otras razones porque, por un lado, el mercado de la enfermedad estaría en problemas para instalarse y lograr sostenibilidad teniendo vigencia y preponderancia cultural la autolimitación en las aspiraciones y concreción de riqueza económica y lucro, y, por otro, porque la vigencia de la voluntad axiológica y social de promover la vida se reflejaría en el campo de la salud en la vigencia activa de la gestión de salud positiva a la que le es inherente la protección y la promoción de la salud. La interacción de los extremos positivos de estas dos dimensiones –actitud/comportamiento ante los procesos de la vida y autolimitación en las aspiraciones de logro– también generaría el desarrollo de ambientes y procesos psicosocioculturales salutógenos. El concepto de salutogénesis fue acuñado y desarrollado por Aarón Antonovsky (Antonovsky, 1979, 1985, 1987; Ruano Casado et al., 2014; Mittelmark et al., 2017) y adquiere una relevancia muy significativa y fértil en este cuadrante.

También en este cuadrante se encuentra el ámbito más propicio para el *desarrollo comunitario integral*, entendiendo por tal aquella orientación estratégica que parte de la consideración del ser humano como una entidad relacional pasible de lograr su desarrollo pleno solo si forma parte de la trama y dinámica sociales. Partiendo del aserto que el cerebro es un órgano social que alcanza su plenitud –en cuanto a poner en acto sus potencialidades anatomofisiológicas– al final de

la pubertad solo si en ese transcurso de la vida de cada criatura humana se han estimulado las vertientes cognitiva, sensorial, afectiva, innovativa y creativa, propias de esta especie, en un medio humano adecuado desde el punto de vista biológico, psicoafectivo y psicosociocultural.

Es dable pensar que el concepto de *buen vivir* de los pueblos originarios de Nuestra América implica una clara comprensión de lo expresado en el párrafo anterior (Vanhulst, 2015; Cubillo-Guevara et al., 2014; Rojas Quiceno, 2013; Acosta et al., 2011; Gudynas, 2010) y brinda la posibilidad de encontrar en esta orientación cultural ecosistémica, promotora de la vida y autolimitante de las aspiraciones de logro, una fuente donde hallar conocimientos empíricamente validados sobre aspectos fundamentales del desarrollo humano y comunitario integrales y la gestión de salud positiva.

Finalmente, en cuanto a la alternativa privilegiada de orientaciones básicas del desarrollo humano, en este cuadrante se centra en *ser más*. Fromm, buscando clarificar taxativamente entre *ser* y *tener*, apela a una perspectiva social que se ajusta muy bien a las formas contrapuestas en que distintos países y gobiernos afrontaron el problema de la actual pandemia de COVID-19:

La diferencia está, antes bien, entre una sociedad interesada principalmente en las personas, y otra interesada en las cosas (Fromm, 1978 p. 36).

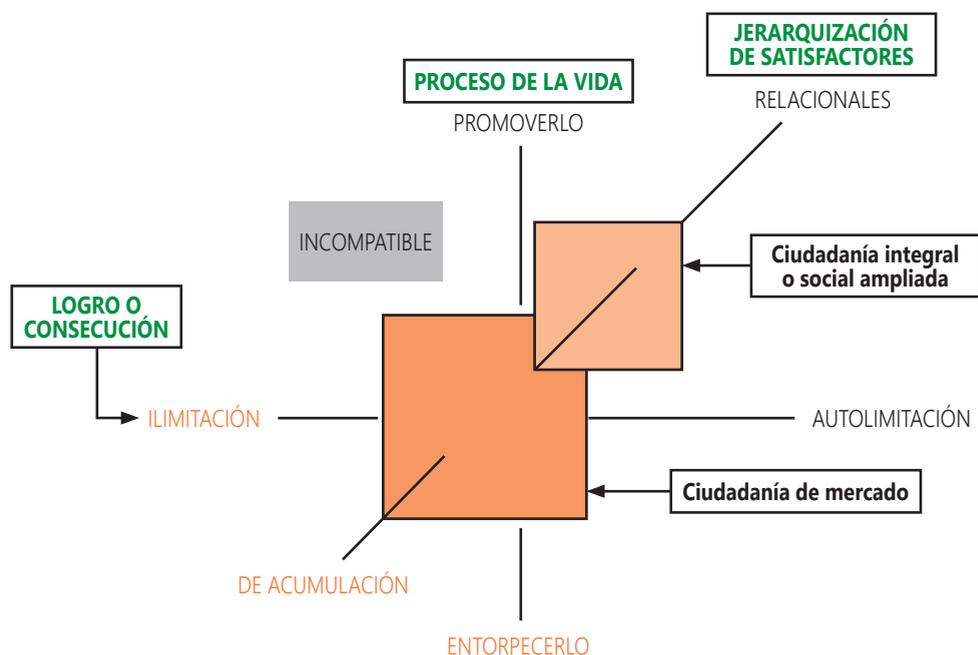
Agregando una dimensión al sistema de coordenadas

Si al sistema bidimensional se le agrega el continuo correspondiente a la actitud/comportamiento con respecto a la jerarquización de los satisfactores se accede a un espacio de tres dimensiones, un sistema de coordenadas tridimensional como el representado en el diagrama 2.

En este escrito la cuestión de los satisfactores está tratado con la mayor sencillez, estableciendo a su respecto una sola dimensión cuyo continuo se extiende desde los satisfactores de relación –aquellos vinculados con la intersubjetividad y las interrelaciones humanas– a los satisfactores de acumulación –el dinero o lo que se adquiere con el mismo, las cosas u objetos–. A los fines de lo que trata este escrito esta economía de recursos reflexivos es pertinente pues el propósito de la misma es resaltar el contraste entre cosas, que se compran y se acumulan o se venden, y los seres humanos y su vida afectivo-emocional. Para ahondar en el importante tema de los satisfactores de las necesidades humanas –naturales y artificiales– es recomendable el excelente trabajo de Max-Neef, Elizalde y Openhayn (1986) titulado “Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro”.

Con este sistema de tres coordenadas queda definido un espacio cúbico en el que es posible resaltar la síntesis fundamental de los tipos de ciudadanía que cristaliza en cada uno de los dos cuadrantes tridimensionales de este espacio que están totalmente opuestos por reunir los extremos contrapuestos de los tres continuos:

DIAGRAMA 2. Coordenadas cartesianas con los continuos correspondientes a la aspiración de logro y a los procesos de la vida



- A. el que queda determinado por los tramos de los continuos que finalizan en la ilimitación, la máxima jerarquía para los satisfactores de acumulación y el entorpecimiento de los procesos de la vida;
- B. el que queda determinado por los tramos de los continuos que finalizan en los extremos de la autolimitación de las aspiraciones de logro u obtención de lo que se desea o busca alcanzar, la jerarquización máxima para los satisfactores relacionales y las actitudes y comportamientos protectores y promotores de los procesos de vida.

El espacio A genera una *ciudadanía de mercado*, expresión con la que se denomina una determinada forma o tipo de ciudadanía que puede ser definida de los modos siguientes:

El ciudadano económico es el que crea las condiciones materiales y financieras para la comunidad, para lograr una "buena vida" y la autorrealización, no sólo la subsistencia y la satisfacción de necesidades. (Nateras González, 2012, p. 204)

'Ciudadanos económicos' son quienes participan en el mercado asumiendo papeles como consumidores que compran o inversores y productores que venden (incluidos los vendedores de mano de obra). (Wingert, 2012, p. 41)

Las economías de mercado del neoliberalismo, nada tienen que ver con lo planteado por los teóricos del liberalismo del siglo XIX –Ricardo, Smith, Stuart Mill, etc.–. Cuestiones tales como la mano invisible, la libre competencia, el juego de la oferta y la demanda, junto a otras características que teóricamente habrían otorgado naturaleza democrática a este dispositivo económico político. Por el contrario, el capitalismo salvaje instituye formas totalmente coercitivas y distorsionadoras –cartelización de precios, monopolización del financiamiento y de la producción, engaño sistemático en la información bromatológica fomentado por la lenidad legal, la obsolescencia programada en todos los productos o bienes duraderos, etc.– que llevan a comprender el verdadero sentido del concepto de *democracias formales*.

Los que crean las condiciones materiales, de sujetamiento y financieras en una democracia formal no son todos los ciudadanos y todas las ciudadanas sino aquellos actores y aquellas actrices que constituyen los niveles socioeconómicos medios altos y altos. Desde esta perspectiva, es mucha la ciudadanía que queda fuera de ser tomada en consideración, todas y todos los que configuran la clase media baja, la clase obrera y la gran masa poblacional de familias y personas pobres y pobres estructurales.

El espacio B, por el contrario, da lugar a una *ciudadanía integral*. Al adjetivar así al vocablo ciudadanía se busca remarcar que no solo se toma en cuenta el concepto de *ciudadanía social* de Thomas Marshall del año 1949/1950 sino que se le agregan diversos avances logrados durante la segunda mitad del siglo XX, sobre todo, lo que hace a los derechos humanos.

Marshall señala:

Con el elemento social me refiero a todo el espectro desde el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad al derecho a participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares corrientes en la sociedad. Las instituciones más estrechamente conectadas con estos derechos son el sistema educativo y los servicios sociales. (Marshall, 1998, p. 23)

La tierra de nuestro planeta requiere ser abonada para que resulte feraz y el mejor abono son las sustancias orgánicas en descomposición, los excrementos; con cierta similitud metafórica, la historia humana muestra que en determinadas situaciones en que ocurren hechos desmesuradamente negativos e inhumanos la humanidad o gran parte de ella reacciona institucionalizando formas jurídico-legales internacionales y éticas con el propósito y finalidad de impedir que vuelvan a ocurrir estas iniquidades y sevicias.

Tal ha sido el caso de la institucionalización de los derechos humanos –la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes– por parte de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948; la creación en 1998 de la Corte Penal que entró en vigor en 2002; el Foro Universal de las Culturas llevado a cabo en

Barcelona en 2004; la Jurisdicción Universal para los crímenes de lesa humanidad y sus dos congresos internacionales (Madrid 2014 y Buenos Aires 2015).

Para estos avances, fue necesario que transcurriera la segunda guerra mundial con entre 70.000.000 y 100.000.000 millones de personas muertas y, dentro de este escenario bélico, el sistema industrializado de exterminio de millones de personas judías, gitanas, discapacitadas, prisioneras políticas y de guerra; las dos experimentaciones norteamericanas con bombas atómicas, innecesarias en cuanto a la finalización de esta guerra, lanzadas sobre Hiroshima y Nagasaki; el bombardeo aliado por venganza llevado a cabo sobre la ciudad de Dresde hasta destruirla totalmente a través de lanzar, durante aproximadamente quince horas, 7.100 bombas entre incendiarias y explosivas; los crímenes de lesa humanidad cometidos por los terrorismos de estado y el Plan Cóndor instigados y organizados también por el Secretario de Estado Henry Kissinger y la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos de Norteamérica en Suramérica en la década de los 70 del siglo pasado; el genocidio en Timor Oriental llevado a cabo a partir de 1975 que fue apoyado y autorizado por el gobierno norteamericano, presencialmente por el Presidente Gerald Ford y el Secretario de Estado de Estados Unidos de Norteamérica, Henry Kissinger, en su estadía en Yakarta el 6 de diciembre de 1975; el genocidio de 1994 en Ruanda, con el visto bueno del gobierno francés; el genocidio en Bosnia en 1995; etcétera. Estos hechos y otros, que sería largo mencionar, que costaron la vida a cientos de miles de personas, son los que dieron lugar a esta nueva generación de derechos humanos e instancias donde defenderlos.

Todo lo manifestado en los dos párrafos anteriores no habían generado los efectos mencionados, en cuanto a derechos humanos, en la época en que Marshall desarrolló y fundamentó el concepto de *ciudadanía social* razón por la cual en necesario ampliar y cambiar la denominación del mismo: *ciudadanía integral* o *ciudadanía social ampliada* explicitando en qué se amplió el concepto original.

Últimas consideraciones y propuestas

Se anotan a continuación cuatro conceptos o cuestiones, entre otros muchos posibles, algunos de los cuales constituyen el núcleo duro del individualismo liberal y el capitalismo:

- Propiedad privada.
 - Libertad individual o personal.
 - Consumo.
 - Generación de residuos.
- a) El concepto y la realidad de la *propiedad privada* son vidriosos si se extrema la idea de apropiación, aún cuando no sea del todo realista, en cuanto a que una persona o empresa se apropie de toda el agua potable natural de un país –en Argentina, en este momento, hay alguna empresa francesa que ha comprado tierras con abundantes aguas subterráneas, extraen el agua y la trasladan a

Francia en buques tanque para su embotellamiento y comercialización en Europa. Se debe tener en cuenta el poder de grupos económicos y gestoras de fondos de alto porte, como por ejemplo Black Rock, del cual el historiador y periodista catalán Xavier Mas de Xaxàs (2018) informa lo siguiente:

BlackRock, la primera gestora de fondos del mundo, es un gigante despierto que está cambiando el capitalismo. Le sobra fuerza para intentarlo. Gestiona 6,3 billones de dólares –5,3 billones de euros–, casi tanto como el PIB de Alemania y Francia juntos. Habla de tu a tu con los gobiernos e instituciones financieras. Les aconseja cómo actuar y lo mismo hace con las compañías en las que es el principal accionista. Entre ellas están, por ejemplo, el 88% de las empresas en el índice S&P 500. [...] BlackRock y sus competidores son hoy los principales accionistas en casi todas las grandes multinacionales, corporaciones que no pueden ignorar sus consejos estratégicos. Bayer y Monsanto, por ejemplo, se han fusionado, en gran parte gracias a la presión de BlackRock, principal accionista de ambas.

A partir de este tipo de información es fácil darse cuenta del poder de estos grupos económicos para corromper gobiernos y avanzar en el enriquecimiento por desposesión de la riqueza y fuentes generadoras de riqueza que son de otros países. El agua, la tierra –por dar un ejemplo, Luciano Benetton, de nacionalidad y residencia italianas, compró tierras en la Patagonia Argentina (Camuffo y Zornetta, s/f), de 1991 a 1997, llegando a acumular 900.000 hectáreas donde tiene alrededor de 1.000.000 de cabezas de ganado lanar– y el aire son elementos de los que depende la vida de los seres humanos y otras especies animales y vegetales, entonces surgen preguntas tales como las siguientes: ¿la tierra, el agua y el aire pueden ser objeto de apropiación privada?, ¿las posibilidades de su apropiación deben tener límites legales o deberían estar prohibidas?, ¿todas o solo la del aire?, ¿y el agua?, ¿y la tierra fértil?

b) El concepto de *libertad individual o personal*, como así también el de libertad a secas, es una cuestión que ha inquietado al pensamiento humano desde la antigüedad de Grecia y Roma. Destacados tratadistas se han ocupado del mismo desde diferentes enfoques; por citar solo dos del siglo XIX y XX: John Stuart Mill (2014) y Lord Acton (1999).

En principio, la idea de libertad es una entelequia –no en el sentido aristotélico ni de Leibniz– dado que obliga a inquirir con respecto a qué se propone la condición de libertad y si la respuesta es ‘a todo’ se percibe, espontánea y directamente, su condición de irrealidad dado que un ser humano no puede prescindir del oxígeno, el agua, etcétera, para vivir y así se seguiría con un largo listado de requerimientos con respecto a los cuales nadie es libre. En definitiva, la propuesta de libertad individual –ya sea en cuanto a estar libre de obstáculos o ser libre para actuar– que ofrece el liberalismo es una propuesta engatusadora para lograr

adeptos –una puerta de acceso a la reflexión sobre estos asuntos pueden ser la obra “Cuatro ensayos sobre la libertad” de Isaiah Berlin (1988) y los trabajos de Mauro Barberis (2002) y de Carlos Bernal Pulido (2006)–.

Dos observaciones con respecto al concepto de libertad individual:

- 1) la libertad, siempre condicionada, se vincula directamente con el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas de modo contrapuesto: a más elevado nivel económico mayor libertad en cuanto a la posibilidad de ponerla en acto; en cambio, a más elevado nivel cultural mayor conciencia, o posibilidad de ser conciente si se resiste al autoengaño, de aquello apetecido pero a lo que no se puede acceder por las propias limitaciones –económicas, éticas o de otro tipo–, o sea, de aquello con relación a lo cual no se es libre.
- 2) cuando las personas se sienten libres es porque excluyen todo aquello con respecto a lo cual carecen de libertad, una especie de autoengaño apaciguador.

Pareciera que la única instancia en que los seres humanos pueden ser libres es en la elección de cómo perder la libertad, dándosele así dos alternativas: la pierde como ser individual, acotado a sus propios recursos y posibilidades, o la pierde en el conjunto social, sea este la sociedad proximal –la comunidad, el barrio, etc.– o algún conjunto social distal –la sociedad del municipio, la provincial o la nacional– estimando la libertad personal en términos de la libertad de ese conjunto social en el que está integrado.

- c) La cuestión del *consumo* plantea problemas en varias vertientes dentro de lo tratado en este artículo. Por un lado, lo vinculado con ciudadanía y mercado y, por otro, con relación a las personas y el mercado: 1) la falta de libertad por las imposiciones del mercado –como se señaló antes: cartelización de los precios, monopolización de la producción, engaño sistemático en la información bromatológica, la obsolescencia programada, etc.– y los determinantes de la condición ciudadana; 2) la manipulación, por vías indetectables para el común de la gente, de las personas y en especial los niños y niñas a fin de convertirlos en consumidores y, peor aún, en consumistas, entendiendo este concepto como una especie de patología social provocada y no impedida por los gobiernos, por lo tanto, sería un caso de enfermedad pública (Saforcada y Moreira Alves, 2014).

La cuestión señalada en el numeral 1 de las dos alternativas recién planteadas ya fue tratada en parte con relación al tipo de ciudadanía que se genera en el espacio A del diagrama 2. Más relevante es la cuestión anotada en el numeral 2, sobre todo porque tiene que ver con la infancia, ese ciclo de la vida caracterizado por una condición de elevada vulnerabilidad psicológica y psicociocultural.

El tema del marketing es sumamente amplio y tiene muchas vertientes, tantas como fuentes de muy numerosas cuestiones negativas para las sociedades y los países, a la vez de implicar algunas cosas importantes y positivas como es el marketing social o no lucrativo aplicado a emprendimientos que aportan al bien común.

La historia del marketing o mercadotecnia comienza en el siglo XX centrándose en los productos, luego de la mitad de este lapso de tiempo pasa a enfocarse en

quienes consumían los productos para pasar, en las décadas de los '80 y '90, a segregar a los consumidores y las consumidoras para luego desarrollar estrategias de captación de la población infantil y adolescente de modo de asegurarse actuales y futuros consumidores y consumidoras.

En esta última etapa, hacia finales del siglo pasado, se pone de moda el *marketing de guerra* y dentro de esta orientación hubo dos autores que publicaron un éxito editorial que se tituló "Marketing de guerra", escrito por Al Ries y Jack Trout (1986) hace más de treinta años pero que todavía influye significativamente en el mundo de la mercadotecnia. Este libro y sus autores generaron una corriente de pensamiento que privilegió lo emocional por sobre lo racional en las estrategias para captar clientes y clientas para los productos; también dieron gran importancia al hecho de ganarlos y ganarlas en la infancia y la adolescencia, aún cuando fueran productos que no consumirían hasta la juventud.

En el libro mencionado, de Ries y Trout, en el capítulo titulado "La naturaleza del campo de batalla" (capítulo 5, pp. 25-28), se afirma que:

Las batallas de marketing no se libran en la oficina del consumidor, ni en los supermercados o las farmacias. Estos lugares no son más que puntos de distribución de la mercancía, la selección de marcas se decide en otra parte.

Las batallas de marketing tampoco se libran en lugares como Dallas, Detroit o Denver, al menos no en el sentido físico de una ciudad o región.

Las batallas de marketing se libran en un lugar sucio y feo. Un sitio oscuro y húmedo, con mucho territorio inexplorado y profundos peligros para atrapar al incauto.

Las batallas de marketing se libran dentro de la mente; en la propia y en la de los clientes en perspectiva cada día de la semana. [...] Todo el campo de batalla tiene apenas quince centímetros de ancho. Allí es donde tiene lugar la guerra de marketing. El objetivo es aventajar y vencer a los competidores desde una montaña mental del tamaño aproximadamente de un melón pequeño. (pp. 25-26)

Hubo publicidades, como la de cigarrillos Camel, con su personaje de Joe Camel, un camello antropomorfizado y play boy –se empleó desde 1987 hasta el 12 de julio de 1997 en que fue prohibido–, dirigido a desplazar en los niños, como figura identificatoria, a los personajes de Walt Disney. Era una publicidad de efecto retardado, se los captaba o capturaba entre los cuatro y los siete u ocho años para un consumo que se activaría diez o veinte años después. Al respecto, es interesante acceder a trabajos como los de Sarría-Santamera et al. (2001) y Soto-Mas y García León (2009).

Frente a este escenario cabe preguntarse si es ético, si es aceptable, que se permita por parte de los poderes del Estado este tipo de coacción ejercida en niños y niñas en sus infancias y prepubertades para convertirlas y convertirlos en

consumidoras y consumidores y luego, o de inicio, en consumistas con pautas irracionales de uso del dinero, desvinculadas de fines más allá del consumo mismo, o, peor aún, convertirlos en consumidores y consumidoras por instalar en ellos y ellas dependencias físicas de sustancias psicoactivas y dependencias psíquicas a través de generar hábitos que resultan ansiolíticos.

d) La cuestión de la *generación de residuos* es uno de los grandes problemas crecientes de la humanidad. Las empresas y el mercado, desde el componente de la oferta, genera enormes cantidades crecientes de residuos –pilas y baterías eléctricas, celulares, computadoras, monitores de TV y de computadoras, electrodomésticos y un largo etcétera– cuyos costos de gestión jamás son incluidos como costos empresarios. Además, al instaurar de modo universal la obsolescencia programada² los residuos se multiplican en progresión geométrica. En Nuestra América ningún Estado, ni alguno de sus tres poderes, ha obligado a las empresas de productos y de comercialización a hacerse cargo de los residuos, cada vez más tóxicos y desequilibrantes de los ecosistemas. Las empresas y los Poderes del Estado de los países orientan esa carga hacia las espaldas de la población consumidora que tienen que pagar cánones por la recolección de la basura, para que luego se la deposite cerca de los lugares donde residen las poblaciones pobres estructurales. Tampoco los estados quieren invertir, del dinero que obtienen de la ciudadanía a través de los impuestos, en centros de procesamiento eficaz y diversificado de los residuos que los transformarían en nuevos productos útiles a la sociedad –madera plástica, fertilizantes, etcétera. Si el negocio de una empresa es fabricar, por ejemplo pilas y baterías eléctricas, su proceso de comercialización debería incluir la recuperación de las unidades ya agotadas.

Se han planteado cuatro cuestiones problemáticas –propiedad privada, libertad individual o personal, consumo, generación de residuos–, quien esto escribe le propone a usted, lectora o lector, reflexionar sobre estos cuatro asuntos para ubicarlos como usted considere más conveniente en el esquema tridimensional del diagrama 2. Si lo lleva a cabo y lo desea, el autor le propone reflexionar en conjunto sobre la base de sus conclusiones; en caso que decidiera en tal sentido diríjase al

² La obsolescencia programada fue primero planificada e impuesta, progresivamente, en el rubro de la fabricación de lámparas o bombillas de luz por la empresa Philips que fue forzando a otras empresas del mismo rubro en Europa y Estados Unidos de Norteamérica para que produjeran este producto de modo que se agotara el filamento en un lapso lucrativamente conveniente para las fábricas –la lámpara fabricada por Shelby Electric Company e instalada en una estación de bomberos de la ciudad de Livermore, en Estados Unidos de Norteamérica, está encendida en forma continua desde 1901, casi ciento veinte años, había sido fabricada en 1897. A instancias de Philips, desde 1921, se logró finalmente el acuerdo en cuanto a que la duración de estas lámparas incandescentes fuera solo de 1.000 horas. Para lograrlo, Philips debió primero aceptar la estructuración en 1924 de un cartel de empresas del rubro –Osram, General Electric, Philips y otras más de menor poder económico, como la española Lámparas “Z”–, poco visible, que se denominó Phoebus.

siguiente e-mail: enrique.saforcada@gmail.com y puede estar segura o seguro que su mail será respondido de modo inmediato.

Una última propuesta, también para usted lectora o lector: si usted es docente universitario y/o integra la conducción de una universidad o de una unidad académica –facultad, instituto, etc.– quien esto ha escrito le propone que cavile sobre lo importante que sería introducir estas cuestiones en los claustros universitarios para abrir un amplio debate, involucrando al estudiantado y los cuerpos docentes, y promoviendo la investigación científica sobre las mismas. Al respecto, también queda a su disposición, en el mismo e-mail, para intercambiar ideas o inquietudes.

Referencias bibliográficas

- Acosta, A. (2011). El buen (con)vivir, una utopía por (re)construir. Alcances de la Constitución de Montecristi. *Obets. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 6, n.º 1, 2011; pp. 35-67.
- Acton, L. (1999). *Ensayos sobre la libertad, el poder y la religión*. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of psychiatry and related sciences*, vol. 22, n.º 4, p.p. 273–280.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Barberis, M. (2002). Libertad y liberalismo. *Isonomía*, n.º 16, pp. 181-200.
- Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía cero. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid, Alianza.
- Berlin, I. (1988). *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Madrid, Alianza.
- Bernal Pulido, C. (2006). El concepto de libertad en la teorías política de Norberto Bobbio. *Revista de Economía Institucional*, vol. 8, n.º 14, pp.55-75.
- Camuffo, P. y Zornetta, M. (s/f). *Alla fine del mondo. La vera storia dei Benetton in Patagonia*. Italia, Le Strade Bianche di Stampalternativa.
- Cortina, A. (1997). *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid, Alianza Editorial.
- Cubillo-Guevara, A.; Hidalgo-Capitán, A.L.; Domínguez-Gómez, J.A. (2014). El pensamiento sobre el Buen Vivir. Entre el indigenismo, el socialismo y el posdesarrollismo. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, No. 60, pp. 27-58.
- Eysenck, H. J. (1964). *Psicología de la decision política*. Barcelona, Ariel.
- Fromm, E. (1978). *¿Tener o ser?* México, FCE.
- Gudynas, E. (2010). *Buen Vivir: un necesario relanzamiento*. Política y Economía, CLAES D3E. Entrada mayo 2020: <http://www.politicaeconomia.com/2010/12/buen-vivir-un-necesario-relanzamiento/>

- Hobson, J.A. y Lenin, V.L. (2009). *Imperialismo*. Madrid, Capitán Swing.
- Hobson, J. A. (2009). Estudio del imperialismo. En: J. A. Hobson y V. L. Lenin. *Imperialismo*. Madrid, Capitán Swing.
- Horrach Miralles (2009). Sobre el concepto de ciudadanía: historia y modelos. *Factótum* 6, pp. 1-22.
- Lewis, N. (2012). Un viaje en dhow, La tribu que crucifijó a Jesucristo y otros relatos. Badalona, Altair.
- Lewis, N. (2010). El expreso de Rangún, Genocidio y otros relatos. Badalona, Altair.
- Lewis, N. (1998). Un imperio de Oriente. Viajes por Indonesia. Barcelona, Península.
- Lewis, N. (1998). Misioneros. Dios contra los indios. Barcelona, Herder.
- Marshall, T.H. y Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid, Alianza.
- Martín-Baró, I. (1999). *Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- Mas de Xaxás, X. (2018). Por qué Black Rock domina el presente y el futuro del mundo. *La Vanguardia*, entrada junio 2020: <https://www.lavanguardia.com/economia/20180506/443279727124/blackrock-investigacion-primer-gestora-fondos.html>
- Max-Neef, M.; Elizalde, A.; Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Santiago de Chile, CEPUR, Fundación Dag Hammarskjöld. Entrada mayo 2020: http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf
- Mittelmark, M.B.; Sagy, S.; Eriksson, M.; Bauer, G.F.; Pelikan, J.M.; Lindström, B.; Espnes, G.A. (2017). *The handbook of salutogenesis*. Switzerland, Springer Nature.
- Nateras González, M. (2020). El sofisma de la ciudadanía con concepto universal. *RevLISE*, vol. 15, año 14, pp. 83-85.
- Nateras González, M.E. (2012). Ciudadano económico, ciudadano del Estado, ciudadano del mundo. *Ética política en la era de la globalización de Höffe Orfried*. *Espacios públicos*, vol. 15, nº 35, pp. 197-202.
- Ostrom, T. M.; Greenwald, A. G. & Brock, T. C. (1968). *Psychological Foundations of Attitudes*. New York, Academic Press.
- Ries, A. y Trout, J. (1986). *Marketing de guerra*. Nueva York, McGraw-Hill.
- Roche, R. (1998). *Psicología y educación para la prosocialidad*. Buenos Aires, Ciudad Nueva.
- Rojas Quiceno, G. (2013). *Índice de Felicidad y Buen Vivir*. España/Colombia, Instituto Internacional del Saber.
- Ruano Casado, L.; Mercé Valls, L. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. *Quince años de investigación*. *Enfermería Global*, nº 34, pp. 384-394.
- Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, v. 5, nº 1, pp. 022-037.
- Sarría-Santamera, A.; Cortés-Blanco, M. y Elder, J. (2001). Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco Fortuna durante el bienio 1999-2000. *Rev. Eso. Salud Pública*, vol. 75, nº 2, pp. 107-113.
- Soto Mas, F. y García León, F. J. (2009). La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. *Gas. Sanit.*, 23(5), pp. 448-457.
- Stuart Mill, J. (2014). *Sobre la libertad*. Madrid, Akal.
- Vanhulst, J. (2015). El laberinto de los discursos del Buen vivir: entre Sumak Kawsay y Socialismo del siglo XXI. *Polis*, 40. Entrada mayo 2020: <http://journals.openedition.org/polis/10727>
- Wingert, L. (2012). Ciudadanía y economía de mercado. O ¿qué es en realidad relevante sintéticamente en democracia? *Las Torres de Lucca*, nº1, pp.29-55.
- Wright, R. (2006). *Breve historia del progreso. ¿Hemos aprendido por fin las lecciones del pasado?* Barcelona, Urano.

Trabajo en redes «Por una humanidad digna y diversa». Derechos, oportunidades y recursos para personas trabajadoras sexuales en la frontera. Una experiencia en la frontera Uruguay-Brasil

Network «For a worthy and diverse humanity». Rights of opportunity and resources for sex workers. An experience on the border Uruguay-Brasil

**Graciela UMPIERREZ
Álvaro DÍAZ**

Palabras clave: red, trabajadores sexuales, derechos, oportunidades, recursos.

Keywords: red, sex workers, rights, opportunities, resources.

Resumen

Este trabajo trata de una experiencia enmarcada en el Doctorado en Ciencias de la Salud, desde el vínculo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas (Brasil) con su homónima de la Universidad de la República (Uruguay). Del diagnóstico participativo realizado con instituciones que consideran la población de frontera, surgió el tema «trabajadoras y trabajadores sexuales, abordaje en diversidad». La experiencia consistió en un trabajo de campo llevado a cabo con el objetivo de brindar herramientas y conocimientos para el cuidado de la salud y una mejor calidad de vida de las personas que realizan trabajo sexual, generando autonomía y acciones con los servicios vinculados. En cuanto a la metodología, se planteó un abordaje interinstitucional, interdisciplinario, participativo, con invitados. Desde las propuestas de las personas trabajadoras sexuales, intercambios y apoyo de referentes, se aportaron herramientas para desarrollar estrategias que redunden en mejorar su calidad de vida.

Claramente, el proceso se reforzó con la mirada extensionista universitaria en un territorio con situaciones específicas, cuyo abordaje requiere consideraciones en consonancia. El trabajo en equipo permitió una vez más consolidar actividades con una fuerte visión de continuidad.

Abstract

This experience is framed in the Doctorate in Health Sciences, from the link between the Faculties of Nursery of the Federal Universities of Pelotas (Brazil) and the University of the Republic (Uruguay), specifically in the course «Estagio de Docencia» where an interdisciplinary, and above all participatory, project was planned, developed and evaluated, establishing the knowledge exchange and intervention of border populations. From the participatory diagnosis with the intervention of institutions, the topic which arose was «sex workers: approach in diversity». With the aim of providing tools and knowledge for their healthcare and better quality of life of the sex workers, generating autonomy and actions with the linked services. Regarding the methodology, the diagnosis was based on local institutions from the cities of Río Branco and Yaguarón, Health Services and Mides, emerging the problem posed by sex workers of their socio-sanitary difficulties. An inter-institutional, interdisciplinary, participatory approach was proposed in conjunction with the sex workers grouped in «RB Diversity». The activities programmed and carried out had the objective of providing tools which result in an improvement of their quality of life. Clearly, the process was reinforced with the university extension look at specific situations whose approach requires considerations in consonance. The teamwork allowed once again to consolidate activities with a strong vision of continuity. The project helped to visualize and promote the fulfilment of the human rights of the sex workers, whiunidadch generate the empowerment of their labour, psychosocial, and retirement rights, among others.

Datos de los autores

Graciela Umpierrez

Prof.^a Agda. PhD - Facultad de Enfermería, Unidad de Extensión y Unidad de Investigación

Álvaro Díaz

Prof. Agdo. PhD - Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería en Salud Mental.

Introducción

La salud sexual implica un desafío para las instituciones de salud y organizaciones que participan en la búsqueda de derechos para todas las personas, con atención específica en contextos geográficos de frontera.

Quienes realizan trabajo sexual se enfrentan a dificultades que requieren abordaje interinstitucional y compromiso de equipos, que contribuyan para lograr una mejor calidad de vida. Estas dificultades también están relacionadas con aspectos fundamentales de la sociedad: familia, trabajo, salud sexual, en tanto indicadores de derechos y bienestar.

Partiendo de un marco curricular, se pretendió conocer los principales problemas de salud que relacionaran a la población de Brasil y de Uruguay, y fueron seleccionadas las ciudades fronterizas de Río Branco y de Yaguarón.

Desde referencias de las facultades de enfermería de la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL) y de la Universidad de la República (Fenf/UDelAR), los investigadores se sintieron estimulados por el interés que genera el tema de frontera en proyectos y tesis de doctorado. Dentro de esta temática se tiene en cuenta, entre otros, a Silva (2009), quien considera que los municipios situados a lo largo de la frontera de Brasil con Uruguay han tenido dificultades en proveer atención integral a la salud. Según Lange (2014) y Giovanella (2007), dos tercios de los secretarios municipales de salud (el 70%) consideran necesario realizar acuerdos entre municipios brasileños y ciudades extranjeras vecinas para tratar problemas de salud en la frontera.

En Uruguay, diferentes instituciones reconocen la importancia de la situación de la salud en la población fronteriza, especialmente aquellas de fácil comunicación geográfica. Surgen así proyectos como el hospital de Río Branco, al que se toma como punto de partida para la identificación del problema que se aborda, que se reafirma con aportes de referentes del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) de Río Branco. Se genera entonces el vínculo con el grupo de personas trabajadoras sexuales «Río Branco Diversidad» (RB Diversidad) y la interrelación con otras personas en whiskerías de la ciudad.

Desde este marco, se pretende brindar aportes para mejorar la calidad de vida de las personas trabajadoras sexuales provenientes de ambas ciudades fronterizas, impulsar el autocuidado promoviendo la prevención de enfermedades e incentivar la continuidad del grupo RB Diversidad, su autogestión y la no discriminación.

Se buscó apoyo en referentes de organizaciones tanto de Río Branco como de Montevideo, generando encuentros, incentivando el intercambio y aportando propuestas para mejorar la calidad de vida de quienes realizan trabajo sexual.

Marco referencial

En todo el proceso, el contexto de referencia geográfico comprendió las localidades fronterizas de Río Branco (Uruguay) y Yaguarón (Brasil).

Río Branco se sitúa en el departamento de Cerro Largo y limita con la ciudad brasileña de Yaguarón, por el río homónimo, con la que se comunica por el puente Barón de Mauá, inaugurado en el año 1930. Según censo del 2011, cuenta con 14.604 habitantes, de los cuales 7040 son mujeres, y 7564, hombres (Instituto Nacional de Estadística- INE, 2011). Su producción es agrícola-ganadera, en la que sobresalen los cultivos de arroz y una pequeña cuenca lechera.

Por su parte, Yaguarón es un municipio brasileño del estado de Río Grande del Sur. En 1855 recibe la denominación de ciudad, siendo la primera en adherirse a la República Riograndense; sus principales producciones son la agrícola y la turística.

En los últimos años, el comercio y el turismo de la región se han dinamizado sustancialmente a partir de la entrada en funcionamiento de modernos y funcionales comercios que operan bajo el sistema de *free shop*.

Instituciones participantes

Formaron parte de esta investigación numerosas y diversas instituciones, en procura de contemplar diferentes ámbitos y niveles de atención a la población, desde hospitales hasta servicios de orientación, asociaciones laborales y organizaciones sociales, especialmente las vinculadas con la diversidad sexual. Consideramos importante no solo la enumeración de estos entes, sino una breve descripción y reseña de cada uno, lo que hace en conjunto a la evaluación de los servicios de salud tanto en materia sanitaria como social y de derechos humanos.

