

Dirección general: Psic. Susana Rudolf
Coordinación de la publicación: Lic. Federico Beltramelli

Comisión Editorial de la Revista Científica:
Universidad de la República.
Programa APEX-Cerro.
Haití 1606 código postal: 12800.
Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: apex@apexu.edu.uy
Web: www.apexcerro.edu.uy

Comité Editorial:
Lic. Nut. Raquel Palumbo
Doc. Nicolás Brum
Arch. Víctor Barranco
Dra. María Teresa Almaraz
Arch. Laura Arispe
Lic. Darío Vallejo
Dra. Ana Kemayd

Secretaría administrativa: Gabriela Iglesias

COMITÉ ASESOR

Liliana Arias-Castillo

Médica Familiar, Sexóloga-Humanista.
Decana Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Alma Delia Carrasco

Enfermera Profesional
Licenciada en Enfermería
Especialista en Salud Mental
Profesora Emérita

María Ema Leites De Marco

Licenciada en Nutrición – Escuela de Nutrición UR.
Magíster en Administración de Servicios de Salud
-UR- FM- Escuela de Graduados.
Directora de la Escuela de Nutrición y Dietética

Susana Bragaña

Licenciada en Nutrición – Escuela de Nutrición UR.
Especialista en Salud Pública, Opción Educación
- Facultad de Salud Pública, Universidad de San Pablo.
Asistente Académica. Escuela de Nutrición UR.

Márcia Cançado Figueiredo

Professora Regente da Disciplina de Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Enrique Teófilo Saforcada

Licenciado en Psicología - Universidad Nacional de Córdoba.
Especializado en Sociología - Universidad Nacional de Córdoba.
Doctorado en Psicología - Universidad de Belgrano. Argentina.

Julio C. Vignolo Ballesteros

Doctor en Medicina. Facultad de Medicina UR.
Especialista en Medicina Interna. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina UR.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina UR.
Especialista en Administración de Servicios de Salud. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina UR.
Magíster en Epidemiología. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina UR.



Salud Comunitaria y Sociedad
Setiembre 2010

ISSN..... Volumen 1 - Nº 1

Sumario

Editorial

Susana Rudolf

Acerca del nombre

Federico Beltramelli

Acerca del concepto de Salud Comunitaria

Enrique Saforcada

Promoviendo bienestar: tiempo para un cambio de paradigma en los servicios sociales y de salud

Isaac Prilleltensky

Mejoramiento de calidad e incentivos financieros a médicos de atención primaria

Adolfo Rubinstein

A utilização de materiais reciclados em ações de educação em saúde como incentivo aos cuidados bucais dos pacientes especiais atendidos no centro de especialidade odontológica da ufrgs

Márcia Cançado Figueiredo, Liliana G. Copês y Daniel Demétrio Faustino-Silva

Plataforma a desarrollar: formación gerontológica en la Universidad de la República

Darío Vallejo [et. al]

Foro 2009 “José Luis Rebelatto”. Participación y democracia

Emilia Carlevaro y Sonia Viera

Normas de Publicación:

Revista científica APEX Cerro
Laura Arispe y Nicolás Brum

Autores



Mercedes 1673 - Montevideo - Uruguay
Tel.: (598) 2400-38-08 / 2403-03-32

E-mail: info@psicolibroswaslala.com / www.psicolibroswaslala.com

·EDITORIAL·


América Latina es una región de gran diversidad. En el campo de la salud, ésta es especialmente visible y se representa con frecuencia en la inequidad y la injusticia. Si la salud, siguiendo las declaraciones de los organismos internacionales que marcan metas y estrategias que todos decimos respetar, es un derecho tanto como una responsabilidad social, la mayor parte de nuestros países está todavía lejos de alcanzarla. La salud es un producto social complejo, en cuya construcción intervienen elementos de naturaleza tan disímil como las formas de organización social y política, la distribución de la riqueza económica, la educación, el acceso a alimentos saludables y agua potable, etc. A su vez, admite formas de expresión que están históricamente relacionadas con los recortes disciplinarios y las profesiones que se han conformado en torno a ellos, sobre todo en el occidente, a partir del Renacimiento. En esta tierra de contrastes, coexisten, pocas veces en armonía, cosmovisiones como las que sostienen la forma anteriormente descrita de comprender la realidad y otras de fuente y forma muy diversa, como son las derivadas de las creencias y sistemas de conocimiento de los pueblos originarios o de los esclavos africanos. Sin embargo, en las últimas décadas, un impulso académico que busca profundizar en la comprensión de nuestras circunstancias vitales se ha desarrollado concomitantemente con un enfoque que enfatiza los derechos y una tendencia a considerar los fenómenos de la salud y la enfermedad cada vez más en términos colectivos que individuales. Estas tendencias lentamente se van acercando a las prácticas y a las políticas, si bien todavía son “alternativas” y por cierto no son





hegemónicas, o les cuesta salir del papel. Los sistemas de servicios montados para atender la salud de las poblaciones han mostrado hasta ahora escasa capacidad para reflejar estas tendencias que diseñan la vida cotidiana de las poblaciones. En algunos lugares de la región hay experiencias desarrolladas, complejas y exitosas, que saben también de la renovación, la necesidad de investigación y avance constante. En otros hay interesantes prácticas en fase de desarrollo y experimentación. En todos ellos se intenta capitalizar otra cara de las diferencias, la que enriquece, estimula, hace crecer. Estos procesos permiten identificar un componente político, que tiene que ver con la toma de decisiones en relación a la implementación de planes, organizaciones, reformas... componente político que incluye tanto a las estructuras gubernamentales, como a los ciudadanos que se organizan para hacer oír su voz. Pero también debemos identificar un componente académico, que evalúa, investiga, crea conocimiento, reflexiona, propone. Para que este componente alcance la expresión de su máximo potencial debe producirse un intercambio entre las distintas fuentes, países, profesiones. La construcción de conocimiento válido acerca de una realidad compleja, cambiante solo puede abordarse desde una perspectiva integradora de diversas disciplinas, trayectorias y miradas institucionales en el marco del rigor científico. No es fácil encontrar en la región publicaciones científicas que reúnan esas condiciones en torno al tema “salud comunitaria”. Más aún, quienes investigan en este campo muchas veces tienen problemas de reconocimiento, porque no presentan suficientes trabajos en revistas de este tipo.

El Programa APEX Cerro pertenece a la Universidad de la República, única Universidad públi-



ca de la República Oriental del Uruguay. Por mandato de la Ley Orgánica de la Universidad debe colaborar en la creación de conocimiento socialmente útil, que permita cuestionar las condiciones sociales y contribuir a su comprensión y transformación. En 1990 comienza a concretarse en Montevideo la iniciativa de desarrollar una experiencia universitaria, de enseñanza y extensión, que nuclea a estudiantes y docentes del área de la salud. Este Programa se construye sobre una perspectiva comunitaria de la salud, por lo que estimula la participación comunitaria, así como las coordinaciones y relaciones interinstitucionales. Desde su origen ha intentado sostener distinto tipo de instancias que faciliten el intercambio y la sistematización con otras prácticas, basadas en similares principios, en nuestro país y en el exterior: congresos, encuentros regionales, jornadas, cursos. En nuestra página web se puede conocer más detalladamente nuestra historia, nuestras actividades cotidianas, nuestros intereses...

Hoy asumimos el desafío de comenzar a editar una publicación periódica centrada en la salud comunitaria. O sea, con un centro que es bien complejo y difícil de aprehender. Nos interesa conocer experiencias originales, inéditas, novedosas que asuman la orientación de promover la salud de las mayorías sobre la base de que pueden marchar juntas la mejor calidad técnica y la construcción de ciudadanía. También nos interesan las reflexiones y construcciones teóricas críticas y removedoras. La revista está abierta a todos los colectivos de pro-

ducción intelectual. Pero al mismo tiempo, vamos a solicitar el acuerdo con algunas condiciones. Por un lado, los originales que se propongan deberán estar ajustados a las normas que se encuentran al final del presente número. Por otro lado, se requerirá la opinión de evaluadores que manifiesten su acuerdo con la publicación. Desde aquí hacemos llegar nuestra invitación a enviar artículos para el próximo número.