3. 1. Hospital de Río Branco

Comenzó en 1931 como Sala de Auxilio; posteriormente fue Centro Auxiliar de Río Branco y, a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), funciona como hospital desde el año 2011. Integra las unidades ejecutoras de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), con la que comparte la misión y visión (ASSE, s.f.). Si bien pertenece al segundo nivel de atención a la salud, se encuentra en la misma planta física que los servicios destinados al primer nivel de atención.

De información obtenida de visitas al hospital, se destaca, en cuanto a su funcionamiento, que la atención brindada abarca emergencia, consultas de medicina general y especialistas, e internaciones en cuidados moderados (diagnóstico, estudio y tratamiento).

El equipo de salud cuenta con personal médico y profesionales en nutrición, fisioterapia, psicología, química farmacéutica y enfermería, técnicos en registros médicos y auxiliares de enfermería.

Desde su trabajo con la comunidad e instituciones del área, este equipo mantiene, en conjunto con la dirección del hospital, una red zonal que refuerza las acciones con diferentes estrategias.

3.2. Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (Socat)

Los Socat dependen del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y la Dirección de Gestión Territorial y Departamental. Constituyen uno de los distintos puntos de atención ciudadana, con improntas particulares, como puerta de entrada a la malla de protección social. Su personal de dirección es mayoritariamente quien impulsa la mayor cantidad de espacios de articulaciones territoriales. Estas últimas apuntan a realizar coordinaciones zonales (redes de protección local) con los distintos organismos públicos (a nivel nacional y departamental), organizaciones y grupos vecinales. De este modo, se procura construir acuerdos y planificaciones comunes de desarrollo social en una delimitación territorial dada, apuntando a promover el desarrollo comunitario.

En cada zona trabaja un equipo técnico encargado de establecer los vínculos en el territorio a través de las visitas y el conocimiento de la comunidad. Las líneas de acción están orientadas a mejorar el acceso de la población a los servicios, especialmente a aquellos vinculados con la infancia y la adolescencia, buscando unir la oferta de estos con la demanda de la población. Asimismo, se tiende a promover la participación ciudadana a través de la creación o fortalecimiento de redes locales en espacios de articulación específicos llamados Mesas de Coordinación Zonal, que tiene entre sus objetivos la identificación colectiva de los principales problemas de la zona y la búsqueda conjunta de soluciones o rutas de salida.

3.3. Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (Amepu)

Creada por trabajadoras sexuales de Uruguay en 1986, esta agrupación cuenta con personería jurídica; sus objetivos iniciales fueron la cooperación entre trabajadoras sexuales y la defensa de sus derechos. En sus orígenes estuvo motivada por la violencia policial ejercida contra quienes se dedican a esta profesión. A mepu representa la subregión Cono Sur en la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, RedTranSex (La Iniciativa de Comunicación, 2009).

3.4. Organizaciones sociales

Estas entidades son particularmente numerosas y de consolidación más bien reciente, lo que demuestra los avances en la movilización activa y organizada por los derechos humanos, en este caso, de las personas enmarcadas dentro de la diversidad sexual. A los efectos de este trabajo, fueron consideradas y relevadas las siguientes organizaciones.

- Derechos de personas LGBT (lesbianas, gais, bisexuales, transexuales) y de promoción de derechos e incidencia.
- Unión Trans del Uruguay (UTRU): Fundada en el 2013 en Montevideo. Este co-

lectivo promueve la defensa de los derechos de las personas trans, su acceso con equidad a servicios de salud y una sociedad integradora, como paso previo para lograr la igualdad de dichas personas.

- Perfiles **LGBT** Colectivo Cerro Largo: Fundada en 2012 en Melo, asociación para la defensa de la diversidad sexual y de los derechos de las personas LGBT, en el departamento de Cerro Largo en particular y en todo el país en general.
- Man Flower Cerro Largo: Fundada en Melo en 2008, promueve los derechos de las personas **LGBT** y de la diversidad. Organiza talleres de derechos humanos.
- Grupo Visión Nocturna (**GVN**) Río Negro: Fundado en el año 2007, en Fray Bentos, su intención principal es colaborar con el empoderamiento de las personas trabajadoras sexuales en sus localidades. Para ello se les brindan herramientas básicas de conocimiento en leyes, deberes y obligaciones ciudadanas.
- Federación Uruguaya de la Diversidad Sexual: Pone énfasis en el trabajo real con la comunidad, la articulación con organizaciones y movimientos sociales, y la generación de iniciativas que concreten estos ejes. Busca potenciar y coordinar líneas de trabajo sobre la agenda de la Diversidad Sexual con seriedad, responsabilidad y en forma sistemática.
- Colectivo Ovejas Negras Montevideo: Fundado en el año 2004, sus actividades se encuentran dirigidas al impulso y desarrollo de los derechos de lesbianas, gais, trans y bisexuales de Uruguay. Sus objetivos son la lucha contra la discriminación y la búsqueda de una sociedad que integre la diversidad sexual como un valor democrático.
- Asociación Trans del Uruguay (**ATRU**) Montevideo: Fundada en Montevideo en el año 1994, es una institución creada para todas las personas trans que sean trabajadoras sexuales, así como para los trabajadores sexuales masculinos y para las personas con vih. Asesora, guía y orienta a la población objetivo, buscando mejorar su calidad de vida y de trabajo.

Desarrollo

El trabajo de campo se llevó a cabo en los distintos puntos de interés geográfico y social considerados, tomando por centro de referencia a la ciudad de Río Branco, las particularidades de su ámbito fronterizo y sus diversas instituciones y organismos. A tales efectos, personal y autoridades partimos del hospital público local; continuamos con diversos organismos sociales y de servicio, como los Socat, y culminamos recabando el aporte fundamental de las personas trabajadoras sexuales, en sus lugares de trabajo y entorno social. El proyecto también comprendió la realización de un taller y un video foro, como tareas de extensión e intercambio con la comunidad local y regional.

En concreto, el proyecto se desarrolló en los puntos y entidades que se enumeran a continuación. A fin de ofrecer una visión más clara y ordenada, cada uno de

ellos se estructura con base en ciertos objetivos y en las actividades destinadas a cumplirlos.

4. 1. Inserción en Río Branco, zona de frontera. Identificación del tema

Objetivo: Conformar una red con actores institucionales, referentes y población relacionados con el tema.

Actividades: Se identificaron las principales características del hospital de Río Branco. Se comenzó por una reunión con la directora del hospital y la licenciada en Enfermería coordinadora. Se establecieron los principales problemas de salud y posibilidades de abordaje, y se identificó el tema a tratar junto a las instituciones referentes en la ciudad.

Se realizaron, asimismo, diversas entrevistas a los siguientes actores sociales e institucionales:

- personal del hospital, buscando su conocimiento y el de la zona de pertenencia;
- encargado de inspección de lugares de trabajo y controles de salud de las personas trabajadoras sexuales;
- director del Ministerio de Desarrollo Social de Río Branco (Mides) Socat y a otros integrantes del funcionariado, coordinándose un encuentro con la organización RB Diversidad;

Completando estas actividades, y como forma de difusión en los medios, el equipo de investigación concertó una entrevista en la radio comunitaria Radio Pueblo.

4. 2. Encuentro en Socat Río Branco

Objetivo: Identificación de necesidades, intereses y problemas de la población, con elección del tema según factibilidad, entre otros indicadores.

Actividades: Se concertó reunión con integrantes del grupo RB Diversidad, con la directora del hospital, con el director y las trabajadoras sociales del Mides Río Branco, y con el referente de Melo del Ministerio de Salud Pública (MSP).

El tema priorizado fue la prevención de enfermedades de transmisión sexual y promoción de la salud, y fue delimitado según las necesidades, intereses y problemas de la población objetivo, así como las viabilidades de las propuestas formuladas.

Desde el grupo RB Diversidad se plantearon dificultades relacionadas con las personas trabajadoras sexuales provenientes de la zona fronteriza. En un encuentro subsiguiente se entregó formulario sobre la documentación de identificación del Mercosur para personas trabajadoras sexuales brasileñas, a requerimiento de quienes se hallaban presentes, y se reafirmó la necesidad del control de salud de todas las personas.

Se llegó así al acuerdo de posibles actividades, marcando fecha, tema y distribución de tareas, y obtención de información desde la red de instituciones relacionadas con el tema.



4.3. Visitas domiciliarias con licenciados en Enfermería a trabajadoras sexuales que viven en el predio de las whiskerías donde trabajan.

Objetivo: Identificar problemas, realizar aportes e invitar a una próxima actividad.

Actividades: Se recabaron datos vinculados con quienes viven en estos predios, sus condiciones de vida, datos aportados por la licenciada en Enfermería, que es quien realiza visitas domiciliarias a estas personas desde el desarrollo del Plan Aduana. En dicho plan, Uruguay enfoca el seguimiento de niños y niñas durante los primeros tres años de vida, facilitando los controles en salud.

Mediante la observación, entrevista y valoración se obtuvieron datos que permitieron realizar educación incidental, invitar a dichas trabajadoras para el desarrollo de actividades y reafirmar la importancia de los temas a tratar y la posibilidad de sus planteos.

Fueron consideradas para el proyecto tres whiskerías, una de las cuales estaba cerrada. Se obtuvo información de las dos restantes a partir de testimonios de trabajadoras sexuales que viven en el mismo predio donde se desempeñan; entre ellas, hay tres de nacionalidad dominicana.

De las personas visitadas, dos viven en pareja; una de ellas con un hijo y otra cursando el tercer mes de embarazo controlado, junto a dos hijos de 2 y 3 años.

Si bien se observó que el lugar presenta aspectos precarios en su construcción, es óptima la higiene presente. Las habitaciones son contiguas o separadas por un corredor de unos dos metros de ancho.

Del intercambio verbal surgió que la mayor necesidad de las entrevistadas es la obtención de una vivienda propia. Todas presentan «Libreta de Salud» (sic) al día, la que corresponde al control específico que se realiza a todas las personas trabajadoras sexuales por parte de un servicio de salud.

4.4. Visitas a dos whiskerías en horario de trabajo, con encargado de la inspección de salud de Río Branco

Objetivo: Identificar problemas, realizar aportes e invitar a próximos eventos.

Actividades: Previamente, se recabaron datos con relación al número de whiskerías

y su funcionamiento. De las cuatro que había, actualmente solo dos permanecen abiertas; el resto tuvo problemas legales.

Se logró la visita a las whiskerías, y en esa primera instancia se dialogó con la encargada, cinco trabajadoras y un trabajador sexual; el otro local estaba cerrado esa noche.

Se observó una condición de higiene aceptable como prevención de salud y se entabló un diálogo fluido con las personas entrevistadas, a pesar de que la visita del equipo de investigación era inesperada. Hubo un intercambiando sobre la importancia del control y cuidado de la salud, y demostraron interés por el funcionamiento del proyecto.

En este marco, a fin de facilitar la aplicación del proyecto en Río Branco, se efectuó una entrevista a la coordinadora de la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual en la órbita del Programa Nacional de ITS-VIH/sida, en el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ssyR) y a la coordinadora subregional de la Región Oeste de ASSE, y se establecieron contactos con organizaciones sociales o instituciones, identificando posibles materiales y apoyo para los desarrollos que surjan en el futuro.

4.5. Taller Trabajo en red «Por una humanidad digna y diversa»

Objetivo: Fortalecer los vínculos y el conocimiento del tema en la población.

Actividades: Se cursaron 65 invitaciones, que fueron distribuidas, desde el equipo RB Diversidad y referentes, en Melo, Montevideo y Yaguarón. Se consiguió el uso del salón (Centro Social Unión), alimentación y bebida para el evento.

Asistieron representantes institucionales de la Policía Comunitaria, del Mides, del MSP, de ASSE y de la Red de Atención Primaria (RAP) de Montevideo, Melo y Río Branco; además de cuatro trabajadoras integrantes del grupo RB Diversidad, y cinco de la zona.

El evento comenzó con la presentación del grupo RB Diversidad por parte de la directora del hospital y prosiguió con una exposición de la representante del MSP sobre la importancia de las redes, específicamente del grupo en cuestión. Luego se presentó a las personas invitadas y se realizó una disertación sobre los conceptos de salud, género, diversidad sexual, promoción de la salud y prevención de enfermedad y riesgo. Después del receso se abrió el intercambio con quienes participaban, y una de las trabajadoras sexuales formuló la interrogante sobre los controles preventivos, como el examen de Papanicolau (pap) y el control ginecológico. Esta intervención generó un diálogo fructífero con representantes de autoridades institucionales locales, que buscó mejorar la accesibilidad para el logro de dichos controles. También se plantearon interrogantes para el próximo taller sobre los derechos de las personas trabajadoras sexuales, en las que se suscitaban las temáticas específicas de vivienda, trabajo y leyes. Por último, se recordó la importancia de dicho taller, reafirmando su difusión.

Con la misma finalidad, y en forma complementaria, el equipo de investigación respondió a una entrevista televisiva del Canal 2 de Río Branco.

4.6. Video-Foro «Promoción de la atención integral a la diversidad en el equipo de salud»

Objetivo: Promover la atención integral con criterio de equidad.

Actividades: La convocatoria se efectuó desde la dirección del hospital de Río Branco, Mides y autoridades del MSP de Melo, Cerro Largo.

El video-foro se llevó a cabo en el hospital de Río Branco, y asistió personal de diferentes áreas del hospital, así como la referente del Mides para la frontera.

Luego de las presentaciones y planteo de objetivos, se proyectó el video «¿Cuál es la diferencia?». Este fue realizado por el Colectivo Ovejas Negras, cuyo trabajo se encuentra dirigido al impulso y desarrollo de los derechos de lesbianas, gais, trans y bisexuales, en lucha contra la discriminación, y promoviendo la integración de la diversidad sexual como un valor democrático. Dicho video presenta cuatro consultas médicas a representantes de la diversidad sexual, en cada una se contraponen dos formas de realizarla: la primera no explicita el componente diverso; en cambio, la segunda sí lo hace, integrando preguntas abiertas que permitan respuestas acordes con la realidad del actor-usuario consultante.

Después de la proyección del video, tuvo lugar un debate sobre su contenido y la realidad en los servicios de atención a la salud. Se generaron intervenciones de quienes participaban, con diversos planteos frente al cambio del modelo de atención.

Como cierre, fue emitido el video «Centros de salud libres de homofobia», realizado en conjunto con el Colectivo Ovejas Negras, MSP y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Este material plantea la experiencia de la atención integral en la diversidad sexual.

4.7. Taller Difusión sobre derechos y deberes de las y los trabajadores sexuales

Objetivo: Brindar información que proporcione herramientas jurídicas en su trabajo.

Actividades: Asistieron para la presentación del evento el abogado asesor jurídico del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva y de la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual —quien fue coordinador del equipo jurídico que elaboró el anteproyecto de modificación de la ley 17515— y la integrante del grupo de personas trabajadoras sexuales Visión Nocturna, del departamento de Río Negro.

Participaron cinco personas trans y dos trabajadoras pertenecientes al grupo Fortaleza Arachana de la ciudad de Melo, así como integrantes de la comunidad departamental y de instituciones que apoyaron la propuesta.

El abogado realizó su exposición, lo que generó un intercambio con preguntas variadas de las personas presentes. La integrante de Visión Nocturna expuso sobre derechos humanos y narró sus experiencias al respecto, reunidas en su libro *Yo me cuido, tú te cuidas*, recientemente publicado, en el que se relatan vivencias generadas a partir de diferentes situaciones de abuso.

Al finalizar, se entregaron notas de agradecimiento y una carpeta al grupo RB Diversidad con materiales informativos referidos a la ley 17515 y organizaciones abocadas a la defensa de los derechos de las personas trabajadoras sexuales. Asimismo se trabajó con integrantes del grupo mencionado en un nuevo diseño para el logo «Por una humanidad libre y diversa».



Resultados

Este proyecto surgió de la suma de etapas, constituidas cada una por una serie de actividades que fueron evaluadas individualmente, lo que permitió introducir los cambios necesarios para un mejor resultado.

Teniendo en cuenta el interés binacional en la zona de frontera uruguayo-brasileña, el proyecto acogió también el aporte de personas universitarias brasileñas que han incursionado en el tema de la promoción de la salud sexual en la frontera, lo que facilitó la coordinación de actividades entre ciudades de los dos países.

La inserción en la zona se benefició con los primeros encuentros planificados previamente con el equipo de salud del hospital, con aportes para la consolidación de la red.

Si bien se esperó más participación, principalmente luego de haber interactuado con la población en sus lugares habituales de trabajo y vivienda, los intercambios producidos en las actividades siguientes permitieron evaluar que las temáticas y formas fueron correctas.

El intercambio realizado en foros y talleres favoreció a que quienes asistieron consideraran la atención de la diversidad sexual en la realidad diaria. En este marco, reconocieron que las consultas más usuales hasta el momento son similares a las presentadas en el video como cuestionables y reformulables en una nueva propuesta y, dentro de esta última, admitieron la importancia de incorporar la temática de la diversidad en las distintas consultas, así como la necesidad de naturalizarla en la sociedad de la heterosexualidad.

En el último evento se produjo un intercambio de gran interés y enriquecimiento intelectual y humano, y la evaluación sobre el plan de trabajo fue más que positiva al informar que ya se comenzaron actividades para mejorar el proceso de atención a la salud de las personas trabajadoras sexuales.

Conclusiones

El tema de la diversidad sexual representa una realidad social, que se complejiza ante determinados factores, como lo es la zona fronteriza.

El promover y fortalecer las acciones desde las propias personas interesadas permite un desarrollo desde la realidad sentida.

Se comprobó que el apoyo brindado por las redes permite un mejor desarrollo en la búsqueda y logro de propuestas. A su vez, el emprendimiento de proyectos interinstitucionales e interdisciplinarios fortalece los logros disciplinares.

Se reafirmó la necesidad de brindar apoyo para favorecer los controles de salud, con atención integral y equidad, que refuercen los aspectos positivos de las personas trabajadoras sexuales.

Por último, el proyecto contribuyó a visualizar y promover el cumplimiento de los derechos humanos de las personas trabajadoras sexuales, que generen el empoderamiento de sus derechos laborales, psicosociales y jubilatorios, entre otros.

Referencias bibliográficas

- 1-Ponte internacional Barao de Mauá – Brasil/Uruguay Ministerio dos transportes, Brasil 2012.Disponible en: http://www2.transportes.gov.br/bit/02-rodo/9-pontes-viadutos/pontes/pt_divisa/br116-pt_jaguarao/GPTJAGUA.HTM
- 2-Administración de los Servicios de Salud del Estado, Misión y Visión Institucional. Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_2013_1.html
- 3-Carrere, M. La Iniciativa de Comunicación 2009. Disponible en: www.comminit.com/la/node/300810
- 4-Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Mapeo de la Sociedad Civil 2018 Disponible en: www.mapeosociedadcivil.renechea.uy
- 5- Lange, C.Coordinadora Proyecto Desarrollo Fronteiriço entre Brasil e Uruguay: Vigilância em Saúde em 3 regionais de saúde do RS UFPel S/editar marzo 2014.

Bibliografía

- Barrenechea, C. y otros Herramientas Metodológicas para el trabajo en el Primer Nivel de Atención CSIC 2009.
- Benenson, A Manual para el control de las enfermedades transmisibles 16ta Edición OPS OMS, 1997
- Gurises Unidos Apuntes para el trabajo de Sexualidad desde los enfoques de Género, Derechos y Diversidad, Rojo 2da ed. 2010
- Osimani, M. y otros Guía educativa para la prevención comunitaria del VIH-SIDA Prog de educ. y prevención en VIH-SIDA Área de la Salud Inst. de Inv. y Desarrollo 1995
- Perez, M. Y Otros Bases Conceptuales para un Cambio de Modelo de Atención de Enfermería a la Salud de la Mujer CSIC 2009.

Pandemias, entre la biología y la ideología¹

Pandemics, between biology and ideology

Roberto A. ROVASIO

Palabras clave: ciencia, tecnología y sociedad, percepción pública de la ciencia, participación ciudadana en ciencia y tecnología, periodismo científico, eventos científicos y de divulgación, telemática.

Keywords: science, technology and society, public perception of science, citizen participation in science and technology, scientific journalism, scientific and educational events, telematics.

Resumen

Un *hecho social total* revoluciona todas las relaciones individuales y grupales, incluyendo a actores, escenarios y valores. La COVID-19 mostró periodismos objetivos sin alarmismos, y otros apocalípticos con «eruditos panelistas» defendiendo políticas más que salud. La seriedad y ética científica y periodística no caminaron la misma ruta.

En la compleja epidemiología, un parámetro de su evolución es el número de muertos por millón de habitantes. Considerando este aspecto, en América, los países que encabezan la lista son Estados Unidos y Brasil (ambos subordinados a la economía), seguidos por Chile, Argentina y Uruguay, con Cuba en mejor posición, priorizando la sanidad. Como emerge de la prensa internacional, la diferencia está entre considerar la COVID-19 como una simple gripe o apostar seriamente por la salud de la población.

La pandemia COVID-19 no sorprende, fue asociada con el SARS (síndrome respiratorio agudo severo) de 2002-2004, la gripe aviar de 2005, la gripe porcina de 2009 y el MERS (síndrome respiratorio de Oriente Medio) desde 2012. En 2007 se advirtió la emergencia de coronavirus, y desde 2008 científicos y legos anticiparon que la enfermedad llegaría antes de 2025 y que el mundo no estaba preparado.

Esta pandemia delimita un antes-y-después, quizás hacia un tiempo posneoliberal; nadie sabe cómo será, pero la realidad enseñó la falacia del fin de la historia. Cuando la sociedad tiembla, se

¹ Este material actualiza la participación del autor en la obra colectiva *El crepúsculo de las simples cosas: lecturas esperanzadas y perspectivas críticas para un Sur en pandemia* (Specchia y Ortega, 2020).

aprende que la historia es impredecible, que puede venir un tiempo fértil, sin verdades heredadas sino certezas, a construir con nuevos materiales más comunidad, solidaridad, naturaleza y sociedad, para diseñar nuevos destinos, distintos del conocido capitalismo. Queda claro que el nuevo camino deberá ser distinto en cuanto a valorar y planificar el mundo, teniendo en cuenta a toda la sociedad y no solo a una minoría hegemónica.

Abstract

A «total social fact» revolutionizes all individual and group relationships, actors, settings and values. COVID-19 showed objective journalism without scaremongering, and other apocalyptic ones with «scholarly panelists» defending policies rather than health. Scientific and journalistic seriousness and ethics did not walk the same route.

In complex epidemiology, a parameter of its evolution is the number of deaths per million inhabitants. In America, they lead the United States and Brazil, subordinate to the economy, followed by Chile, Argentina and Uruguay, with Cuba in a better position, prioritizing health. As it emerges from the international press, it is the difference between COVID-19 as a simple flu, or the bet on the health of the population.

The COVID-19 pandemic is not surprising, it was associated with SARS in 2002-2004, Avian Flu in 2005, Swine Flu in 2009 and MERS since 2012. In 2007 the emergence of Coronavirus was warned and since 2008 scientists and lay people anticipated the disease before 2025 and that the world was not prepared.

This pandemic delimits before-and-after, perhaps towards a post-neoliberal time; no one knows how it will be, but reality taught the fallacy of the end of history. When society trembles, it is learned that history is unpredictable, that a fertile time may come, without inherited truths but certainties to build with new materials, more community, solidarity, nature and society to design new destinations, different from the well-known capitalism. It is clear that the new path must be different in assessing and planning the world thinking of the whole of society and not only of the hegemonic minority.

Datos del autor

Dr. Roberto A. Rovasio

Profesor Emérito (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina).

Ex-Investigador Principal (CONICET).

Especialista en Periodismo Científico (UNC).

Introducción

Una gran guerra, lo mismo que una pandemia, es una experiencia única que se proyecta como recuerdo toda la vida, fenómeno que suele denominarse «hecho social total» al involucrar la totalidad de las relaciones individuales y revolucionar todas las instituciones sociales, todos sus actores y en todos los escenarios y valores (González Castillo, 2005).

Este trabajo resume las principales epidemias y pandemias históricas en el mundo y la región, así como la actual pandemia de COVID-19, mencionando los principales parámetros biopatológicos y algunos aspectos político-ideológicos concomitantes. Luego de considerar el estado de la salud pública en diversos países que enfrentan la pandemia, se examina la relación de COVID-19 con patologías previas causadas por la misma familia viral, así como los antecedentes que preanunciaron la posibilidad de la actual pandemia y la falta de preparación del mundo para enfrentarla, todo lo cual parece haber sido menospreciado. Asimismo, se ensaya una interpretación crítica de los hechos sociopolíticos de la pandemia como resultante de la perspectiva histórica del neoliberalismo hegemónico, que parece acercarse a sus límites en el escenario global.

Pandemias en el mundo

En la historia del planeta, muchas pandemias diezmaron poblaciones y continentes. Quizás la más mortífera fue la viruela, con evidencias desde la prehistoria y con centenares de millones de muertos, como durante el genocidio colonizador de América, con unos 56 millones de muertes, en su mayor parte, población nativa. En el ranking también destacan varias epidemias de peste negra o bubónica, cada brote con decenas o centenas de millones de víctimas.

En la Primera Guerra Mundial, el tifus dejó más de 3 millones de fallecidos solo en Rusia. Al comienzo del siglo xx, el cólera mató a 8 millones de personas en la India y muchas más en el resto del mundo.

Entre 1918 y 1919, en solo siete meses de la Gran Guerra, la gripe de Kansas (mal llamada gripe española), importada de los Estados Unidos por las tropas enviadas a Europa, mató a 50 millones de personas, cifra cinco veces superior a los muertos en esa guerra.

Saltando diversas gripes (asiática, de Hong Kong, porcina, aviar, etcétera), se llega a la reciente pandemia de sida —la quinta en el ranking mundial—, que mató a 40 millones desde 1981.

Y el joven siglo XXI ya tuvo sus epidemias y pandemias, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la gripe aviar, el ébola, el dengue, hasta la actual COVID-19 producida por el corona-

virus o SARS-CoV-2, de destino incierto en su evolución y en el número de víctimas, que hoy sigue creciendo (tabla 1). Los datos de la tabla 1 fueron obtenidos a partir de diversas fuentes (Agüero e Isolabella, 2018; Naciones Unidas para el Sida (UNAIDS), s.f.; Worldometer, s.f.).

TABLA 1. Principales epidemias y pandemias en el mundo

Año	Epidemia/pandemia	Regiones/pueblos afectados	N.º de fallecidos
De 10000 a. C.	Viruela	Paleopueblos	>300000000
430 a. C.	Plaga de Atenas	Etiopía, Egipto Libia, Grecia	150000
180 d. C.	Peste antonina (¿viruela?, ¿sarampión?)	Medio Oriente > Imperio romano	5000000
541-542 d. C.	Plaga de Justiniano (¿peste negra (bubónica)?)	Imperio romano de Oriente	30 a 50000000
735-737 d. C.	Viruela japonesa	Japón > Corea	1000000
1347-1351	Peste negra (bubónica)	Asia Central > Crimea > Europa	>200000000 (50 % de la población europea)
1500 a 1700	Viruela	América (invasión colonial): > aztecas, tayronas, incas, mapuches, etcétera	56000000 (90 % de la población nativa)
1600	Peste negra (bubónica)	Europa	3000000
1770-1772	Peste rusa	Europa – Rusia	600000 (52000 a 100000 solo en Moscú)
1855	Peste negra (bubónica)	China > India > etcétera	12000000
1889-1890	Gripe rusa (H2N2)	Rusia > Pandemia	1000000
1890	Fiebre amarilla	África > América > Europa	150000
1917-1925	Tifus	Rusia	3000000 (solo en Rusia)
1918-1919	Gripe de Kansas (mal llamada «española»)	Estados Unidos > Europa	50 a 100000000 (infectó al 27% de la población mundial)
1957-1958	Gripe asiática (H2N2)	China > Singapur > Hong Kong > Europa > América	1100000
1968-1970	Gripe de Hong Kong (H3N2)	Hong Kong > Vietnam > Singapur	1000000
2002-2004	SARS	S.E. asiático	1000
2009-2010	Gripe A (porcina, aviar, H1N1)	Pandemia	200000
2014-2016	Ébola	África	12000 (~60% de letalidad)
Antigüedad hasta hoy	Malaria (paludismo)	China, África, Asia, Latinoamérica	2000000 a 3000000 por año
1817 > hoy	Cólera	1826-1837: India>América del Norte 1840-1894: China>Europa>América	8000000
1981 > hoy	VIH/sida	Pandemia	40000000
2012 > hoy	MERS (coronavirus)	Arabia Saudita > Medio Oriente > Corea del Sur	850000
2019 > hoy	Dengue	Asia – América	en 2019: 3244 en 2020: 486
2020 > hoy	COVID-19/SARS-CoV-2/ (coronavirus)	Pandemia	3000000* *al 15 de abril de 2021

Epidemias argentinas, no todo es biología

En la región del Río de la Plata, entre los siglos xvi y xviii hubo varias epidemias catalogadas como pestes a falta de mejor término (viruela, tifus, peste bubónica, fiebre tifoidea, sarampión y malaria). Quizás las más importantes del siglo xix fueron el cólera y la fiebre amarilla, tanto por el número de afectados y fallecidos como por la reincidencia de ambas entre 1856 y 1886. En los años 1870 y 1871, la fiebre amarilla produjo unos 14.000 muertos solo en la ciudad de Buenos Aires. Epidemias que también asociaron importantes derivaciones políticas, clericales y castrenses, que nunca escaparon (ni escapan) de los entretelones de estas atroces experiencias (Agüero e Isolabella, 2018; Figuepron, 2017; Wikipedia).

El caso cólera

Esta enfermedad, originada en la India, no se conoció en Europa y América hasta entrado el siglo xix, y su ingreso se asocia a la revolución industrial. En efecto, antes del invento de la máquina de vapor, los lentos viajes en carros o buques a vela, y la rapidez y agudeza de la enfermedad (diarrea, vómito, deshidratación y muerte), no permitían su rápida propagación.

Los enfermos, aun en vísperas de un largo viaje, se morían antes o durante el trayecto, y sus cuerpos eran arrojados al mar. Con el aumento en la velocidad de buques y trenes, ambos con motor a vapor, las distancias y tiempos se acortaron, y los enfermos, aunque maltrechos, pudieron llegar a sus destinos en Europa, América y el resto del mundo (Agüero e Isolabella, 2018; Álvarez Cardozo, 2012).

El cólera castigó a Argentina varias veces con epidemias en la segunda mitad del siglo xix. En 1856, el foco principal fue Bahía Blanca, donde llegó la Legión Agrícola Italiana, reclutada por Bartolomé Mitre entre inmigrantes italianos, muchos de ellos perseguidos políticos exiliados. La legión debía funcionar como colonia agrícola-militar, cultivando la tierra y defendiendo la frontera con el indio, ya que esa era la idea de inmigración colonizadora de don Bartolomé. Sin embargo, aquellas tierras defendidas por los inmigrantes nunca llegaron a ser de su propiedad.

El cólera, entre los años 1867 y 1869, coincidió con el genocidio de la guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay (o guerra del Paraguay), y su agente microbiano probablemente se desplazó por tierra o agua desde Brasil, montado en sus tropas. La tradición oral relata que el soldado argentino, rehidratado con el mate caliente, resistió mejor (sin saberlo), ya que el calor de la infusión mataba más microbios que el tereré o mate frío, al que era más proclive el ejército paraguayo. Solo en las tropas de tierra se contaron 4500 muertos, pero el número de víctimas civiles nunca se conoció con exactitud. Desde el litoral, el cólera se difundió por once de las catorce provincias argentinas. En Buenos Aires —que aún no era la capital del país—, convivían y competían los gobiernos nacional, provincial y municipal, lo que aumentó el desorden sanitario, tanto más cuando en el verano de 1868 la enferme-

dad se extendió a la campaña bonaerense y provocó la muerte del vicepresidente Marcos Paz, quien reemplazaba al presidente Bartolomé Mitre, el que a su vez participaba en la guerra del Paraguay. El lado bueno de esa catástrofe fue el comienzo del sistema de distribución domiciliar de agua corriente en Buenos Aires (Agüero e Isolabella, 2018; Álvarez Cardozo, 2012; Fiquepron, 2017).

En 1871, la atenuada morbilidad cólerica se compensó con una terrible epidemia de fiebre amarilla que no dio descanso (ver más adelante). En esa época, millones de inmigrantes que comenzaban a cruzar el Atlántico en busca de una nueva vida fueron acusados, y no siempre con razón, de ser los portadores de esas enfermedades.

Pero el cólera retornó a Buenos Aires entre los años 1886 y 1887, y se extendió transportado por tropas movilizadas hasta Catamarca, Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy, a pesar del conocimiento del riesgo que implicaba. El interés político del gobierno nacional ordenó anular la cuarentena que esas provincias habían implementado. En Salta hubo 4000 casos de cólera, y en Tucumán se estimó entre 5000 y 6000 enfermos. En esta oportunidad, el lado bueno fue el inicio de la Asistencia Pública Municipal (en Buenos Aires), no sin grandes conflictos entre su director José M. Ramos Mejía y el intendente Torcuato de Alvear (Agüero e Isolabella, 2018).

El caso fiebre amarilla

La primera llegada de esta enfermedad a Buenos Aires ocurrió en pequeños brotes en 1857, presentándose con formas más severas al año siguiente, con un saldo de 300 muertos. No obstante, las principales epidemias de fiebre amarilla transcurrieron en 1871 y 1886. Ambas con síntomas brutales, enormes tasas de mortalidad y caos social que causaron un duro golpe al optimismo de la mirada liberal del siglo XIX en torno a la industria, el progreso, la ciencia y el comercio (Fiquepron, 2017).

Luego de un pequeño brote en 1870, el desafío sanitario más difícil se instaló en enero de 1871, al detectarse fiebre amarilla al sur de la ciudad, cerca de la Boca del Riachuelo, en lo que sería el inicio de una enorme epidemia. En cuatro meses, cerca de 14000 muertes, tres veces mayor que la mortalidad total de un año. A pesar de haber pasado la traumática experiencia del cólera de 1867, esta nueva epidemia superó dramáticamente los límites y no parecía tener fin. Los estados municipal y provincial, enfrentados a la ausencia de instituciones especializadas, enfrentaron la crisis a través de sus comisiones parroquiales y de vecinos (Fiquepron, 2017).

Los primeros casos de la enfermedad fueron ocultados hasta que la situación se volvió pública y descontrolada, mientras los murmullos del pueblo voceaban el aumento diario de las muertes, conociéndose asimismo que la fiebre amarilla estaba causando estragos en Corrientes y en Paraguay. Como en ocasiones previas, se estableció una cuarentena (no siempre respetada) de los barcos provenientes de Brasil y Paraguay, aunque la enfermedad avanzó sin control en los conventillos de inmigrantes de la zona sur (fig. 1).

Según fue comentado, algunos médicos fueron convencidos por el jefe de Policía a tergiversar sus diagnósticos de causa de muerte «para no desencadenar el pánico en la población». También se cuenta que esta discreción tenía por objeto no arruinar las ya cercanas fiestas de carnaval. No obstante, la población que estaba advertida de la epidemia escapaba de la ciudad, lo mismo que las autoridades nacionales y provinciales. Fue así que el mismo presidente Domingo Faustino Sarmiento fletó un tren y partió rumbo a Mercedes. Las comisiones vecinales y parroquiales hicieron lo que pudieron, con enorme colaboración de voluntarios civiles y médicos, muchos de ellos caídos como víctimas de la enfermedad: 60 sacerdotes, 12 médicos, 5 farmacéuticos y 4 miembros de la comisión vecinal (Chaves, 2020; Rubin, 2016).



FIGURA 1. Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires. Óleo de Juan Manuel Blanes (1871).

Como ya había ocurrido en pestes anteriores, el desconocimiento de la causa de la enfermedad buscó un chivo expiatorio, y fueron acusados los inmigrantes italianos y españoles que llenaban los conventillos del sur de la ciudad, con su secuela de hacinamiento y pobreza. Muchos conventillos fueron atacados e incendiados junto con las escasas pertenencias de los recién llegados.

La población negra —dañada por su enrolamiento forzoso en la guerra del Paraguay—, también se vio muy disminuida por esta epidemia, al compartir los misérrimos lugares y condiciones con los desdichados inmigrantes (Wikipedia). Pocos

años después, la misma población negra también sería diezmada por el obligado enrolamiento para la Conquista del Desierto.²

En la pequeña ciudad de Buenos Aires, que no llegaba a 190 000 habitantes, murió el 8 % de la población, unas 14 000 personas. Diez años después, el médico cubano Carlos Finlay descubriría que esta enfermedad era transmitida por un mosquito (Chaves, 2020).

El caso polio

La gran epidemia de polio del año 1956 en Argentina ocurrió siendo el autor de esta nota un niño de 11 años, en su pueblo natal de Devoto en plena Pampa gringa cordobesa, y sus recuerdos permanecen en la memoria, así como su entorno, sus consecuencias y su resolución.

La poliomielitis (parálisis infantil o enfermedad de Heine-Medin), ya descrita en el antiguo Egipto, causó estragos en el mundo con varios episodios a lo largo de siglos. En Argentina, la primera epidemia registrada se desencadenó en 1942 y otra más grave en 1956, afectando 6500 personas, en su mayoría niños; provocó la muerte en el 10 % de los afectados, y en el 25 %, una severa discapacidad (Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (Caeme); Pignatelli, 2020; Wischñevsky, 2021).