El que tienen entre las manos en este momento es, justamente, un “número-invitación”. Intentaremos que sirva para difundir esta iniciativa, para hacerla conocer, y para que el próximo número cuente con material abundante y variado que provenga de ustedes mismos. Invitamos a los lectores a participar también de la difusión. En esta oportunidad hemos solicitado a algunos amigos que nos hicieran llegar aportes, intentando que oficien de “muestra” del sentido que aspiramos que tenga nuestra revista. Hemos pensado en editar un número al año. Tomando en cuenta esta característica, también nos ofrecemos como vehículo informativo para eventos realizados o a realizarse, otras publicaciones, convocatorias, etc.

En esta línea es que incluimos hoy un homenaje a José Luis Rebellato a diez años de su muerte. José Luis fue un compañero de trabajo en el Programa APEX desde sus inicios.



Pero no fue un compañero más, reunía la experiencia práctica con comunidades con una construcción de teoría rigurosa y del más alto nivel, lo que lo hizo conocido y relevante en varios países de América Latina. A través de este homenaje redactado por personas que compartieron horas de trabajo con él, queremos señalar también nuestra vocación de reconocimiento a los constructores.

Haciendo un recorrido histórico, con un meticuloso examen de los contextos sociales, así como de sus paradigmas, desde aspectos epistemológicos e ideológicos, Enrique Saforcada nos ayuda a definir el concepto de salud comunitaria, así como a identificar sus repercusiones en la planificación de las acciones sanitarias y en los perfiles de los profesionales que forman nuestras universidades.

Isaac Prilleltensky nos desafía decididamente a pensar desde una perspectiva distinta los modelos más clásicos, para conceptualizar e intervenir en el bienestar de la sociedad. Desde su acento en la salud con un enfoque positivo, desde una mirada que integra auténticamente distintos niveles de complejidad, ya sea en el plano conceptual como en el tecnológico, nos propone una forma de abordaje que modifica en forma es-

peranzadora las posibilidades de acción de los profesionales de la salud.

Márcia Figueiredo y su equipo nos brindan una removedora experiencia que traspasa supuestas fronteras de dificultad para la intervención de los odontólogos en la comunidad, mostrando una vía de llegada imprescindible para poder hablar de salud en un sentido auténticamente integrador. La solvencia técnica de su planteo se conjuga con la audacia y la originalidad de sus propuestas prácticas, que son una anticipada respuesta a obstáculos naturalizados.

Adolfo Rubinstein se concentra en el análisis de la calidad de los servicios del primer nivel de atención, que constituyen dispositivos privilegiados para las acciones en salud a nivel comunitario y que deben luchar contra la identificación con servicios de inferior categoría, aportando instrumentos de evaluación importantes a este fin.

El Equipo del Subprograma de Adultos Mayores (que pertenece a nuestro Programa APEX) introduce, a través de su propia presentación, de su experiencia, sus reflexiones y sus propuestas, una toma de posición que es compartida y que oficia de presentación para todos: la actitud crítica hacia el conocimiento y hacia la formación profesional que tratamos de ejercer cotidianamente y que nos acerca a la Universidad que queremos.

Los invitamos a comenzar a compartir este camino y esperamos que la comunicación nos enriquezca...

Susana Rudolf

“Hefestos, ha llegado la hora de que cumplas lo que el padre te ordenó y ates a ese forajido con cadenas de hierro irrompibles en la cima de estos abruptos peñascos. Hurtó tupreciado don, el brillante fuego, padre de todas las artes, y lo entregó a los mortales. Justo es, pues, que pague a los dioses la pena merecida. Tal vez así aprenda a resignarse a la dominación de Zeus y a cesar en su oficio de favorecedor de los hombres”.

Prometeo encadenado, Pehuén ediciones, 2001

Proveniente de una voz charrúa, “IT”, significa fuego.

Una vez más un vocablo recuerda el mito o lo restaura. De forma recurrente como tantas en la historia de la humanidad, el destino se encarga de establecer ese vínculo prohibido, el de los hombres con el conocimiento.

De la coincidencia del mito de Prometeo con la ‘voz’ charrúa, no nos queda más certeza que una huella hecha voz, una suerte de compromiso tan antiguo como espectral, que anima el recuerdo de un vínculo inconcluso y prohibido, que bajo la inicial o iniciática advertencia, nos recuerda que la aventura del conocimiento es una historia de exclusiones más que de inclusiones: ‘conocer es desconocer’.

IT se propone restituir ese pacto entre Prometeo y el hombre, como una voz que busca en cada huella el vínculo primigenio, que siempre amenaza con romperse, pero que la insistente vocación humana restituye, recompone y propaga.





Acerca del concepto de Salud Comunitaria

Enrique Saforcada


Descriptores: Salud Comunitaria, Salud Pública, Salud Colectiva, Salud Mental, Psicología Comunitaria.

Descriptors: *Community health, Health policy, Collective health, Communities psychology.*

Resumen:

Se realiza un recorrido histórico por los principales paradigmas que han orientado el desarrollo de las disciplinas y profesiones de la salud desde el Siglo XVIII hasta el presente. Se postula el concepto de enfermedad pública como el monto total de enfermedad presente en una sociedad en un momento dado, como consecuencia de que no se asume la responsabilidad del Estado democrático de velar por la educación y la salud de la población. Se trata del conjunto de enfermedades que el Estado podría evitar poniendo en juego los recursos de que dispone (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.), en el momento o período histórico de que se trate, pero no lo hace. Se trabaja sobre el paradigma de salud comunitaria, en el que la comunidad es el componente principal en la producción de salud, y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante. La participación consiste en tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia. Este paradigma reorienta tanto las acciones propias del sistema de salud como la relación entre el Estado y los ciudadanos. Devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y también, significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países.

En 1965, con el patrocinio de la Universidad de Boston y el Instituto Nacional de Salud Mental, intermediado por el Centro de Salud Mental South Shore de Quince, Massachussets, se llevó a cabo un encuentro de psicólogos clínicos en la localidad de Swampscott, en Estados Unidos de Norteamérica, que se denominó “Conferencia sobre la Educación de Psico-




logos para la Salud Mental Comunitaria”. Esta reunión convocó a cuarenta destacados profesionales de la psicología clínica, entre los cuales estaban Bob Newbrough y Jim Kelly. Este último, ya había planteado en 1960 que la psicología debía situar su trabajo en la comunidad y dirigir sus esfuerzos hacia la salud y no hacia la enfermedad, destacando que es en el campo de lo sano, trabajando en orientaciones preventivas, donde la psicología puede hacer sus más genuinos y mejores aportes.

En esta reunión de Swampscott se dio origen a la psicología comunitaria como una nueva propuesta de trabajo, la cual surgió a partir de la evaluación negativa, en términos de la relación esfuerzo/resulta- do, de las tareas que se venían desplegando en Salud Mental, con las orientaciones promovidas por lo que se ha dado en llamar la Ley Kennedy de Salud Mental de 1963 y la creación de los Centros de Salud Mental como dispositivos de avanzada en la atención de los problemas psicológicos. Desde esta perspectiva plantearon la necesidad de que la psicología asistencial desarrollara sus prácticas con la orientación más preventiva posible, dentro de las comunidades (sin encerrarse en edificios específicamente destinados a la atención de pacientes) y promoviendo la participación de los miembros de las poblaciones.

Los Centros de Salud Mental de la Comunidad, en el Community Mental Health Center Act de 1963, fueron un dispositivo especial instalado de modo tal que fuera lo más accesible posible a todas las personas sin distinción alguna, implicaban una red de servicios múltiples de atención continua (prevención primaria, tratamiento y rehabilitación) e integral de los trastornos emocionales o padecimientos psíquicos

de las personas, las familias y la comunidad toda. También implicaban un inusual planteamiento en cuanto a lograr una integración intersectorial o regionalización integrada. Las raíces de su génesis se hallan en los desarrollos de psiquiatría social de “Maxwell Jones en Inglaterra, la psiquiatría de sector en Francia y la psiquiatría comunitaria de Gerald Caplan en Estados Unidos de Norte América. Pero no se puede excluir la temprana influencia (comienzos de la década de 1940) de John Ryle, el primer profesor de medicina social en el mundo y director del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Oxford, destacándose a su vez por ser un gran propulsor de la formación médica en higilogía o teoría de la salud (Ryle, 1948). Así mismo se debe tener en cuenta la de Francis Albert Crew, también profesor de medicina social en la Universidad de Edimburgo” (Rosen, 1985; Terris, 1982, 1994).