En pocas horas, el contagioso virus alteraba neuronas y producía parálisis muscular, resultando desde inmovilización irreversible de los miembros e invalidez (0,5 %) hasta una perturbación de músculos respiratorios e imposibilidad para respirar (5 al 10 %), por lo que se requería de respirador artificial, pulmón de acero o pulmotor (fig. 2).

Para los escépticos de la relación entre el sistema científico-tecnológico-sanitario por un lado, y por el otro las bases socioeconómico-culturales (ideología), se recuerda un hecho poco difundido sobre el destino de pulmotores que había adquirido la Fundación Eva Perón cuando la amenaza epidémica se hacía evidente. Esos pulmotores fueron destruidos por los responsables del golpe cívico-eleccióstico-militar denominado Revolución Libertadora, por tener una plaquita con la sigla FEP; destrozo que se extendió —entre otros vandalismos— al derrame en el vertedero de gran cantidad de frascos de los bancos de sangre de los hospitales de dicha institución, según se dijo, «por contener sangre peronista» (Pigna, 2019).

² A la frecuente pregunta sobre por qué en Argentina se ve menos gente negra que en Uruguay o Brasil, la respuesta la proporciona otra vez la tradición oral y la escasa pero valiosa información de investigaciones en la región. Aunque durante décadas las políticas del Estado argentino pretendieron borrar la negritud, trabajos recientes muestran que una proporción no desdeñable de pobladores en casi todo el territorio nacional son portadores de segmentos genéticos (ADN) de algún ancestro africano (Di Fabio Rocca, 2016; Ocoró Loango, 2010).

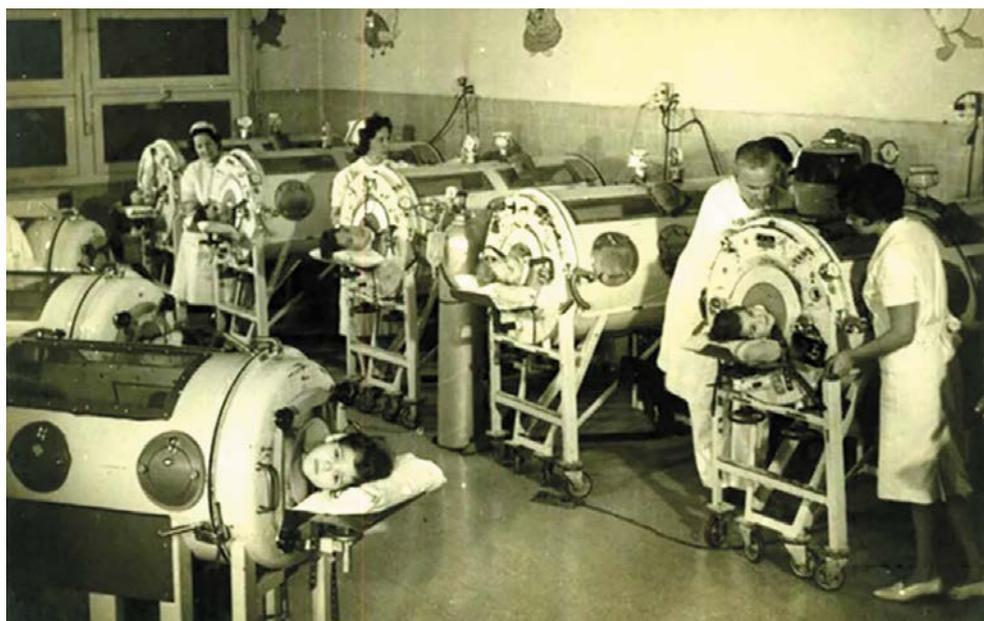


FIGURA 2. Sala de hospital con niños afectados de poliomielitis en sus pulmotores [1956].

Además de la crónica sobre el número y las características de los enfermos, los muertos y los recuperados, es ilustrativo rescatar algunos hechos que se agregan a lo poco divulgado sobre esta epidemia de polio, y que no son banales ni ajenos a ella. El año anterior al brote de la epidemia, los responsables de la citada Revolución Libertadora habían eliminado el Ministerio de Salud, y su primera actitud frente a la grave situación sanitaria que se afrontaba fue ignorarla, a pesar de que los diarios informaban todos los días sobre los nuevos casos, la invalidez de los niños y las muertes provocadas. Y cuando la realidad se hizo obvia, el Instituto Malbrán recibió una partida especial para la investigación. En esos años se desconocían las medidas sanitarias para paliar, prevenir o curar esta enfermedad. El temor de la gente la llevaba a colgar al cuello de los niños una bolsita de tela con una pastilla de alcanfor, con la esperanza de frenar (¿desinfectar?) al desconocido microbio. También se pintó con cal los bordes de las aceras y troncos de los árboles, como medida sanitaria. Una vez diagnosticada la enfermedad, poco quedaba por hacer, excepto envolver al niño en sábanas blancas o rezar (Wischñevsky, 2021).

Pero el revoltijo de la epidemia mezclada con cuestiones políticas no solo ocurrió en Argentina. A comienzos de 1953, Jonas Salk (1914-1995) en la Universidad de Pittsburgh (Estados Unidos), había propuesto una vacuna para esta enfermedad inducida con virus muertos. Luego de muchas pruebas y discusiones de todo tipo comenzó el estudio clínico, y en 1955 se anunció que la vacuna era segura y efectiva para prevenir la poliomielitis. Al año siguiente se comenzó a aplicar en Argentina, Uruguay y Brasil.

En la misma época, Albert B. Sabin (1931-1993), un judío ruso exiliado, trabajando en la Universidad de Cincinnati (Estados Unidos), estaba desarrollando otra vacuna a partir de virus vivo atenuado. Por las dificultades para lograr autorización para los ensayos clínicos, hizo las primeras pruebas sobre él mismo, sobre sus familiares y sus colaboradores. En ese tiempo, fueron enormes los conflictos de intereses y competencias entre los sectores científicos, empresarios y políticos, ya que se estaba produciendo y aplicando la vacuna desarrollada por Salk (López Nicolás, 2011). Ante la negativa de las autoridades sanitarias de Estados Unidos para autorizar a Sabin el inicio de los estudios clínicos de la vacuna, este amenazó con recurrir a las autoridades sanitarias rusas (¡en plena Guerra Fría!), y parece que eso permitió relajar los trámites y finalmente se hicieron los estudios en el país del norte.

La vacuna Sabin oral se aprobó en 1962, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la autorizó y se aplicó en todo el mundo hasta la actualidad. Albert Sabin, sin pretender beneficios económicos por su vacuna, murió en 1992 y nunca obtuvo un Premio Nobel, que sí habían recibido en 1954 sus colegas John F. Enders, Thomas H. Weller y Frederick C. Robbins, por trabajos que permitieron llegar a las vacunas antipolio. Muchos aún se preguntan si el presidente de Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt (1882-1945), no hubiera sorteado esta enfermedad en 1921, al inicio de su carrera política, si se hubieran otorgado los generosos fondos para desarrollar vacunas antipolio. Una triste batalla, la de Salk vs. Sabin, que ha sido reeditada en numerosos casos que casi nunca llegan a los oídos del gran público (López Nicolás, 2011; Pignatelli, 2020; Wischñevsky, 2021).

A partir de las vacunaciones masivas iniciadas en 1988, el poliovirus tipo 2 fue erradicado en 1999, no hubo nuevos casos del tipo 3 desde 2012 y la polio disminuyó en el 99% en 2018. Sin embargo, aunque el avance hacia la erradicación global hizo suponer que el 80% de la población mundial vive en regiones libres de poliomielitis, recientes denuncias, sobre todo en países de Asia Central y África, indican que han vuelto a padecer nuevos brotes (Comité Asesor de Vacunas, 2019).

El coronavirus en el mundo y la región

El 11 de marzo de 2020, la OMS calificó como pandemia la nueva enfermedad COVID-19 (coronavirus disease-2019), producida por el virus SARS-CoV-2. Desde entonces, la cascada de datos provenientes de diversas geografías abrumó a los terráneos de todas las latitudes. Llevar una actualizada contabilidad pandémica es difícil, ya que la enfermedad avanza más rápido que la redacción y edición de un trabajo, siendo sus episodios y números muy cambiantes e imprevisibles en el corto tiempo. Sin embargo, para el presente análisis, se intentará transmitir la idea con fotogramas representativos de esta larga y complicada película (figs. 3-5).

El comienzo de la debacle

A partir del día cero, incluso antes de ser oficializada como pandemia, algunos medios periodísticos fueron cautos y objetivos, evitando la alarma inconducente y el resultante pánico. Como suele suceder, la prudencia de esos informes se mezcló con la producción de otros medios que, reiteradamente y en todos los formatos y soportes, informaron de manera poco discreta o fundamentada ni (auto)controlada, sobre situaciones casi apocalípticas, con una parafernalia verbal sobre el próximo tratamiento, o la inminente disección molecular del virus, o el desarrollo de vacunas, o la prioridad de salvar la economía. Noticias llamativas aunque poco significantes de una realidad que, con frecuencia, fue presentada por «expertos panelistas» con tono erudito buscando sacar partido para sus no disimulados intereses subalternos, menos científico-sanitarios que político-partidarios. La idoneidad, la seriedad y la ética de lo científico y de lo periodístico no siempre nadan en el mismo andarivel.

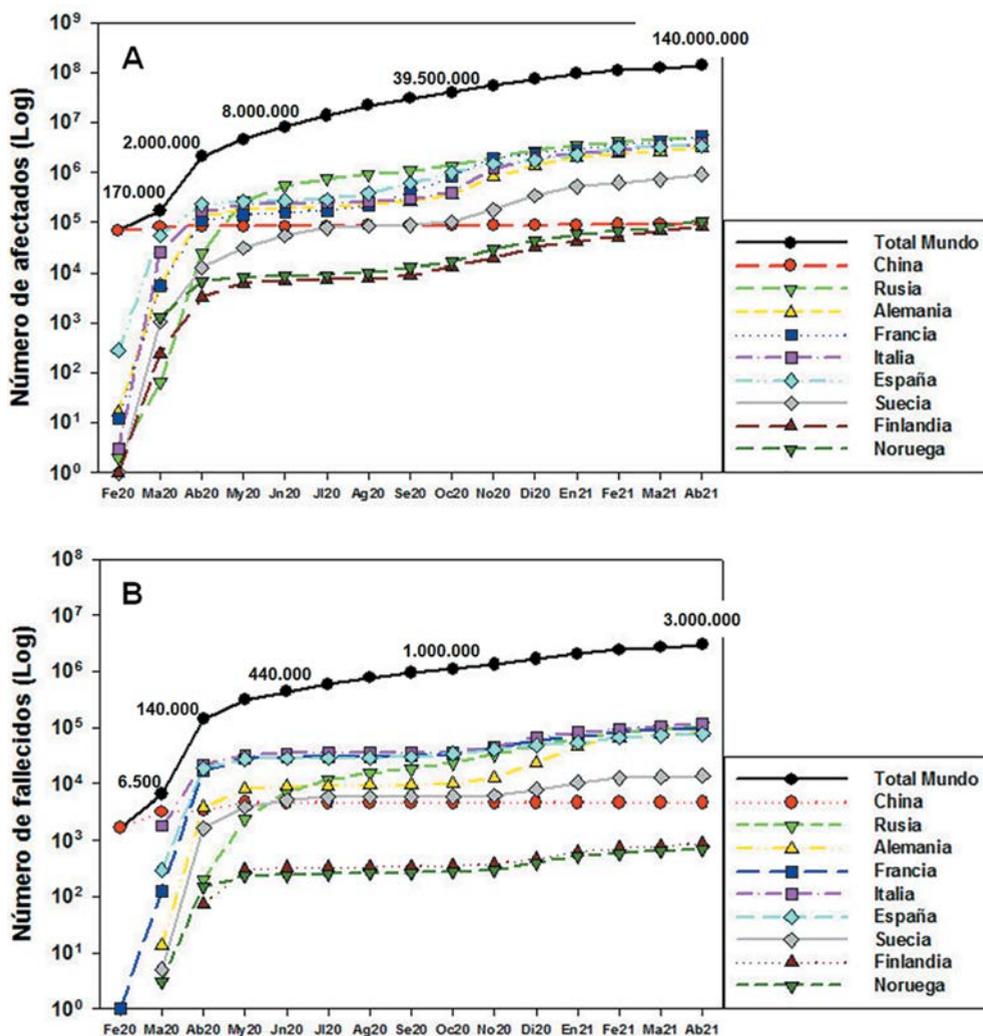
Algunos datos

El estudio cuantitativo de datos pandémicos de la COVID-19 es complejo por su cantidad, dispersión, diversidad y confiabilidad. Sin embargo, es posible realizar una razonable selección y obtener resultados aceptables. Para ello, se tomaron países representativos de Eurasia y América (figs. 3-5), así como épocas equidistantes que abarcan desde la etapa inicial de la pandemia (15 de febrero 2020) hasta el cierre de este ensayo (15 de abril de 2021). Los parámetros considerados fueron: número de personas afectadas, fallecidas y fallecidas por millón de habitantes a lo largo del tiempo y en cada país, con datos extraídos del sitio Worldometer-Coronavirus (Worldometer, s.f.).

Se debe considerar que los datos del eje y de los gráficos (figs. 3-5) se expresan en escala logarítmica; en caso contrario, una escala lineal extendería el eje de manera inmanejable. Pero, lo más importante, significa que pequeñas diferencias en la altura de los símbolos unidos con líneas, corresponden a grandes diferencias en números reales. Como ejemplos comparativos de la diferencia entre magnitudes, en los gráficos se indican algunos números absolutos.

En China —con cifras elevadas desde el inicio de la COVID-19 en diciembre de 2019 (Huang et al., 2020)—, se observó un aplanamiento en las curvas, es decir, se redujo el aumento de personas afectadas y fallecidas en los períodos analizados (figs. 3A y 3B); la evolución en Alemania, Francia, Italia y España marcó un desarrollo diferente, con curvas aún en ascenso; y se aprecia un comportamiento intermedio en Rusia y Suecia, con menos enfermos al comenzar la pandemia, pero con afectados y fallecidos en aumento al día de hoy (figs. 3A y 3B).

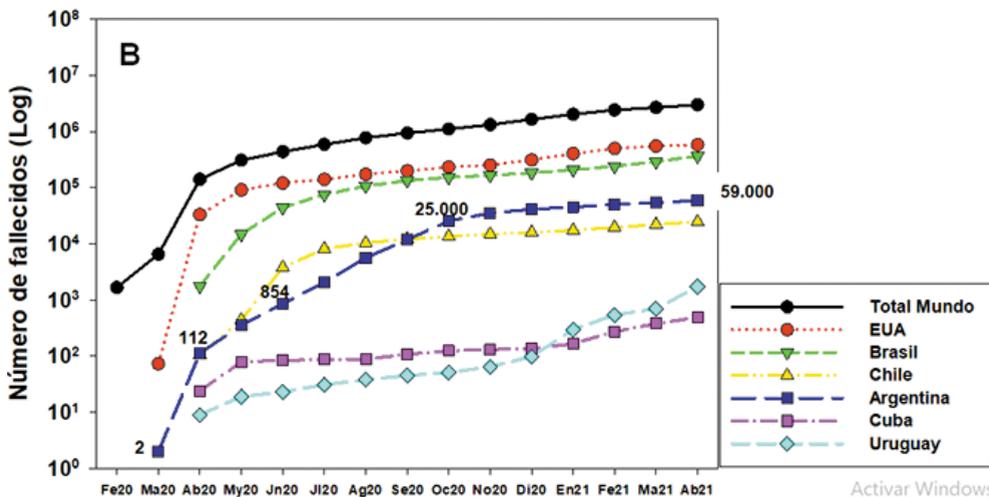
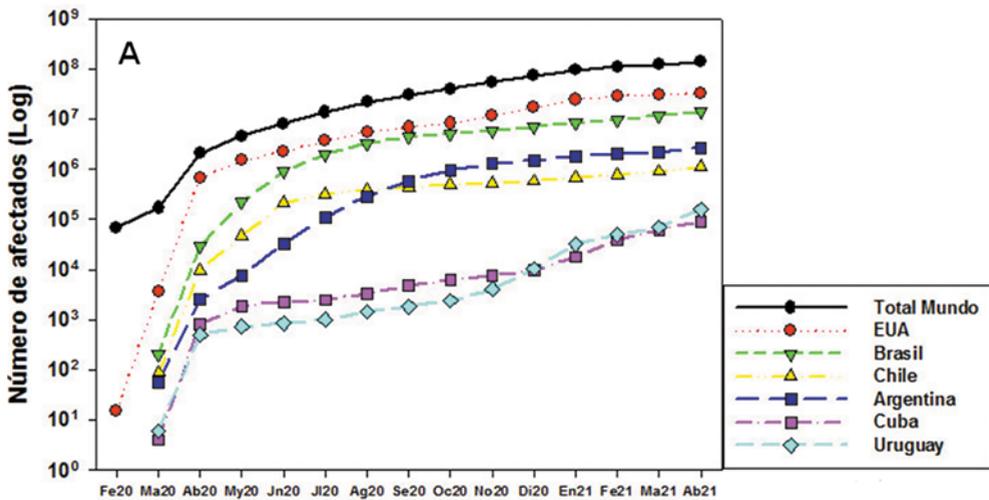
En América, Argentina tuvo inicialmente pocos afectados y fallecidos, pero ambas curvas remontaron por un largo período, con tendencia a aplanarse (figs. 4A



FIGURAS 3A y 3B. Personas afectadas (A) y fallecidas (B) por la pandemia de COVID-19 en varios países de Eurasia entre febrero de 2020 (Fe20) y abril de 2021 (Ab21). La escala en Y es logarítmica. Se indican algunos números absolutos como referencia. En el eje X se indica la fecha. Datos: Worldometers.

y 4B). Estados Unidos, Brasil y Chile, con bajas denuncias iniciales de afectados y fallecidos, en marzo-abril iniciaron curvas muy ascendentes que se mantienen hasta el presente, excepto Chile que en el total de afectados y fallecidos tiende a la disminución desde mediados de 2020 (figs. 4A y 4B). Uruguay mostró cifras bajas de afectados y fallecidos durante todo el año 2020, pero esas curvas fueron remontando con rapidez en 2021.

Quizás uno de los parámetros más demostrativos de la realidad en la evolución de la COVID-19 en los diferentes países lo constituye la proporción de fallecidos por

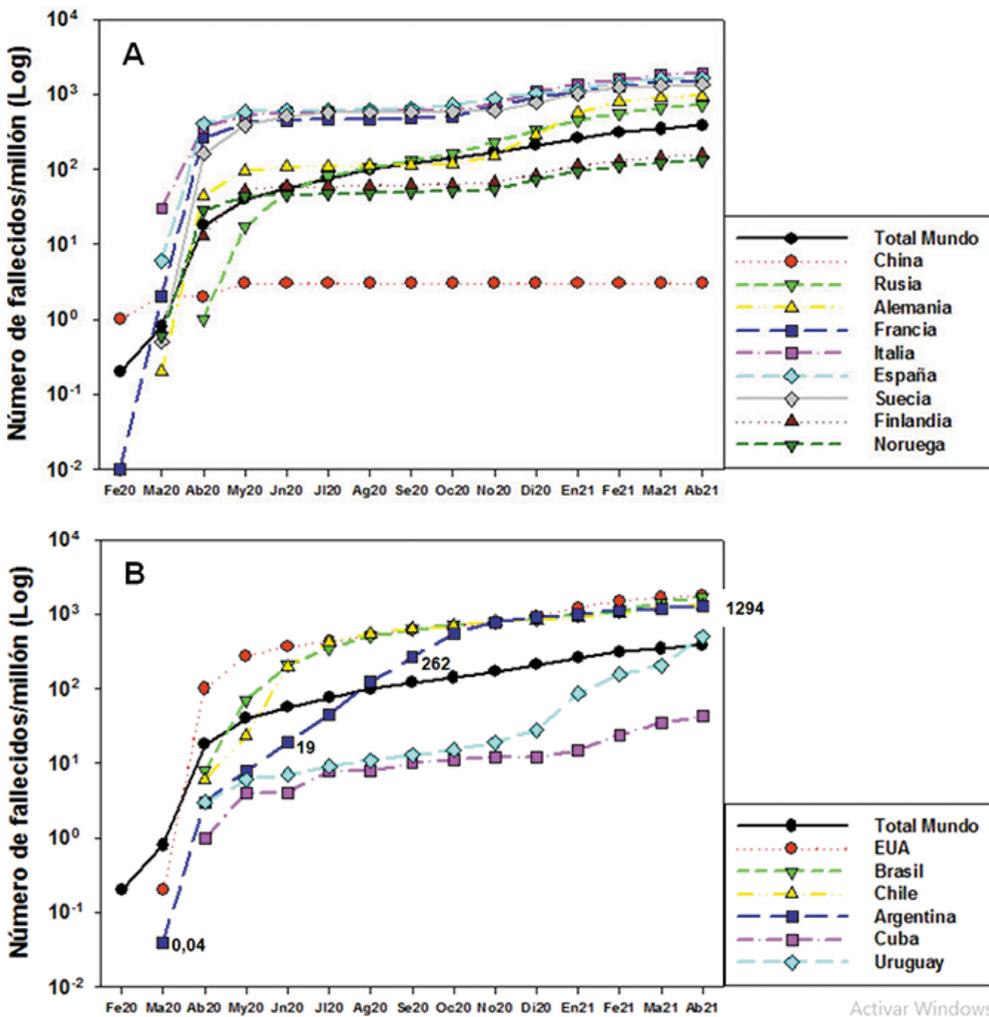


FIGURAS 4A y 4B. Personas afectadas (A) y fallecidas (B) por la pandemia de COVID-19 en varios países de América entre febrero de 2020 (Fe20) y abril de 2021 (Ab21). La escala en Y es logarítmica. Se indican algunos números absolutos como referencia. En el eje X se indica la fecha. Datos: Worldometers.

millón de habitantes. Una aparente paradoja se produce en el caso de China, con un número medianamente alto de afectados, aunque la proporción de fallecidos por millón de habitantes se mantiene muy baja debido a su enorme población, cercana a 1500 millones (fig. 5A). En el extremo opuesto, la República de San Marino hoy denuncia solo 89 fallecidos en una escasa población de menos de 34 000 habitantes, lo que proporciona la alta relación de 2618 fallecidos por millón de habitantes (Worldometer, s.f.). No obstante, desglosando los casos extremos, en la mayoría de los países con poblaciones intermedias las cifras son muy representativas, ganando

actualmente la desafortunada carrera Francia, Italia, España y Suecia, siguiendo Alemania y Rusia, y luego Finlandia y Noruega, despegados de los anteriores con mejores cifras (fig. 5A).

En América, Estados Unidos y Brasil encabezan la lista con la mayor cantidad de fallecidos por millón de habitantes, seguidos por Argentina y Chile, y luego Cuba en mucho mejor posición. Por su parte, Uruguay exhibió cifras relativamente bajas al comienzo de la pandemia, pero la curva mostró un ascenso brusco desde finales de 2020, acercándose al grupo de países que superan el promedio mundial de muertos por millón de habitantes (fig. 5B) (Worldometer, s.f.).



FIGURAS 5A y 5B. Personas fallecidas por millón de habitantes debido a la pandemia de COVID-19 en varios países de Eurasia (A) y de América (B) entre febrero de 2020 (Fe20) y abril de 2021 (Ab21). La escala en Y es logarítmica. Se indican algunos números absolutos como referencia. En el eje X se indica la fecha. Datos: Worldometers.

¿Y la salud mundial?

En recientes publicaciones se señalaron aspectos que se deben considerar en el análisis del presente y la planificación del futuro estado sanitario (Kluge et al., 2018; Rovasio, 2020). Así, cuando se evaluó la eficiencia de los sistemas de salud en unos doscientos países, Hong Kong (territorio autónomo dentro de China) y Singapur se destacaron como los más eficientes al tomar como indicadores la inversión pública en salud en relación con la expectativa de vida (fig. 6) (Miller y Lu, 2018; Rovasio, 2020). En ambos países, se mostró que la inversión en salud pública se acompañó de una mayor expectativa de vida. Otros países, como España o Italia, alcanzan una expectativa de vida igualmente alta con un sistema de salud algo menos eficiente; mientras que en otros, como Brasil, la expectativa de vida disminuye en paralelo con la eficiencia sanitaria. Posiciones particulares se observan en China con una expectativa de vida baja, o Rusia con una expectativa de vida aún inferior, en ambos casos coherentes con un insuficiente y deficiente sistema de salud pública. Por otra parte, en Alemania y Estados Unidos el promedio de buena expectativa de vida coexiste con un sistema de salud pública bastante ineficiente, ya que el mayor peso sanitario está depositado en empresas privadas, situación negativa solo superada por Bulgaria (fig. 6) (Kluge et al., 2018; Miller y Lu, 2018; Rovasio, 2020).

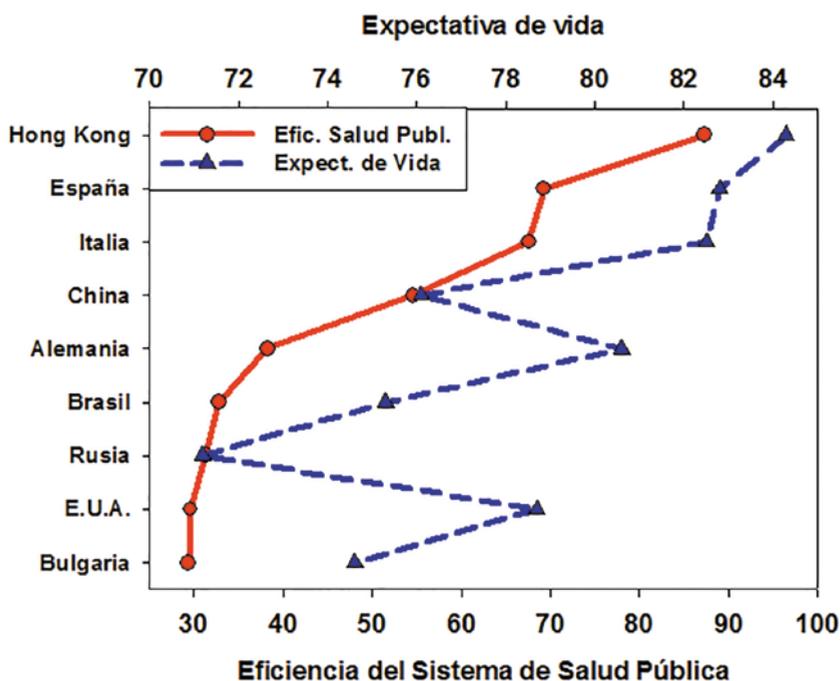


FIGURA 6. Eficiencia del sistema de salud pública (eje inferior, más eficiente a la derecha), en función de la expectativa de vida (años, eje superior). Solo se muestran 9 de los 200 países analizados (Argentina y Uruguay no fueron incluidos en el estudio). Para los datos completos, véase Miler (2018) y Rovasio (2020).

Así, aunque las inversiones en salud expresadas como dólares per cápita en relación al PBI no son muy diferentes entre Suiza (USD 9818) y Estado Unidos (USD 9536), el impacto sobre la expectativa de vida en Suiza (83 años) es superior que la de Estados Unidos (79 años). Por otra parte, se observa una aparente paradoja entre la República Checa y Estados Unidos con similar expectativa de vida, aunque la inversión en salud pública de la primera es del 7,3% del PBI, mientras que el segundo invierte el 16,8% del PBI (Kluge et al., 2018; Miller y Lu, 2018). Ambas comparaciones permiten asumir que, siendo muy importante la mayor inversión en salud pública, también hay otros factores de eficiencia que son relevantes, tales como el direccionamiento del conocimiento adquirido y la adecuada planificación de las transferencias científico-tecnológicas hacia el cuerpo social (Rovasio, 2020).

En el trabajo de la institución Bloomberg, también se observaron desplazamientos significativos en el ordenamiento de los países según su eficiencia en los sistemas de salud desde el año anterior hasta el último estudio (Miller y Lu, 2018). Chile, el país mejor posicionado de Latinoamérica el año pasado, cayó 23 posiciones, siendo actualmente superado por México y Costa Rica, mientras que Reino Unido cayó 14 posiciones en el mismo período anual, y Tailandia ganó 14 puestos desde al año pasado al actual. Hoy, el sistema sanitario de España se posiciona en el tercer lugar de eficiencia, luego de Hong Kong y Singapur, seguido por Italia, que ganó 2 posiciones desde el pasado año (Miller y Lu, 2018). Lo anterior indica que, aun perteneciendo a los países pobres del primer mundo, sus sistemas de salud reflejados en la expectativa de vida son más eficientes que en muchos países ricos del mismo primer mundo (Rovasio, 2020) (fig. 6).

Entre lo sanitario y lo ideológico

En el caso del coronavirus, como era de esperar, la añeja y famosa «grieta» (Wikiwand, s.f.) también se hizo presente desde el inicio de la pandemia —en sus niveles local, regional y global—, no siempre asociada con los intereses sanitarios, sino más bien con un previsible torrente de agua corriendo hacia el propio molino. En el escenario planetario, las potencias hegemónicas (China y Estados Unidos) pretendieron inicialmente ignorar la tormenta (Thorp, 2020; Zhang, 2020) y, al transformarse esta en algo evidente, bascularon entre el reconocimiento temprano de la pandemia (China) (Huang et al., 2020) y la ceguera de su rechazo irracional (Estados Unidos, Reino Unido, Brasil) (Infobae, 2020; Reuters, 2020; Rojas, 2020).

Mientras tanto, el número de víctimas crece sin tratamiento, de las incipientes vacunas aún no se conoce su eficiencia a mediano o largo plazo, y la única certidumbre efectiva contra los contagios se retrotrae a los remedios medievales de la cuarentena y el aislamiento.

Sobre el origen del virus, sigue la controversia. Y aunque parece haberse descartado su desarrollo como arma biológica, la reciente investigación de la OMS reiteró la necesidad de más estudios sobre el origen del SARS-CoV-2, ya que todas

las hipótesis en torno a este tema siguen abiertas (OMS, 2021). Entre las variadas especulaciones de intereses non sanctos, es muy probable que nunca se llegará a conocer algo cercano a la verdad. Sin embargo, no faltaron las teorías conspirativas y las mutuas acusaciones de responsabilidad entre las principales potencias mundiales (Calisher et al., 2020; Cohen, 2020). Conspiraciones tan difíciles de comprobar o descartar para los simples mortales, que casi no vale la pérdida de tiempo para tratar de hacerlo. También sería ingenuo desconocer tanto las *fake news* como los repetidos actos de racismo y xenofobia, particularmente antichinos o contra los nativos e inmigrantes de los países involucrados (Chung y Li, 2020; Shimizu, 2020).

Asimismo, es evidente que, junto con el prolongado rechazo de la realidad pandémica por el presidente Trump, se conoce el incremento significativo de los afectados y fallecidos por la COVID-19, así como el preferente apoyo logístico y monetario a los estados amigos políticos de dicho presidente, y el menor apoyo médico-sanitario a las poblaciones afroamericanas, pueblos originarios, latinos inmigrantes o residentes y otras minorías (Van Dorn et al., 2020). Como broche de oro, el presidente Trump retiró los fondos que su gobierno destina a la OMS, correspondiente al 22% de su presupuesto, mientras cincuenta Estados de la Unión y el 95% de sus ciudadanos reconocen la situación de desastre y deciden por sí mismos ponerse en cuarentena (The Lancet, 2020a). Y lo anterior no fue publicado en diarios amarillistas de izquierda, sino en editoriales y artículos de la prestigiosa revista biomédica The Lancet, donde se agrega: «La pandemia COVID-19 finalizará eventualmente, pero después será necesario renovar el enfoque para asegurar que la salud no sea un sub-producto del privilegio» (Van Dorn et al., 2020, p. 1243).

¿Fue realmente una sorpresa la pandemia de la COVID-19? No lo parece, al menos no para muchos. Que la depredación del medio ambiente pareció estimular la pandemia es algo que ya lo había anticipado un grupo de investigadores del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Argentina (Díaz et al., 2020), además de Rosa Luxemburgo y Mahatma Gandhi, pasando por Fidel Castro y autores serios de ciencia ficción, hasta los actuales especialistas del cambio climático. Se presentan a continuación algunos datos:

- Al poco tiempo de explotar la COVID-19, hubo quien comenzó a considerar esta enfermedad como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) que infectó a 8000 personas y provocó unas 1000 muertes entre 2002 y 2004 en China y el resto del mundo, así como la gripe aviar (H5N1) de 2005, la gripe porcina (H1N1) de 2009 y el coronavirus MERS a partir de 2012 (Pasley, 2020; Peckham, 2020; Wikipedia).
- En 2007, científicos de Hong Kong publicaron un extenso y detallado informe donde se advertía sobre la re-emergencia de los virus de la familia Coronavirus (Ramonet, 2020).
- En 2008, el Consejo Nacional de Inteligencia de Estados Unidos informó a la Casa Blanca que los estudios realizados por 2500 expertos universitarios de 35 países de todos los continentes anticipaban una enfermedad con las caracte-

rísticas del coronavirus para antes de 2025 y, lo más importante, advertían que el mundo no estaba preparado para enfrentarla (National Intelligence Council USA, 2008; Ramonet, 2020).

- Entre 2011 y 2019, científicos y no científicos advirtieron sobre el multianunciado peligro de pandemia, inclusive el expresidente Barack Obama y el multimillonario Bill Gates (Ramonet, 2020).

Y a la retórica pregunta sobre «por qué no fueron aprendidas las lecciones del pasado» se respondió: «no hay casi nada de sorprendente en esta nueva pandemia de COVID-19», y también: «la explosión de COVID-19 ha creado una sensación de déjà vu con el SARS de 2003» (Peckham, 2020, p. 850). Sin embargo, las razones de esa falta de aprendizaje de la historia requieren de profundos análisis en donde los factores ideológicos, sociopolíticos y económicos son muy complejos para ser analizados acá en profundidad, pero se remite al lector interesado a las fuentes idóneas.³ Una simple respuesta a la irresponsable falta de reacción a la catástrofe más previsible de la historia es la ausencia de sensibilidad política y social (Ramonet, 2020).

En toda epidemia o pandemia, además de su distribución y el número de enfermos, contagiados, recuperados o fallecidos, se manifiestan denominadores comunes que no siempre son analizados o criticados. Un importante denominador común es la respuesta político-ideológica desencadenada a nivel regional o planetario, lo que requiere considerar que la pandemia de COVID-19 no debe ser examinada solo bajo la óptica médico-biológica, sino incluyendo a los actores y escenarios sociales. En el mundo globalizado, interdependiente, ecológicamente comprometido y presionado, el estudio de estas enfermedades debe integrarse con el análisis político, la desigualdad social, el comercio mundial, los ecosistemas y prácticas agrícolas, los hábitos alimentarios, las tradiciones y contextos culturales; en síntesis, desde la perspectiva de la salud planetaria (Brown y Horton, 2020; Kluge et al., 2018; Miller y Lu, 2018; Peckham, 2020; Rovasio, 2020).

En el entorno político-ideológico, la mencionada grieta fue muy evidente entre los países que decidieron privilegiar la circunstancial economía y aquellos que dieron prioridad a la salud de toda la población. Una brecha que no se relacionó necesariamente con sus respectivos alineamientos políticos globales. Así, algunos países del primer mundo (Francia) y del tercer mundo (Argentina) dieron primacía a la salud, mientras que otros —también de ambos mundos— prefirieron apoyar a la economía cortoplacista (Estados Unidos, Reino Unido, Brasil, Chile). Entre estos, Estados Unidos y Reino Unido asumieron lo que por muchos años definió una norma neoliberal en el mundo, indicando que «en caso de necesidad de fuga, se debe huir hacia adelante, nunca retroceder, cueste lo que cueste».⁴ Pero ese

³ Ver Peckham (2020), *COVID-19 and the anti-lessons of history*.

⁴ Véase el concepto psicológico y político de “huir hacia adelante” en: Mario Rísquez (2017). *Dual Texts Español Avanzado* (s.f.). María Clara Ruiz (2015).

costo nunca fue pagado por el primer mundo. En cuanto a los actuales gobiernos de Brasil y Chile —entre otros—, parecen pretender seguir siendo los grotescos buenos discípulos que ensayan posturas imitando a países imperiales y tratando de ser los mejores alumnos del tercer mundo, pero cuyas elites tampoco pagaron los costos de sus enormes injusticias sociales.

El giro copernicano frente a una crisis

Los recientes cambios políticos producidos en la región hoy parecen reflejarse en la pandemia del coronavirus, sin fecha de culminación al escribir estas líneas. Un parámetro objetivo puede observarse en el número de fallecidos por la COVID-19 por millón de habitantes (figs. 5A y 5B). Esta proporción también sería una expresión de la eficiencia para enfrentar la pandemia. Así, se visualizan dos grupos de países con diferentes trayectorias frente a la COVID-19. Uno, constituido por Estados Unidos y Brasil, que muestran la más elevada proporción de fallecidos en el continente americano. Otro, constituido por Cuba, que exhibe un ascenso más controlado de la proporción de fallecidos en lo que lleva la pandemia, y por Argentina y Uruguay, aunque estos últimos, luego de una trayectoria aceptable al comienzo de la pandemia, han remontado las cifras de mortalidad en los últimos meses (figs. 5A y 5B).

La separación de estos grupos no parece casual, sino el reflejo de diferentes conductas frente a los mandatos de orden neoliberal. Los gobiernos de Estados Unidos y Brasil han mostrado claramente la subordinación a la faz económica del conflicto y falta de precauciones para aislar la enfermedad mediante una adecuada cuarentena. En otros países, se optó por la prioridad sanitaria de sus ciudadanos. Fue la diferencia entre permitir la propagación de la COVID-19 al considerarla como una gripezinha (El Mundo, 2020), pretendiendo enfrentarla con rezos y productos de dudosa eficacia, o la decisión de priorizar la salud y preferir obreros industriales parados y no muertos.

También se aprecian diferencias de políticas de gobierno en el ámbito de la enseñanza universitaria. Las noticias desde Chile anunciaban —en plena catástrofe COVID-19— la férrea decisión del gobierno de las universidades de no ceder un ápice al genuino rechazo a las cuotas de estudio. Los empresarios universitarios alegaron que sus centros de estudios deben compensar la baja productividad debido a la pandemia mediante sistemas online y que el 93% de las universidades chilenas ha resuelto «flexibilizar» el pago de cuotas a los estudiantes con dificultades económicas (que son la mayoría) hasta principios de 2021 (Hurtado, 2020). En cambio otros países, como Argentina y Uruguay, han continuado sus actividades a distancia en sus universidades públicas, que son gratuitas.

¿Cambio climático?, ¡bien, gracias!

En otro representativo botón de muestra, registros del satélite Aura de la nasa permiten ilustrar un beneficio indirecto de esta pandemia. En la figura 7 se observa la disminución (30%) de la polución aérea en la costa nordeste de Estados Unidos, entre marzo de 2015 y marzo de 2019, al poco tiempo de iniciarse la restricción de las actividades humanas liberadoras de gases con efecto invernadero (EarthSky, 2020). Lo mismo se detecta en otras regiones del mundo, con notorias imágenes de animales silvestres merodeando por zonas urbanas menos contaminadas por la disminución de actividades humanas, con frecuencia no esenciales.

Asimismo, informes recientes alertan sobre la acelerada evolución de la sexta extinción masiva de especies en curso y la consecuente pérdida de la biodiversidad planetaria. La anterior extinción fue en la época de los dinosaurios, hace 66 millones de años. Hoy, considerando solo los vertebrados, se registran más de 500 especies en el umbral de la extinción con menos de 1000 individuos cada especie, y la región sudamericana lleva la punta en esta carrera, involucrando la mayor parte de las áreas tropicales y subtropicales (International Union for Conservation of Nature (IUCN), s.f.). La pérdida de especies en un año equivale a la pérdida producida durante todo el siglo pasado, un ritmo cien veces mayor atribuible a la red de factores antropogénicos, como la deforestación, la intensiva sobreexplotación agrícola, el tráfico de especies silvestres, el cambio climático y la consecuente toxicificación, fragmentación y pérdida de los hábitats (Ceballos et al., 2020). Y esto no es ajeno a la presente y futuras pandemias.

Tampoco resulta ajeno al necesario análisis de la salud global (Kluge et al., 2018) considerar si el estudio de las llamadas enfermedades raras (The Lancet, 2020b) —orientado al 10% más rico de la población mundial— debe recibir financiamiento con fondos públicos, mientras siguen sin tener prioridad las denominadas enfermedades de la desigualdad (Kliksberg, 2015), enfermedades olvidadas (Kumar, 2020; Trouiller et al., 2002) o enfermedades de la pobreza (Horton, 2003), presentes en la mayoría más pobre del planeta y muchas de ellas evitables, como la malaria, el mal de Chagas, las diarreas, la malnutrición crónica, las infecciones y parasitosis prevenibles. Enfermedades que permanecen en el estado más primitivo de resolución porque los intereses de instituciones científicas, organizaciones sanitarias, fundaciones ad hoc y Estados nacionales no sienten atracción por los escasos réditos económicos de estas menos prestigiosas y poco rentables patologías.

Y para el futuro ¡¿qué?!

Sin pretender originalidad en mi planteo, sería esperable que con la experiencia de pasadas pandemias la actual COVID-19 represente un antes-y-después en muchos

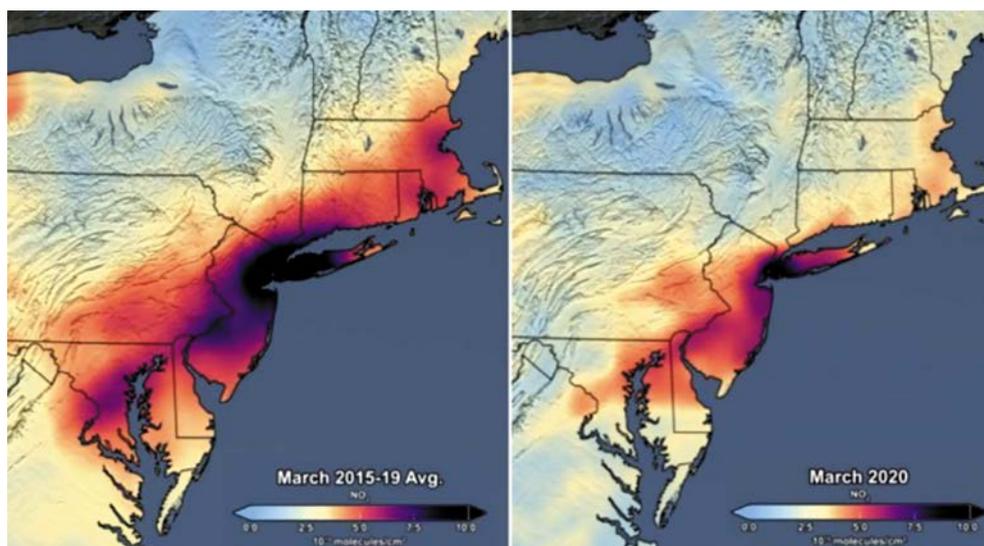


FIGURA 7. Fotos satelitales registradas por la NASA en marzo de 2015 (A) y marzo de 2020 (B). Se observa claramente la disminución de la densidad de la zona metropolitana y costa nordeste de EE.UU. debido a la menor contaminación aérea (EarthSky, 2020).

aspectos del ser humano y el planeta. Si algo tuviera de positivo, quizás fuese propiciar la entrada a una etapa posneoliberal.

La dura realidad expuesta durante la pandemia de COVID-19 está demostrando la falacia del choque de civilizaciones (Huntington, 1997), de la muerte de las ideologías (Bell, 1960), o del fin de la historia (Fukuyama, 1990; Fukuyama, 1992); y cuando la sociedad tiembla desde sus cimientos, se aprende que la historia es impredecible, casi nunca lineal y no siempre progresiva. La actual pandemia diluyó las protestas populares en España, Francia, Chile y Estados Unidos —entre otras—, ilusionando al conservadurismo con una pérdida del rumbo movilizador. Pero no es el fin de la historia, por el contrario, es un tiempo que puede ser fértil, sin heredadas certezas para ordenar el mundo, sino certezas que se deberán construir con nuevos materiales e ingredientes recuperados de pasadas narrativas. Lo comunitario y lo solidario son posibilidades que el ser humano deberá relacionar con la naturaleza y la sociedad para diseñar nuevos destinos que difieran del conocido y egoísta hipercapitalismo (García Linera, 2016; Harari, 2020).

Aunque no es posible predecir cómo sería un tiempo posneoliberal, sí es posible concluir que, de continuar por la actual senda, el futuro del ser humano y del planeta no será auspicioso. La alternativa estará en sintonizar otro canal, que deberá ser diferente, donde se valore un mundo que beneficie a toda la sociedad y no solo a una minoría hegemónica.

Referencias bibliográficas

- Agüero, A. L. e Isolabella, M. (2018). *El cólera en la Argentina durante el siglo XIX. Revista Argentina de Salud Pública*, 9(37), 51-54.
- Álvarez Cardoso, A. C. (2012). *La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996. Historelo. Revista de Historia Regional y Local*, (4)8, 172-208.
- Bell, D. (1960). *The end of ideology: On the exhaustion of political ideas in the fifties*. Free Press of Glencoe.
- Brown, A. y Horton, R. (2020). A planetary health perspective on COVID-19: a call for papers. *The Lancet*, 395(10230), 1099.
- Calisher, C., Carroll, D., Colwell, R., Corley, R., Daszak, P., Drosten, C., Enjuanes, L., Farrar, J., Field, H., Golding, H., Gorbalenya, A., Haagmans, B., Hughes, H., Karesh, W., Keusch, G., Kit Lam, S., Lubroth, J., Mackenzie, J., Madoff, L., Mazet, J., Palese, P., Perlman, S., Poon, L., Roizman, B., Saif, L., Subbarao, K. y Turner, M. (2020). Statement in support of the scientists, public health professionals, and medical professionals of China combatting COVID-19. *The Lancet*, 395(10226), e42-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30418-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30418-9)
- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (Caeme) (24 de octubre de 2019). Historias para recordar: la polio. *Caeme. Innovación para la salud*. <https://www.caeme.org.ar/historias-para-recordar-la-polio/>
- Ceballos, G., Ehrlich, P. y Raven, P. (2020). *Vertebrates on the brink as indicators of biological annihilation and the sixth mass extinction. Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(24), 13596-13602. <https://www.pnas.org/content/117/24/13596>
- Chaves, C. (1 de marzo de 2020). *Cuando la fiebre amarilla castigó a Buenos Aires y el presidente Sarmiento escapó de la ciudad en plena pandemia. Infobae*. <https://www.infobae.com/sociedad/2020/03/01/cuando-la-fiebre-amarilla-castigo-a-buenos-aires-y-el-presidente-sarmiento-escapo-de-la-ciudad-en-plena-epidemia/>
- Chung, R. Y-N. y Li, M. M. (2020). *Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak. The Lancet* 395(10225), 686-687.
- Cohen, J. (19 de febrero de 2020). Scientists 'strongly condemn' rumors and conspiracy theories about origin of coronavirus outbreak. *Science AAAS*. <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/scientists-strongly-condemn-rumors-and-conspiracy-theories-about-origin-coronavirus>
- Comité Asesor de Vacunas. (30 de septiembre de 2019). La polio reaparece en Filipinas. *Asociación Española de Pediatría*. <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/polio-reaparece-en-Filipinas>
- Di Fabio Rocca, F. (2016). *La presencia subsahariana en el acervo génico de poblaciones cosmopolitas de la Argentina*. [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4612/uba_ffyl_t_2016_59738.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Díaz, S., Cáceres, D., León, A. E., Presman, C., Bernardello, G., Perillo, M. A., Robledo, W., Vivas, L., Balzarini, M., Navarro, J. y Cabido, M. (2020). La pandemia COVID-19 es el resultado del modelo de apropiación de la naturaleza. En: Solanet, M. A. (comp.). *Pandemia: los múltiples desafíos que el presente le plantea al porvenir*. (pp. 81-100). Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, Buenos Aires. https://www.ancefn.org.ar/user/FILES/VARIOS/Academias_2020_COMPLETO.pdf
- Dual Texts Español Avanzado (s.f.). *Huir hacia adelante/delante*. Recuperado en 30 de noviembre de 2021, de: <https://www.espanolavanzado.com/significados/1525-huir-huida-hacia-adelante>
- EarthSky. (13 de abril de 2020). *Satellite data show 30% drop in air pollution over northeast U.S.* https://earthsky.org/earth/satellite-data-drop-air-pollution-covid-march2020?utm_source=EarthSky+News&utm_campaign=1dd_b6ee203-EMAIL_CAMP..
- El Mundo. (25 de marzo de 2020). *Bolsonaro compara el coronavirus con un 'constipadillo' y llama a volver a la normalidad* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=3eilC0rjgns>
- Fiquepron, M. R. (2017). Los vecinos de Buenos Aires ante las epidemias de cólera y fiebre amarilla (1856-1886). *Quinto Sol*, 21(3), 1-22.

- Fukuyama F. (1992). *El fin de la historia y el último hombre*. Editorial Planeta.
- Fukuyama, F. (1990). ¿El fin de la historia? *Estudios Públicos*, 37. https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200110/20200110153125/rev37_fukuyama.pdf
- García Linera A. (28 de diciembre de 2016). La globalización ha muerto. *Regeneración*. <https://regeneracion.mx/la-globalizacion-ha-muerto-alvaro-garcia-linera/>
- González Castillo, E. (2005). *Sobre la noción de hecho social total*. *Bricolage*, 8. <https://revistabricolage.wordpress.com/2005/05/01/sobre-la-nocion-de-hecho-social-total/>
- Harari, Y. N. (22 de marzo de 2020). *La mejor defensa contra los patógenos es la información/ Entrevistado por Guillermo Altares*. *El País*. <https://elpais.com/cultura/2020-03-21/yuval-noah-harari-la-mejor-defensa-contra-los-patogenos-es-la-informacion.html>
- Horton, R. (2003). *Medical journals: evidence of bias against the diseases of poverty*. *The Lancet*, 361(9359), 712-713.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J. y Hu, Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Huntington, S. (1997). *El choque de civilizaciones*. <https://archive.org/details/hunting-ton-samuel-p-el-choque-de-civilizaciones/mode/2up>
- Hurtado, M. H. (17 de abril de 2020). *Universities strongly oppose tuition fee suspension bill*. *University World News*. <https://www.universityworldnews.com/post.php?story=20200416132818171>
- Infobae. (2020). *Coronavirus: Reino Unido se diferencia del mundo, sacrifica a los más vulnerables y privilegia la economía*. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/14/coronavirus-reino-unido-se-diferencia-del-mundo-sacrifica-a-los-mas-vulnerables-y-privilegia-la-economia/>
- International Union for Conservation of Nature. (s.f.). IUCN Red List of Threatened Species. *International Union for Conservation of Nature*. <https://www.iucn.org/resources/conservation-tools/iucn-red-list-threatened-species>
- Kliksberg, B. (3 de diciembre de 2015). *Las enfermedades de la desigualdad*. *Página 12*.
- Kluge, H., Kelley, E., Swaminathan, S., Yamamoto, N., Fisseha, S., Theodorakis, P., Kristensen, S., Anderson, M. y Mossialos, E. (2018). After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *The Lancet*, 392(10160), 2147-2152.
- Kumar, A. (2020). Picturing health: speak up, do more -the first World NTD Day. *The Lancet*, 395(10224), 551-558.
- López Nicolás J. M. (2011). La triste batalla de la vacuna de la polio... Salk contra Sabin. *Scientia*. (<https://scientiablog.com/2011/04/07/la-triste-batalla-de-la-vacuna-de-la-polio-salk-contra-sabin/>).
- Miller, L. J. y Lu W. (2018). *These Are the Economies with the Most (and Least) Efficient Health Care*. *Bloomberg Quint*. <https://www.bloomberquint.com/global-economics/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- Naciones Unidas para el Sida (Un aids). (s.f.). *Global HIV and AIDS statistics. Fact sheet*. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- National Intelligence Council USA (2008). *Global Trends 2025: A transformed world*. https://www.files.ethz.ch/isn/94769/2008_11_global_trends_2025.pdf
- Ocoró Loango, A. (2010). Los negros y negras en la Argentina: entre la barbarie, la exotización, la invisibilización y el racismo de Estado. *La manzana de la discordia*, 5(2), 45-63. https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/%20article%20/view%20/1518
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *La OMS pide más estudios y datos sobre el origen del SARS-CoV-2 y reitera que todas las hipótesis siguen abiertas*. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2021-who-calls-for-further-studies-data-on-origin-of-sars-cov-2-virus-reiterates-that-all-hypotheses-remain-open>
- Pasley, J. (20 de febrero de 2020). *How SARS terrified the world in 2003, infecting more than 8000 people and killing 774*. *Insider*. <https://www.businessinsider.com/deadly-sars-virus-history-2003-in-photos-2020-2>
- Peckham, R. (2020). covid-19 and the anti-lessons of history. *The Lancet*, 395(10227), 850-851.

- Pigna, F. (26 de agosto de 2021). *La historia del rencor. Caras y Caretas*. <https://carasycaretas.org.ar/2019/04/29/la-historia-del-rencor/>
- Pignatelli, A. (15 de marzo de 2020). *La epidemia de polio que asoló al país en 1956: 6500 casos, todo pintado con cal y niños con una bolsita de alcanfor como «solución»*. *Infobae*. <https://www.infobae.com/sociedad/2020/03/15/la-epidemia-de-polio-que-asolo-al-pais-en-1956-6500-casos-todo-pintado-con-cal-y-ninos-con-una-bolsita-de-alcanfor-como-solucion/>
- Ramonet, I. (25 de abril de 2020). *La pandemia y el sistema mundo*. *Nodal*. <https://www.nodal.am/2020/04/la-pandemia-y-el-sistema-mundo-por-ignacio-ramonet/>
- Reuters. (22 de enero de 2020). *Davos. Trump dice que tiene un plan para contener el coronavirus de China*. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/01/22/davos-trump-dice-que-eeuu-tiene-un-plan-para-contener-el-coronavirus-de-china/>
- Rísquez, M. (24 de febrero de 2017). *¿Hacia el fin del neoliberalismo? Economía sin fronteras*. *ecosfron.org*. <https://ecosfron.org/hacia-el-fin-del-neoliberalismo/>
- Rojas, J. (16 de marzo de 2020). *La polémica decisión de Reino Unido de no tomar medidas contra el covid-19*. *Duna FM*. <https://www.duna.cl/noticias/2020/03/16/la-polemica-decision-de-reino-unido-de-no-tomar-medidas-contra-el-covid19/>
- Rovasio, R. A. (2020). *Ciencia y tecnología en tiempos difíciles: De la «ciencia pura» a la «ciencia neoliberal»*. Universidad Nacional de Córdoba-Universidad Nacional de Villa María.
- Rubin, A. (5 de febrero de 2016). *Argentina en tiempos de fiebre amarilla*. *Telesurtv.net*. <https://www.telesurtv.net/bloggers/Argentina-en-tiempos-de-fiebre-amarilla-20160205-0001.html>
- Ruiz, M. C. (29 de julio de 2015). *María Clara Ruiz, Psicóloga*. <https://mariacларuiz.com/huyendo-hacia-adelante-hacia-atras-hacia-afuera-hacia-adentro/>
- Shimizu, K. (2020). *2019-nCoV, fake news, and racism*. *The Lancet*, 395(10225), 685-686.
- Specchia, N. y Ortega, J. E. (eds.) (2020). *El crepúsculo de las simples cosas: lecturas esperanzadas y perspectivas críticas para un Sur en pandemia*. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).
- The Lancet. (2020a). *COVID-19 in the USA: a question of time*. *Lancet (London, England)*, 395(10232), 1229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30863-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30863-1)
- The Lancet. (2020b). *Rare diseases need sustainable options*. *The Lancet*, 395(10225), 660. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30457-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30457-8/fulltext)
- Thorpe, H. H. (28 de febrero de 2020). *The costs of secrecy*. *Science*, 367(6481), 959, 2020.
- Trouiller, P., Oliaro, P., Torreele, E., Orbinski, J., Laing, R. y Ford, N. (2002). *Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure*. *The Lancet*, 359(9324), 2188-2194. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)09096-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)09096-7/fulltext)
- Van Dom A., Cooney, R. y Sabin, M. (2020). *COVID-19 exacerbating inequalities in the US*. *The Lancet*, 395(10232), 1243-1244.
- Wikipedia. (a). *Epidemia de síndrome respiratorio agudo grave de 2002-2004*. https://www.wikiwand.com/es/Epidemia_de_s%C3%ADndrome_respiratorio_agudo_grave_de_2002-2004#/Referencias [Consulta: 15-07-2020].
- Wikipedia. (b). *Fiebre amarilla en Buenos Aires*. https://es.wikipedia.org/wiki/Fiebre_amarilla_en_Buenos_Aires
- Wikiwand. (s.f.). *La Grieta*. [https://www.wikiwand.com/es/La_grieta_\(Argentina\)](https://www.wikiwand.com/es/La_grieta_(Argentina))
- Wischñevsky, S. (26 de agosto de 2021). *La epidemia de la poliomielitis y la pandemia del coronavirus*. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/257946-la-epidemia-de-la-poliomielitis-y-la-pandemia-del-coronavirus>
- Worldometer. (s.f.). *COVID-19 Coronavirus Pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Zhang, H. (2020). *Early lessons from the frontline of the 2019-nCoV outbreak*. *The Lancet*, 395(10225), 687.

Sentimentos de mulheres usuárias do serviço de ginecologia e obstetrícia do HG/UCS frente ao parto desejado e o realizado

Feelings of women users of the gynecology and obstetrics service of the GH/UCS regarding desired and adopted delivery method

José Mauro MADI
Mônica CAINELLI VEDOVELLI
Lia Mara NETTO DORNELLES
Alice MAGGI

Palavras-chave: parto normal; cesárea; obstétrico; maternidades

Keywords: natural childbirth, cesarean section, obstetrical, maternity

Resumo

A escolha do tipo de parto a ser realizado é um tema que inquieta a muitas gestantes. Diante disso, este estudo visa identificar se o tipo de parto desejado pelas mulheres coincide com o parto realizado por elas. Para isso, utilizou-se como método a pesquisa descritiva quali-quantitativa com 20 mulheres primigestas, com idade média de 20,95 anos, internadas no centro obstétrico do Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul (HG/UCS). Elas foram entrevistadas em dois momentos: em trabalho de parto ativo e após o nascimento do concepto. Os resultados indicam que o desejo de realizar parto vaginal (indicado por 18 mulheres) ocorre pela crença em uma recuperação mais rápida e pela preocupação em assumir prontamente uma nova rotina, enquanto as que idealizaram o parto cesáreo acreditavam que ele seria menos doloroso. Tendo em vista que houve coincidência entre o parto desejado e o realizado em 75% dos casos, recomenda-se que a escolha do tipo de parto seja abordada constantemente ao longo do pré-natal, visto que o momento do nascimento é repleto de significados na vida da mulher, do neonato e da família.

Abstract

The choice of the delivery method to be adopted is an issue that disturbs many pregnant women.

Therefore, this study aims to identify if the intention of the delivery method desired by women corresponds to the adopted one. In order to do this, qualitative and quantitative descriptive research was used as a method, with 20 primigravidae women, who were, in average, 20.95 years old, hospitalized at the obstetric center of the General Hospital of the University of Caxias do Sul (GH/UCS). They were interviewed in two moments: while in active obstetric labor and after the birth of the conceptus. The results indicate that the desire to perform natural childbirth (indicated by 18 women) is due to the belief in a faster recovery and the concern to commit promptly to the new routine, whereas the women who opted for cesarean section believed that it would be less painful. Considering that there was a coincidence between the desired delivery method and the one adopted in 75% of the cases, it is recommended that the type of delivery be approached constantly throughout the prenatal period, since the moment of birth is meaningful in the life of women, newborns and families.

Datos de los autores

José Mauro MADI

Doutor, Hospital Geral e Universidade de Caxias do Sul.

Mônica CAINELLI VEDOVELLI

Especialista, Hospital Geral.

Lia Mara NETTO DORNELLES

Doutora, Universidade de Caxias do Sul.

Alice MAGGI

Doutora, Universidade de Caxias do Sul.

Introdução

Desde o fim dos anos 70, a antropologia médica tem apontado que o parto, por sua riqueza simbólica e por redefinir *status* sociais e relações, pode ser considerado um rito de passagem (Davis-Floyd, 1994), auxiliando na reformulação da identidade da mulher (Maldonado, 1984), tornando-a mãe e redimensionando as relações familiares (Davis-Floyd, 1994). Aguardado com ansiedade pela gestante e por seus familiares, o parto pode mobilizar níveis elevados de medo, excitação e expectativa (Maldonado, 1984), sentimentos já presentes desde a gestação, estendendo suas repercussões ao puerpério na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mulher, marcando profundamente a sua história. Nesse momento, intensificam-se fantasias e ansiedades frente a um evento esperado, mas imprevisível, marcado pelas emoções positivas ou negativas experimentadas (Lopes et al., 2005; Palma y Donelli, 2017). Ele pode ser influenciado por experiências anteriores ou por conversas com outras mulheres e seu *background* cultural (Maldonado, 1984), apresentando possíveis implicações para o relacionamento da díade mãe-bebê e para o futuro desenvolvimento da criança (Lopes et al., 2005).

O trabalho de parto constitui-se em um evento de grandes proporções físicas, psicológicas e culturais que antecede o nascimento do bebê. Do ponto de vista fisiológico, as últimas horas da gravidez são caracterizadas por dores decorrentes das contrações, que ocasionam a dilatação do colo uterino e forçam a saída do bebê idealmente pela vagina. As transformações corporais acontecem de forma rápida nesse momento, ao contrário daquelas que ocorrem gradualmente ao longo dos meses da gestação. Do ponto de vista psicológico, é o início da separação do bebê do corpo da mulher, representando um processo psicológico importante para ela (Maldonado, 1984). Ao dar à luz, a mulher se depara com o bebê que gestou durante nove meses, o bebê real, diferente do bebê imaginário idealizado durante a gestação (Raphael-Leff, 1997). Nos casos em que é o primeiro filho, o momento do parto também faz nascer concretamente a maternidade e proporciona a passagem do papel de filha ao de mãe (Brazelton y Cramer, 1992; Klaus y Kennell, 1993). Nesse sentido, Klaus e Kennell (1993) destacam que ser valorizada e apoiada no momento do parto pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir a sua identidade materna. Portanto, a atenção adequada à mulher nesse momento, com informações sobre os tipos de parto, os riscos e os benefícios, é direito universal das mulheres grávidas previsto pela Aliança Global para Maternidade Segura (Islam, 2007). Destaca-se que o acolhimento à grávida, ao seu companheiro e à família requer um preparo da equipe de saúde em obstetrícia que considere os significados desse momento, transmitindo-lhes confiança e tranquilidade, estabelecendo a criação de um vínculo entre eles (Gomes et al., 2014). Dessa forma, a preferência e a escolha da mulher pelo tipo de parto devem ser levadas em consideração, e a indicação do procedimento a ser realizado deve

ser baseada em motivos clínicos consistentes e nas especificidades identificadas. A cesárea, por ser um procedimento cirúrgico, deve ser indicada quando os riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal (Silva et al., 2017).

A partir de um levantamento de pesquisas sobre a humanização do parto, verificou-se que essa temática tem sido recorrente entre os pesquisadores no contexto da saúde em diversas cidades brasileiras. Na medida em que a participação da mulher na sociedade tem sido crescente, com a possibilidade de tomar decisões que contemplam suas preferências, a escolha pela via de parto também se faz presente. Levando em conta a relevância e a adequação dessa escolha para a gestante e para o bebê, tanto sob o ponto de vista clínico, alinhado às atuais recomendações da legislação vigente e das instituições hospitalares, quanto sob o ponto de vista emocional, é importante que essa escolha seja identificada e orientada. A relevância dessa pesquisa destaca-se, principalmente, em virtude de o Hospital Geral de Caxias do Sul ser a instituição de referência em obstetrícia na região Nordeste do estado do Rio Grande do Sul, e devido à condição de se tratar de um hospital de ensino, onde futuros profissionais da saúde são preparados para intervir no cenário da assistência. Diante do exposto, destaca-se que o objetivo deste estudo é identificar se a intenção do tipo de parto desejado pelas mulheres coincide com o realizado.

Texto Métodos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, sob o protocolo CAAE 60365916.8.0000.5341, atendendo às exigências legais e éticas da pesquisa com seres vivos. Trata-se de uma pesquisa descritiva quali-quantitativa realizada com mulheres em trabalho de parto ativo diagnosticado pelos médicos plantonistas, internadas no Centro Obstétrico do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Caxias do Sul. Inicialmente, 22 mulheres foram abordadas. No entanto, duas delas não participaram do estudo, totalizando, então, 20 participantes. Tais exclusões ocorreram pois uma delas não desejou participar da pesquisa, e a outra indicou não se sentir bem para responder às questões devido às dores do trabalho de parto.

No momento da internação, foram coletados dados sociodemográficos sobre a gestação e o tipo de parto idealizado. Esse conjunto de informações denominou-se «Pré-parto». Após o nascimento do bebê, em um período entre 24 e 32 horas, as mulheres foram novamente entrevistadas na Unidade de Internação Obstétrica da mesma instituição e inquiridas a respeito de possíveis diferenças entre o tipo de parto realizado e o idealizado. Esse conjunto de informações foi denominado «Pós-parto». Assim, a estratégia de ação consistiu em analisar esses conjuntos de dados, verificando o quanto a intenção da gestante se manteve ou se alterou após o nascimento de seu filho, considerando o tipo de parto realizado. A aborda-

gem e o convite foram realizados pelos pesquisadores nos locais de atendimento das gestantes, ou seja, no Centro Obstétrico e na Unidade de Internação Obstétrica da instituição. A partir da concordância e da posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizou-se a busca de dados na carteira de pré-natal, com vistas à coleta dos dados necessários para o preenchimento parcial da ficha de identificação das participantes da pesquisa. As entrevistas do pré-parto continham as seguintes perguntas: 1) Gostaria que você me falasse sobre a sua opção de tipo de parto desejado e por quê; 2) O que você sabe sobre os tipos de parto?; 3) Alguém ajudou você a decidir sobre o tipo de parto? Quem? (em caso afirmativo); 4) O que você considera positivo e negativo no tipo de parto escolhido? e 5) Como foi a sua recepção no pré-parto? A entrevista realizada no pós-parto, por sua vez, possuía as seguintes perguntas: 1) Gostaria que você me falasse da sua experiência do parto do seu filho; 2) Como tem sido os cuidados com relação a você e ao bebê nesse momento? 3) O que você considera positivo e negativo no tipo de parto realizado? 4) Quais são as suas expectativas no retorno para casa?; 5) Quais são seus sentimentos diante da maternidade? Ambas as entrevistas foram registradas em um gravador digital, transcritas e revisadas detalhadamente pelos autores do presente estudo. Cabe destacar que elas serão guardadas durante cinco anos e destruídas após esse período.

Os dados coletados foram analisados conforme o referencial de análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2009), que compreende as seguintes etapas: 1) pré-análise: fase de organização do material coletado que visa escolher os documentos que serão submetidos à análise. Nessa etapa, realiza-se a leitura flutuante e a escolha dos documentos que serão analisados, respeitando questões, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Após, segue-se para os objetivos iniciais do estudo, para a referência dos índices e a elaboração de indicadores e, finalmente, para a preparação do material; 2) exploração do material: é a fase mais longa e que consiste, basicamente, em operações de codificação em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreende o recorte (escolha das unidades de registro), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias). Vale ressaltar que as categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico; e 3) tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: etapa que permite classificar as informações obtidas. É nessa etapa em que se realizam inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com a questão teórica do estudo.

Durante a pré-análise dos dados coletados neste estudo, realizou-se uma leitura das transcrições de todas as entrevistas, respeitando sempre as regras indicadas a essa etapa, para, então, passar à fase seguinte. A etapa de exploração do material, por sua vez, resultou na formação de unidades de registro que formaram categorias, a partir das quais realizou-se a interpretação dos dados. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e, com isso, propuseram-se quatro cate-

gorias temáticas oriundas das respostas das participantes. São elas: 1) Parto idealizado e sua justificativa; 2) Influência na escolha do parto; 3) Conhecimento sobre os tipos de parto; e 4) Percepções sobre a experiência do pré-parto e do parto. No seguinte capítulo, essas categorias temáticas serão apresentadas, discutidas e exemplificadas com verbalizações ilustrativas das próprias entrevistadas, identificadas pela letra 'E', seguida do número atribuído à participante.

Resultados e discussão

A idade das 20 participantes deste estudo varia entre 15 e 37 anos ($M=20,95$), e a escolaridade, entre ensino fundamental completo (10 %) e incompleto (25 %), ensino médio completo (20 %) e incompleto (25 %), superior completo (5 %) e incompleto (15 %). Todas residem em Caxias do Sul, sendo que 16 das entrevistadas moram com o companheiro, três com seus pais e uma com seus avós. O nível socioeconômico apresentado é variado, e a renda familiar apresenta uma média de R\$ 2.500,00. Quanto à profissão, 11 exercem atividades predominantemente domésticas; três são comerciárias; duas, auxiliares de produção; uma, professora; e uma, profissional do sexo. Todas apresentavam gestação de baixo risco, tendo realizado, no mínimo, seis consultas pré-natais. Desse grupo, 70 % não haviam planejado a gravidez, e, além disso, duas eram tabagistas.

A dilatação cervical média na internação hospitalar foi de 4,8 cm, sendo que 25 % delas já apresentavam ruptura da membrana amniótica. Ofereceu-se a todas as gestantes a possibilidade da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e, dessa forma, 70 % estiveram acompanhadas pelo companheiro, 15 % por outros familiares (mãe ou avó) e 15 % não desejaram acompanhamento.

Dentre as 18 mulheres que idealizaram o parto vaginal, 14 puderam realizá-lo. As demais foram submetidas ao parto cesáreo por indicação obstétrica decorrente da desproporção fetopélvica, conforme registro no partograma. Das duas gestantes que idealizaram o parto cesáreo, uma pariu via vaginal, e a outra foi submetida à cesárea devido ao comprometimento da vitalidade fetal durante o trabalho de parto, segundo dados do prontuário. O tempo médio do primeiro período do trabalho de parto (tempo decorrido entre o início do trabalho de parto e a dilatação total) foi de cinco horas e onze minutos, e do segundo período de, aproximadamente, 53 minutos. O tipo de parto idealizado coincidiu com o realizado em 75 % dos casos.

Parto idealizado e sua justificativa

Em oposição ao modelo hospitalar e medicalizado, o parto vaginal, natural e humanizado foi idealizado pela maioria das participantes deste estudo ($n=18$), corroborando estudos anteriores (Chacham, 2012; Costa e Silva et al., 2014; Leguizamón Jr. et al., 2013; Nascimento et al., 2015; Silva et al., 2017; Tostes y Seidl, 2016),

inclusive no que se refere ao grupo de mulheres de nível socioeconômico mais baixo, cujo parto é custeado pelo Sistema Único de Saúde (Chacham, 2012; Leguizamón Jr. et al., 2013; Oliveira et al., 2016).

Como justificativa, as participantes deste estudo mencionaram a rápida recuperação: «Parto normal porque...principalmente por causa da recuperação depois (...)» (E1); e a questão da segurança: «(...) o bom que é mais seguro, assim... melhor pra ela» (E3); razões também encontradas em outros estudos já realizados (Bittencourt et al., 2013; Costa e Silva et al., 2014; Leguizamón Jr. et al., 2013; Nascimento et al., 2015; Silva et al., 2017; Tostes y Seidl, 2016). Além disso, acredita-se que essa escolha possa ser decorrente da informação de que a recuperação pós-parto tem vantagens sobre a do parto cesáreo, recebida tanto no pré-natal quanto no seu grupo de convivência.

O fato de ser o bebê quem «escolhe» o momento do nascimento também foi referido: «(...) o bom é que ela escolhe quando ela vem» (E15). Observa-se, ainda, a crença de que o início do trabalho de parto espontâneo configura o momento adequado para que o bebê nasça saudável: «acho que é mais natural, eu gostaria que ela viesse quando ela estivesse com vontade» (E15). Tais achados confirmam o que a literatura aponta quando indica que o parto vaginal é considerado o ideal por ser natural, mais rápido (Chacham, 2012; Leguizamón Jr. et al., 2013; Velho et al., 2012; Velho et al., 2014), tranquilo, com recuperação fácil e mais simples (Costa e Silva et al., 2014; Velho et al., 2012; Velho et al., 2014).

A dor tolerável, intrínseca ao evento e passageira, também foi mencionada por algumas participantes desse grupo: «de positivo é que depois as dor passa [sic]» (E10); «ai, dói muito, mas acredito que vale a pena» (E4), outro achado também reforçado pela literatura (Silva et al., 2017; Velho et al., 2012; Velho et al., 2014). Além disso, o receio de ficar com uma cicatriz, caso fosse realizado o parto cesáreo, também foi mencionado: «(...) e até mesmo porque eu tenho medo de ficar com cicatriz» (E13). Estudos afirmam que, apesar do temor de não suportar a dor (Tostes y Seidl, 2016), algumas mulheres preferem passar por esse processo com menos intervenções técnicas para não ficar com cicatrizes (Davim et al., 2009).

A preocupação da gestante em assumir mais rapidamente a nova rotina como mãe, verificada nesta fala da E12: «acho que é melhor pra se recuperar, pra mim [sic] poder cuidar do bebê», é encontrada também em outros estudos (Velho et al., 2014). A ausência de uma rede de apoio significativa, que possa ajudar a participante nos cuidados com o bebê logo após o parto, constitui-se em um fator que também influencia a escolha pelo parto vaginal: «e como eu não tenho muita gente pra me ajudar eu acho que seria um parto melhor» (E12).

A escolha pelo parto cesáreo, menos frequente neste estudo, alinha-se com os resultados encontrados na literatura (Oliveira et al., 2016) que indicam que no Sistema Único de Saúde (sus) sua ocorrência é limitada. Além disso, a possibilidade de não sentir dor nesse procedimento surgiu como uma justificativa no relato de algumas pacientes: «cesárea, sei lá, falam que não é doído, tem gente que fala que

não é doído né, eu fiquei assim» (E5); «porque eu acho que dá menos dor» (E20), confirmando os achados da literatura (Costa e Silva et al., 2014; Silva et al., 2017; Velho et al., 2012).