La creación del Centro de Salud Mental de la Comunidad parecía ser solo algo de avanzada, pero en realidad encubría también un sutil retroceso hacia la vieja idea de la institución especial y diferenciada, dentro de los sistemas de servicios de salud, destinada a atender específicamente el padecimiento mental; dicho más duramente, se volvía a la raíz de la vieja idea de que la locura, si bien era una enfermedad de la que se debía ocupar la medicina, no era una enfermedad cualquiera, era una dolencia estigmatizante y marcadora de los profesionales que la atendían, por




lo tanto, tenía que ser puesta aparte. Al respecto, no hay más que pensar en la necesidad que tienen todas las personas de contar con una accesibilidad facilitada lo más posible para atenderse de cualquier dolencia, ¿por qué solo de las mentales? Cuando en la ciudad de Buenos Aires se decidió en la década de 1980 transformar los cinco Centros de Salud Mental, creados por el Dr. Mauricio Goldenberg en 1967, desde la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires, en Centros Polivalentes para atender todos los problemas de salud, hubo una resistencia cerrada por parte de los psicólogos y psicólogas que en ellos trabajaban y, aún hoy, quedan dos de estos Centros como centros solo de salud mental. En este caso, la resistencia no se debió a que la enfermedad fuera estigmatizante sino a que era propiedad privada de los psicólogos, psicólogas, médicas y médicos psicoterapeutas, mostrando así, tanto la fuerte identidad médica de la psicología clínica como la prescindencia de las verdaderas necesidades de las personas sufrientes. La creación de Centros de Salud Mental de la Comunidad, reforzó la orientación paradigmática cartesiana de separación del cuerpo y el alma, brindando la posibilidad de que los médicos psicoterapeutas y los psicólogos se adueñen del alma y le dejen el cuerpo a los otros médicos, ofreciéndoles el puente de la interconsulta, puente por ambas partes defensivamente levadizo como los de los castillos medievales.

Lo más importante de la propuesta de Swampscott implicó sacar el sufrimiento mental del sistema institucional y amurrado de la atención de la enfermedad, devolviéndolo a su contexto natural: *la comunidad*. Además, espontáneamente, quienes comenzaron a trabajar en función de esta propuesta, fueron progresiva pero rápidamente dándole mucha más jerarquía a la promoción de la salud, con lo cual se fueron desdibujando los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico: la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser sólo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social.

Esta propuesta era superadora de las instancias anteriores, en el camino histórico recorrido en Occidente, por parte de la atención de las dolencias de manifestación preponderantemente mental que, según la caracterización estructuralista de Juan Marconi (1976), pasaron por tres etapas: el modelo inicial de *asilo/hospital psiquiátrico* del siglo XVIII, luego el de *unidad de salud mental* surgido en el primer tercio del siglo XX, que implicó llevar el sufrimiento mental al hospital general aportando a su desestigmatización y a la posibilidad, finalmente no concretada, de alcanzar una comprensión integral de las enfermedades de manifestación preponderantemente mental y, finalmente, en la década de 1960, sólo en el Continente Americano, el modelo *intracomunitario*.

Dentro de este último modelo se ubican los programas de salud llevados a cabo en Chile que, en sus comienzos, implicó un primer programa de obstetricia, llegándose a generar posteriormente también programas de salud vegetal y salud animal con la participación de los productores agrope-



cuarios de la precordillera, a la altura de Santiago de Chile. Pero quien logró desarrollar en forma sostenida y sistemática esta estrategia de acción fue el propio Marconi, con el Programa Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago (Marconi 1969, 1971, 1973a, 1973b, 1974a, 1974b, 1974c, 1974d), elaborado desde la Facultad de Medicina de la Regional Sur de la Universidad de Santiago de Chile, que fue el único currículo completo de Medicina Social que ha existido en nuestra región y, por lo que conocemos, en el mundo. Esta fue la experiencia de mayor envergadura que se ha llevado a cabo dentro de este modelo, experiencia que cortó la dictadura militar de Pinochet. Marconi falleció, ya retirado de la profesión, en 2005.

En este Programa, los miembros de la comunidad adecuadamente capacitados, entraron a formar parte de los equipos de salud, estructurando una pirámide multiplicadora para la delegación de la función diagnóstica y resolutoria de los problemas enfocados (alcoholismo, neurosis, retardo por privación cultural). En cuanto a la eficacia de esta estrategia de acción, se puede tomar como ejemplo el módulo de alcoholismo, en el que la tasa de recuperación alcanzada llegó al 75% de alcohólicos abstinentes sin recaídas a cinco años de haber sido tratados.


Es importante observar que ambos planteamientos, el de Swampscott surgido de la psicología y el de Chile surgido de la medicina, que emergieron entre 1965 y 1968, no tuvieron el menor contacto entre sí, ni directo ni indirecto, y se generaron en dos puntos muy distantes del Continente Americano, en que dos pequeños grupos de profesionales de la salud, muy comprometidos con los mandatos de sus profesio-


nes y con la sociedad, estaban pensando igual frente a los problemas de salud.

No es este el lugar adecuado para desarrollar la siguiente idea pero, por lo menos, queremos exponerla sintéticamente: nuestro territorio psicosociocultural, el Continente Americano, a partir del último cuarto del siglo XIX inclusive, muestra en materia de salud logros más importantes en cuanto a fertilidad de pensamiento, desarrollo de destrezas técnicas y sociales específicas, elaboración de estrategias de acción y desenvolvimientos de prácticas exitosas muy superiores a la de los pueblos anglosajones y europeos. Esto se puede observar tanto en el ámbito de los profesionales como de las poblaciones.

Al respecto no hay más que citar hechos como los siguientes:

- a) Las ideas europeas en cuanto a que la salud de las sociedades son responsabilidad de sus gobiernos, elaboradas por Wolfgang Thomas Rau y Johann Peter Frank a partir de mediados del siglo XVIII, se concretan en las dos últimas décadas del siglo XIX en el Continente Americano, con la creación de unidades de gobierno específicas dedicadas a la salud de la población: las Asistencias Públicas y sus puestos de socorro, dentro de las administraciones locales (Municipalidades, Prefecturías o Intendencias).

- 
- b) Las epidemias del siglo XIX llevaron a que los países europeos buscaran generar un sistema de cooperación para controlar las enfermedades transmisibles, pero todos los intentos realizados a través de convocar a las Conferencias Sanitarias Internacionales fracasaron (París 1851 y 1859, Constantinopla 1866, Viena 1874). Cuando la epidemia de fiebre amarilla de la década de 1870, que ocasionó decenas de miles de muertos, se extendió de Brasil a Paraguay, Argentina y finalmente llegó a Estados Unidos de Norteamérica en 1877, motivó la convocatoria en 1881 de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional, que se realizó en Washington, en la que fundamentalmente a instancias de los responsables de la salud pública de los países de América Latina, se comenzó a manifestar una clara comprensión de que la salud de cada nación dependía de la salud de las demás y en la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos convocada por la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, fundada en 1890, se recomienda establecer algún modo de interrelación sistemática en temas de salud, lo que lleva a que en 1902 se funde la Oficina Sanitaria Internacional, hoy Organización Panamericana de la Salud, casi cincuenta años antes que la Organización Mundial de la Salud.
- c) También es en nuestra región que se logra comprender que la responsabilidad en el cuidado de la salud de la población es un problema cuya solución exige la máxima jerarquía gubernamental, dando lugar a la creación del primer Ministerio de Salud Pública del mundo en el ámbito de la Presidencia de la Nación de la República de Cuba en 1902, al instaurar, primero, la Jefatura Nacional de Sanidad, poniendo al Dr. Carlos Finlay en su conducción, y luego, en enero de 1909, registrando la Secretaría de Sanidad y Beneficencia dentro de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- d) La Salud Pública surge en el mundo, formalmente como disciplina, en Estados Unidos de Norteamérica hacia el final de la segunda década del siglo pasado. Se puede tomar como indicador la creación en 1916 de la Escuela de Higiene y Salud Pública en la Universidad John Hopkins, comenzando así la formación sistemática de especialistas o diplomados en Salud Pública.
- e) Diez años antes de la famosa reunión en que se expuso la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata, el Dr. Carlos Alvarado, en la Provincia de Jujuy (Argentina), puso en marcha, sin darle un nombre diferenciador, esta misma estrategia que la OMS denominó Atención Primaria de Salud (APS). La OMS bien podría haber expuesto los desarrollos conceptuales y en



terreno de Alvarado, como demostración concreta de que la APS era factible, eficaz y eficiente. De paso, hubiera sido un justo reconocimiento a Alvarado y a quien fue su mentor, esa excepcional figura del salubrismo latinoamericano que fue el Dr. Ramón Carrillo quien, siendo Ministro de Salud Pública de la Nación Argentina de 1946 a 1954, fue el primero en todo el mundo en concretar una campaña exitosa de erradicación de una endemia, el paludismo, cuya dirección puso en manos de Carlos Alberto Alvarado y Héctor Argentino Coll. Carrillo afirmaba:

“La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Carrillo, R., 1946-54).

Son unos pocos ejemplos, se podrían señalar muchos otros logros y manifestaciones que muestran, en el último cuarto del siglo XIX, la preeminencia de Indoamerica, en Occidente, en cuanto a una comprensión significativamente más integral y ecosistémica de la naturaleza y dinámica del proceso de salud, del mismo modo que desde el siglo XVIII hasta un poco más de mediados del siglo XIX la preeminencia le correspondió a Europa (sobre todo a Alemania, Italia, Inglaterra y Francia).

Señalar esta precedencia y preeminencia de nuestra región, en el campo de la salud pública, por sobre los países que se denominan desarrollados, no tiene como propósito satisfacer el síndrome de Colón, esa extraña y estéril necesidad de ser pri-

meros creyendo que con esto se logra un mérito respetable. No, lo señalado anteriormente no tiene otro propósito que mostrar que nuestra realidad psicosociocultural, con la gran mezcla de razas y culturas aunadas unas veces y enfrentadas otras a través de nuestra abigarrada historia, ha dado por resultado una particular visión del proceso de la vida implicado en el campo de la salud.

Seguramente ha influenciado fuertemente en esto la gran sabiduría de nuestros pueblos originarios (guaraníes, krenakes, kamaiurás, xavantes, mapuches, kollas, aymaras, mayas, huaoranuis, u'was y tantos otros), que aun cuando han sido excluidos o por lo menos ignorados, son actualmente nuestra extraordinaria y excepcional riqueza. Sus conocimientos sobre salud son enormes y tal vez gracias a ellos, sin que nos demos cuenta, hemos podido construir paradigmas distintos a los imperantes en el mundo desarrollado y nos han posibilitado escapar del problema señalado en primera persona por Lyall Watson (2000):

“Yo fui adoctrinado en una visión del mundo, una descripción de la realidad que me parecía muy útil, pero que se ha convertido en alarmantemente estrecha, ya que cierra la posibilidad de que ciertas cosas ocurran, simplemente porque no se ajustan a la definición generalizada de cómo funciona el mundo”.

Y esta es la cuestión primordial: entender cómo funciona el mundo o,

mejor dicho, cómo funciona el proceso de la vida, que es de lo que nos debemos ocupar quienes trabajamos en el campo de la salud.

Indoafroiberoamérica es un conjunto de sociedades en las cuales, cada día más, se va profundizando la brecha que separa, por un lado, la incomprensión de los procesos de la vida en términos neoliberales deshumanizados y, por el otro, una comprensión integradora, holística y sistémica que día a día va incrementando sus logros conceptuales y prácticos a la vez que avanza en su esclarecimiento ideológico y político.

Para los primeros la salud es sólo enfermedad en tanto generadora de dinámicas lucrativas de mercado, para los segundos la salud es primordialmente sólo salud, a partir de la cual no se dinamiza ningún mercado lucrativamente importante; además, si genera alguno, no es un mercado con consumidores desesperados, dispuestos a cualquier esfuerzo para

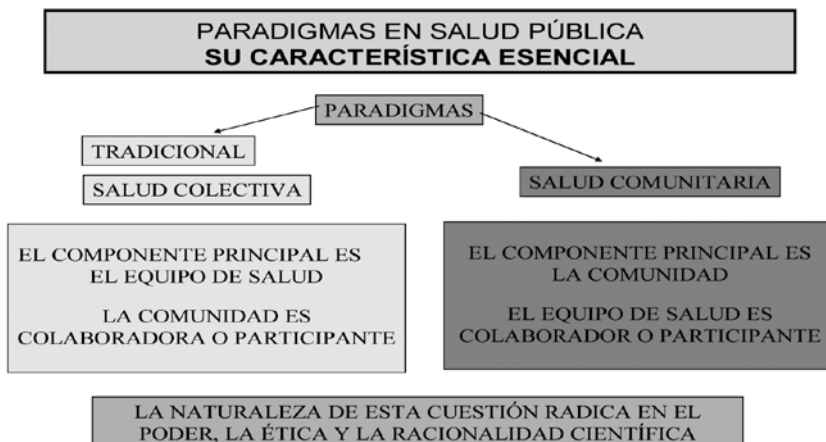
obtener lo que en él se ofrece. Para los primeros los derechos a la salud implican sólo el derecho a ser atendidos cuando se enferman, para los segundos el derecho principal es a no enfermar y recién en segundo lugar a ser atendidos si no obstante llegan a enfermar.


Son dos modos de pensar y hacer antitéticos, dos concepciones y prácticas incompatibles y autoexcluyentes: si una está presente la otra es anulada e inviable.

En sus comienzos, la aplicación de la Salud Pública por parte de los gobiernos de nuestra región fue desarrollada en función de concepciones y prácticas cuya matriz lógica, si bien tenía presente los postulados de la medicina social y la epidemiología, mantenía la preeminencia del modelo causal lineal de la enfermedad infecciosa: agente-huésped. A esta matriz se le sumaron los principios básicos de higiene general (tratamiento de las excretas, agua potable, higiene corporal y del hábitat, etc.).

A partir del final de la segunda guerra mundial, particularmente desde la década de 1970 en adelante, la irrupción incontrolada de los intereses del complejo

Esquema 1 – Paradigmas en Salud Pública





industrial-profesional de la enfermedad y fomentada por poderes locales en los países de nuestra región, cristalizó este paradigma de la Salud Pública (que en buena medida está involucrado en el paradigma individual-restrictivo que caracteriza una de las líneas de desarrollo de las concepciones y prácticas en salud, analizadas en el capítulo anterior), al punto que puede afirmarse que hasta hoy, salvo alguna excepción, en nuestros países ésta es la orientación principal del quehacer de todos los ministerios y secretarías de Salud Pública, en las tres jurisdicciones gubernamentales (Nación, Estado y Municipio). A este modo de hacer salud pública le llamaremos *paradigma tradicional* (Esquema 1).

Este paradigma se caracteriza por su base fuertemente positivista, con apoyo en un cartesianismo mecanicista que lo empuja a grandes reduccionismos, en general biopatológicos o psicopatológicos por separado, que llevan a la ineficacia e ineficiencia a gran parte de los esfuerzos que se hacen en busca de mejorar las condiciones de salud de la población, la cual evalúa fundamentalmente en términos de enfermedad y muerte. Además, este paradigma tiene un soporte importante en el poder que el Estado otorga a los funcionarios públicos, poder que en general hace éticamente vulnerable a muchas de las personas que lo detentan.¹

1 Un Informe reciente elaborado por Transparency Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo documenta el impacto que el fenómeno de la corrupción tiene sobre los sistemas de salud y describe las modalidades que asume o los ámbitos en los cuales se manifiesta, tales como: malversación y robo del presupuesto, corrupción en las contrataciones públicas, en los sistemas de pago, en la cadena de provisión farmacéutica y en la prestación de servicios de salud. Señala textualmente: "Cualquiera sea la magnitud del

También integran los cuerpos de los poderes legislativos y judiciales, legisladores, magistrados y funcionarios que son portadores de este paradigma y suelen ser vulnerables a las presiones corruptoras del complejo industrial-profesional (constituido tanto por corporaciones multinacionales como por empresas nacionales), que usufructúa el mercado de la enfermedad y genera las condiciones legales y las justificaciones seudocientíficas necesarias para imponer la racionalidad del lucro por sobre la del bien común, lo cual generalmente conlleva profundos deterioros de la salud de la población.

Al respecto, resulta de interés recurrir a la bibliografía que da cuenta de abundantes ejemplos y perspectivas críticas con respecto a las deformaciones y desvíos de la medicina, la profesión que marca el rumbo en el campo de la salud y modela en muchos sentidos, particularmente en lo ético, a las otras profesiones que convergen en el mismo. En tal sentido, señalando solo tres ejemplos que abarcan diferentes cuestiones y perspectivas, se pueden citar: a) los libros de Iván Illich (1975) y Ghislaine Lanctôt (2008); b) el reciente fraude y escándalo no solo ético sino científico que significaron las publicaciones del Dr. Scott Reuben, facultativo del Baystate Medical Center, en la calificada revista *Anesthesia*

hecho de corrupción, los efectos en el sistema de salud pueden ser devastadores. Aquellos que esperan acceder a los beneficios del sistema –la mayoría de la población– terminan postergados, recibiendo servicios de menor calidad y a mayor costo".