Influência na escolha do parto

A maioria das participantes (n=14) decidiu sozinha o tipo de parto a ser realizado: «não, eu mesma decidi» (E9). Entretanto, dentre as que receberam ajuda, a mãe foi a pessoa que as auxiliou na escolha, além de amigas e de relatos de pessoas sobre sua experiência de parto: «a opinião da minha mãe, de amigas, pessoas que já tiveram parto normal» (E7). Essa verificação confirma a influência da família e das experiências vividas por outras gestantes como fator determinante na escolha do parto, já ressaltada na literatura sobre esse tema (Bittencourt et al., 2013; Costa e Silva et al., 2014; Nascimento et al., 2015).

Conhecimento sobre os tipos de parto

De acordo com a E4: «olha, durante a gestação eu tô quase pós-graduada, porque eu pesquisei muito e fui muito atrás para não, para não ter nenhum tipo de sofrer nenhuma violência obstétrica, nem que não acontecesse nada que eu não quisesse sem meu consentimento».

Diante disso, verifica-se, atualmente, a tendência de algumas mulheres a valorizarem a humanização do parto (Andrade y Aggio, 2014) através da busca de informações para que sofram o mínimo de intervenções possíveis nesse momento (Cechin, 2002), resgatando, assim, o seu protagonismo no parto (Velho et al., 2012).

Constatou-se, também, ser do conhecimento das participantes que o parto vaginal possui uma melhor recuperação, ao passo que o parto cesáreo necessita de mais cuidados e de mais tempo para a reabilitação: «o parto normal dói na hora, mas não dói depois, a cesárea já não, tu tem [sic] toda uma recuperação, vai precisar de alguém na assistência ao parto pra te ajudar, né...por um bom tempo até poder cicatrizar os pontos e tal... pelo que eu sei, a amamentação tem ligação com o parto normal, se eu não me engano, só isso» (E1). Essa averiguação é também respaldada pelo estudo de Velho et al., (2012). Além disso, no relato das participantes, foi possível verificar o desejo de participar ativamente de todo o processo do nascimento do filho: «o positivo é como eu falei, a recuperação... desde a hora que tu tiver [sic] fazendo a força pra sair é, tipo, único» (E2).

Já as gestantes que mostraram desejo pelo parto cesáreo acreditavam que o procedimento era menos doloroso: «o parto normal é mais sofrido e a cesárea mais tranquilo» (E5). Segundo Chacham (2012), diferentemente do que ocorre com a preferência pelo parto normal, a escolha pelo parto cesáreo não está relacionada à classe social, mas ao medo da dor causada pelo parto vaginal.

Além disso, o receio de que o bebê venha a sofrer durante o trabalho de parto

e não consiga nascer por essa via ficou explícito: «o normal eu fico com medo que fique trancado o bebê» (E20). Todavia, algumas entrevistadas associaram o parto cesáreo à gestação com complicações, mencionando que a sua indicação deveria ocorrer nos casos em que houvesse benefício à mãe e ao bebê, considerando os riscos que o procedimento cirúrgico implica: «a cesárea é quando tu tem alguma complicação mesmo, durante a gestação, que é o mais indicado, mas se que nem pra mim que tá tudo normal, não tem o porquê ser diferente né?» (E11).

Por outro lado, contrariando dados da literatura (Bittencourt et al., 2013), aspectos desfavoráveis decorrentes do parto cesáreo foram predominantes no discurso das participantes, tais como a necessidade de ajuda e de repouso prolongado no pós-parto (n=3): «tu tem [sic] toda uma recuperação, vai precisar de alguém pra te ajudar, né...por um bom tempo até poder cicatrizar os pontos e tal» (E1); «a recuperação...é mais dolorosa e mais perigosa» (E13); «demora muito» (E19). Além disso, a presença de sequelas, como a cicatriz, também foi mencionada: «fica o corte» (E19), reforçando resultados de outros estudos (Tostes y Seidl, 2016).

Dentre as participantes que escolheram o parto cesáreo (n=2), uma delas apontou como aspecto positivo o fato de ele ser mais tranquilo: «cesárea é mais tranquilo» (E5); enquanto que a outra o considera mais seguro: «segurança do procedimento» (E20), achados corroborados por outros estudos (Tostes y Seidl, 2016). Embora manifestado por um número reduzido de participantes, o pouco conhecimento sobre os tipos de parto também foi mencionado: «ah...não sei muita coisa, não» (E9); assim como o total desconhecimento: «ainda não sei nada» (E8), aspecto também referido na literatura (Tostes y Seidl, 2016).

Nesse sentido, pesquisas apontam a importância da equipe de enfermagem na assistência ao parto, promovendo o esclarecimento de dúvidas, afastando os medos (Nascimento et al., 2015), e fornecendo informações sobre a evolução do seu trabalho, envolvendo as mulheres nas decisões sobre as intervenções, na valorização das experiências positivas e na promoção do enfrentamento da dor (Bittencourt et al., 2013; Costa e Silva et al., 2014; Velho et al., 2012).

As consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde e os cursos de preparação para gestantes também são destacados como relevantes nesse período, podendo contribuir para o esclarecimento da população sobre os benefícios e as desvantagens das vias de parto (Bittencourt et al., 2013). Da mesma forma, ressalta-se a importância de ações educativas durante o pré-natal, momento em que se dá a preparação tanto física como psicológica da mulher para o parto e para a maternidade (Nascimento et al., 2015).

Percepções sobre a experiência do pré-parto e do parto

O atendimento do pré-parto foi percebido pela maioria das participantes como bom (n=12): «bem boa» (E14); enquanto que as demais o classificaram como ótimo: «foi um ótimo atendimento» (E1); muito bom: «muito bem» (E20); e outras se

queixaram da demora e da dor: «gostaria de ser atendida mais rápido pra falar a verdade, eu tava com muita dor, mas tudo certo» (E4). Conforme encontra-se na literatura (Nascimento et al., 2015; Velho et al., 2014), a avaliação positiva do atendimento prestado pela equipe médica, com orientação, cuidado e atitudes carinhosas, repercute na tranquilidade, na segurança e no sentimento de apoio referido pelas parturientes.

A maioria das participantes deste estudo (n=11) relatou aspectos positivos acerca da experiência do parto vaginal, corroborando estudos anteriores (Lopes et al., 2005): «o parto normal é uma experiência diferente do que a cesárea, não tem explicação, assim é bem diferente» (E9). O fato de passar por todas as etapas do parto, tendo a consciência de que cada fase é de grande importância também foi mencionado: «o positivo, com certeza, é tu tá [sic] 100 % presente no momento e tá, tá ali independente se for dor ou se qualquer sensação tu tá 100 % ali e isso com certeza é o que vale a pena» (E4). Esse aspecto é respaldado por Tornquist (2003) quando afirma que dentre as principais expectativas das mulheres com relação ao trabalho de parto estão a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole (durante as contrações) e o controle da situação.

Destacou-se, durante a realização deste estudo, que o rápido retorno às atividades e a possibilidade de iniciar as funções maternas logo após o parto normal garantem a autonomia imediata da puérpera: «positivo mesmo é a recuperação, já tô conseguindo caminhar, já vou no banheiro sozinha, consigo fazer tudo, não precisa eu tá dependendo de ninguém, tá super tranquilo, pra recuperação é maravilhoso» (E2). Esses achados são corroborados por outro estudo qualitativo, que apontou que mulheres que realizaram parto normal relataram maiores índices de satisfação, enquanto que as submetidas à cesárea se mostraram frustradas (Costa e Silva et al., 2014). Tais achados vão de encontro aos resultados do estudo de Silva et al. (2017), no qual não houve diferença na satisfação das mulheres dos dois grupos.

Contudo, algumas referiram-se à experiência com sentimentos positivos e negativos, reforçando achados da literatura (Lopes et al., 2005; Velho et al., 2014): «foi bem doloroso, mas foi bom» (E16); «foi horrível, foi muito dolorido, mas eu ainda continuo querendo ter parto normal» (E12); «doeu, mas eu não me arrependo» (E11). Durante o parto da E4, houve uma intercorrência e foi necessário utilizar fórceps. Ela menciona que «foi uma experiência bem única. Não foi como exatamente eu imaginava, foi bem mais difícil... uma dor assim descomunal e enfim».

Cabe salientar que desse grupo, três participantes tiveram o parto diferente do idealizado, isto é, idealizaram vaginal, mas tiveram de realizar cesárea, sentindo-se decepcionadas por isso. De acordo com a E19, «o negativo foi eu ter que ter ficado com as dores e não ter conseguido o parto», fato também referido na literatura como sentimento de frustração, perda de controle e do seu protagonismo (Nascimento et al., 2015). Entretanto, outros estudos apontam resultados contrastantes, demonstrando que as mulheres que tiveram parto cesáreo, apesar de desejarem o vaginal, não se mostraram incomodadas com o fato (Chacham, 2012) e destacando

como aspectos positivos a ausência de dor durante o parto e a indicação médica durante a gestação (Costa e Silva et al., 2014).

A recuperação da cesárea foi igualmente citada como fator negativo: «de negativo é a recuperação que é totalmente diferente do que o parto normal, né?» (E1). Quanto a esse dado, pode-se recorrer novamente ao estudo de Chamcham (2012), que relaciona a percepção do parto à camada social. Em seu estudo, as pacientes de classe socioeconômica baixa perceberam a recuperação do parto cesáreo dolorosa, enquanto que as de classe alta a descreveram como fácil e rápida. Embora no presente estudo não houvesse diferença de classe social, é possível pensar que a necessidade de assumir os cuidados imediatos com o bebê e a ausência de uma rede de apoio, conforme já mencionado, pode ter contribuído para essa vivência negativa da recuperação.

Por outro lado, a E1 referiu que quando as dores foram interrompidas pela anestesia para a realização do parto cesárea, ela sentiu-se aliviada, mesmo sendo submetida a um parto não idealizado: «de positivo é que eu não aguentava mais de dor né, pra mim aquilo ali foi um alívio na hora» (E1). Outras entrevistadas também reforçaram essa ausência de sofrimento: «olha, eu achei que era bem pior pela dor na anestesia, eu não senti dor nenhuma na cesárea» (E18). Chama a atenção que, nos relatos apresentados, as mulheres fazem referência predominantemente a si próprias e não ao bebê, reforçando estudos anteriores (Lopes et al., 2005), que atribuíram esse achado ao fato de o parto ser considerado um evento feminino, apesar de o bebê ser, por vezes, considerado em primeiro plano. A literatura aponta a importância de ter claro que o desempenho da mulher no parto está fortemente ligado ao preparo dessa gestante ao longo do pré-natal. Além disso, a realização de parto cesáreo, quando este não foi planejado pela mãe, implica um grau menor de satisfação com a experiência. Como decorrência, pode haver menor probabilidade de ela vir a amamentar, reação inicial menos positiva para com o bebê, demora em interagir com ele, oferecendo-lhe, conseqüentemente, cuidados reduzidos (Figueiredo et al., 2002).

Expectativas com relação ao retorno para casa e aos sentimentos despertados pela maternidade

Retornar para o seu lar, ter uma reabilitação rápida e poder dar o suporte necessário aos seus bebês foi um desejo constante entre as participantes: «é curtir muito esse baby, e dar muito mamá e curtir essa fase passa tão rápido» (E4); «agora tô louca pra ir pra casa, até pra minha recuperação e pra dele né, aí a gente vai conseguir ficar mais juntinho, só nós» (E11). A expectativa de continuar se recuperando de maneira adequada para cuidar bem do bebê foi referida por diversas pacientes: «dá toda atenção pra ele e cuidar dele...» (E7). Verificou-se, ainda, que a maternidade foi referida pelas participantes como algo muito significativo e especial: «não tem como explicar...é único, é coisa que tu olha [sic] pra esses olhinhos

pequenos aqui e tu se [sic] apaixonou, tu não quer nunca mais largar ele» (E2). A E14, por sua vez, possui a expectativa de «que ela continue mamando e que ele cresça rápido porque dá medo de pegar».

Destaca-se que todas as participantes demonstraram sentimentos amorosos com relação à maternidade, mesmo aquelas cujo parto idealizado diferiu do realizado. Alguns dos termos utilizados pelas entrevistadas foram 'amor': «Sentimento...amor, calma principalmente» (E1); 'inexplicável': «é inexplicável» (E6); 'indescritível': «(...) é uma coisa sem explicação (...)» (E18); 'felicidade': «muito feliz» (E8); 'único e melhor do mundo': «(...) é único» (E2); «o melhor do mundo» (E3); 'muito bom': «é muito bom, eu adorei» (E15); 'mudança': «ah, mudou muito, né?» (E5); 'um coração pulsando fora': «é um coração pulsando fora do meu corpo» (E4).

Conclusões

Gravidez e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do *status* de mulher para o de mãe (Chabbert et al., 2020). Embora a fisiologia do parto seja única, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, posto que é considerado um importante evento biossocial. Constitui-se em um curto tempo dentro do período da gestação, mas longo em vivências e expectativas e, por sua intensidade, pode ajudar na reformulação da identidade da mulher, seja ele realizado pela via vaginal ou pelo parto cesáreo. Observa-se que a maioria das respostas apontou o desejo de realizar parto «não medicalizado», com o mínimo de intervenções, corroborando os dados constantes na literatura, uma vez que algumas dessas técnicas médicas têm sido questionadas e referidas como «violência obstétrica». Tais resultados indicam que as gestantes tendem a apresentar razões semelhantes para o desejo do parto vaginal ou cesáreo. Seus relatos privilegiam a recuperação mais rápida, como um benefício do parto vaginal, mesmo ressaltando as dores características do trabalho de parto. Esse tema ultrapassa uma escolha pessoal, mas responde fundamentalmente à demanda de retorno ao trabalho e, por vezes, à limitada rede de apoio aos cuidados com o bebê.

No discurso da maioria das mulheres deste estudo, o parto foi considerado um processo difícil. A dor parece ser uma experiência reconhecida como intrínseca ao parto e esperada, sendo um dos elementos que interfere mais negativamente na vivência do parto por parte da mulher. A exaustão materna causada pelo trabalho de parto doloroso e, eventualmente, longo, e a ansiedade gerada pelo medo das sensações desconhecidas desse processo podem fazer com que a realização do parto cesáreo, mesmo que não idealizado pela gestante, seja visto como positivo, pois cessa a dor e a angústia da parturiente, como relatado por uma participante da pesquisa. Essa dor, experimentada durante o trabalho de parto, não é facilmente

esquecida, e algumas mulheres relembram a sua intensidade como uma situação traumática. Independentemente do tipo de parto idealizado e realizado, mesmo algumas mulheres se referindo à frustração de não conseguir o parto desejado, todas as mães deste estudo relataram suas experiências como se o bebê justificasse todo o processo. O bebê, então, torna-se a recompensa pelas dificuldades que a mãe possa ter enfrentado desde a concepção até o parto, o que justificaria o motivo pelo qual a intenção de parto da maioria das entrevistadas se manteve após o nascimento do seu filho. Dessa forma, a presente pesquisa aponta a satisfação das entrevistadas que realizaram o parto idealizado e a aceitação por parte das que não o realizaram, uma vez que, após o nascimento do filho, as lembranças das dificuldades foram substituídas pelos sentimentos positivos da maternidade.

O fato de o parto idealizado pela maioria das mulheres deste estudo ter coincido com o realizado sugere que elas podem estar se apropriando desse momento significativo em suas vidas. O tipo de parto, se diferente do idealizado, tem efeito claro sobre a percepção e a satisfação da mulher com a experiência de parto e efeitos menos claros sobre o bem-estar físico e emocional da mãe e a qualidade da relação que ela estabelece com o bebê. Observou-se que o desejo da cesárea se dá pelo medo da dor e de não conseguir parir. Esse medo, no entanto, sempre existirá, posto que ele estará vinculado à tensão e à imprevisibilidade de todo o processo inerente ao parto vaginal. Quanto ao aspecto negativo da cicatriz decorrente do parto cesáreo, mencionado por duas entrevistadas, sendo uma delas profissional do sexo, ele adquire um significado diferenciado em mulheres que atribuem um valor especial ao corpo, em função das circunstâncias profissionais que mencionam.

É responsabilidade dos profissionais da saúde orientar a mulher no período gestacional sobre suas dúvidas e modificações corporais, preparando-as para o parto vaginal e desfazendo seus temores culturais. Porém, é necessário enfatizar o parto possível, sem valorizar excessivamente um único tipo de parto, pois, nos casos em que há frustração da mãe por não ter tido um tipo de parto «ideal», o vínculo mãe-bebê pode ser afetado. Dessa forma, sugere-se que ao longo do pré-natal, sejam garantidas às mulheres e aos seus acompanhantes informações e esclarecimentos sobre gestação, parto, primeiros cuidados com o neonato, apoio psicológico e relação médico-paciente, com foco na humanização do parto. Programas permanentes nos hospitais públicos, visando minimizar os riscos e os efeitos danosos que possam surgir no trabalho de parto, parto e vinculação com o bebê, poderiam ser realizados sistematicamente por uma equipe multiprofissional. O acompanhamento desse momento pode trazer benefícios às gestantes e às suas famílias, contribuindo para a saúde pública e a humanização do parto.

É importante destacar algumas limitações do estudo, assim como possibilidades para pesquisas futuras. Quanto às limitações, destacam-se os momentos de coleta de dados que, para algumas mulheres, pode ter sido ansiogênico e desconfortável, afetando as respostas. Além disso, todas as participantes eram primíparas, o que

pode ter influenciado a percepção negativa de alguns aspectos, característica frequente nesse contexto. Outro aspecto refere-se à abrangência restrita do estudo –apenas um hospital público–, o que torna os resultados particulares. Sugerem-se, portanto, estudos futuros comparativos com primíparas e multíparas, com o objetivo de ampliar a compreensão da vivência desse momento para a mulher, bem como expandir esta pesquisa para outros hospitais da rede pública e privada.

Referências bibliográficas

- Andrade, B. P., y Aggio, C. M. (2014). Violência obstétrica: a dor que cala. In *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina*, Londrina, PR: UEL.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bittencourt, F., Vieira, J. B., y Almeida, A. C. C. H. de. (2013). Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 515-520. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33565>
- Brazelton, T. B., y Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. Martins Fontes.
- Cechin, P. L. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(4), 444-448.
- Chabbert, M. Panagiotou, D. y Wendland, J. (2020). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, doi: 10.1080/02646838.2020.1748582
- Chacham, A. S. (2012). Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com um «risco» e a medicalização do parto no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela, y L. Sato. *Diálogos em psicologia social* (pp. 420-451). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Costa e Silva, S. P., Prates, R. de C. G., y Campelo, B. Q. A. (2014). Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928861>
- Davim, R. M. B., Torres, G. de V., y Dantas, J. C. (2009). Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 438-445. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200025>
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The rituals of American hospital birth. In D. McCurdy (Ed.), *Conformity and conflict: readings in cultural anthropology* (pp. 323-340). Harper Collins.
- Figueiredo, B., Costa, R., y Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(2), 203-217. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0870-82312002000200002
- Gomes, A. R. M., Pontes, D. de S., Pereira, C. C. A., Brasil, A. de O. M., y Moraes, L. da C. A. (2014). Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Científica de Enfermagem*, 4(11), 23-27. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.23-27>
- Islam, M. (2007). The Safe Motherhood Initiative and beyond. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 733-820. <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-045963/en/>
- Klaus, M. H., y Kennell, J. H. (1993). *Pais-bebê: a formação do apego*. Artes Médicas.
- Leguizamon Jr., T., Steffani, J. A., y Bonamigo, E. L. (2013). Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética*, 21(3), 509-517. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>

- Lopes, R. de C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., y Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(2), 247-254. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200013>
- Maldonado, M. T. P. (1984). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Editora Vozes.
- Nascimento, R. R. P., Arantes, S. L., Souza, E. D. C. de, Contrera, L., y Sales, A. P. A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 86-92. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- Oliveira, R. R., Melo, E. C., Novaes, E. S., Ferracioli, P. L. R. V., y Mathias, T. A. F. (2016). Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Revista da Escola de Enfermagem da usp*, 50(5), 733-740. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>
- Palma, C. C. y Donelli, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *PSICO*, 48(3), 216-230. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Artes Médicas.
- Silva, A. C. L., Rodrigues Félix H. C., Guimarães Ferreira, M. B., Domingues Wysocki, A., Contim, D. y Torreglosa Ruiz, M. (2017). Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.44139>
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Sup. 2), 419-427. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>
- Tostes, N. A., y Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
- Velho, M. B., Santos, A. E. K. dos, Brüggemann, O. M., y Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*, 21(2), 458-466.
- Velho, M. B., Santos, A. E. K. dos, y Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesáreo: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 282-289. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>

Gestión del cambio en los equipos de enfermería: análisis FODA como estrategia diagnóstica

Change Management in Nursing Teams: SWOT analysis as a diagnostic strategy

Valeria QUINTERO

Palabras clave: gestión del cambio, enfermería, servicios de enfermería, innovación organizacional.

Keywords: change management, nursing, nursing services, organizational innovation.

Resumen

El personal de enfermería del entorno gerencial —jefatura, supervisión o dirección— de hospitales, enfrentan la gestión del cambio como un desafío constante. Un recurso para abordar esto es identificar la resistencia potencial de la organización. En este caso, se propuso realizar un diagnóstico de situación sobre los factores presentes en la gestión del cambio en una organización de enfermería. El objetivo del equipo coordinador fue conocer la opinión del equipo de gestión de enfermería de un hospital público sobre la gestión del cambio en la organización de enfermería. Como método de trabajo diseñaron talleres con apoyo de técnicas grupales y análisis cualitativo, mediante una planificación en dos fases. Un primer paso fue el trabajo a modo de taller que incluyó la elaboración colectiva de mapas conceptuales sobre el tema. Una segunda etapa incluyó el análisis FODA de los conceptos que se colocaron en los mapas. En las expresiones de quienes participaron hay presencia de conceptos fuertemente identificados con resistencia al cambio (miedo, inseguridad, ansiedad), que aparecen como debilidad. Las fortalezas están orientadas hacia las habilidades gerenciales, que se muestran como un recurso profesional basado en conceptos jerárquicos. Tanto las oportunidades como las amenazas no están claramente identificadas, por lo que se propone profundizar en el conocimiento que tiene el personal de gerencia de enfermería sobre los determinantes externos que promueven o dificultan la gestión del cambio.

Abstract

Nurses in the managerial environment, such as heads, supervisors or hospital directors, face change management as a constant challenge. One resource to address this is to identify potential resistance from the organization. In this case, it was proposed to carry out a situation diagnosis on

the factors present in the management of change in a nursing organization. The objective of the coordinating team was to know the opinion of the team of nurse managers of a public hospital on the management of change in the nursing organization. As a working method, they designed workshops with the support of group techniques and qualitative analysis, through planning in two phases. A first step was the work as a workshop that included the collective elaboration of concept maps on the subject. A second stage included the SWOT analysis of the concepts that were placed on the maps. In the expressions of the participants there is the presence of strongly identified concepts with resistance to change (fear, insecurity, anxiety) that appears as weakness. The strengths are oriented towards managerial skills that appear as a professional resource based on hierarchical concepts. Both opportunities and threats are not clearly identified, so it is proposed to deepen the knowledge that nursing managers have about the external determinants that promote or hinder the management of change.

Datos de la autora

Mg. Valeria QUINTERO

Magíster en Gestión de Servicios de Salud

Especialista en Nefrología

Especialista en Diálisis

Introducción

En el marco de un proceso de planificación estratégica del departamento de enfermería de un hospital público de Uruguay, se propone el trabajo en taller sobre la gestión del cambio. Para ello, desde el equipo de dirección del departamento de enfermería, se propuso una serie de talleres para identificar las opiniones sobre la gestión del cambio en el personal de enfermería de nivel jerárquico. Se considera que quien gestiona la enfermería en los puestos de jefatura, supervisión o dirección es parte imprescindible de las mejoras de los procesos asistenciales y de los cambios necesarios para la mejora de las prestaciones. El insumo resultante de estos talleres orienta a dirigir acciones para preparar a los equipos de enfermería para los desafíos de gestión a enfrentar.

Contexto hospitalario

La complejidad del escenario hospitalario al momento de conceptualización requiere que se descomponga en sus núcleos de organización básicas. Según Villar (2012), esta conceptualización involucra definir y considerar características de los varios núcleos de organizaciones o servicios que al estar interconectados e interrelacionados constituyen una organización mayor. Este autor señala que en un hospital se pueden identificar prestaciones de servicios tales como hotelería, de restaurante/alimentación, una institución que brinda atención a la salud, conjunto de laboratorios, central de materiales estériles, farmacia, conjunto de oficinas, un gran almacén, un grupo de talleres, un complejo de instalaciones de ingeniería compleja, una lavandería y hasta un centro de investigación. A su vez, plantea la importancia de la organización de enfermería en un hospital, afirmando que es el servicio de mayor complejidad. También es el servicio con mayor cantidad de personal, con muy diverso perfil de capacitación y permanencia continua en la atención directa de los pacientes. Por lo tanto, las habilidades de gestionar y promover cambios en los servicios hospitalarios son resultados de complejos y dinámicos equilibrios.

Enfermeras que gestionan

La Facultad de Enfermería (Fenf) de la Universidad de la República (UdelaR) es el mayor formador de recursos profesionales de enfermería en el Uruguay; de acuerdo al Plan de estudio 2016 de la Licenciatura de Enfermería, se considera al egresado de Enfermería como

un profesional generalista con competencia científico-técnica y humanística. Ejerce su función en beneficio de la equidad, solidaridad y desarrollo humano, en el marco de la mejora continua de la calidad (...). Proporciona, en diferentes

contextos, cuidados integrales de enfermería —con actitud crítica y reflexiva— a las familias, grupos y comunidades, desarrollando el pensamiento científico, destacándose el componente ético, legal y sociopolítico. (Fenf, 2016, p. 11)

Del mismo plan de estudios se especifica que el perfil de egreso del profesional lo habilita a integrar equipos de trabajo interdisciplinarios, con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y facilitar procesos de participación social (Fenf, 2016).

Las habilidades para la gestión de enfermería se presentan, al mismo tiempo, como un arte y una ciencia que reúnen valores y liderazgo para guiar los servicios de salud, mediante la inspiración y organización del personal asistencial de enfermería, velando por la promoción de la salud y la seguridad de la comunidad de referencia, como lo plantea la American Nurses Association (ANA), según Whenlan (2012).

Quienes gerencian y son líderes de enfermería tienen la responsabilidad de dirigir las unidades de cuidados y proporcionar el enlace vital entre la gestión administrativa, el plan estratégico y el punto de atención. Según la Organización Americana de Enfermeras Ejecutivas (AONE por sus siglas en inglés), quien gerencia la enfermería es responsable de crear ambientes seguros y saludables que apoyen el trabajo del equipo de atención médica y contribuyan con el compromiso del paciente (AONE, 2015).

El personal de supervisión de enfermería, desde su rol de gestor clínico, puede ser considerado como el que, con una dirección democrática, orienta los esfuerzos y acciones del personal al logro de objetivos organizacionales, mediante el desarrollo de sus potencialidades (Balderas, 1995).

Según Peres et al. (2017), dentro de las competencias de quien cumple el rol de gestión de enfermería aparecen la planificación en salud, la educación continua, el trabajo en equipo, la comunicación, la toma de decisiones, el liderazgo, la gestión del cambio, la administración de recursos humanos y materiales, la resolución de conflictos, la auditoría, los sistemas de información y supervisión. Son estas competencias las que se ponen en juego para la gestión del cambio.

El desafío de cambiar

Según Robbins y Judge (2009), si una organización ha de sobrevivir, debe de responder a los cambios en su ambiente. Este autor señala que existen varias fuerzas que inciden en la gestión del cambio, tales como la naturaleza de la fuerza laboral, el contexto tecnológico, los movimientos económicos, el efecto de la competencia de mercado, las tendencias sociales, el contexto de la política mundial.

Cambio implica hacer las cosas de manera diferente; *cambio planeado* consiste en aquellas actividades para el cambio que son intencionales, orientadas a alguna meta, siendo agentes del cambio las personas que actúan como catalizadores

y asumen responsabilidades de dirigir las actividades para el cambio (Robbins y Judge, 2009).

Para García Cabrera et al. (2011),

la gestión del cambio debe ser entendida como un proceso en el que los directivos crean las condiciones contextuales necesarias para que los empleados acepten los cambios propuestos (...), destacando en este proceso los beneficios relativos del cambio (...) y el grado de implicación del empleado (...), donde se considera que estas variables definen el contexto específico del cambio y sostienen que potencialmente son más maleables o reactivas ante esfuerzos de intervención organizativos. (p. 237)

Existen fuerzas internas y externas que influyen en el cambio, y el personal gestor de enfermería es quien procesa los cambios y comprende las direcciones futuras; está implicado en el cambio y a veces debe desarrollar varias estrategias para poder alcanzarlo (Tomey, 2001). La resistencia es una parte natural del proceso de cambio, es una reacción natural a cualquier cosa que causa una pérdida de equilibrio. Por consiguiente, es estratégico y funcional gestionar de manera correcta la resistencia al cambio en las organizaciones.

Esta resistencia está dada por la naturaleza de las personas y se convierte en una etapa inevitable al incorporar cambios organizacionales en servicios en los que quienes trabajan se encuentran en zona de confort y no ven necesario realizar algún cambio (Conner, 1993).

Las barreras para el cambio pueden ser agrupadas en las siguientes categorías (Pearson et al., 2008):

- Déficit de conocimientos e información en el personal: es habitual la sensación de los equipos técnicos de que no poseen la formación, la capacidad o las competencias suficientes para implementar el cambio.
- Barreras psicosociales: corresponden a los sentimientos, actitudes, creencias, valores y experiencias previas del personal.
- Barreras organizativas: limitaciones sistémicas, estructurales y organizativas que incluyen reglamentación desfasada, limitaciones administrativas y de distribución de recursos.
- Barreras de recursos: incluye la disponibilidad de diferentes tipos de recursos, herramientas, equipo personal, personal, etcétera.

Explorar la gestión

Las metodologías cualitativas pueden contribuir al conocimiento en profundidad de la mirada de los diferentes actores que integran los equipos de una organización, siendo criterios para elección de caso «los que se relacionan con la existencia de un fenómeno reciente o poco estudiado (caso central); la existencia de

casos extremos o atípicos; o casos críticos, de importancia estratégica en función al fenómeno que se estudia» (Fassio, 2018, p. 76).

En este trabajo, la selección del caso central estuvo dirigida a la importancia estratégica de la opinión de los equipos gestores hospitalarios sobre la gestión del cambio. Esta expresión final se abordó de forma grupal mediante un mapa conceptual (MC), en el que se buscó dar respuesta a la pregunta disparadora: ¿Qué opinan sobre la gestión del cambio en su organización?

Los mapas conceptuales (MC) fueron creados por Joseph Novak y «tienen por objeto representar relaciones significativas entre conceptos en forma de proposiciones. Una proposición consta de dos o más términos conceptuales unidos por palabras para formar una unidad semántica» (Novak y Gowin, 1999, p. 33).

Las herramientas de representación visual del conocimiento nos permiten expresar mediante los mapas tanto la estructura reticular del objeto que se da a conocer como el propio proceso mediante el cual se conoció dicho objeto. Así es que los mapas conceptuales son constructos gráficos y por lo tanto tratan de emular la estructura organizativa del conocimiento (Rodríguez, 2010).

Los MC pueden representar tanto el conocimiento como el conocimiento del conocimiento. Así se podría hablar de mapas cognitivos y mapas metacognitivos. Con los primeros se logra aprender, con los segundos se puede lograr aprender a aprender (Novak y Gowin, 1999). Se plantea un mapa conceptual jerárquico que distingue un *concepto principal* de los que se derivan, de modo descendente, conceptos secundarios dependientes de aquel. De cada concepto parte una y sola una relación, y el sentido direccional de esta es descendente.

Para la categorización de los conceptos que emergen de los mapas, se utilizó el análisis FODA o matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). Esta es una metodología de estudio de la situación de una organización o empresa en su contexto y de sus características internas (situación interna), a efectos de determinar sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. La situación interna se compone de dos factores controlables: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de dos factores no controlables: oportunidades y amenazas. Es una herramienta utilizada para conocer la situación real en que se encuentra la organización (Ballesteros et al., 2015) y fueron los ejes de categorías para interpretar las opiniones de los conceptos volcados en los MC. Algunos autores han utilizado esta estrategia como herramienta de planificación estratégica y de investigación en gestión hospitalaria (Llapa Rodríguez et al., 2013; Arboleda, 2014).

Objetivo

Conocer la opinión del equipo de gestión de enfermería de un hospital público sobre la gestión del cambio en la organización de enfermería.

Metodología

Trabajo en taller con apoyo de técnicas grupales y análisis cualitativo, mediante una planificación en dos fases.

Fase 1: trabajo en talleres para la construcción del MC de forma colectiva con integración heterogénea de los grupos en edad, antigüedad y puestos en la organización.

Fase 2: análisis textual de los conceptos y construcción de categorías fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, para el análisis por parte del investigador.

Todos los participantes fueron convocados y notificados por vía escrita, y se recibió confirmación y aceptación de todos para utilizar la producción del taller en el análisis y elaboración del reporte final. El proceso de análisis de los conceptos correspondió al análisis textual (Saldaña, 2009), técnica que consiste en indagar en el sentido del texto e interpretarlo en el contexto sociohistórico donde se produce. Esto incluye técnicas como la codificación-categorización, que organizan los conceptos en un orden sistemático, para hacer que algo (texto) forme parte de un sistema o clasificación, y de esta manera integre una categoría. El análisis textual permite ubicar los conceptos de los MC en las categorías predefinidas: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Resultados

En los talleres participaron 42 enfermeras del equipo de gestión, incluyendo jefas, supervisoras y directoras de enfermería, con una edad promedio de 48 años.

Fase 1: se conformaron 6 grupos de 6 a 7 integrantes, de distribución heterogénea, y se trabajó en modalidad de taller colaborativo para elaborar un MC sobre la situación problema: ¿Qué opina sobre la gestión del cambio en nuestra organización de enfermería? Se dispuso de 40 minutos de taller y de 5 minutos de plenaria.

Fase 2: los mapas generados fueron ingresados luego de finalizados los talleres al programa Cmap Tools. Este software de acceso libre, promovido por el Institute for Human and Machine Cognition (IHMC), permite crear o exportar mapas como conceptos y sus proposiciones. El programa generó un listado de todos los conceptos presentes en los 7 MC, que resultaron un total de 120.

En el cuadro 1 se presentan los conceptos que fueron plasmados en los mapas por los participantes de los talleres, agrupados en categorías predefinidas por la matriz FODA.

Análisis

Los conceptos más frecuentes y que tuvieron variedad de expresiones están vinculados a las debilidades. Como señala Tomey (2001), los cambios suponen

trastornos, resistencias, riesgo de error, miedo al fracaso, debilidad, y pueden ser vividos como una amenaza inminente. Estos conceptos aparecen claramente identificados por las enfermeras en las palabras tales como miedo, temor y ansiedad. Estas palabras tuvieron mayor frecuencia sobre el resto. Las barreras psicosociales (Peres et al., 2017) son las que están presentes en un variado espectro de sentimientos, creencias y actitudes, y son esperables de encontrar en los procesos de gestión de cambio (Llapa Rodríguez et al., 2013; Robbins y Judge, 2009; Conner, 1993).

CUADRO 1. Distribución de conceptos obtenidos en los mapas en las categorías Fortaleza, Debilidad, Oportunidad y Amenazas (FODA)

FORTALEZA	DEBILIDAD
Compromiso/pertenencia (3)	Miedo/temor (5)
Participación (1)	Ansiedad (9)
Comunicación y retroalimentación (2)	Rechazo (1)
Adecuación (1)	Inseguridad (3)
Líderes (1)	Incertidumbre (4)
Motivación (1)	Duelo (1)
Desafío/conocimiento (1)	Pérdida (2)
Necesidad (1)	Conflicto (1)
Flexibilidad (1)	Incomodidad (2)
Recursos y tiempo (2)	Inestabilidad/desequilibrio (2)
Recompensa (1)	Resistencia (1)
Inclusión (1)	
Normas y estructuras (1)	
Potencial para el cambio (1)	
Socialización (1)	
Objetivos institucionales (2)	
Roles nuevos a construir (1)	
Diagnóstico del hospital (1)	
Reprogramación: misión/visión hospitalaria (4)	
OPORTUNIDAD	AMENAZA
Mayor información del entorno sanitario (1)	Presión del mercado (1)
Adecuación al entorno/redirección (6)	
Paradigma de gestión de salud (1)	

Fuente: Elaboración propia. Entre paréntesis están identificadas las frecuencias de aparición de los conceptos.

Quizás una utilidad que surge del conocimiento de este escenario es que, frente a una necesidad de cambio, el equipo de gestión de enfermería tiene claramente identificadas las debilidades naturales que forman parte del proceso. Asimismo, desde las fortalezas, en las habilidades vinculadas a las competencias (Peres et al., 2017) se destaca el rol de dirección y liderazgo (desafío, oportunidad, motivación, compromiso, pertenencia, recompensa), así como aspectos vinculados a las facetas organizacionales a modificar (normas y estructuras).

Las oportunidades se consideran como los factores externos, positivos o favorables, que pueden utilizarse para mejorar la situación de partida, el problema. Son factores externos, es decir, no son generados por nosotros, pero podemos aprovecharlos para el logro del objetivo (Ballesteros et al., 2015). Estas oportunidades están orientadas al enfoque estratégico del hospital, su misión y visión, y al reordenamiento institucional a largo plazo, en el que la organización de enfermería debe insertarse dentro del sistema sanitario local. En este sentido, las expresiones encontradas fueron las de menor frecuencia e inespecíficas (adecuación de la gestión al sistema, paradigma de gestión de salud e información del entorno sanitario).