& Analgesia que llevaron a su Editor-in-Chief, Dr. Steven L. Shafer (2009), a retractarse de la validez científica de lo reportado por Reuben y un conjunto de coautores en veintiún trabajos publicados en esta revista, basados en datos fabricados, que fueron creados íntegramente por el Dr. Reuben y colaboradores; c) la noticia aparecida en el diario Clarín del 11 de julio de 2008 con respecto a la prohibición de los regalos médicos y donde, entre otras informaciones, consigna que: “El senador republicano por Iowa, Charles Grassley, criticó los pagos que hacen Johnson y Johnson y Eli Lilly Co. a los médicos de la Facultad de Medicina de Harvard, que ayudaron a promover el uso de psicofármacos en los chicos (Clarín 2008).

En países como Argentina, esta situación ha llegado a distorsionar tanto las cosas en el campo de la salud, que se hace necesario comenzar a trabajar en un nuevo concepto, el de *enfermedad pública*, que denomina todo el *quantum* de enfermedad totalmente evitable y que no es evitada, más toda la enfermedad (nuevos enfermos, enfermos agravados y generación de co-morbilidad), que produce el propio sistema de servicios de atención de la salud y la autoprescripción de medicamentos de venta autorizada bajo receta médica, que el sistema farmacéutico argentino vende a la población sin necesidad que los adquirentes presenten dicha prescripción facultativa. En Argentina es razonable pensar que no menos del 70% de la enferme-

dad que demanda atención es *enfermedad pública*, concepto que definiéndolo desde la perspectiva del Poder Público señala al conjunto de enfermedades que el Estado podría evitar poniendo en juego los recursos de que dispone (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.), en el momento o período histórico de que se trate pero que, no obstante, no impide o se desentiende de hacerlo. En pocas palabras, *enfermedad pública* es el monto total de enfermedad presente en una sociedad en un momento dado, como consecuencia de que los poderes públicos no asumen la responsabilidad primordial del Estado Democrático: velar por la educación y la salud de la población.

Ante la presencia de este paradigma tradicional en forma generalizada y sostenida en la región surgió, como un verdadero movimiento de reforma de la salud pública, un nuevo paradigma: el de *salud colectiva*, que plantea nuevas concepciones y prácticas de la Salud Pública que algunos autores, como Granda (2004), denominan Salud Pública Alternativa. Brasil ha sido un partícipe esencial en el emerger de este movimiento. No quiere decir que sólo han aportado a su desarrollo brasileros y brasileras, pero sí ha sido Brasil el país que de forma más sistemática lo ha hecho, inclusive desde ámbitos universitarios.

El *paradigma de salud colectiva* implica un enorme avance en el campo de la salud, pero tiene un serio obstáculo: es primordialmente de naturaleza médica, atributo que tiene la particularidad de que al acercarse o contactar la realidad o a otras construcciones de la realidad, indefectiblemente las metaboliza médicamente; el médico no puede abandonar la medicina y su posición de poder cultural. La medici-




na, desde finales del siglo XV, está centrada excluyentemente en la enfermedad y ya es tarde para que pueda cambiar, cuando la institución Universidad está tocando a su fin en Occidente o al menos está sumergida en una profunda crisis de la que no sabe cómo salir.

Con sus debidos matices, en la mayoría de las Facultades de Ciencias Médicas, en las cuales se gradúan los profesionales de la salud, la estructura de sus currículos de pregrado y de posgrado se hallan fuertemente condicionadas por la influencia que ejerce sobre ella el complejo industrial-profesional.

Se puede construir un aforismo válido: *mientras la salud sea sólo patrimonio de los médicos, será pura enfermedad*. De esto no son culpables los médicos, en todo caso son las víctimas de esta situación, los responsables hay que buscarlos en la historia de Occidente y su sempiterna exagerada agresividad, hay que tener en cuenta que esta región se occidentaliza definitivamente en la última etapa de la Edad Media, en ese final del siglo XV en que nace la clínica, la cura con remedios no naturales y el progresivo pero veloz opacamiento de la higiene junto al incremento del encarnizamiento terapéutico o la capacidad de injuria de la medicina. Detrás de un enfoque a menudo sutil y cuidadoso de la subjetividad, la psicología clínica se ha caracterizado también en su historia por ejemplos que denotaron un elevado componente de sojuzgamiento de los derechos del paciente. La diferencia radica en que, por un lado, es más sutil que el de la medicina y, por otro, que en nuestra cultura occidental la violencia que afecta el cuerpo tiene mucha más visibilidad y reprobación que la violencia que daña el psiquismo.

El *paradigma de salud colectiva* es ampliamente superior del *paradigma tradicional*, pero esto no alcanza, dado que en ambos paradigmas el componente principal de sus programas de acción es el *equipo de salud*. En el *tradicional*, este equipo es poco más que monodisciplinar (medicina, enfermería y alguna tecnicatura; también aparece la psicología, pero no bien integrada y fundamentalmente en tanto psicopatología); en el de *salud colectiva* el equipo es multidisciplinar. En el primero el componente *comunidad* es sólo colaborador, en el segundo es colaborador o partícipe, entendiendo la participación como tomar parte en los procesos de decisión.

Desde hace unos años, no más de diez, comenzó a aparecer silenciosamente una nueva mirada en el ámbito de la salud, que consideramos corresponde denominar *paradigma de salud comunitaria*. Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos, sino de las comunidades y se nos hacen evidentes, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones, adoptando una actitud de amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos. También las visualizamos cuando concurrimos a congresos multidisciplinarios de salud con fuerte participación de pobladores que se han formado como Agentes Comunitarios o Promotoras y Promotores de Salud o Agentes Primarios de Salud, tal como ha ocurrido recientemente



en el Congreso Nacional de Equipos de Salud realizado en 2008, en la Provincia de Salta, Argentina, en el que el 90% de las y los participantes fueron este tipo de pobladores, capacitados en Salud, provenientes de casi todo el país, o en el año 2007, en el 2º Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur que se realizó en Uruguay, con la participación activa en simposios y mesas redondas de muchas Promotoras y Promotores de Salud, o en la tercera versión de este congreso llevado a cabo en Paraguay el año próximo pasado.

El *paradigma de salud comunitaria* no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y, dentro de éste, de los sectores más desposeídos, más marginados. Estas poblaciones tienen una concepción de salud unitaria, su paradigma no separa la mente del cuerpo. Aceptan la separación que les imponen los profesionales y sus servicios de asistencia, pero sus saberes populares son integrativos, holísticos e involucran también lo socioambiental.


Por esta razón, entre otras muchas, es necesario que formemos a nuestros universitarios de pregrado y de posgrado en la comunidad, acompañados por los pobladores, como ocurre en la única Residencia de Psicología Comunitaria de Argentina, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la Provincia de Salta, donde los residentes se forman guiados por los pobladores, que son Agentes Sanitarios provenientes de los desarrollos estratégi-

cos de Carlos Alvarado. O como transcurre en el Programa Multidisciplinario APEX-Cerro, de la Universidad de la República del Uruguay (UR), donde los alumnos del Programa de Salud Familiar trabajan con la comunidad, guiados por las y los Promotores de Salud.

Este *paradigma de salud comunitaria* está emergiendo en los ámbitos académicos a través de los aprendizajes que ciertos profesionales, mayoritariamente psicólogas y psicólogos, han logrado a través de su trabajo con comunidades de pobreza, sobre todo, de pobreza estructural. No es mérito de las profesiones, es mérito de las poblaciones. Ahora, ¿por qué está siendo beneficiada con este proceso sobre todo la psicología? Sencillamente porque esta profesión, a diferencia de aquellas que han sido sometidas durante mucho más tiempo a la hegemonía del modelo clínico-asistencial, ha salido a trabajar con las comunidades, manteniendo sus estructuras cognitivas con mayor grado de apertura y flexibilidad como para reconocer las cualidades intrínsecas del proceso de la vida y también sus oídos abiertos para escuchar los saberes populares.

Se podría señalar un conjunto numeroso de otras características del *paradigma de salud comunitaria*, pero basta con una que hace a su esencia: dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante, entendiendo la participación en este caso como el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es su salud.

Esta cuestión, de cuál es el componente principal en los programas y políticas de salud es un tema directamente relacionado



con el poder y la ética, pero también con la racionalidad científica: la comunidad dueña de su salud y por lo tanto poseedora del poder de decisión sobre la misma será mucho más sana y longeva que aquella que lo haya enajenado. La explicación de esto se encuentra en la psicología social, en la neuropsicología y en la psicoimmunoneuroendocrinología.

Este *paradigma de salud comunitaria* se ha hecho presente o se está haciendo presente en nuestros ámbitos académicos y profesionales casi sin que nos demos cuenta, apenas lo estamos atisbando, lo cual es natural, porque no ha nacido de nuestras manos sino de las manos de las comunidades. A las psicólogas y psicólogos nos cabe la responsabilidad de aportar cooperativamente con las poblaciones, a fin de incrementar su fortalecimiento (empowerment) y mancomunadamente con los profesionales de las otras ciencias sociales, particularmente con quienes provienen de la pedagogía, colaborar con los pobladores en la co-construcción de mayores conocimientos en salud. También es nuestra obli-

gación empeñar esfuerzos ayudando a nuestros colegas médicos a que puedan lograr procesos exitosos de inmersión en las comunidades, cambiando su paradigma de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de co-construcción de la salud comunitaria.

En síntesis, todo esto implica procesos de devolución del poder de decisión sobre su salud a la sociedad, que hoy nos está comenzando a avisar que si no se lo devolvemos nos lo arrebatará. Hace a la razón que nos capacitemos para hacer una devolución que no nos deshabilite en nuestra condición de profesionales.

Devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países.

Bibliografía

- Clarín (2008, julio 11). Prohíben en EE.UU. los regalos que hacen los laboratorios a médicos. Buenos Aires: Diario Clarín.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (2).
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral.
- Lanctôt, G. (2008). *La mafia médica*. España: Vesica Piscis.
- Marconi, J. (1969). Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención en alcoholismo. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XV, Nº 4.
- Marconi, J. (1971). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968/1970). *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XVII, Nº 4.
- Marconi, J. (1973a). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XIX, Nº 1.
- Marconi, J.; Ifland, S. (1973b). Aplicación del enfoque intracomunitario de neurosis a la consulta externa. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XIX, Nº 9.
- Marconi, J. (1974a). Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 4.
- Marconi, J. (1974b). Diseño de un programa integral de salud mental para la ciudad de Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 4.
- Marconi, J.; Saforcada E. (1974c). Formación de personal para un programa integral de Salud Mental en Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 6.
- Marconi, J.; Saforcada, E. (1974d). Diseño y estudio de factibilidad psicosocial de un Programa Integral de Salud Mental (alcoholismo y neurosis), variantes Institucional e Intracomunitaria, para los afiliados al Instituto Provincial de Atención Médica. *Instituto Provincial de Atención Médica* (Publicación interna), Córdoba.
- Marconi, J. (1976). Alcoholismo. En Armijo Rojas, R. *Epidemiología*; Volumen II Epidemiología aplicada; Capítulo 10 “Salud Mental”. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Ryle, J. (1948). Medicina social y Salud Pública. En Back, C. et al. (1989). *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPS.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2009). Psicología comunitaria. *El enfoque contextualista de James G. Kelly*. Buenos Aires: Koyatun.
- Shafer, S. L. (2009). Carta dirigida a los lectores de Anesthesia & Analgesia. <http://www.aeditor.org/HWP/Retraction.Notice.pdf>
- Terris, M. (1982). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Terris, M. (1994). La epidemiología y la salud pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_m_005.pdf
- Watson, L. (2000). La biología del ser: una historia natural de la conciencia. En Lorimer, D. *El espíritu de la ciencia. De la experimentación a la experiencia*. Kairós

Promoviendo bienestar: tiempo para un cambio de paradigma en los servicios sociales y de salud

Isaac Prilleltensky

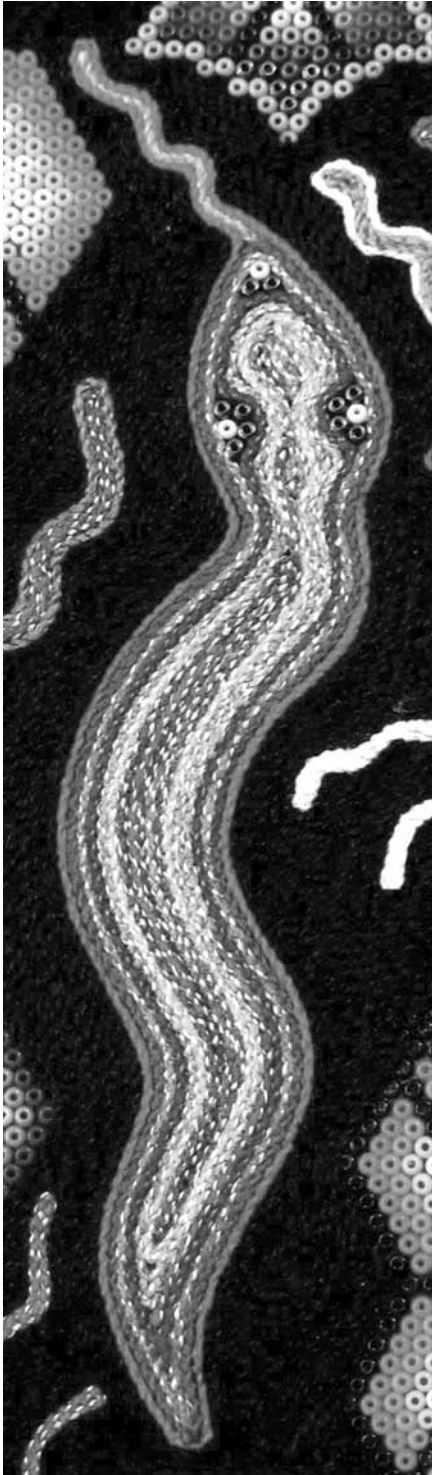
Traducción: Susana Rudolf y Natalia de Avila

Descriptores: Comunidad, Salud, Planificación en Salud, Servicios Sociales, Prevención Primaria.

Descriptors: Community, Health planning, Social Services, Primary prevention.

Resumen

La promoción de bienestar personal, relacional y colectivo ha evolucionado notoriamente en las últimas tres décadas. Si bien necesarios y positivos, los desarrollos recientes en promoción de salud, requieren aclaraciones conceptuales adicionales y aplicaciones sinérgicas. Para colaborar con la clarificación conceptual, este artículo propone distinguir entre ámbitos, signos, fuentes y estrategias. Con respecto a las aplicaciones se discute el progreso en cuatro dominios: temporal, ecológico, el de la participación y el de las competencias. El dominio temporal se refiere al momento de las intervenciones e implica un continuo desde las estrategias reactivas a las proactivas. El dominio ecológico pertenece al sitio de las intervenciones, abarcando desde las centradas en la persona hasta las centradas en la comunidad. El dominio de la participación se refiere a la oportunidad de voz y voto de los ciudadanos y consumidores, en la oferta de servicios y el acceso a los recursos. En un extremo de este continuo está el fortalecimiento, mientras que en el extremo opuesto vemos el debilitamiento y la separación. Finalmente, el dominio de las capacidades se refiere a la concentración, sea en la fortaleza o en el déficit. Este artículo sostiene que focalizar en forma singular en la fortaleza, la prevención, el fortalecimiento o las condiciones de la comunidad es insuficiente. Presenta un marco para la integración conceptual de estos cuatro abordajes, a la vez que muestra los beneficios de su sinergia y los riesgos de su fragmentación. Es el tiempo para un cambio de paradigma en servicios sociales y de salud y este artículo sostiene que solo un abordaje que se enfoque en fortaleza, prevención, fortalecimiento y condiciones de la comunidad puede significar un avance considerable hacia la conquista de bienestar para todos.



Introducción

Para promover bienestar necesitamos una comprensión de sus principales componentes. El bienestar consiste en a) ámbitos, b) signos, c) fuentes y d) estrategias.

Hay tres ámbitos primarios de bienestar (personal, relacional y colectivo), cada uno de los cuales tiene manifestaciones o signos específicos, fuentes o determinantes y estrategias. Una vez que comprendemos que el bienestar es todo, podemos identificar las aproximaciones más prometedoras para maximizarlo.