Con relación a las amenazas, se identificaron pocos conceptos que se asocian a esta categoría. El rol de los factores externos a la gestión del cambio no es destacado por los equipos de enfermería, entendiendo la identificación de las amenazas como los aspectos de políticas de salud, económicos, coyunturas político-ideológicas, competencia del mercado en relación con otros prestadores de salud, entre otros.

Una identificación limitada de las amenazas puede estar en sintonía con Rutz (2015), quien plantea que la escasa participación del personal de enfermería —particularmente en las organizaciones representativas, tales como profesionales o sindicales— lo lleva a lo que se denomina *riesgo de enajenación política*. Este tipo de enajenación obstaculiza el cambio de la realidad a través de una toma de posición de gestión sanitaria con enfoque amplio, relacionado con el contexto sociopolítico y económico del sistema de salud.

De las opciones de intervención que permite esta metodología surgen:

- Potenciar las fortalezas en el escenario de las oportunidades (FO): La potencialidad de gestión en relación con los conceptos organizativos, de formación profesional (Fenf, 2016) y relacionales posiciona al equipo enfermero en condiciones para insertarse y aportar a la planificación estratégica hospitalaria. Es pertinente considerar lo que plantea García Cabrera et al. (2011) sobre las dinámicas internas de las instituciones, donde las organizaciones que enfatizan los valores relativos a la cohesión, la lealtad, la uniformidad, el logro de objetivos internos y el diseño organizativo son las que se caracterizan por su rigidez y por el predominio de las normas sobre el individuo. Estos contextos, más burocráticos, enlentecen los procesos de gestión de cambio.
- Dirigir la atención a las debilidades frente a las eventuales amenazas (DA): Reflexionar sobre el peso relativo que presentan en los grupos de gestores las expresiones variadas de resistencia, pérdida, miedo, ansiedad del cambio (y

la eventual innovación), y cómo afecta la competitividad de la organización con otras instituciones de salud más atractivas, dinámicas y creativas (Whenlan, 2012). El proceso participativo es clave (García Cabrera et al., 2011) para cuidar las respuestas de las personas, y estas no deben limitarse a ofrecer información dispersa. En los procesos de cambio que presentan resistencia, muchas veces no existe una distinción clara entre los procesos comunicativos (retroalimentación y participación) y una amplia combinación de modelos que permiten diferente grado de implicación del empleado, para amortiguar, de esa forma, los distintos niveles de resistencia.

Varios autores (Conner 1993; Robbins y Judge, 2009; García Cabrera et al., 2011) plantean que, cuanto mayor sea la implicación del empleado en el cambio propuesto en la organización, más débil será su resistencia al cambio. Las teorías modernas de gestión abogan por que las organizaciones produzcan de acuerdo a las necesidades de sus clientes internos y externos, y también favorecen la supervivencia organizacional (Svaldi et al., 2006). Así que hoy, la gestión moderna que articula la regla es satisfacer a las personas ética y estéticamente, tanto a la clientela como al personal. Como plantea Villar (2012), el contexto complejo de multiplicidad de servicios hospitalarios es transversal a la organización de enfermería, por lo que las situaciones de gestión de cambio se hacen presentes a lo largo de la estructura de la organización y los compromete a todos.

También, como plantea Perea et al. (2019),

los hospitales, sean públicos o no, actúan en contextos complejos donde predominan la incertidumbre y la turbulencia, como consecuencia de factores como el acelerado cambio tecnológico, la crisis de la economía, el inusitado aumento de las demandas sociales, la permeabilidad del Estado conseguida por la sociedad y la gestión de recursos económicos. Por lo tanto, la gerencia de los hospitales, y en particular en hospitales públicos, necesita anticiparse estratégicamente a una realidad donde la complejidad, la incertidumbre y el conflicto sean retos permanentes. (p. 9)

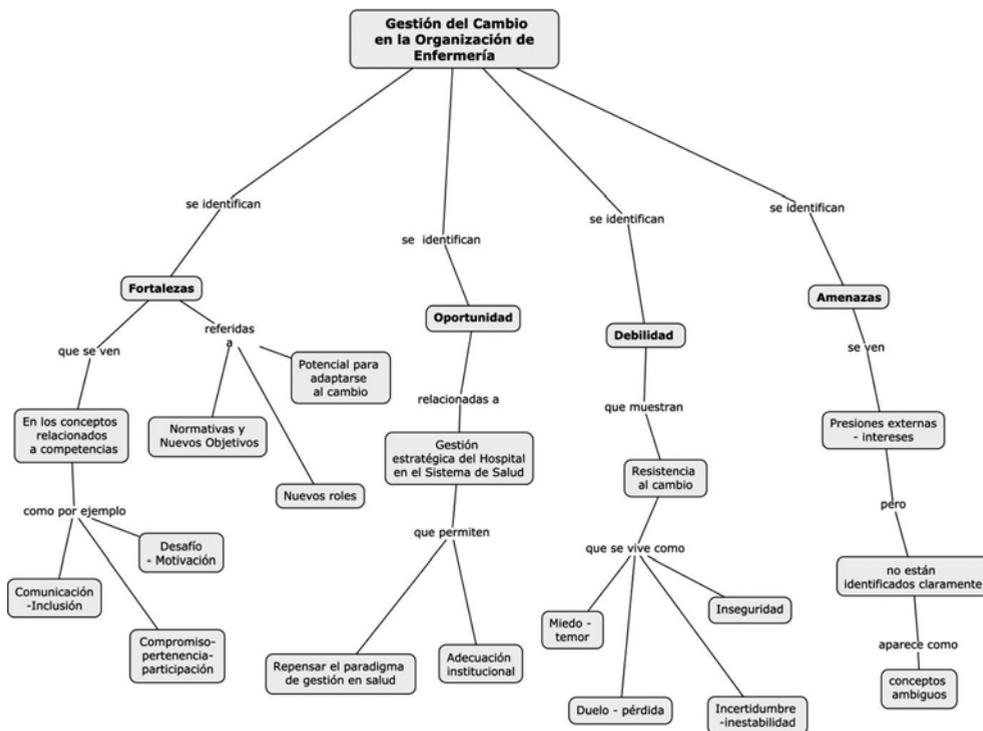
Esta estrategia de trabajo en talleres permite una primera aproximación a la percepción de incertidumbre, conflicto y retos, desde los propios actores de la transformación de la gestión.

En la figura 1 se resume en un mapa conceptual de síntesis, los principales conceptos que surgieron de los MC, recategorizados según FODA.

Conclusiones

Utilizar dinámicas colectivas para el trabajo de gestión estratégica de la enfermería hospitalaria es una herramienta que permite socializar, conocer la realidad y reflexionar sobre ella.

FIGURA 1. Mapa conceptual resumen de los conceptos sobre gestión del cambio en la organización de enfermería agrupados de acuerdo a análisis FODA.



Fuente: Elaboración propia

Los MC permiten la organización jerárquica de conceptos mediante un recurso gráfico que ilustra las relaciones entre ideas previas y las vincula con los componentes de significado que fueron acordados por el equipo de gestoras.

La sistematización de conceptos muestra los ejes claves para las gestoras, tales como las resistencias al cambio claramente identificadas (debilidades), así como las herramientas necesarias para enfrentarlo (fortalezas). Las oportunidades relacionadas a un escenario de planificación estratégica es un potencial a desarrollar en la gestión hospitalaria, ya que se cuenta con la identificación de los conceptos a profundizar, tales como paradigma de gestión y adecuación al entorno. La identificación de amenazas como ejercicio de lectura del entorno y de posibilidades competitivas tiene lecturas débiles y refiere a una mirada auto referenciada de la gestión del cambio. Investigar las propias prácticas de gestión enfermera favorece el conocimiento del desarrollo de los servicios y ayuda a redirigir los procesos de gestión de cambio organizacionales.

Referencias bibliográficas

- American Organization of Nurse Executives. (2015). *AONE Nurse Manager Competencies*. Autor. <https://www.aonl.org/system/files/media/file/2019/04/nurse-manager-competencies.pdf>
- Arboleda, G. (2014). Percepción de los gerentes acerca de la gestión del conocimiento en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad del Valle de Aburra, 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(2), 42-53.
- Balderas, M. (1995). *Administración de los servicios de enfermería*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Ballesteros, H., Verde, J., Costabel, M., Sangiovanni, R., Dutra, I., Rundie, D., Cavaleri, F. y Bazán, L. (2015). Análisis FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 5(2). <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/85>
- Conner, D. (1993). *Managing at the speed of change. How resilient managers succeed and prosper where others fail*. Villard Books.
- Fassio, A. (2018). Reflexiones acerca de la metodología cualitativa para el estudio de las organizaciones. *Revista Ciencias Administrativas*, 12, 73-84. <https://ideas.repec.org/a/lap/recadm/89.html>
- Facultad de Enfermería [Fenf]. (2016). *Plan de Estudios de la Licenciatura de Enfermería*. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2019/01/PdeE2016-modificaciones-CAG-noviembre-2017.pdf>
- García Cabrera, A. M., Álamo Vera, F. R. y García-Barba Hernández, F. (2011). Antecedentes de la resistencia al cambio: factores individuales y contextuales. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 14(4), 231-246.
- Llapa Rodríguez, E., Oliveira, C., De França, T., De Andrade, J., Pontes de Aguiar Campos, M. y Pinto da Silva, F. (2013). Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 12(31), 206-231. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300013&lng=es&tlng=es
- Novak, J. y Gowin, B. (1999). *Aprendiendo a aprender*. Martínez Roca.
- Pearson, A., Field, J., Jordan, Z., Jiménez, B. y Moral de Calatrava, P. (2008). *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud: Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Perea Vásquez, L. E y Rojas Torres, I. L. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36).
- Peres, A. M., Ezeagu, T. N. M., Sade, Meyenberg Cunha, P., Souza, Bahls de Souza, P. y Gómez-Torres, D. (2017). Mapeamento De Competências: Gaps Identificados Na Formação Gerencial Do Enfermeiro. *Texto y Contexto Enfermagem*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006250015>
- Robbins, S. y Judge, T. (2009). *Comportamiento organizacional*. (Trad. J. Enríquez Brito). Pearson Educación.
- Rodríguez, R. J. (2010). Herramientas informáticas para la representación del conocimiento. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 14(2), 217-232. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102010000200017&lng=en&tlng=es
- Rutz Porto, A. y Buss Thofehrn, M. (2015). El empoderamiento político de los enfermeros en la práctica hospitalaria. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 20-24. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100005>
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE Publications.
- Svaldi, J. S., Lunardi Filho, W. D., y Calcagno Gomes G. (2006). Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), 500-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300016>
- Tomey, A. M. (2001). Cultura y cambios organizativos. En A. M. Tomey, *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería* (pp. 281-308). Harcourt.
- Villar, H. (2012). *Gestión de Servicios de Salud*. Zona Editorial.
- Whenlan, J. (2012). When the business of nursing was the nursing business: the private duty registry system, 1900-1940. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(2), 6.

Conversaciones con Efrem Milanese: del humanismo secular de la Sorbona al chamanismo huichol

Conversations with Efrem Milanese: from the secular humanism of the Sorbonne to Huichol shamanism

Juan E. FERNÁNDEZ ROMAR

Palabras clave: Efrem Milanese, eco², tratamientos comunitarios de drogas.

Keywords: Efrem Milanese, eco², community drug treatment.

Resumen

En las dos primeras décadas del siglo XXI, la figura de Efrem Milanese ha crecido singularmente en América Latina como consultor internacional en cuestiones vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación y reducción de daño de las adicciones, así como a diversas situaciones de sufrimiento social. Sin embargo, sus aportes teóricos y formativos como docente y autor de numerosos libros trascienden los límites de América y llega a lugares muy diversos del este de Europa, Asia y África del Norte, dejando un legado interesante en todos.

Milanese reside actualmente cerca de Venecia (Italia), es doctor en Psicología por la Universidad René Descartes, París V, Ciencias Humanas-La Sorbona, psicoterapeuta con formación psicoanalítica y especialista en Consumos Problemáticos por la Universidad de Padua.

Una faceta menos conocida es su deriva a lo largo de varias décadas por la academia europea como testigo de numerosos procesos de desarrollo teóricos.

En esta conversación se procura registrar la riqueza de una época como estudiante de Lévi-Strauss, Lacan, Foucault, Morin, Ricoeur, Baudrillard y tantos otros, como practicante de la psiquiatría de sector y como coautor del metamodelo eco².

Abstract

In the first two decades of the 21st century, the figure of Efrem Milanese has grown uniquely in Latin America as an international consultant on issues related to the prevention, care, rehabilitation and harm reduction of addictions as well as various situations of social suffering. However, his theoretical and educational contributions as a teacher and author of numerous books transcends

the limits of America and reaches very diverse places in Eastern Europe, Asia and North Africa, leaving an interesting legacy in all of them.

Milanese, currently residing near Venice (Italy), is a Doctor of Psychology (René Descartes University, Paris V, Human Sciences-Sorbonne); psychotherapist with psychoanalytic training and specialist in Problematic Consumption from the University of Padua.

A less well-known facet is its drift over several decades by the European academy as a witness to numerous theoretical development processes.

In this conversation he tries to record the wealth of a time as a student of Levi-Strauss; Lacan; Foucault; Morin; Ricoeur, Baudrillard and many others, as a practitioner of sector psychiatry and as a co-author of the ECO^2 metamodel.

Datos del autor

Juan E. FERNÁNDEZ ROMAR

Profesor Titular de Facultad de Psicología - UdelaR

Doctor en Ciencias de la Salud

Magíster en Psicología Social

Entrevista

J: Efrem, ¿de dónde eres?

E: Nací en un pequeño pueblo de la parte norte de Italia, que se llama Bazzala, a unos cincuenta kilómetros de Venecia... Cuando yo nací tenía apenas 300 o 400 habitantes.

J: ¿Dónde estudiaste?x

E: Estudié en la Escuela Normal en Italia hasta la preparatoria y después me fui a estudiar a París, porque estaba buscando una universidad en donde la psicología no fuese cognitivo-comportamental y la Universidad de Padua¹ era casi específicamente de este tipo. No había allí muchas conexiones con otras disciplinas como la etnología..., la cual me interesaba.

La etnopsicología en particular me interesaba mucho, y en esos años (estamos hablando de 1972-1973) en París estaban trabajando Balandier,² Lévi-Strauss,³ Foucault,⁴ Lacan,⁵ entonces había esta posibilidad de decidir y había la posibilidad de cursar diferentes disciplinas o por lo menos de tener acceso a cursos especiales, a confe-

¹ La Universidad de Estudios de Padua (Università Degli Studi de Padova) es una de las más importantes de Italia y una de las más antiguas del mundo, fundada en 1222. Por sus aulas pasaron como docentes o estudiantes Nicolás Copérnico, Galileo Galilei, Andreas Vesalius, entre muchos otros. (Nota del editor)

² Georges Balandier, nacido en Haute-Saône (Francia) en 1920, es un etnólogo, antropólogo y sociólogo francés que se ha desempeñado como profesor emérito en La Sorbona (Universidad París Descartes) y también como director de estudios de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales y como colaborador del Centro de Estudios Africanos. (N. del E.)

³ Claude Lévi-Strauss nació en Bruselas (Bélgica) en 1908 y murió en París en 2009. Fue una de las mayores figuras de la antropología del siglo xx y el responsable de la introducción de un enfoque estructuralista en esta disciplina y, por extensión, en las demás ciencias sociales. Algunas de sus obras más relevantes son *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*; *Tristes trópicos*; *Las estructuras fundamentales del parentesco*; *El pensamiento salvaje y Mitológicas 1: Lo crudo y lo cocido*. (N. del E.)

⁴ Paul-Michel Foucault nació en Poitiers (Francia) en 1926 y falleció en París en 1984. Fue un pensador y teórico de difícil clasificación. Fue filósofo, psicólogo y también historiador y desarrolló una gran influencia en las ciencias sociales, especialmente por sus trabajos críticos sobre la sexualidad humana, la teoría del poder, y la relación entre conocimiento y discurso. Se desempeñó como profesor en numerosas universidades francesas y norteamericanas. Suele ser recordado su trabajo como catedrático de Historia de los sistemas de pensamiento en el Collège de France desde 1970 hasta su muerte. Algunas de sus obras más conocidas son: *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*; *Vigilar y castigar*; *Microfísica del poder y los tres volúmenes que conforman su Historia de la sexualidad: 1) La voluntad de saber; 2) El uso de los placeres, y 3) La inquietud de sí*. (N. del E.)

⁵ Jacques-Marie Émile Lacan nació en París y murió en esa misma ciudad en 1981. Fue un médico psiquiatra y psicoanalista que logró un gran reconocimiento por su relectura de la obra de Sigmund Freud a la luz del estructuralismo, la lingüística, la matemática y la filosofía. (N. del E.)

rencias con esas personas. Estaba también Jean Baudrillard,⁶ Pierre-Félix Bourdieu.⁷ Fue la época de oro de Francia después de la guerra..., por eso me fui y comencé a estudiar Psicología en el Instituto de Psicología de París V,⁸ Ciencias Humanas-La Sorbona, ahí en la Rue Serpente al 28. Así se inició mi carrera.

J: ¿Te graduaste como psicólogo?

E: Sí, me gradué como psicólogo, hice mi especialidad como tal y después comencé a preparar mi doctorado.

J: ¿En Italia ya estaba Franco Basaglia⁹ haciendo la reforma de la salud mental?

E: Sí, ya estaba trabajando. Se daba un hecho curioso, cuando yo hice mi internado para la especialidad en un *hospital de sector*¹⁰ de una pequeña localidad cerca de París que se llama Moisselles, los colegas, psicólogos y psiquiatras me preguntaban: «¿Y tú qué haces aquí teniendo a Basaglia a cincuenta kilómetros de donde vives en Italia?». Extraño, ¿no? Es que me interesaba toda la carrera de psicología. Yo sabía que existía el trabajo de Franco Basaglia, pero me interesaba tener una perspectiva global diferente..., no solo desde el punto de vista de la psiquiatría de Basaglia.

⁶ Jean Baudrillard nació en Reims (Francia) en 1929 y murió en París en 2007. Fue un filósofo, sociólogo y crítico de la cultura contemporánea y muy especialmente de la cultura francesa contemporánea. Su trabajo se relaciona con el análisis de la posmodernidad y la filosofía del posestructuralismo. (N. del E.)

⁷ Pierre-Félix Bourdieu nació en 1930 en el seno de una familia campesina de una aldea de Bearne, en los Pirineos atlánticos y falleció en París en 2002. Fue uno de los sociólogos más importantes del siglo xx, y su obra se caracterizó principalmente por sus estudios de los mecanismos de reproducción de las jerarquías sociales. (N. del E.)

⁸ La Universidad de París V René Descartes está especializada en las ciencias humanas y de la salud. Fue creada en el siglo xviii por Luis XV con la inauguración de la Facultad de Medicina. En 1971, a raíz de una reforma universitaria, adquirió un carácter multidisciplinar a partir de cuatro antiguas facultades: medicina, farmacia, letras y ciencias humanas. Posteriormente se integraron el Instituto Universitario de Tecnología, la Unidad de Formación y de Investigación de Ciencias y Técnicas de las Actividades Psíquicas y Deportivas (STAPS). (N. del E.)

⁹ Franco Basaglia nació en Venecia (Italia) en 1924 y murió en esa misma ciudad en 1980. Fue un reconocido psiquiatra que denunció públicamente las condiciones inhumanas en que se encontraban los manicomios de su país. Lideró un movimiento en salud mental que logró la clausura de los hospitales psiquiátricos italianos en 1978. Además, fue el principal promotor de la Ley 180, que prohibió en Italia la internación de personas en contra de su voluntad y fundó el movimiento Psiquiatría Democrática. (N. del E.)

¹⁰ En la posguerra francesa, el gobierno revisó la situación de la atención psiquiátrica del país e introdujo una política psiquiátrica novedosa denominada «psiquiatría de sector». Se basaba en la organización de la asistencia a la salud mental en sectores geográficamente determinados. Cada sector cubría unos setenta mil habitantes, y en él trabajaba un único equipo de profesionales disponiendo de diversos centros asistenciales. El trabajo de este equipo de salud mental apuntaba tanto a la promoción de la salud mental como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la población enmarcada en su área de cobertura. (N. del E.)

J: Era la época de la denominada *psiquiatría de sector* en el que se desarrollaron fuertes cuestionamientos a la institución psiquiátrica.

E: Sí, sí eran cuestionamientos muy fuertes, aunque no tan violentos como los de la antipsiquiatría inglesa ni tan revolucionarios como los de Basaglia. La institución psiquiátrica en Francia era fuertísima en esa época. Pero fue también una época de seres iluminados como Bergeret¹¹ o el propio Lacan..., y esa misma institución fue profundamente cuestionada generando así la *psiquiatría de sector*.

J: Fue un momento de un cuestionamiento tan integral de la práctica psiquiátrica que permitió discutir las relaciones de poder, las relaciones jerárquicas dentro del sistema de salud, la naturaleza de la enfermedad mental y también las prácticas represivas de la psiquiatría...

E: Era eso..., seguramente lo que tú dices..., y era también el utilizar a la psiquiatría como metáfora de la represión social..., y a la locura como metáfora de la sociedad en un profundo cuestionamiento del poder que había empezado con el Mayo del 68 y con los años precedentes que habían preparado esa manifestación. El tema central era el poder y el ALBEDRÍO de su ejercicio.

J: ¿En dónde te encontró el 68?

E: Estaba en Italia, en la preparatoria.

J: ¿En Italia las protestas llegaron con algo de retraso?

E: Llegaron con un par de años de retraso. Pero fue muy violento..., muy violento. Lo que no sucedió en Francia sucedió en Italia con el nacimiento de las Brigadas Rojas¹² y fue un desastre. Para Italia fue un desastre porque empujó a todo el país en una dirección que no era la que se quería. Fue como si la democracia se hubiese detenido.

J: ¿Conociste a Toni Negri?

E: No, Toni Negri¹³ trabajaba como docente en la Universidad de Padua. Creo

¹¹ Jean Bergeret nació en Oullins en 1923. Es un médico y psicoanalista francés autor de *Personalidad normal y patológica*, entre muchas otras obras. (N. del E.)

¹² Las Brigadas Rojas (Brigate Rosse) conformaron una organización revolucionaria de acción directa e inspiración marxista-leninista fundada en 1969 que proponía la lucha armada y una postura insurreccional frente a las políticas reformistas del Partido Comunista Italiano. Paulatinamente incurrieron en prácticas terroristas que determinaron el alejamiento de muchos de sus simpatizantes. (N. del E.)

¹³ Antonio Toni Negri nació en Padua en 1933. Es un filósofo posmarxista italiano coautor de un importante ensayo titulado *Imperio*. A fines de los años setenta se lo acusó de ser miembro de las Brigadas Rojas y de estar involucrado en el asesinato del primer ministro italiano Aldo Moro. Negri escapó a Francia donde fue protegido por las leyes de ese país y se ganó una plaza como profesor en la Université de Vincennes y en el Collège International de Philosophie junto con Michel Foucault y Gilles Deleuze. En 1997 logró una reducción de su condena en Italia y retornó a su país para cumplirla. (N. del E.)

haberlo cruzado en París, porque después él tuvo que irse, tuvo que dejar Padua. Creo habérmelo cruzado en París porque mi facultad y donde él enseñaba estaban a doscientos o trescientos metros de distancia, pero nunca tuvimos contacto.

J: ¿Cuáles fueron los maestros que te marcaron? Recién mencionaste a Lévi-Strauss...

E: No, Lévi-Strauss no fue mi maestro directamente, pero fue un gran maestro. Él trabajaba en el *Collège de France*.¹⁴ Todas las veces que quería iba a escuchar a Lévi-Strauss. Otro fue Foucault, gran maestro de pensamiento, mas no con la misma contundencia y fuerza que Lévi-Strauss.

Para mí, Lévi-Strauss fue en Europa uno de los más grandes pensadores del siglo xx, como lo fue Habermas¹⁵ o Heidegger¹⁶..., de ese nivel, un grandísimo pensador.

Cuando él murió yo estaba dando una conferencia en Querétaro, México..., y ese mismo día me enteré por un fax que mandó mi esposa: «Ha muerto uno de los maestros: Lévi-Strauss». Me llegó el mensaje media hora antes de que yo empezara a dar mi conferencia y... le hice un homenaje allí..., delante de todos.

J: Afortunadamente fue muy longevo. Murió con más de cien años.

E: Mas en los últimos años su mente se había ido totalmente. Su mente se había ido. Estaba su cuerpo, mas no estaba su mente.

J: ¿Por qué te aportó tanto? Tú estabas estudiando justo en un momento en que se estaba cuestionando el estructuralismo y también la perspectiva de Lévi-Strauss. No era precisamente su apogeo.

E: Bueno, por suerte tuve la oportunidad de leer sus obras en francés, de escuchar sus comentarios, los comentarios de sus alumnos y también de la gente que se había formado con él. Fue alguien extraordinario porque en su planteo estructural de las cosas previó la existencia de un grupo étnico que tenía una posición determinada en el sentido de la prohibición del incesto, y efectivamente ese grupo fue descubierto tiempo después en Australia. Fue algo extraordinario.

¹⁴ Collège de France (Colegio de Francia) es una de las instituciones educativas de mayor reputación de ese país; está ubicada en la rue des Écoles en el V Distrito de París y actualmente se encuentra dividida en diferentes departamentos: ciencias físicas; naturales; históricas; etcétera. Sus disertaciones han estado históricamente abiertas a todo público, salvo en el caso de seminarios o ciertos estudios avanzados. Su profesorado está integrado por los mejores especialistas de cada área y cada año enfrentan la responsabilidad de dar un curso nuevo e inédito. (N. del E.)

¹⁵ Jürgen Habermas nació en Düsseldorf (Alemania) en 1929. Es un filósofo y sociólogo que logró un gran reconocimiento por sus trabajos sobre la teoría de la acción comunicativa y la democracia deliberativa. Autor de *Conocimiento e interés*, entre otras obras. (N. del E.)

¹⁶ Martin Heidegger nació en Messkirch, Baden-Wurtemberg (Alemania) en 1889 y murió en Friburgo de Brisgovia, Baden-Wurtemberg en 1976. Fue un filósofo alemán que desarrolló una filosofía existencialista que consideraba al ser humano como un proyecto, como una entidad en permanente construcción. Autor de *Ser y tiempo*, entre muchas otras obras. (N. del E.)

J: ¿Te referes a la época en que estudiaba las relaciones elementales de parentesco?

E: Sí, de parentesco... con su construcción estructural. Fue un visionario y al mismo tiempo produjo un modelo... que como todo modelo de pensamiento es limitado y —claro está— en un cierto punto entra en crisis y debe ser discutido. De la misma manera que nosotros no ponemos en discusión el teorema de Euclides, dado que funciona en un sistema espacio-temporal determinado, también podemos aceptar las propuestas teóricas Lévi-Strauss... Sabemos que ahora existen muchísimas otras geometrías, pero el teorema de Euclides sigue válido en su contexto. Lo mismo ocurre con Lévi-Strauss. Está bien que lo hayan discutido en su sistema, pero sigue siendo un piedra fundamental en la historia del pensamiento humano.

Yo utilicé las perspectivas de Lévi-Strauss cuando hice mi investigación para el doctorado en México con los huicholes. Me ayudó a entender el orden implícito que hay en una mitología, en los rituales, en las costumbres. Me ayudó muchísimo.

J: ¿Y Mircea Eliade te interesó por entonces?

E: Fui un estudioso de Mircea Eliade.¹⁷ Tuvo unas intuiciones fantásticas con sus hierofanías,¹⁸ cratofanías y todo eso. Pero para mí no era bastante ordenado. Yo tengo una mente un poco francesa, ordenada, clásica. Él era un gran poeta. Su obra sobre el chamanismo es una obra —como dicen los gringos— seminal. Es decir, el inicio de una manera de pensar la cultura.

Comencé a utilizar a Lévi-Strauss para el análisis de los mitos por otra persona que tuve la oportunidad de conocer en París; él era director de un departamento en el Centro Nacional para la Investigación Científica de Francia (CNRS),¹⁹ su nombre es Greimas,²⁰ y se le reconoce por haber hecho un análisis estructural de los textos de un modo original..., esa fue una invención de Greimas y a partir de él muchos otros autores la utilizaron.

J: ¿Por qué ubicas a Foucault un peldaño más abajo que los otros?

E: Lo ubico un peldaño más abajo porque no es bastante riguroso en el método. Era sí, muy creativo... muy creativo, pero a veces les hacía decir a los textos cosas

¹⁷ Mircea Eliade fue un filósofo, historiador de las religiones y novelista rumano nacido en Bucarest en 1907. Hablaba y escribía correctamente rumano, francés, alemán, italiano e inglés, aunque también podía leer griego, persa, hebreo y sánscrito. Murió en Chicago (Estados Unidos) en 1986. (N. del E.)

¹⁸ *Hierofanías*: Acto de manifestación de lo sagrado. *Cratofanía*: Manifestación de fuerzas potentes y ocultas. Conceptos desarrollados por Eliade. (N. del E.)

¹⁹ Centro Nacional para la Investigación Científica de Francia (Centre National de la Recherche Scientifique) equivalente a la CSIC de numerosos países. (N. del E.)

²⁰ Algirdas Julien Greimas (Tula, Rusia, 1917- París, 1992) fue un lingüista de origen lituano nacido en la Rusia revolucionaria, que fundó una semiótica estructural inspirada en Ferdinand de Saussure y desarrolló un análisis de los mitos de su país iniciando un original diálogo intelectual con Lévi-Strauss, Georges Dumézil y Marcel Detienne. (N. del E.)

que no estaban ahí. Y eso Lévi-Strauss no lo hizo nunca... Era mucho más riguroso en su formación.

Lévi-Strauss retoma la tradición de Lévy-Bruhl²¹ y de los grandes etnólogos y antropólogos franceses, mientras que Foucault es más un filósofo..., filósofo de la historia, filósofo de la ciencia. Y para mí, Foucault está un poco más lejos del texto de lo que efectivamente dice... No obstante, su análisis crítico de la historia de la locura y de la sexualidad en particular lo vuelve el iniciador de una escuela.

J: Me llama la atención que, habiendo estudiado con Foucault, a la hora de la conformación del metamodelo ECO² hayan recuperado ideas de Moscovici²² sobre representaciones sociales y minorías activas y no hayan incorporado efectivamente el estudio de los saberes, los discursos y los poderes. Más teniendo en cuenta que Moscovici le encontró un gran flanco débil a la propuesta foucaultiana del poder, porque no daba cuenta de la incidencia de las minorías activas, no daba cuenta de la influencia de determinadas minorías que no ejercen el poder...

E: Quiero precisar que Foucault no fue mi maestro directo. Yo asistí a sus seminarios en diferentes ocasiones. Él no daba clases en el Instituto de Psicología René Descartes de París, pero ahí estaba.

Otro gran maestro que me influyó y que daba clases en Nanterre, en París V, era Paul Ricoeur,²³ otro grande de la filosofía francesa. Sus dos libros sobre el psicoanálisis me impactaron profundamente y fueron los textos que me orientaron a comenzar una formación psicoanalítica, a iniciar un análisis personal y mi entrenamiento como psicoanalista. Él tuvo un impacto muy fuerte.

J: ¿También fuiste alumno de Morin?²⁴

E: Yo conocí a Morin, fui a algunos de sus seminarios que dio en París V. Más de una vez vino a hablar sobre su teoría de la complejidad.

²¹ Lucien Lévy-Bruhl nació en París en 1857 y falleció en esa misma ciudad en 1939. Fue un antropólogo y sociólogo que desarrolló numerosos estudios sobre las mentalidades de los pueblos considerados primitivos. Escribió *La mitología primitiva* (1935) y *La experiencia mística y los símbolos de los primitivos* (1938), entre otros. (N. del E.)

²² Serge Moscovici es un psicólogo nacionalizado francés, aunque nacido en Brăila (Rumania) en 1925. Ha sido director del Laboratorio Europeo de Psicología Social (Laboratoire Européen de Psychologie Sociale); co-fundador en los años setenta de la Maison des sciences de l'homme de París; miembro de la Academia Europea de Ciencias y Artes, así como de la Academia Rusa de Ciencias y miembro honorario de la Academia Húngara de Ciencias. (N. del E.)

²³ Paul Ricoeur (Valence, 1913-Châtenay-Malabry, 2005) fue un filósofo y antropólogo francés reconocido por su propuesta de conciliación epistemológica entre la descripción fenomenológica y la interpretación hermenéutica. Autor de los libros *En torno al psicoanálisis*; *Metáfora viva* y *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*, entre muchos otros. (N. del E.)

²⁴ Edgar Nahum Morin es un filósofo y sociólogo francés nacido en París en 1921 y uno de los referentes mundiales más significativos en teorías de la complejidad y pensamiento complejo. Autor de *El método* y *La inteligencia de la complejidad*, entre otros. (N. del E.)

En eso yo veo una cercanía entre Foucault y Morin. Ambos tienen un pensamiento muy complejo. Morin tiene la ventaja de haberlo sistematizado, de haber dedicado diez años de su vida a escribir *El método*, y eso le da un estatus y una posición única entre los pensadores franceses. Otros que tienen un pensamiento más libre, como Baudrillard, se han inspirado mucho en los resultados de las investigaciones de Morin.

J: ¿A Lacan lo conociste?

E: A Lacan lo conocí. Fui una vez a escucharlo cuando estaba dando un seminario, no recuerdo cuál..., si era el tercero o el cuarto. Fui con algunos colegas porque en el instituto teníamos grupos de estudio y ellos hablaban muchísimo de Lacan. Entonces un día me dijeron, por qué no vienes a escuchar a Lacan.

Llegamos, éramos seis o siete, él estaba dando el seminario en un anfiteatro que debía tener, no sé, doscientas plazas, una cosa así. Y debía de haber unos seiscientos alumnos adentro. No lograban entrar todos, estaban sentados por todas partes. Cuando logramos entrar, llegamos tarde. La gente se estaba riendo a carcajadas y yo no entendía por qué... Preguntamos si era una broma que él había hecho, pero no nos sabían explicar. Entonces, estuvimos escuchando un poco y no entendí nada..., debo de admitirlo, no entendí nada, absolutamente nada. Y la cosa no me interesó.

Fue recién unos diez años después que, a través de mi esposa —que ella sí es lacaniana—, comencé a tomar en mis manos los libros de Lacan. Comencé con una conferencia que él había dado, y que fue publicada en un librito sobre la televisión.²⁵ Esa fue la primera cosa que yo leí toda entera de Lacan. No entendí mucho pero me sedujo. Me dije, aquí hay una mirada diferente, totalmente diferente. Este hombre se ubica en un punto de vista totalmente diferente. Es profundamente freudiano y al mismo tiempo ve a Freud a partir de una mirada distinta.

J: ¿Castoriadis²⁶ no te interesó?

E: Me interesó, leí un solo libro de él, pero me interesó. Mi director de tesis era un alumno directo de Castoriadis. Mi director de tesis se llamaba Ibrahim Sow,²⁷ era de la de Costa de Marfil, un afrodescendiente de un metro noventa, psiquiatra, etnopsiquiatra..., con publicaciones en ese campo de conocimiento. Me introdujo

²⁵ Se refiere a *Télévision*; de Editions du Seuil, París, 1974. En Sudamérica, a este texto se lo conoció compilado por editorial Anagrama junto con otro texto de 1970 titulado *Radiophonie*, bajo el título de *Psicoanálisis. Radiofonía y televisión*, con notas de Oscar Masotta y Orlando Gimeno-Grendi. (N. del E.)

²⁶ Cornelius Castoriadis (Estambul, 1922-París, 1997) fue un filósofo y psicoanalista que desarrolló importantes teorías sobre la *autonomía política* y la función creadora de la imaginación. Fundó en los años cuarenta el grupo político Socialismo o Barbarie y una famosa revista con el mismo nombre. (N. del E.)

²⁷ Sorbonne Ibrahim Sow es autor de *Psychiatrie dynamique africaine* y de *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*. (N. del E.)

a los trabajos de Devereux²⁸ y de algunos de sus alumnos, como Tobie Nathan.²⁹

J: ¿Y tu tesis de doctorado sobre qué versaba?

E: En esa época existían tres niveles de doctorado. El doctorado de tercer ciclo, el doctorado universitario y el doctorado de Estado. Yo comencé como doctorado de tercer ciclo y terminé como doctorado único que es como doctorado universitario. Cuando mi director de tesis vio el tamaño de la investigación que yo había hecho en México con los huicholes³⁰..., cuando vio la cantidad de documentos que yo había recogido, sobre todo eso..., le propuso al director de la facultad hacer un cambio desde el tercer ciclo a otro tipo de doctorado que se llamó el doctorado único; y el cambio fue aceptado. No somos muchos los que tenemos ese tipo de doctorado. Mi tesis era sobre el consumo ritual del peyote entre los huicholes de México.

J: ¿Y fuiste allí inspirado por Artaud³¹ y su experiencia con los tarahumaras?