En este aporte conceptual subrayo una definición de bienestar que consiste en cuatro componentes (ámbitos, signos, fuentes y estrategias), a continuación de los cuales describo un nuevo paradigma para la promoción de salud. Esta nueva aproximación se basa en los SPECs (fortaleza, prevención, fortalecimiento y condiciones comunitarias²).

Este artículo contribuye a una comprensión multifacética del bienestar e identifica abordajes prometedores para su actualización. Discuto las implicaciones para la acción en salud y servicios sociales e invito a la relocalización urgente de la energía en abordajes sinérgicos que abarquen múltiples vías para el cambio.

Los ámbitos, signos, fuentes y estrategias del bienestar

Diversas tradiciones en torno a la salud y las ciencias sociales se han concentrado, ya sea en los correlatos colectivos o en

2 En inglés: strengths, prevention, empowerment y community conditions.



los personales como manifestaciones del bienestar. Mientras que la psicología se ha focalizado en los registros subjetivos de la felicidad y el bienestar (Snyder, C.; Lopez, S. editors, 2002), la sociología y la salud pública se han focalizado en las medidas colectivas y en objetivos como la longevidad o la mortalidad infantil (Marmot, M.; Wilkinson, R. editors, 1998). Un grupo de sociólogos, médicos e investigadores se han concentrado también en la importancia de las relaciones interpersonales o lo que yo llamo bienestar relacional (Berkman, L., 1995: 57, 245-54). Mi reclamo es que el bienestar de cualquier persona es altamente dependiente del bienestar de sus relaciones y del de la comunidad en la que él o ella residen (Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005). El bienestar se puede definir como un estado positivo, en el que están satisfechas las necesidades y aspiraciones personales, relacionales y colectivas de los individuos y las comunidades (Prilleltensky I.; Nelson G., 2002). Esta definición subsume concepciones de salud mental y física, para las que existe un bienestar parcial y no un bienestar global (Earls, F.; Carlson, M., 2002: 22, 143-166).

El bienestar se refiere a un estado de satisfacción para los individuos y las comunidades que abarca más que la ausencia de enfermedades. Hay algunos aspectos del entorno psicosocial, económico, político y físico que influyen en el estado de bienestar y hay aspectos del bienestar que van más allá de la salud y se introducen en el reino de los valores, del éxito, intenciones y espiritualidad. Mi definición de bienestar está en la línea de las conceptualizaciones de promoción de salud postuladas por la OMS (World Health Organization, 1986), el gobierno de Canadá (Epp J., 1986) y el paradigma de la nueva salud pública

(Baum, F., 1999; Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51; VanderPlaat, M.; Teles, N., 2005: 96, 34-6), todos los cuales enfatizan los valores de la autodeterminación, participación, construcción de capacidades comunitarias, determinantes estructurales y justicia social.

He trabajado sobre lo específico y lo interdependiente de las dimensiones personal, relacional y colectiva del bienestar. Para facilitar intervenciones en múltiples niveles y para evitar la confusión conceptual, distinguiendo entre ámbitos, signos, fuentes y estrategias de bienestar. Estos son los componentes que comprende el bienestar global.

Ámbitos del bienestar

Ámbitos se refiere a la localización de bienestar. Acá nos involucramos con el “dónde” está situado el bienestar. A pesar de que podemos distinguir entre el bienestar de una persona, una relación o una comunidad, son altamente dependientes. Como se puede ver en la tabla 1 cada una de estas entidades es única y dependiente de las otras al mismo tiempo. Ninguna puede ser subsumida en las otras, ni puede existir en aislamiento.

La ventaja de hacer una distinción entre varios dominios es que cada uno demanda alguna clase de estrategia de intervención diferente. Si nuestro locus de atención es exclusivamente el individuo, descuidamos los dominios relacional y colectivo que afectan en el verdadero bienestar de la persona que que-

Tabla 1

Ámbitos del bienestar				
		Personal	Relacional	Colectivo
Signos	Personal Relacional Colectivo	Control Relaciones satisfactorias Sentido de comunidad	Compañeros positivos Amistades duraderas Normas de soporte mutuo	Salud y longevidad Afirmación de la diversidad y falta de envidia Soporte para los pobres y cobertura de salud universal.
Fuentes	Personal Relacional Colectivo	Experiencias de autoeficacia. Crianza Alta Calidad de la salud y la educación	Conocimiento de las necesidades de desarrollo Experiencias previas de respeto y afirmación Normas que promuevan la colaboración	Contribuciones personales para la comunidad/mancomunidad Apreciación de la interdependencia Una cultura que entiende y fomenta la interdependencia.
Estrategias	Personal Relacional Colectivo	Fortalecimiento (empowerment) Voz y elección en la colectividad Participación en los procesos políticos	Empatía y habilidades sociales Resolución de conflictos y aumento de orientación Normas que afirmen la cooperación mutua y combatan la competencia.	Inteligencia colectiva y política. Soporte social y recompensas por la participación en el cambio social. Movimientos sociales que combaten la injusticia

remos asistir. Este abordaje se ha reconocido en salud pública como el paradigma eco-epidemiológico de las cajas chinas (Susser, M.; Susser, E., 1996: 86, 674-7).


Hay evidencia empírica que sugiere que el bienestar de las relaciones (relaciones en las que hay cuidado, piedad y soportes formales e informales) por ejemplo, tiene efecto beneficioso en las personas (Ornish, D., 1997). Del mismo modo, hay mucha investigación que documenta las consecuencias deletéreas o ventajosas en los individuos de las comunidades carenciadas o prósperas, según el caso (Hofrichter, R., 2004).

Las comunidades, como ámbitos de bienestar, incorporan características como vivienda adecuada, aire limpio, transporte accesible, calidad de los servicios de salud y facilidades educativas. Todos estos factores tienen lugar en el espacio físico de las comunidades. Las relaciones a su vez, son ámbitos en los que ocurren intercambios materiales (dinero, ayuda física) y psicológicos (afecto, cuidado, crianza), recursos y bienes. Las personas finalmente, son ámbitos en los que residen los sentimientos, cogniciones y experiencias

fenomenológicas de bienestar. Debemos ser capaces de respetar la singularidad de los ámbitos y su interdependencia al mismo tiempo. Podemos tener una comunidad dotada de excelentes empleos, escuelas, parques y hospitales en la que mucha gente se siente miserable, debido a que las relaciones en la comunidad son ásperas. Si solo pensamos el bienestar en términos de comunidad, vamos a perder el componente vivencial del bienestar personal y el influyente rol de las relaciones en el logro de la satisfacción personal. A la inversa, podemos tener un selecto grupo de personas que a pesar de condiciones comunitarias pobres, experimenta altos niveles de bienestar. En este caso, focalizar exclusivamente en el bienestar de esa gente hace perder fuerza a la necesidad de mejorar, reparar y transformar las condiciones comunitarias que están disminuyendo el bienestar de aquellos que no pueden protegerse a sí mismos de los daños de la pobreza, el desempleo, la discriminación y la falta de cuidados adecuados de la salud (Marmot, M.; Wilkinson, R. editors., 1998; Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005; Earls, F.; Carlson, M., 2002: 22, 143-166).

Signos de bienestar

Con signos me refiero a las manifestaciones o expresiones de bienestar en los



diferentes ámbitos que exploramos antes. Los signos responden a la pregunta ¿cómo puedo saber que en este ámbito se está experimentando bienestar? La tabla 1 responde esta pregunta para los tres dominios del bienestar. En el nivel personal se llega a los signos de bienestar mirando sus correlatos, preguntando a las personas para saber qué sienten y piensan cuando están felices, satisfechos o experimentan alta calidad de vida. Se han usado varios métodos de investigación para ver los signos de bienestar, incluyendo entrevistas, observaciones y análisis comparativo. De la misma manera, se han usado múltiples abordajes para detectar los signos, características o correlatos de bienestar o salud de las comunidades o relaciones (Eckersley, R.; Dixon, J.; Douglas, B. editors., 2002).

Algunos signos de bienestar personal para comenzar a destacar: autodeterminación y sensación de control, autoeficacia, salud física y mental, optimismo, voluntad y espiritualidad. Los signos de bienestar relacional incluyen cuidado, respeto a la diversidad, reciprocidad, crianza y afecto, soporte, colaboración y participación democrática en los procesos de toma de decisión. Las manifestaciones de bienestar colectivo incluyen una clara y equitativa distribución de poderes de negociación, recursos y obligaciones en la sociedad, equidad de género y raza, acceso universal a la educación de alta calidad, facilidades de recreación, alojamiento adecuado, oportunidades de empleo, acceso a los alimentos nutritivos a precios razonables, seguridad, transporte público, un ambiente limpio y paz (Marmot, M.; Wilkinson, R., editors., 1998; Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005; Susser, M.; Susser, E., 1996: 86, 674-7). Cuando están presentes, los signos nos ha-

blan de que las necesidades de los individuos y comunidades son conocidas y satisfechas.