E: No, yo leí a Artaud después. Fue Sow, mi director de tesis, el que me introdujo a su lectura. Él era en esa época director del Instituto de Psicopatología Experimental de París V-Sorbona, y estaba muy interesado en el estudio de sustancias psicoactivas en contextos culturales.

J: ¿De qué año estamos hablando?

E: Estamos hablando del...78. Yo preparé mi proyecto de investigación en los años 77 y 78...

J: Pleno *boom* de Castaneda.³²

²⁸ Georges Devereux nació en Lugos (Rumania) y murió en París en 1985. Fue un psicoanalista y etnólogo de ascendencia húngara, promotor del etnopsicoanálisis. Autor de un libro muy citado en las ciencias sociales y en la psicología en particular: *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. (N. del E.)

²⁹ Tobie Nathan nació en Egipto en 1948 y llegó a ser uno de los representantes más conocidos de la etnopsiquiatría francesa. En 1978 fundó la revista *Ethnopsychiatria* junto a Georges Devereux. Actualmente es profesor de psicología en la Universidad de París VIII, diplomático y escritor. (N. del E.)

³⁰ Los huicholes habitan el oeste central de México, principalmente en los estados de Jalisco, Nayarit, Durango y Zacatecas. Practican una religión chamánica. (N. del E.)

³¹ Antonin Artaud (Marsella, 1896- París, 1948) fue un poeta, dramaturgo, novelista, ensayista, actor y director francés. En 1936 viajó a México para convivir con los tarahumaras, pueblo indígena que usaba ritualmente el peyote. (N. del E.)

³² Carlos César Salvador Arana Castañeda, más conocido como Carlos Castaneda, nació en Cajamarca (Perú) en 1925 y murió en Los Ángeles en 1998. Fue un antropólogo y escritor nacionalizado estadounidense, autor de una saga en la que narra su encuentro con un chamán tolteca mexicano al que llama don Juan, que lo inicia en el mundo de la brujería ancestral y el uso de sustancias visionarias. Autor de *Las enseñanzas de Don Juan*; *Una realidad aparte*; *El don del águila*; y *El lado activo del infinito*, entre otros. (N. del E.)

E: Es cierto, pleno *boom* de Castaneda. Yo ya había leído el primer libro de Castaneda y lo había encontrado muy interesante. Y cuando fui a México para iniciar mi investigación me había llevado el segundo.

Después de mi primera visita a los huicholes —que duró cuatro meses— cesó totalmente mi interés por Castaneda. Porque teniendo contacto con las fuentes directas de eso dije: «ok..., entiendo la diferencia entre lo que es una novela y lo que es realmente ese universo».

Para mí es válido contarlo como lo contó Castaneda en una serie de novelas que han tenido un éxito mundial. Pero la antropología, la etnología, la etnopsicología son otras cosas. Tiene más dignidad contarlo sin hacer un mito sobre un mito.

J: Sí, además, todo parece indicar que don Juan ni siquiera existió. Después de su muerte su exesposa reveló algunas cuestiones claves acerca de cómo construyó ese personaje mítico basándose en un personaje real, pero que luego ficcionó... Estábamos en que te instalaste a vivir con huicholes en el 78 para experimentar con el peyote...

E: Primero para vivir con ellos...

J: ¿Etnografía?

E: Etnografía pura.

J: ¿Diario de campo?

E: Diario de campo y dibujo. Cámara no se podía utilizar, estaba prohibido. Yo tenía una e hice algunas fotos, pero solo del clan familiar con el cual vivía.

J: ¿Tú les pagabas para vivir con ellos?

E: No, yo trabajaba con ellos.

J: ¿Trabajabas con ellos?

E: Sí. Mi familia era y es una familia campesina. Yo sabía hacer algunas cosas que los huicholes no sabían y tenía algunos conocimientos sobre la cría de los animales. Por ejemplo, en cómo hacer nacer los becerros y esas cosas. Ellos no tenían esa competencia. Cuando una vaca no podía parir, la vaca se moría y después ellos la comían. Se comían también el becerro que estaba adentro de la vaca.

Mi papá me enseñó cómo hacer nacer los becerros que vienen de lado cuando no es un parto normal, como darle vuelta al feto para que nazca...Y eso fue lo que me permitió vivir con ellos efectivamente.

Ellos tenían una tecnología para el cultivo de ciertas cosas, pero el cultivo de hortalizas no se realiza como el del maíz. Yo sabía algunas cosas. Hice un sistema de riego muy artesanal, pero que funcionaba. Y así fui viviendo con ellos... Iba a cazar con ellos..., vivía con ellos.

Me pasaba largas temporadas y después regresaba a Guadalajara donde tenía amigos. A partir de 1981 fui profesor en la Universidad de Guadalajara, pero ahí enseñaba quince días y luego me quedaba dos meses en la sierra con los huicholes. O bien, enseñaba una semana y luego me iba meses a la sierra, una cosa así. Mientras tanto hacía mi trabajo de tesis. Fueron cuatro años de investigación. Inicialmente estaba planeada para ser realizada en seis meses, pero me quedé cuatro años. Hice trabajo de campo desde el 78 hasta el 81 y comencé a escribir la tesis justamente en el 81. Presenté la primera edición de los primeros capítulos en el 82 y la versión completa —mas no el final de la tesis— en el 83. Finalmente la discutí en el 84. Fue algo que me impresionó mucho porque yo no estaba acostumbrado, nunca había asistido a presentaciones de tesis en la universidad, y a ellos les gusta mucho el ritual. Entonces, ahí estaba con esas salas muy decoradas, con los profesores ahí arriba y toda la gente..., los estudiantes que escuchan. Fue una bonita experiencia.

J: ¿La tienes publicada?

E: No, no. Nunca tuve tiempo de reescribirla; porque para publicar hay que reescribir, dado que el formato de presentación de tesis en la Sorbona tiene que seguir un cierto modelo que no es el más adecuado para una publicación. Quizás hubiese tenido el tiempo para reescribirla si me hubiese quedado, pero después de la presentación volví a México donde trabajé algunos años más, y ya no encontré tiempo para eso.

J: ¿Por esa vía llegas a la problemática de la droga?

E: No, yo me inicié en la problemática de la droga prácticamente desde el comienzo, cuando llegué a París ya que tuve un contacto con un grupo que trabajaba con Olievenstein,³³ así fue que entré en ese mundo. Yo iba cuando tenía tiempo. Olievenstein fue mi maestro en el área de drogas, eso lo reconozco. Él no daba clases donde yo estudiaba, pero yo participaba en ese grupo que se encargaba de recibir a farmacodependientes, los cuales podían ser derivados a Marmottan, donde Olievenstein tenía su centro. Esa fue mi entrada al mundo de la droga. Mi primer paciente es de 1973.

J: ¿Qué usos problemáticos presentaba?

E: Yo todavía no era psicólogo. Él era consumidor de marihuana, sencillamente...

J: ¿Y era considerado como problemático?

E: Era considerado como consumidor problemático. Lo sería también para los

³³ Claude Olievenstein nació en Berlín en 1933 y murió en París en 2008. Fue un célebre psiquiatra que se especializó en el tratamiento de las adicciones, a las que por entonces llamaban toxicomanías. En 1971 fundó el Centro Médico de Marmottan, que oficiaba como refugio, asesoramiento y atención para adictos. En 1987 fue nombrado profesor asociado de Antropología en la Universidad de Lyon. (N. del E.)

criterios actuales. Ese muchacho lo era. Vivía de eso, solamente de eso, y... vivía solamente para eso. Yo lo llamo «paciente» porque fue muy paciente conmigo y me enseñó muchas cosas. Después hacíamos lo que el responsable de ese equipo indicaba. Así comenzó mi historia en el estudio del uso de drogas en contextos culturales. El interés vino de allí.

J: Sin embargo, estamos hablando de una época marcada por la psicodelia..., la época del *Swinging London*³⁴ en Inglaterra...

E: Bueno, ese muchacho utilizaba también ácidos, y fue una coincidencia porque para pagarme la universidad yo trabajaba en una pizzería italiana... Fue una coincidencia porque después de haberlo conocido en ese contexto lo traté también porque venía algunas veces en la pizzería. Y el impacto era totalmente diferente. Cuando venía a la pizzería como cliente era una persona absolutamente normal, venía con amigos, etcétera..., y cuando iba al grupo estaba totalmente destruido...

J: Asumía su papel de adicto.

E: Sí, asumía su papel, como si tuviera dos papeles en su vida. Yo estaba deslumbrado y en cierto momento le pregunté: «Pero ¿cómo es esto?...», y él me contestó: «Desde las diez de la mañana hasta la cinco de la tarde yo estoy bien, pero después en la noche ya estoy hecho un desastre. Después de las seis es mejor ni mirarme, me deshago, me diluyo adentro de ese mundo». Claro, yo lo veía en el grupo la mayoría de las veces en la noche.

J: Efrem, espera un poco. Hay algo que no entendí. Tú estudiaste psicología, estabas interesado en el psicoanálisis, tenías tu propio cuestionamiento a la línea cognitivo-comportamental..., ¿cuál era tu perspectiva?

E: Yo egreso como psicólogo clínico.

J: ¿Psicoanalítico?

E: En esa época todavía no tenía un perfil psicoanalítico. En París conocí psicoanalistas y tuve contacto con personas que trabajaban con Anzieu³⁵... La temática de los grupos me interesó mucho. Un par de veces lo escuché a él también y me interesó muchísimo, pero no tenía tiempo para dedicarme a esas cuestiones.

Yo llego al psicoanálisis ya estando en México; allí empiezo mi primer análisis personal. Esa experiencia dura muy poco porque mi analista se cambia poco tiempo después de ciudad, pero me abre al mundo del psicoanálisis.

Tiempo después yo regreso a hacer mi psicoanálisis individual y después un

³⁴ Fenómeno londinense pautado por una revolución cultural juvenil desenfadada y hedonista. (N. del E.)

³⁵ Didier Anzieu fue un psicoanalista francés nacido en Melun en 1923 y fallecido en 1999 en París. Conocido principalmente por sus estudios sobre el autoanálisis de Freud y sus teorías acerca de las dinámicas grupales. (N. del E.)

psicoanálisis de grupo cuando estoy en Italia. Como puedes ver, mi acceso al psicoanálisis fue más tardío.

En el 72, antes de ir a París yo fui a Londres con la intención de estudiar matemática. En verdad estudié un poco de matemática, pero me interesé especialmente en una escuela de psicología de la cual me habían hablado mucho..., la Tavistock.³⁶ Resultó muy cara para mis posibilidades, pero igual asistí a todas las conferencias que pude.

J: Ah, y ahí conociste a Hinshelwood³⁷...

E: Sí, pero a Hinshelwood lo conocí después en 1974 o 1975, no me acuerdo bien. Fue en una conferencia que tuve la posibilidad de conocerlo y eso también me abrió otro panorama. Entonces, un poco Didier Anzieu en París, un poco Hinshelwood en Inglaterra me empujaron a comenzar a pensar de otro modo. Leí algunos trabajos de Hinshelwood sobre comunidad terapéutica que también me interesaron, orientando mi interés hacia ese tema. Luego Maxwell Jones³⁸ y Tom Main³⁹ me condujeron a Bion⁴⁰ y a los grupos, entonces las cosas empezaron a cruzarse.

J: Me quedó algo colgado de lo que te quería preguntar: ¿las críticas esquizoanalíticas de Deleuze y Guattari⁴¹ no te llamaron la atención?

E: Las leí, pero, honestamente, debo de admitir que yo no las entendía porque no

³⁶ La famosa Clínica de la plaza Tavistock de Londres fue fundada originalmente en 1920 bajo la dirección del departamento de guerra psicológica del ejército británico (más tarde, en 1947, a partir de donaciones privadas se reformula el Instituto Tavistock tal como existe hoy en día). En ella, John Rickman (1891-1951) y Wilfred R. Bion (1897-1979) desarrollaron unas novedosas y originales técnicas de *psicoterapia de grupo*. Actualmente la clínica Tavistock se ha fusionado con la clínica Portman pasándose a llamarse The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. (N. del E.)

³⁷ Robert D. Hinshelwood es actualmente profesor de Estudios Psicoanalíticos de la Universidad de Essex en Inglaterra. Ha escrito numerosos libros y artículos sobre el psicoanálisis, así como sobre su historia, revelando un marcado interés en la temática de las dinámicas grupales. (N. del E.)

³⁸ Maxwell Jones (1907-1990) fue uno de los mayores responsables mundiales de la difusión del dispositivo de la comunidad terapéutica, tanto en Europa como en el resto del mundo durante los años sesenta, incorporando programas de terapias grupales, psicodrama y diferentes modos de intervención psicológica. (N. del E.)

³⁹ Thomas Main (1911-1990) fue un psiquiatra y psicoanalista británico que acuñó el término 'comunidad terapéutica' a la que definió como «una comunidad con el propósito inmediato de crear la máxima participación en la vida diaria de la institución. Su fin último es la socialización del individuo neurótico en la subsociedad hospitalaria». (N. del E.)

⁴⁰ Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979) fue un médico y psicoanalista británico que desarrolló una teoría de raigambre psicoanalítica de las dinámicas grupales. (N. del E.)

⁴¹ Gilles Deleuze (1925-1995) y Félix Guattari (1930-1992) fueron dos filósofos franceses que escribieron conjuntamente varias obras, como *El Anti-Edipo* y *Mil mesetas*. *Capitalismo y esquizofrenia*, donde en forma original y ecléctica conjugaban economía, psicología e historia para explicar los modos de organización social y las dinámicas sociales en el capitalismo. Desarrollaron una teoría denominada *esquizoanálisis* contrapuesta al psicoanálisis. (N. del E.)

tenía bastante cultura para entenderlas. Tiempo después leí de nuevo a Deleuze sobre todo, y es un pensador que respeto mucho.

J: ¿Tú estabas solo en esa época o hacías esos viajes en pareja?

E: No, ahí estaba solo. Yo comencé mi vida de pareja en 1981 cuando me casé.

J: ¿Con tu actual pareja?

E: Con Brigitte Laffay, mi actual pareja que es psicoanalista lacaniana.

J: ¿Ya lo era en aquel entonces?

E: No, no lo era, tenía una orientación de psicología clínica propiamente dicha, esa fue su época kleiniana..., empezó por Klein.⁴²

J: ¿Una francesa kleiniana... siguiendo una escuela británica..., casi una traidora? (Risas)

E: Sí..., pero después se reorientó hacia el psicoanálisis lacaniano.

J: Pero tú mantuviste siempre una distancia crítica con esa modalidad de psicoanálisis, porque tomaste exactamente para el camino más opuesto..., el del compromiso social. El lacanismo ha tenido siempre esa impronta casi elitista de aristocracia intelectual...

E: Hay aspectos del lacanismo que no me gustan porque son interpretados como si se tratase de una secta. Sin embargo, los psicoanalistas lacanianos que yo conocí, la mayoría de ellos no son sectarios, pero la escuela lacaniana me parece un poco sectaria. Desde el punto de vista del comentario que tú haces, yo creo que el psicoanálisis practicado por los psicoanalistas lacanianos que yo conozco es un psicoanálisis mucho menos elitista que el psicoanálisis clásico en el cual yo realicé mi formación. Yo tengo una formación freudiana, mis formadores fueron de la Sociedad Psicoanalítica Internacional, entonces, aunque yo no haya seguido la escuela como Dios manda, esa fue la orientación que yo tuve.

Porque, por ejemplo, muchos de los psicoanalistas lacanianos que conozco trabajan en comunidades terapéuticas, en organizaciones no gubernamentales o en el voluntariado. Mi esposa, por ejemplo, ha organizado un equipo de trabajo con madres jóvenes, que es totalmente gratuito y que revela un fuerte compromiso social.

J: ¿Cuántos hijos tienes?

E: Tengo dos hijos y un nieto de seis años.

⁴² Melanie Klein (Viena, 1882-Londres, 1960) fue una psicoanalista austríaca que fundó la escuela inglesa del psicoanálisis y realizó contribuciones muy importantes sobre el desarrollo del psiquismo infantil. (N. del E.)

J: ¿Viven en Venecia?

E: No, mi hija vive en Francia y mi hijo vive en Italia con nosotros, está terminando la universidad, estudia Ciencias del Lenguaje en la Universidad Ca' Foscari de Venecia. Mi hija estudió psicología hasta el momento de presentar la tesis..., la cual no quiso presentar porque me dijo que ya había pagado su cuenta con su papá (risas) y se dedicó a hacer otra cosa. Hace formación en el área de marketing y es muy exitosa en su trabajo, y muy feliz.

J: ¿Es en México que te vinculas con Joaquín Del Bosque, el trabajo comunitario mexicano y los iniciadores del modelo ECO²?

E: Esa es otra historia. Yo viví en México hasta 1986, fui investigador en la Universidad de Guadalajara y cuando terminé la parte más importante de la investigación en el 82 comencé a trabajar más en la universidad interesándome en el trabajo con drogas.

Gracias a algunos estudiantes que al mismo tiempo eran parte de bandas en Guadalajara, de bandas muy grandes de ciento cincuenta o doscientas personas. De esto modo empecé con ellos la primera experiencia de trabajo de calle. Estuve trabajando con una banda, de la cual no voy a decir su nombre porque todavía existe y es muy grande. De hecho tiene una parte en Guadalajara y otra en Los Ángeles, California.

J: ¿Es una *gang*?

E: Sí, es una *gang* de trescientas personas o más.

J: ¿Qué vendían?

E: No, ellos conformaban una *gang* multifamiliar de unas trescientas personas, en la que había abuelos, padres, tíos..., abuelos políticos, tíos políticos, había de todo... había también niños... Era una gran mezcla de familias. La mayoría de los adolescentes y de los jóvenes en esa banda se drogaban, le daban a todo..., consumían absolutamente de todo y vivían del tráfico de drogas, de robos y de todas esas cosas de las cuales vive una banda. Estaban asentados en una parte de la ciudad, en un barranco de la ciudad de Guadalajara siguiendo el camino hacia el norte, y ellos periódicamente se desplazaban hacia los Estados Unidos.

Su manera de recolectar fondos cuando lo necesitaban —aparte de vender drogas— era bloquear una calle y pedirle, a todos los carros que pasaban por allí, un peso, y de esa manera en cuatro o cinco días recogían el dinero que necesitaban y después se iban. Se iban en los autobuses. Ellos no pagaban el pasaje, yo sí siempre lo pagaba. Llegando a la frontera, ellos saltaban la barda que había en Tijuana. Entraban por Tijuana, no pasaban por la frontera, saltaban la barda. Yo pasaba por la frontera y después nos veíamos del otro lado. Al regreso, lo mismo.

Allí en Guadalajara, con la ayuda de la Universidad (que me ayudó muchísimo) empezamos a organizar los primeros encuentros para el desarrollo de trabajos con

farmacodependientes. En esa época les llamábamos terapias alternativas. Por entonces me conecté con las primeras personas que estaban empezando un trabajo de calle, trabajo de grupo, trabajo de comunidad terapéutica, las primeras comunidades terapéuticas, y allí me conecté con el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de Guadalajara.

Algunos estudiantes míos ya trabajaban en los centros de integración juvenil, que es la organización más grande de trabajo en el área de drogas de México, y por esa vía entré a trabajar en el mundo de las drogas en México. Entré como consultor en el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que es una institución federal, y fui asesor del director general del DIF en el estado de Jalisco; y después a nivel nacional con un programa que se llamaba Menores en situaciones extraordinarias, que eran todos los menores —limpiabotas, limpia vidrios— a nivel nacional, ese fue mi bautizo de fuego, ser asesor de ese programa a nivel estatal y a nivel nacional, eso fue desde el 84 al 86.

J: ¿Cuándo empieza a gestarse la idea, el embrión del ECO^2 , es decir la sistematización de una serie de herramientas de ese tipo para el trabajo comunitario?

E: Eso fue después de que me fui de México..., la época en que volví a Italia. Me voy de México en el 86 y en el 89 me invitan a participar en una conferencia organizada por la Universidad Iberoamericana de México. Allí es donde conozco a Joaquín Del Bosque, y es ahí donde comienza la aventura de ECO^2 y del tratamiento comunitario..., 1989, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

J: ¿Quiénes integraban ese núcleo primario de reflexión?

E: En ese núcleo primario del 89 al 91 estaban Joaquín Del Bosque por la Organización Hogar Integral de Juventud; el Centro de Integración Juvenil de la ciudad de México; Cultura Joven, una organización de Cuernavaca; Reintegra, otra organización que trabaja con menores que tienen conflicto con la ley y creo que en el 1993 se suma Caritas de la Ciudad de México. Esas fueron las primeras cinco organizaciones que participaron.

En el proyecto piloto que presentamos en 1995 participan otras organizaciones y en el 96 nace la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISS), sumando unas veintiuna organizaciones..., allí nace oficialmente el ECO^2 .

J: ¿Quiénes eran los artífices intelectuales de esos primeros tiempos?

E: Los artífices intelectuales del modelo en los años 95, 96, 97 y 98, que puedo recordar, son Joaquín Del Bosque, Juan Machín, Manolo Velasco, Simón Tavera, Teresa Almada, Bernardo Taranco, Roberto Merlo y Brigitte Laffay, mi esposa. Esas fueron las personas que ahora recuerdo, pero en realidad éramos un grupo de cuarenta personas...

J: ¿Y la paternidad del nombre..., porque el nombre es también un organizador conceptual?

E: Sí, recuerdo que el nombre nace en el 97 o 98, en un taller en el que participaron veintiuna organizaciones de la REMOISS. Ellos se preocuparon de dar un nombre para poder tener una representación colectiva de ese producto que ellos habían construido. En ese taller le dieron ese nombre Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria..., ECO, ECO..., ECO².

J: ¿Cuál consideras que es tu lugar en esa creación colectiva? Porque tú eres de algún modo uno de los que más ha escrito.

E: Tal vez porque invertí más tiempo en eso y porque sigo trabajando en eso. El primer libro lo publicamos a tres manos, Brigitte, Roberto Merlo y yo. Es un libro que escribimos en el 98 y 99 y que fue publicado en el 2001. Recoge, de veras, lo que pensábamos en esa época. Yo lo leí por última vez hace un par de años y me di cuenta del camino recorrido. Después de ese libro, casi todos los cambios fueron a través de los que hoy llamamos los productos de ECO².

Los que hemos clasificado en un seminario en México son veintisiete productos de ECO², entre los cuales uno de los productos es el Tratamiento Comunitario y otros son productos de las organizaciones que han inspirado al ECO², que es un meta-modelo para construir los modelos de trabajo de sus organizaciones. Algunos han recorrido un largo camino, otros menos, y están en todas las áreas de la exclusión social, no solamente en drogas.

J: ¿Ahí ya estabas vinculado a Caritas?⁴³

E: La vinculación con Caritas de la ciudad de México es temprana, pero no es ni financiera ni técnica. La financiación que conseguimos de la Unión Europea en el año 95, y que terminó en el 97, exigía que tuviéramos un *partner* financiero, y Caritas Alemana lo fue a partir del 96. Después Caritas Alemana garantizó la continuidad de esta experiencia desde 1996 hasta ahora.

J: ¿Tú sos creyente?

E: No, no.

J: Tu posición es agnóstica...

E: En el lenguaje italiano yo soy un laico, no soy agnóstico, soy una persona laica. Yo considero la religión como uno de los principales fenómenos culturales de la

⁴³ Caritas Internationalis es una de las organizaciones caritativas y humanitarias más grande del mundo financiada por y perteneciente a la Iglesia Católica y agrupa a 163 organizaciones de asistencia, desarrollo y servicio social. Fue fundada en 1867 en la ciudad alemana de Friburgo. Se dedica al combate contra la pobreza, la exclusión y la discriminación; ayudando además a personas en riesgo de exclusión social, brindándoles hogar temporario y acceso a algunos servicios básicos de salud. (N. del E.)

humanidad, que ha permitido —como dicen algunos antropólogos de la religión— que hubiera sociedad. La religión permitió que hubiera sociedad entre los hombres, de eso viene probablemente su nombre ‘religar’, ¿no?

Y probablemente sin la religión no hubiera podido haber sociedad ni tampoco ciencia, porque el hecho de juntar a los hombres permitió que se desarrollara el pensamiento científico.

J: ¿Pero tú tuviste formación católica?

E: Yo tengo una formación católica. Mi familia era y es una familia católica, religiosa, practicante.

J: Una pregunta que tenía mucho interés en hacerte, dado que a menudo se plantea que el modelo ECO^2 es muy accesible y que permite habilitar a personas no profesionales a desarrollar, por ejemplo, diagnósticos estratégicos o a producir información, datos..., a generar minorías activas..., a producir cambios en las representaciones sociales, etcétera, es la siguiente: ¿Crees que efectivamente las personas que no tienen un entrenamiento académico prolongado pueden realizar esas acciones y utilizar bien esas herramientas?

E: Tomando como premisa el hecho de que ahora hay trescientas o cuatrocientas personas que manejan ECO^2 , entonces la mía es una opinión, mi posición es el resultado de mi experiencia, para tomar eso en consideración. Para mí hay un malentendido, una confusión entre ECO^2 y sus instrumentos. Por ejemplo, el modelo está muy asociado al Sistema de Diagnóstico Estratégico (SiDiEs)...y el SiDiEs no es el ECO^2 , es un producto del ECO^2 .

Pienso que un buen camino de ingreso al ECO^2 puede ser a través de la puerta de uno de sus instrumentos, que puede ser el SiDiEs, que puede ser el Tratamiento Comunitario, que pueden ser los tratamientos en la cárcel, que pueden ser los trabajos con pueblos indígenas, etcétera, ¿ok? Ese es el camino, pero manteniendo siempre clara la distinción entre el metamodelo y los modelos específicos; de esa manera se resuelve la confusión y se hacen las cosas más sencillas.

Es verdad que el ECO^2 tiene aspectos que son muy complejos, en eso no hay ninguna duda. La teoría de la complejidad en sí —que es parte integrante del ECO^2 — es una teoría muy compleja. Yo, personalmente, de la teoría de la complejidad conozco la parte que me sirve, no la conozco como Juan Machín, que tiene una visión sistémica de ciencias más positivistas como la matemática o la física, etcétera. Yo tengo otra visión y tomo la parte que me sirve, soy un *utilizador*, no soy un estudioso de eso, hay otras personas que tienen mucho más conocimiento.

Hay una idea que viene directamente de Lévi-Strauss..., un trabajo suyo en *El pensamiento salvaje* (no sé si es el primero o el segundo capítulo o bien el cuarto, no recuerdo bien), donde habla del conocimiento ingenuo y del conocimiento científico. El desafío —que por lo menos yo he puesto en el trabajo— se basa en el hecho de que el conocimiento ingenuo, el conocimiento no especializado..., tiene

un estatuto, tiene su profundidad y ha garantizado la permanencia de la cultura y la sociedad.

J: ¿Qué pasa con el aprovechamiento parcial que se ha hecho en Asia de algunas de estas ideas y que no han posibilitado el establecimiento de un diálogo con la experiencia latinoamericana? Porque es un proyecto fundamentalmente latinoamericano, ¿no?

E: No, en cierto punto hubo una conexión entre Asia y América Latina entre los años 2002 y 2006..., hubo una conexión muy fuerte.

La primera financiación del Tratamiento Comunitario de la Unión Europea preveía la implementación en América Latina y en Asia. Otra organización alemana que no era Caritas permitió hacer encuentros intercontinentales, y hubo un intercambio entre América Latina y Asia. Hubo uno en Alemania y otros que se hicieron en América Latina y en Asia también. Entonces se hablaron entre ellos y permitieron el traspaso de algunas experiencias de acá para allá, sobre todo de acá para allá.

¿Cuál es el problema? *eco*², Tratamiento Comunitario y los otros productos que conocemos se basan en una antropología local. El concepto de comunidad que tenemos tiene como unidad de base, la familia; sea esta una familia de una sola persona o de quince; pero siempre es la familia. Mientras que, por ejemplo..., el primer lugar en el que comencé a trabajar el Modelo Comunitario fuera de América Latina fue en Kabul, Afganistán..., y ahí la unidad de base no es la familia, es el clan. El grupo de personas con las cuales trabajamos se interrumpió porque la organización cambió, pero llegamos a trabajar dos o tres años. En esa organización había psicólogos y trabajadores sociales, no había antropólogos, mientras que aquí en América Latina teníamos y tenemos antropólogos adentro. Entonces, cuando hablábamos de familia, sabíamos de qué estábamos hablando, mientras que ahí no teníamos antropólogos que pudieran estructurar el modelo a partir de la comunidad, pensada como comunidad de clanes y no como comunidad de familias.

J: ¿Tú sigues en diálogo con esa gente?

E: Sí, sí. En Afganistán no está interrumpido, está suspendido. En India, Bangladesh e Indonesia, algunos aspectos del Tratamiento Comunitario ya están adoptados. Por ejemplo, el hecho de trabajar en redes..., toda la cuestión del bajo umbral..., la creación también de centros de *drop in*.⁴⁴

Redes y bajo umbral, esas dos cosas existen. En materia de instrumentos, todos utilizan hojas de primer contacto⁴⁵ y han desarrollado en el marco común de esa

⁴⁴ El *drop in* es una forma de acogida inmediata de bajo umbral para dar un conjunto de ayudas concretas basadas en las necesidades de las personas: comida, un lugar para dormir algunas horas, asistencia médica, baño, etcétera. (N. del E.)

⁴⁵ Hojas de primer contacto para un registro básico de la situación de la persona contactada y para la realización de una primera evaluación. (N. del E.)

hoja de primer contacto partes que son para ellos. En Bangladesh utilizan la hoja de primer contacto y ellos han implementado un instrumento diferente para la evaluación de los resultados. Si sigue la cooperación de Caritas Alemana con Bangladesh, estamos pensando en implementar una evaluación de esa experiencia de Tratamiento Comunitario.

J: ¿En Europa por qué no ha tenido tanta repercusión el modelo?

E: No, no ha tenido ninguna porque yo no hablo de eso. Con Caritas Alemana hemos tratado de construir una red incluyendo Rumania, Bulgaria, Serbia, Bosnia-Herzegovina, Macedonia, Croacia y República Checa. Después, la cooperación entre Caritas Alemana y esas organizaciones se terminó, y no sé en este momento cuál es el estado de esta red, si sigue existiendo o no. Durante tres años con Caritas Alemana trabajamos en Rumania y desarrollamos algunas estrategias de prevención utilizando el modelo de eco².

J: ¿Qué futuro le ves al metamodelo en el horizonte?

E: Estaba hablando con Joaquín Del Bosque ayer en la mañana y le pregunté: «¿Hubieras imaginado que cuando nosotros empezamos a trabajar juntos en el 89 y empezamos a pensar el primer proyecto de integración entre comunidad terapéutica y comunidad local..., hubieras pensado que podríamos haber llegado a esto..., a lo que hay hoy?». Me dijo: «Absolutamente, no». Entonces he aprendido a no hacer predicciones, pero sí a tener sueños. Yo pienso que lo que va a marcar el crecimiento del modelo será la implementación rigurosa de los instrumentos, porque así se van a producir evidencias que nos van a permitir repensar toda esta experiencia y relanzarla. ¿Hacia dónde?... No sé.

J: Es curioso, porque tus últimos trabajos se orientan más a la sistematización y al orden de los modos de producción de conocimiento; tus últimos libros⁴⁶ son más metodológicos que filosóficos, con una teoría interpretativa de los fenómenos o con una teoría teleológica o hermenéutica, ¿no? Fundamentalmente, tú dices...«esto sirve para observar, interpretar y medir tal cosa; esto otro para ordenar el campo de este modo». Los realizaste con una cabeza más de metodólogo que de filósofo.

E: Es verdad, sí. Mi filosofía, como tú dices..., la hago en los artículos. En los artículos me es mucho más fácil, porque desarrollo uno o dos conceptos por vez. Para escribir un libro conceptual necesito un par de años.

J: ¿A dónde vas ahora?

E: Voy a Italia y después a Indonesia.

⁴⁶ La pregunta alude a los libros *Tratamiento Comunitario. Manual de Trabajo 1* (Milanese, 2013) y *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave* (Milanese, 2009). (N. del E.)

J: ¿A realizar trabajo comunitario también?

E: Sí, en Indonesia trabajo de bajo umbral. En Indonesia con Caritas Alemana hemos podido desarrollar una experiencia exitosa de Tratamiento Comunitario. Pero: ¿por qué? ¿Cómo fue posible?

J: ¿Porque son más ordenados, más disciplinados?

E: No, no... Porque yo ya entiendo cómo funciona eso allí. Yo no lo entendía veinte años atrás o hace seis años. En 2003 no pensaba el Tratamiento Comunitario como lo pienso ahora.

Fue principalmente el resultado de las evaluaciones de estos últimos tres años. Entonces, cuando empezamos allí hace tres años exactamente..., yo ya tenía una nueva descripción del modelo..., y entonces pudimos empezar de otro modo. Y, efectivamente, funciona bien.

Epílogo

Tal como sucede con toda buena teoría, el Tratamiento Comunitario de rai-gambre ECO² sigue su evolución natural como modelo inspirador de experiencias, desafiando las fronteras de su alcance y perspectiva. En la región, colaboradores directos de Milanese —como Raquel Barros en Brasil; Roberto Canay en Argentina o Irene Serrano en Colombia⁴⁷— siguen sosteniendo una interlocución creativa, al tiempo que en México, Juan Machín, matemático que participó en la génesis teórica del metamodelo, ha propuesto en forma más desafiante aumentar la exponenciación y comenzar a hablar de ECO⁵⁴⁸ incorporando tres nuevas dimensiones: estética colectiva de la liberación; erótica corporizada y ecología convivencial.

Continuará.

Referencias bibliográficas

Barros, R., Canay, R., Carroli, M., Milanese, E., Serrano, I. y Tufro, F. (2018). Justificación y viabilidad del Tratamiento comunitario, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 64(3), 185-197.

Machín, J. (2018). *De la prevención y tratamiento al Metamodelo ECO⁵* Ponencia presentada en el Coloquio Internacional Repensando la intervención social. Modelos, prácticas y debates actuales. Universidad Autónoma de México, Iztapalapa, 7 y 8 de junio de 2018. <https://issuu.com/jmachin85/docs/ponencia>

Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. Deutcher Caritasverband-Unesco-Plaza y Valdés Editores.

Milanese, E. (2013). *Tratamiento Comunitario. Manual de Trabajo 1*. Instituto Empodera.

⁴⁷ Ver *Justificación y viabilidad del Tratamiento Comunitario* (Barros et al., 2018).

⁴⁸ Ver *De la prevención y tratamiento al Metamodelo ECO⁵* (Machín, 2018).

Comportamiento social ante la incertidumbre de la vacuna contra el SARS-coV-2

Social behavior in the face of the uncertainty of the SARS-coV-2 vaccine

Juan ROMERO

Palabras clave: rechazo a las vacunas, determinantes sociales de la salud, medidas de asociación, exposición, riesgo o desenlace.

Keywords: vaccination refusal, social determinants of health, measures of association, exposure, risk, or outcome.

Resumen

En este trabajo se presentan parte de los resultados obtenidos en el proyecto de investigación Detección y estimación de prevalencia de asintomáticos y sintomáticos no reportados por SARS-coV-2 en la ciudad de Salto, Uruguay. El proyecto se planteó conocer el perfil epidemiológico-social-geográfico de las personas expuestas al coronavirus durante la pandemia en 2020. El principal objetivo refiere al comportamiento de la población estudiada ante la posible vacuna contra la enfermedad producida por el SARS-coV-2. El método aplicado fue de tipo exploratorio. Se elaboró un diseño de muestra que combinara diferentes técnicas de muestreo y se trabajó con la técnica de entrevista por encuesta considerando factores epidemiológicos, estructurales y subjetivos ante el SARS-coV-2. Los principales resultados son que las conductas hacia vacunarse o no responden a aspectos subjetivos, como la percepción del riesgo, y estructurantes, como la educación y la autoidentificación religiosa. En las conclusiones observamos que el riesgo y la incertidumbre ante una vacuna nueva que responde a una enfermedad nueva (COVID-19) se combinan y articulan con otros elementos detectados en el trabajo —como el nivel educativo formal, la autoidentificación religiosa, la percepción del riesgo y el consumo de información—, como partes de la configuración de la actitud hacia la vacunación.

Abstract

The results obtained from the research project Detection and estimation of the prevalence of asymptomatic and symptomatic patients not reported by SARS-coV-2 in the city of Salto - Uruguay are presented, which proposed to know the epidemiological - social - geographical profile of the exposed people the coronavirus during the pandemic in 2020. The main objective to present

refers to the behavior of the population studied in the face of the possible vaccine against the SARS-coV-2 disease. Applied exploratory method, a sample design was developed that combined different sampling techniques and we worked with the interview technique by survey considering epidemiological, structural, and subjective factors in the face of SARS-coV-2. Main results, behaviors towards getting vaccinated or not responding to subjective aspects such as risk perception and structuring aspects such as education and religious self-identification. Conclusions, the risk, and uncertainty in the face of a new vaccine that responds to a new disease (COVID-19) are combined and articulated with other elements detected at work such as formal educational level, religious self-identification, risk perception and consumption information as parts of shaping attitude toward vaccination.

Datos del autor

Juan ROMERO

Doctor en Sociología (Universidad de la República, Centro Universitario Litoral Norte, Uruguay).

Introducción

El presente trabajo forma parte de los resultados obtenidos en el proyecto de investigación Detección y estimación de prevalencia de asintomáticos y sintomáticos no reportados por SARS-coV-2 en la ciudad de Salto, Uruguay. El problema de investigación es conocer el perfil epidemiológico-social-geográfico de las personas que estuvieron expuestas al coronavirus durante la pandemia en 2020.

Para detectar los anticuerpos se aplicaron test serológicos desarrollados por el Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI),¹ formado por investigadores nacionales. Para conocer la presencia de síntomas, así como de los factores de riesgo socioeconómicos y subjetivos, se realizó, mediante un formulario, una encuesta de una duración aproximada de 25 minutos, en la que la mayor parte de las preguntas eran cerradas. Dicho formulario se compuso de un primer conjunto de variables que relevaron el perfil epidemiológico (síntomas, factores de riesgo, tiempos de contagio y de aparición de síntomas). En un segundo conjunto se relevó el perfil socioeconómico (edad, educación, grupos de edades, trabajo, consumo, confort del hogar) y aspectos subjetivos (relacionamientos familiares y externos, opiniones, creencias sobre la enfermedad y comportamiento frente a la vacuna) durante la pandemia.

El principal objetivo a presentar refiere al comportamiento de la población estudiada ante la posible vacuna contra la enfermedad producida por el SARS-coV-2, en el mes de noviembre de 2020. Dicha población se compuso por personas mayores de 18 años estimada aproximadamente para la ciudad de Salto, Uruguay, en 101119 (valores estimados para 2020, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Materiales y método

La metodología desarrollada por el proyecto fue de tipo exploratorio, dado el problema a ser investigado. Para llevarla adelante, se elaboró un diseño de muestra que combinara diferentes técnicas de muestreo. Para la recolección de la información se trabajó con la técnica de entrevista por encuesta, la cual se compuso mayoritariamente por preguntas cerradas.

Se realizó una muestra en dos etapas. En primer lugar, se segmentó la ciudad en dos grupos: Alta prevalencia supuesta (AP) y Baja prevalencia supuesta (BP). El primer grupo estuvo conformado por el Hospital Regional Salto, el Centro de Agudos y el Bagashopping,² considerando también las manzanas aledañas a estas instituciones. El segundo estrato está formado por el resto de la ciudad, el que fue analizado por manzanas, según la información para secciones censales y segmentos del INE para la ciudad de Salto, Uruguay, y según datos del Censo 2011.

¹ Ver Universidad de la República [UdelaR] (2020).

² Espacio de compras informales.

En el estrato bp se realizó un muestreo simple de conglomerados (manzanas) y luego una muestra aleatoria en cada conglomerado. Es decir, el sorteo estuvo presente en todos los momentos de cada etapa.

La distribución del tamaño de las muestras en cada grupo fue la siguiente:

$n_{AP} = 199$	$n_{BP} = 201$
----------------	----------------

El tamaño de muestra elegido, $n = 400$, tiene un nivel de error asociado inferior a 3,0 % para cualquier valor de $p = 0,05$.

Por otra parte, cabe señalar que antes del procedimiento de extracción de sangre y aplicación del formulario, se solicitó la autorización para participar del estudio por intermedio de consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de Investigación Institucional del Centro Universitario Litoral Norte (Universidad de la República), el cual se agrega en los anexos del trabajo.

Finalmente, el trabajo de campo se llevó adelante durante el mes de noviembre de 2020, y se alcanzó a realizar la encuesta mediante el formulario y la extracción de sangre a un $n = 363$ casos, de los 400 previstos; es decir, se alcanzó un 91 % del tamaño de muestra planificado.

Resultados

Los datos que se presentan a continuación dan cuenta de una tabla de coeficientes no paramétricos, como el coeficiente de asociación V de Cramer, sobre variables estructurales —como sexo, ascendencia étnica, autoidentificación religiosa, nivel educativo formal, grupo de edades y necesidades básicas insatisfechas (NBI)— y variables de opinión —como cobertura de los medios de comunicación y percepción del riesgo—.

TABLA 1. Asociaciones y Chi Cuadrado

	P131. ¿Usted se vacunaría contra el COVID-19?	P30. Sexo	P35. Ascendencia étnica	P130. Cobertura de los medios de comunicación ante el COVID-19	P36. Definición religiosa	P34. Máximo nivel educativo alcanzado	Índice NBI y NBS	Grupo de Edades	Percepción del riesgo
V de Cramer	1	,178*	,148**	,221*	,248	,225	,098	,128	,157
Sig. (bilateral)		,009	,162	,000	,000	,001	,308	,065	,007
N	363	363	363	363	363	363	363	363	363
Chi cuadrado		10,326	21,664	51,650	65,911	54,488	11,604	13,335	17,795
Sig. (bilateral)		,016	,247	,000	,000	,001	,237	,038	,007
Grados Lib.		3	18	18	21	27	9	6	6

Al analizar el V de Cramer se observa que las variables de mayor fuerza son nivel educativo, autoidentificación religiosa (estructurales) y cobertura informativa de los medios y percepción del riesgo (opinión), pero con fuerza de asociación débil. Estas variables ayudan a comprender la actitud hacia la vacunación, pero ninguna de ellas supera un tercio en la fuerza de asociación. También indica que conocer más y mejor tales actitudes es necesario.

Posteriormente se realiza un análisis de conglomerados (*cluster*) K-medias, cuyos resultados se presentan a continuación.

TABLA 2. Centros de clústeres finales

	Clúster			
	1	2	3	4
P131. Si se concretara la vacuna para el COVID-19, ¿usted se vacunaría?	Sí	No	No	No
P130. Respecto a la cantidad de información recibida ¿cómo calificaría la cobertura de los medios de comunicación con relación al COVID-19?	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
P36. ¿Cómo se definiría desde el punto de vista religioso?	Creyente en Dios sin confesión	Católico	Creyente en Dios sin confesión	Católico
P34. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado?	Secundaria incompleta	Universidad completa	Universidad completa	Secundaria incompleta
Grupo de Edades	Adultos	Adultos	Adultos	Adultos
Percepción del riesgo	1,55	1,36	1,51	1,57

La conformación de los conglomerados permitió encontrar cuatro grupos, entre los que se destacan aquellos claramente dispuestos a vacunarse y los que no sevacunarían (entre estos últimos, se advierte un conjunto de subgrupos). Entonces, entre quienes están dispuestos a vacunarse se observa mayor percepción del riesgo, nivel educativo de secundaria incompleto y creyentes en Dios pero sin participar en alguna religión. Mientras que, entre quienes no se quieren vacunar, se observa la menor percepción del riesgo, estudios universitarios completos y religión católica manifiesta.

La percepción del riesgo es un índice resultado de resumir las respuestas de las siguientes preguntas:

P124. ¿Consideras que una personas con COVID-19 es peligrosa? (1. Sí; 2. No; 3. No sabe, y 4. No contesta)

P125. Crees que una persona con COVID-19: (1. Debe contar a todos que tiene la enfermedad; 2. Lo mejor es que no le cuente a nadie; 3. Solo cuando sea necesario; 4. No sabe y 5. No contesta)

P126. Si a un conocido tuyo le diagnostican COVID-19, ¿qué haces? (1. Tratas de alejarte; 2. Mantienes un contacto superficial; 3. Tratas de mantener la relación y ayudarlo; 4. Otra actitud; 5. No sabe, y 6. No contesta).

En resumen, el primer grupo (vacunarse) representa el 19,5 %, el segundo grupo (no vacunarse) el 23,5 %, existe un tercer grupo que estaría muy cercano a los que

se vacunan y representan el 41,2 % y, finalmente, un cuarto grupo en duda, pero entre quienes lo integran habría algunos dispuestos a vacunarse, los que representan el 15,8 %. Por último, si se unen los del grupo 1 y 3, los dispuestos a vacunarse serían un 60,7 %, los no a las vacunas un 23,5 % y con dudas un 15,8 %, resultados que convergen con la distribución de frecuencias de la variable sobre la disposición a vacunarse o no. Queda claro cómo se conformarían tales grupos, y tales conductas responden a aspectos subjetivos —como la percepción del riesgo— y estructurantes —como la educación y la autoidentificación religiosa—, señalando que las fronteras entre los grupos son de puertas vaivén.

Para profundizar en el análisis de la relación entre las variables en cuestión, presentamos a continuación el resultado de aplicar el método de la regresión logística.

El primer modelo considerado tiene como variable respuesta la intención manifiesta de vacunarse (con sus niveles Sí y No) tomando como variable explicativa la percepción del riesgo en la situación actual (con sus niveles Bajo, Medio y Alto).

El modelo predictivo resulta de la siguiente forma:

$$P(Y = k/X = x) = \frac{e^{0.2210+0.5103*x}}{1 + e^{0.2210+0.5103*x}}$$

Este modelo asigna las siguientes probabilidades para los eventos «Sí se vacunaría» y «No se vacunaría» según el grado de percepción de riesgo del ciudadano encuestado:

TABLA 3. Probabilidades de eventos

	Bajo	Medio	Alto
Sí	55,50 %	67,51 %	77,58 %
No	44,50 %	32,49 %	22,42 %

La interpretación directa de la tabla es que la probabilidad de que un ciudadano manifieste su intención de vacunarse teniendo una percepción media del riesgo, es del 67,51 %. Es importante tener una valoración de la confiabilidad del modelo (más allá del cálculo del p-valor general del modelo, que es de 0.02596732, siendo significativo al 0.05).

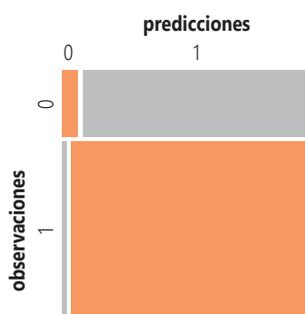
Para este caso particular se han tomado los distintos niveles de percepción y se han realizado las predicciones (según el modelo) para luego contrastar con los registros reales observados. Se concluye lo siguiente:

TABLA 4. Datos observados y esperados

	Rta. Predicha como No	Rta. Predicha como Sí
Rta. Registrada: No	5	77
Rta. Registrada: Sí	4	217

Se puede apreciar que el modelo ha predicho correctamente un total de, aproximadamente, el 73,26 % de las respuestas obtenidas. Esto se visualiza en el siguiente gráfico mosaico, donde los rectángulos anaranjados representan, en términos de área, las respuestas predichas correctamente.

FIGURA 1



Concluyendo la ilustración de este primer estudio de regresión logística, es necesario aclarar que se consideró en el evento predicho «Sí se vacunaría» una probabilidad asignada del 70 % de veracidad confirmada para esta decisión. En términos de la regresión logística es lo que se define como un *threshold* de probabilidad, valor a partir del cual el modelo realiza la clasificación (en la predicción) del individuo a una u otra clase de la variable respuesta.

Discusión

En los últimos años, la formación y socialización sobre conductas preventivas sanitarias —especialmente vacunarse— se ha convertido en un problema para la salud pública. Los datos muestran para el caso europeo un descenso en la vacunación de niños contra ciertos virus y el brote de enfermedades ya erradicadas; incluso la vacunación de la gripe estacional sigue siendo baja (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2015b, citado en Cuesta-Cambra, et al., 2019). Las mayores causas de esa reticencia están relacionadas con: 1) influencias de los comentarios sobre la seguridad de la vacuna; 2) falta de información adecuada sobre el tema, y 3) percepción de que las vacunas no son eficaces o necesarias

(ECDC, 2015a, citado en Cuesta-Cambra, et al., 2019).

La percepción de que las vacunas no son seguras se globaliza cada vez más, y se acentúa especialmente en Europa. La actual pandemia causada por el SARS-coV-2 ha visibilizado esta situación aún más, y es justamente en el continente europeo donde se han creado movimientos negacionistas de la enfermedad y de las vacunas. Por ejemplo, España se sitúa en el décimo lugar de Europa en aceptación de vacunas, y un porcentaje de la población las percibe como no importantes, no seguras y no efectivas (Larson et al., 2016, citado en Cuesta-Cambra et al., 2019).

Ahora bien, la actitud antivacunación no se sustenta solo en la escasez o falta de comprensión de información especializada por parte de la ciudadanía. Las personas con una actitud antivacuna suelen mantener en cuestionamiento las evidencias científicas, y su actitud no se debe a falta de cultura o de información (Larson et al., 2014; Jones et al., 2012, citado en Cuesta-Cambra et al., 2019). Estudios recientes han demostrado que la exposición a información correcta sobre vacunas no implicaba un cambio hacia una actitud más positiva frente a ellas (Horne et al., 2015). Este fenómeno se puede explicar porque los individuos no siempre forman su actitud hacia la información sobre la base de una evidencia.

La perspectiva del razonamiento motivado (Browne et al., 2015) plantea que los sujetos desarrollan una actitud basada en emociones o *sentiment*, y entonces son motivados a buscar información y flujos comunicativos que apoyen sus actitudes. Esto hace que los individuos, por ejemplo, con una actitud antivacunas consuman y valoren más aquella información que refuerce su convencimiento por encima de la evidencia científica que esta pueda tener o que no consuman el tipo de información que pueda desacreditar lo que quieren creer (citado en Cuesta-Cambra et al., 2019).

Por otro lado, de forma complementaria, se observa la importancia de los medios de comunicación —como internet y redes sociales— como generadores de opinión pública y medios para promover conductas (Dubé et al., 2016; Onnela et al., 2016). El tema de la vacunación se muestra sensible a este fenómeno debido a la gran cantidad de información que proporciona y a la tendencia cada vez mayor de los ciudadanos a buscar información y difundirla. En los últimos años, un porcentaje importante de la población busca información sobre salud en internet (Peña y Lillo Araya, 2016), y esta última se ha convertido en una herramienta tanto para la búsqueda de contenido como para la toma de decisiones hacia las vacunas (Chanel et al., 2011). Además, la interacción social a través de las redes hace que la información recibida desde los buscadores o desde determinados sujetos sea percibida como información confiable, sin que por ello sea más rigurosa (Witteman y Zikmund-Fisher, 2012) o incluso resulte falsa (las denominadas *fake news*), llegando a ser considerada cierta y a influir en el aumento de personas sin vacuna (Liu et al., 2015).

Estos contextos de interacción social mediados con abundante información agregada a las características de la enfermedad se combinan con los aspectos culturales, las políticas públicas, las características del desarrollo social y humano de las sociedades y sus posibilidades de respuesta en situaciones de crisis sanitaria.

En este marco se llevan adelante las acciones personales, en interacción con otros integrantes de la sociedad en condiciones de incertidumbre, entendiéndose esta última como la carencia de certeza de realización de un determinado evento.

La teoría prospectiva desarrollada por los psicólogos Tversky y Kahneman (1981) parte del supuesto de que se debe distinguir dos momentos en la toma de decisiones humana: un momento inicial en la que nuestros actos y sus consecuencias son «enmarcadas» y un momento siguiente donde las acciones y sus consecuencias son evaluadas con respecto al marco utilizado. El concepto de ‘marco’ refiere a un punto de referencia neutral a partir del cual definimos los resultados de nuestras acciones como desviaciones negativas o positivas (pp. 453-458).

Dicha teoría aporta a las políticas conductuales señalando que las personas solemos tener una concepción distorsionada de las probabilidades, sobrevalorando eventos que tienen una probabilidad de ocurrencia muy baja (como un accidente de avión) e infravalorando eventos con probabilidades moderadas o altas (como tener colesterol) (Cuesta-Cambra et al., 2019). Es decir que, en situaciones de incertidumbre como las mencionadas, se podría analizar tales comportamientos bajo el enfoque de la «aversión a la ambigüedad», definida como la tendencia a preferir un riesgo conocido a uno desconocido (Epstein, 1999, pp. 579-608). Poco se conoce sobre la aversión a la ambigüedad, y la evidencias al respecto son limitadas. En el caso que se analiza de forma prácticamente exploratoria, se podría aplicar lo aprendido por parte de la teoría prospectiva en situaciones de riesgo, pero al momento de realizar la investigación poco se conocía sobre las consecuencias de las vacunas, sus niveles de efectividad, etcétera, más allá de lo conocido en laboratorio.

A modo de resumen, la evidencia del trabajo indica que las actitudes hacia la vacunación han estado influenciadas por la percepción del riesgo como principal variable. En un contexto de incertidumbre, dicha percepción combinada con la exposición a los medios de comunicación, con el nivel educativo formal y con la aversión a la ambigüedad de la mayoría de las personas —es decir, procurar lo conocido y disminuir los riesgos— conlleva a vacunarse a pesar de no contar con certezas sobre las vacunas, apoyándose en aspectos subjetivos tales como la percepción del riesgo sobre la enfermedad, elemento a ser considerado en tal marco conceptual.

Conclusiones

Los resultados del trabajo realizado entre los meses de setiembre y noviembre de 2020 en la ciudad de Salto, Uruguay, evidencian cómo el riesgo e incertidumbre ante una vacuna nueva que responde a una enfermedad nueva (COVID-19) se combinan y articulan con otros elementos detectados en el trabajo —como la percepción del riesgo, el nivel educativo formal, la autoidentificación religiosa y el consumo de información— como partes de la configuración de la actitud hacia la vacunación. Ahora bien, tales elementos, aunque integrantes de la acción a favor

o en contra a la vacunación, ayudan a comprender no más del 30 % de tales fenómenos, dejando en claro que aún resta mucho por conocer para el caso uruguayo acerca del comportamiento humano en situaciones de emergencia sanitaria. En definitiva, ante la incertidumbre generada por una nueva enfermedad y un nuevo tratamiento como la vacuna contra el SARS-coV-2, un importante porcentaje de la población se comportó con rechazo hacia esta. Por otra parte, la percepción del riesgo sería una variable a considerar para predecir el comportamiento a vacunarse, es decir, una mayor percepción del riesgo aumenta la chance de vacunarse mientras que una baja percepción disminuiría dicha posibilidad.

Ante esto, se plantea como hipótesis que aquellos que rechazan vacunarse lo hacen como una respuesta basada en pensamientos anteriores y estereotipos asociada a datos e información incompleta o parcial, empleando para ello sus propios esquemas de representatividad, evitando razonar ante sucesos que comportan incertidumbre.

Finalmente, en situaciones de incertidumbre y emergencia, la promoción de estímulos o *nudges* ('empujoncitos') para fomentar comportamientos sustentados cognitivamente puede ser efectiva para generar conductas saludables en momentos puntuales de emergencia (uso de mascarillas, uso de aplicaciones de rastreo e información, administración adecuada de horarios de esparcimiento, etcétera). Esto podría representar un alivio de las tensiones que genera la incertidumbre en los ciudadanos. No obstante, en situaciones de emergencia que se prolongan en el tiempo (varios meses), se complementan dichos *nudges* con medidas más restrictivas, ya que, por sí mismos, es poco probable que sean suficientemente eficaces.

Referencias bibliográficas

- Browne, M., Thomson, P., Rockloff, M. J. y Pennycook, G. (2015). Going against the herd: psychological and cultural factors underlying the 'vaccination confidence gap'. *PLoS ONE*, 10(9), e0132562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132562>.
- Chanel, O., Luchini, S., Massoni, S. y Vergnaud, J. C. (2011). Impact of information on intentions to vaccinate in a potential epidemic: swine origin influenza A (H1N1). *Social, science & medicine*, 72(2), 142-148. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610008026>
- Cuesta-Cambra, U., Martínez-Martínez, L. Niño-González, J. I. (2019). An analysis of pro-vaccine and anti-vaccine information on social networks and the internet: Visual and emotional patterns. *El profesional de la información*, 28(2), e280217. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.mar.17>
- Dubé, E., Gagnon, D., Zhou Zhou y Deceuninck, G. (2016). *Parental vaccine hesitancy in Quebec* (Canada). *PLoS currents*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801332/>
- Epstein, L. (1999). A definition of uncertainty aversion. *The Review of Economic Studies*, 66(3), 579-608. <https://doi.org/10.1111/1467-937X.00099>
- Horne, Z., Powell, D., Hummel, J. E. y Holyoak, K. (2015). Countering antivaccination attitudes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(33), 10321-10324. <https://doi.org/10.1073/pnas.1504019112>.

- Liu, F., Enanoria, Wayne T. A., Zipprich, J., Blumberg, S., Harriman, K., Ackley, S. F., Wheaton, W. D., Allpress, J. L. y Porco, T. C. (2015). The role of vaccination coverage, individual behaviors, and the public health response in the control of measles epidemics: an agent-based simulation for California. *BMC public health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1766-6>.
- Onnela, J. P., Landon, B. E., Kahn, A. L., Ahmed, D., Verma, H., O'Malley, A. J., Bahl, S., Syster, R. W. y Christakis, N. A. (2016). Polio vaccine hesitancy in the networks and neighborhoods of Malegaon, India. *Social science & medicine*, 153, 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.024>
- Peña y Lillo Araya, M. (2016). Hábitos de búsqueda y escaneo de información sobre salud en adultos chilenos. *Revista de comunicación y salud*, 6(1), 28-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5786974>
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458. <https://doi.org/10.1126/science.7455683>
- Universidad de la República [UdelaR]. (2020). *Creación del Grupo de Trabajo Interinstitucional para el desarrollo de test serológicos COVID-19*. <https://udelar.edu.uy/portal/2020/05/creacion-del-grupo-de-trabajo-interinstitucional-para-el-desarrollo-de-test-serologicos-covid-19/>
- Witteman, H. O. y Zikmund-Fisher, B. J. (2012). The defining characteristics of Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate. *Vaccine*, 30(25), 3734-3740. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.12.039>

Bibliografía

Cochran, W. (1977). *Sampling Techniques*. (3.ª edición). John Wiley & Sons.

Anexos

Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación

Proyecto: Asintomáticos de COVID-19 no reportados en la ciudad de Salto

Responsables: Dr. Rodney Colina (rodneycolina1@gmail.com; rcolina@cci.edu.uy) y Dr. Juan Romero (juanromero69@gmail.com; jromero@unorte.edu.uy)

Teléfonos y dirección de contacto: Laboratorio de Virología, Centro Universitario Litoral Norte-Sede Salto, Universidad de la República. Av. Gral. Rivera 1350. Tel.: 4733 4816. Fax: 4732 2154.

Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario Litoral Norte-Sede Salto, Universidad de la República. Avda. Gral. Rivera 1350. Tel.: 4732 0258. Fax: 4732 0258.

Número de registro MSP: 822535

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consen-

timiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión. Si decide a participar en esta investigación, usted deberá firmar este consentimiento y se le entregará una copia.

Nota de información del proyecto

El proyecto en cuestión plantea investigar la influencia del coronavirus en Salto, Uruguay. ¿Hay casos sintomáticos no reportados? Es decir, personas que desarrollaron la enfermedad presentando alguno de sus síntomas a las que no se les realizó un test. ¿Hay casos asintomáticos no reportados? Es decir, personas que cursaron la enfermedad sin presentar síntoma alguno. Para conocer esto es necesario estudiar la sangre para detectar la presencia de anticuerpos IgG, los que tardan más en aparecer e indican que esa persona ha estado en contacto con el virus aunque ya no haya infección activa. La extracción de sangre será mediante venopunción de una vena localizada en la parte interior del codo.

Objetivos específicos: conocer en la población general de Salto, Uruguay, la relación diferencial con la posible exposición a la enfermedad y el desarrollo de sus síntomas; conocer los factores de riesgo y los tiempos de desarrollo y de recuperación; conocer las condiciones socioeconómicas de las personas involucradas y los factores subjetivos derivados de la cuarentena, como temor, acoso, angustia, percepción del riesgo de contraer la enfermedad.

Para poder desarrollar esta investigación requerimos de una muestra de sangre del paciente, que se obtendrá cuando se concurre a visitarlo a su domicilio. No se realizarán hisopados. La selección de usted como integrante de la muestra se realiza de forma aleatoria, es decir, por sorteo.

Además de la muestra de sangre, se realizará una encuesta en el domicilio para conocer factores de riesgo, datos socioeconómicos y de percepción.

Este proyecto de investigación se desarrollará en el Laboratorio de Virología, conjuntamente con los departamentos de Matemática, Estadística y Ciencias Sociales del Cenur Litoral Norte Sede Salto.

Consentimiento informado

1. Este proyecto de investigación se desarrollará en el Laboratorio de Virología, conjuntamente con los departamentos de Matemática, Estadística y Ciencias Sociales del Cenur Litoral Norte Sede Salto.
2. En el caso de tener preguntas sobre sus derechos como sujeto de estudio, el participante puede contactar al Comité de Ética del Cenur Litoral Norte Sede Salto, Universidad de la República (Av. Gral. Rivera 1350, Salto, Uruguay; Tel.: 4733 4816, 4732 9149) o al responsables del proyecto, Dr. Juan Romero jromero@unorte.edu.uy; juanromero69@gmail.com , Cenur Litoral Norte Sede Salto, Uruguay; Tel : 4732 0258; Cel.: 099514910.
3. El Dr. Juan Romero será el responsable de activar los mecanismos correspondientes para solucionar los posibles inconvenientes que puedan surgir a raíz de la aplicación del cuestionario.
4. Para llevar a cabo la investigación se solicita al participante una muestra de sangre venosa y datos socioeconómicos. La extracción de sangre se realizará en el domicilio del participante

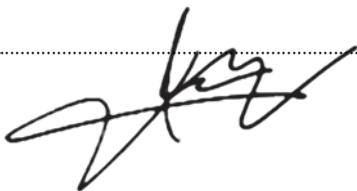
por técnicos debidamente capacitados y con las medidas de higiene óptimas, como es realizado de rutina en todos los centros asistenciales. Este procedimiento tiene una duración máxima aproximada de 5 minutos. La encuesta se aplicará posteriormente a la extracción de sangre y firma del consentimiento informado, con una duración no mayor a los 30 minutos.

5. Esta muestra se obtendrá cuando se concurra al domicilio del participante, el cual se seleccionará al azar. Si acepta participar en este estudio de investigación, la muestra de sangre se guardará para la realización de los estudios serológicos para la detección de COVID-19.
6. A partir de la muestra de sangre cedida por el participante, se obtendrá material serológico y se buscará, por técnica ELISA, la detección de anticuerpos al virus COVID-19. Una vez obtenidos los anticuerpos, la sangre restante será descartada.
7. Los beneficios eventuales de participar en el estudio son los que se deriven del conocimiento de los resultados de detección de anticuerpos al COVID-19.
8. Los riesgos de participar en este estudio incluyen:
Pérdida de confidencialidad. Dado que se está recolectando información personal, para evitar que la identidad del participante sea revelada durante este estudio, la información del participante estará vinculada a un código que asegure su anonimato.
Durante la extracción de la muestra de sangre se minimizarán los riesgos implicados, para lo cual se realizará por técnicos calificados con amplia experiencia en estos procedimientos.
Durante la extracción de la muestra de sangre es posible que se presente un hematoma en la vena de la cual se extraiga sangre. El hematoma desaparecerá en pocos días. En raras ocasiones puede ocurrir un desmayo. Para evitar el desarrollo de hematomas durante la extracción de sangre, esta se hará por técnicos calificados con amplia experiencia en estos procedimientos.
9. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y las personas deberán aceptar su participación mediante la firma del Consentimiento Informado. En el caso que lo desee, el participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento, previo aviso al responsable del proyecto, sin explicación de la(s) causa(s).
10. El participante podrá retirar o pedir que se destruya su muestra en cualquier momento, previo aviso al responsable del proyecto, sin explicación de la(s) causa(s).
11. Si el participante lo permite, la muestra de sangre extraída y la información colectada en este estudio podrán ser guardadas en el Laboratorio de Virología para futuros estudios vinculados exclusivamente al COVID-19. En caso contrario la muestra de sangre será destruida. La información no contendrá el nombre del participante o forma de identificarlo, solo se mantendrá el código que le fue asignado durante el estudio.
12. El participante no recibirá ningún tipo de remuneración o beneficio económico por participar en este estudio.
13. Al término del proyecto de investigación, el participante podrá tener acceso a los resultados obtenidos del análisis de la muestra que cedió voluntariamente. Los resultados obtenidos serán vinculados a los datos de la persona objeto de estudio mediante el código que le fue asignado.
14. El participante recibirá una copia de este consentimiento informado.

La realización de esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y por el Consejo del Cenur Litoral Norte de la Universidad de la República. Ante cualquier consulta al Comité de Ética,

dirigirse a eticahumana@litoralnorte.edu.uy, Tel.: 4733 4816, Int. 120.

Firma del Investigador Responsable



Al firmar este consentimiento:

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y acepto voluntariamente y sin renunciar a ninguno de mis derechos, a participar en el proyecto de investigación Asintomáticos de COVID-19 no reportados en la ciudad de Salto, Uruguay.

Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Acepto que mi muestra de sangre y la información colectada en este estudio sean guardadas para futuros estudios acerca del COVID-19 (marque con una cruz): SÍ NO

Nombre del participante.....

Dirección

Teléfono.....

Correo electrónico

Firma del (padre/madre o testigo).....

Aclaración de firma.....

Firma de la persona que recibe el consentimiento

Imposibilitados de leer o firmar: He dado mi consentimiento verbal a participar en el proyecto y es testigo de que otorgué mi consentimiento por escrito:

Nombre:

Firma.....

Parentesco

Teléfono.....

Normas de publicación de *Revista IT*

Laura ARISPE / Nicolás BRUM / Revisión: Víctor BARRANCO

En la *Revista IT*, 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. También tendrán prioridad 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. Se expondrán las contribuciones de otras investigaciones relevantes y se 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. A su vez, se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes; se deberá exponer nuevas vías de investigación para otras pesquisas y se deberá finalizar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

Las referencias bibliográficas deberán tener como mínimo diez entradas. 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 adecuen 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 escribirán en cursivas.
- Se evitarán referencias espacio-temporales abstractas: expresiones como «en nuestro país», «este año», pues esta revista se difunde por diferentes países y su consulta podrá ser posterior al año de publicación.
- Se publicarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informes 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 deberán tener un máximo de 25 páginas (tamaño A4, márgenes de 2,5 cm, doble espaciado, fuente Times New Roman tamaño 12).
- Ensayo, opinión, reporte y miscelánea deberán tener un mínimo de 2 páginas y un máximo de 15 (tamaño A4).

3. Categoría de las contribuciones

- Ensayos: interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- Reflexión: análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- Relato de experiencia: descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- Revisión crítica: evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deberán 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 dos años.
- Resúmenes de disertaciones y tesis: disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de salud, aprendizaje o áreas afines presentadas en los últimos dos años.
- Entrevistas: entrevistas realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigaciones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica. Las entrevistas serán evaluadas por el Comité Editorial de Revista IT.
- 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 deberán estructurarse de la siguiente manera:

- 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 y Abstract: en idioma original e inglés con un máximo de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y las conclusiones.
- d. Normalización de descriptores: se aceptarán entre 5 y 7 descriptores (palabras clave), 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 o específicos de cada disciplina.
- e. Título, resumen 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 deberán identificar adecuadamente e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.
- g. Texto: deberá presentar una secuencia lógica, organizando el desarrollo del trabajo en distintas secciones.
- h. Conclusiones: se desarrollarán según el tipo de trabajo presentado.
- i. Bibliografía y citas: 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 optar por la utilización de 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, se les solicita a los autores que indiquen que su envío cumple con todos los requisitos anteriores y que acepten que aquellos que no cumplan con estas indicaciones puedan 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 *Revista IT*.

7. Declaración de Privacidad

Los datos personales del autor introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados 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, deberá 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 y 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 IT*.
- El autor o los autores recibirán cinco ejemplares de la revista en la que aparezca publicada su investigación.

Información para el lector

- Se recomienda al lector que se registre enviando un correo electrónico a it@apex.edu.uy
- Este registro le permitirá recibir la tabla de contenido o sumario por correo cada vez que se publique un nuevo número de la revista (*Currents Contents*).
- La *Revista IT* 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 Revista IT
Universidad de la República
Programa APEX-Cerro
Haití 1606, código postal 12800
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: it@apex.edu.uy

Agustín Barúa Caffarena

Dr. en Medicina y Cirugía UNA
Psiquiatra de Atención Primaria
de Salud. Antropólogo.
Psicoterapeuta en la Clínica
Placera. Investigador (Universidad
Nacional de Piñar). Asunción -
Paraguay. Psiquiatra comunitario.
Investigador: Salud Mental
Comunitaria y Antropología | UNP

Andrea Tuana

Lic. Trabajo Social (UdelaR).
Diplomada en Género,
Participación y Desarrollo (Facultad
de Ciencias Sociales Chile).
Maestra en Políticas Públicas
de Igualdad de Género (Flacso
Uruguay).

Annalet Viera Obal

Licenciada en Enfermería.
Especialista en Enfermería Pediátrica,
en Cuidado Intensivo de Infancia
y Adolescencia, en Derechos de
Infancia y Políticas Públicas - UdelaR.
Posgrado en Ginecología Infanto-
Juvenil (SAP-SAGIP).
Magister en Gestión de los
Servicios de Salud y Magister en
Educación - UdelaR.
Posgrado de Especialización en
Entornos Virtuales de Aprendizaje
(OEI).
Prof.^ª Agda. en Facultad de
Enfermería - UdelaR.

M.^a Carolina Farías Rodríguez

Licenciada en Psicología. Magister
en Psicología Social (UdelaR).
Doctorada en Psicología (UdelaR).
Docente, Asistente. Facultad de
Psicología, UdelaR - Programa
Género, Sexualidad y Salud
Reproductiva, Instituto de
Psicología de la Salud.

Sheila Câmara

Psicóloga. Mestre em Psicologia
Social e da Personalidade e
Doutora em Psicologia Pontifícia
Universidade Católica do Rio
Grande do Sul - PUCRS.
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.
Departamento de Psicologia e
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia e Saúde.

Ana Iris Kemayd Rotta

Doctora en Medicina. Especialista
en Medicina Familiar y
Comunitaria. Facultad de Medicina
- UdelaR
(Ex) Prof. Agda. Dpto. de Medicina

Familiar y Comunitaria. Facultad
de Medicina. UdelaR. Especialista
en Psicología Familiar y Sistémica
UCU.

María Teresa Almaraz

Doctor en Odontología - Facultad
de Odontología. UdelaR.
Posgrado en Gestión de Servicios
de Salud - Universidad Católica del
Uruguay.
Diploma en Educación Popular.
Multiversidad Franciscana de
América Latina.
Magister en Ciencias. Multiversidad
Franciscana de América Latina.

Miguel Fernández Galeano

Doctor en Medicina de la Facultad
de Medicina - UdelaR.
Especialista en Administración de
Servicios de Salud de la Facultad
de Medicina - UdelaR.
Consultor Internacional en
Sistemas y Servicios de Salud de la
Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial de la
Salud (OPS/OMS).

María Inés Umpiérrez Perciante

Magister en Gestión de Servicios
de Salud.
Magister en Bioética.
Magister en Enseñanza
Universitaria.
Especialista en Cuidados
Intensivos, Facultad de Enfermería
- UdelaR.

Rodolfo Vázquez

Doctor en Medicina - UdelaR.
Magister en Epidemiología-
UdelaR.
Especialista en Accidentología Vial
y Laboral.
Diplomado en Gestión de los
Servicios Sanitarios Agencia
Española de Cooperación
Internacional (AECI) -Diploma en
Salud Pública, UdelaR.

Miguel Olivetti

Licenciado en Ciencias de la
Comunicación - UdelaR.
Magister en Información y
Comunicación - UdelaR.
Director del Programa APEX-Cerro
- UdelaR.

Federico Beltramelli

Dr. en Comunicación por la
Universidad Nacional de La Plata,
Argentina.
Prof. Agregado - Sección
Académica Medios y Lenguajes

Audiovisuales, Facultad de
Información y Comunicación -
UdelaR.

Joselí Otegui

Doctora en Medicina, Especialista
en Medicina Familiar y
Comunitaria.
Especialista en el tratamiento de
adicciones tóxicas y no tóxicas.
Prof.^ª Adjunta del Dpto. de
Medicina Familiar y Comunitaria.
Coordinadora Docente UDA -
APEX-Cerro, Facultad de Medicina
- UdelaR.
Psicóloga - UdelaR.

Claudia Morosi Manrique

Lic. en Sociología - Magister en
Bioética.
Doctoranda en Ciencias de la
Salud por la Universidad Federal
de Pelotas (UFPEL).
Docente de Facultad de Medicina
y Enfermería - UdelaR.

Carlos Torrado Lois

Prof. Adj. Programa APEX, UdelaR.
Especialización en Infancias y
Juventudes. Especialización en
Educación Artística. Programa
APEX - UdelaR.

Marcos Lafluf

Licenciado en Bibliotecología.
Magister en Información y
Comunicación. FIC-UdelaR.
Docente Asistente del Programa
APEX-Cerro.

Alicia Esther Guerra Martínez

Licenciada en Enfermería. Magister
en Salud Comunitaria. Diplomatura
y Certificación Universitaria en
Gestión Interdisciplinaria de
Servicios Latinoamericanos de
Atención Primaria en Salud.
Especialista en Enfermería
Comunitaria, en Enfermería en
Cuidados Intensivos, en Enfermería
en Anestesia y en Gestión de
Políticas Públicas Informadas por
Evidencias (ESPIE). Prof.^ª Agda. del
Dpto. de Enfermería Comunitaria,
Facultad de Enfermería. Directora
(I) del Servicio de Atención a
la Salud de la Intendencia de
Montevideo.

María Eugenia Viñar

Licenciada en Psicología - Magister
en Psicología Social, Facultad de
Psicología- UdelaR.
Asistente en Programa APEX y en
Facultad de Psicología - UdelaR.