Cada uno de los signos anotados arriba son intrínsecamente beneficiosos para el bienestar de un ámbito en particular (persona, relación o colectivo) y extrínsecamente beneficiosos para el bienestar de los otros dos.

Fuentes de bienestar

Cada uno de los ámbitos de bienestar y sus correspondientes signos tienen fuentes o grupos de determinantes específicos. La autodeterminación, por ejemplo, deriva de oportunidades previas de ejercitar el control, votar y elegir. En el dominio relacional, las expresiones de cuidado y compasión derivan de experiencias positivas de confianza, crianza y afecto. Los signos de bienestar colectivo, como el acceso universal al cuidado de la salud y a la educación pública de calidad, dependen de políticas que promuevan la justicia social, la que a su vez, distribuye recursos a través de sistemas de impuestos progresivos (Earls, F.; Carlson, M., 2002: 22, 143-166; VanderPlaat, M.; Teles, N., 2005: 96, 34-6; Susser, M., Susser, E., 1996: 86, 674-716; Evans, G.; Kantrowitz, E., 2002: 23, 303-31).

Mientras que fuentes específicas se refieren a los signos particulares, debemos recordar que cada signo tiene múltiples fuentes y que los diferentes determinantes siempre interactúan. El acceso a la educación pública de calidad, un signo de bienestar colectivo, implica oportuni-

des de control y autoeficacia, signos de bienestar personal.

Estrategias para el bienestar

La clave para estrategias exitosas es que deben ser suficientemente específicas para orientar cada uno de los ámbitos, signos y respectivas fuentes de bienestar al mismo tiempo. Las intervenciones que se concentran estrictamente en el ámbito personal, olvidan la cantidad de recursos de las relaciones y la comunidad que contribuyen al bienestar personal, como se ilustra en la tabla 1.

Paradójicamente, las estrategias que se concentran exclusivamente en el bienestar personal socavan el bienestar porque no sostienen la infraestructura que mejora el bienestar mismo. Ésta ha sido la mayor carencia en los esfuerzos para sostener el bienestar individual a través de esfuerzos estrictamente psicológicos, como la nueva formación cognitiva, el pensamiento positivo, la distribución de información y la construcción de habilidades. Esto está alineado con el pensamiento actual en salud pública, articulado en forma poderosa por portavoces como Syme (Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51; Labonte, R.; Spiegel, J., 2003: 722-3) y Labonte (Smedley, B.; Syme, L., editors., 2000). Los individuos no pueden alterar significativamente su nivel de bienestar si no hay concordancia con cambios ambientales (The new public health, 1999). A la inversa, una estrategia que promueva el bienestar solo a


través de cambios ambientales está destinada a ser limitada.

Hay amplia evidencia que sugiere que los abordajes más prometedores combinan estrategias de cambio personal, relacional y colectivo (Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51). No es uno o el otro sino que la combinación de todos es la mejor vía para buscar los más altos niveles de bienestar en nuestros tres ámbitos de interés.

Integración de ámbitos, signos, fuentes y estrategias

Podemos integrar ámbitos, signos, fuentes y estrategias en la siguiente formulación: el bienestar en un *ámbito*, se refleja en un *signo* particular, el que deriva de una *fuerza* particular y es promovido por una cierta *estrategia*. Esto es, el bienestar personal se refleja en control, que deriva de oportunidades para ejercer la voz y el voto y es promovido por el fortalecimiento. En este caso, el ámbito es personal, el signo es el control, la fuente es la oportunidad de experimentar la voz y el voto y la estrategia es el fortalecimiento.

En el dominio relacional podemos integrar los cuatro “Ss” como sigue: el bienestar relacional se refleja en la presencia de relaciones de sostén, las que derivan de experiencias exitosas de crianza y apego y son promovidas por la empatía y las oportunidades de dar y recibir cuidado y compasión. En el dominio colectivo podemos apelar a que el bienestar colectivo se refleja en el acceso universal al cuidado de la salud, que deriva de políticas de justicia social y es promovido por movimientos sociales que se esfuerzan en crear y mejorar las instituciones que proporcionan servicios a todos los ciudadanos, independientemente del medio (VanderPlaat, M.;



Teles, N., 2005: 96, 34-6; Smedley, B.; Syme, L., editors., 2000).

En síntesis, entonces, el bienestar del ámbito q se refleja en el signo x , que deriva de la fuente y , y es promovido por la estrategia z . Usando esta simple fórmula, podemos integrar una vasta cantidad de investigaciones en términos operacionales y de acción, como se ejemplifica en la tabla 1.

Las SPECS del bienestar: invirtiendo en fortaleza, prevención, fortalecimiento y en condiciones comunitarias

“SPECS” es un acrónimo para la promoción del bienestar, se basa en la fortaleza, la prevención, el fortalecimiento y las condiciones comunitarias. En el sentido de avanzar hacia el bienestar de los tres ámbitos descriptos más arriba (personal, relacional y colectivo), es necesario visualizar estrategias que cubran el rango de los dominios de bienestar y que atiendan a la variedad de signos y fuentes. Hasta ahora muchos abordajes del bienestar se concentraron en un ámbito y en pequeños grupos de signos y fuentes (Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005; Hofrichter, R., 2004). Sos-tengo que un camino hacia la comprensión eficaz de la promoción de bienestar debe atender a cuatro dominios complementarios: temporal, ecológico, el de la participación y el de las capacidades. A pesar de que algunos de estos parámetros han sido invocados antes en la literatura de la nueva salud pública, no han sido integrados de esta manera. Syme (Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51; Labonte R.; Spiegel, J., 2003: 722-3) y Labonte (Smedley, B.; Syme, L. editors., 2000; Labonte, R.; Woodward, G.; Chad, K.; Laverack, G., 2002: 93, 181-2) por ejemplo, insisten

en la importancia del dominio de la participación, mientras que Susser y Susser han enfatizado en el continuo ecológico. El tiempo de la intervención también ha sido discutido extensamente, pero no integrado con las otras tres dimensiones presentadas antes (Briss, P.; Brownson, R.; Fielding, J.; Zaza, S., 2004: 25, 281-302).

Estos cuatro dominios competen a dos campos. El campo contextual consiste en la intersección de los continuos de los dominios temporal y ecológico, que crea cuatro cuadrantes contextuales. El campo de afirmación refleja la interacción de los dominios de la participación y de las capacidades.

El campo contextual

Un abordaje conceptual del bienestar debe tener en cuenta el rol de las variables temporales y ecológicas. El dominio temporal se extiende en el continuo desde los abordajes reactivos hasta los proactivos o preventivos

El dominio ecológico, a su vez, cubre todo el rango de las intervenciones, desde lo individual hasta lo colectivo. Cuando los dos dominios se intersectan, como se ve en la Figura 1, se forma un campo contextual con cuatro cuadrantes.

El dominio temporal

Este dominio tiene que ver con el tiempo de las intervenciones. Solo un pequeño monto de los recursos se dedican a la prevención en Canadá y USA (22, 23). La gran mayoría de



los recursos son asignados a costos de rehabilitación, como camas de hospital, tratamientos caros, o intervenciones terapéuticas. Eso a pesar de que en los hechos las intervenciones preventivas de alta calidad se han probado eficaces, costo-efectivas y enormemente más humanas que esperar que los ciudadanos desarrollen enfermedades que la medicina y la psicología solo pueden tratar con costos financieros y humanos muy altos (Olds, D.; Kitzman, H.; Cole, R.; Robinson, J.; Sidora, K.; Luckey, D. et al., 2004: 114, 1550-9; Olds, D.; Robinson, J.; Pettitt, L.; Luckey, D.; Holmberg, J.; Ng, R., 2004: 114, 1560-8). El abordaje reactivo, un vestigio del modelo médico dominante, obstaculizará la necesidad de destinar más recursos a prevención. Mientras los gobiernos locales, estados, naciones y organismos internacionales desconozcan la prevención y se sometan a los dictados del modelo médico, no va a cambiar mucho en la salud y el bienestar de la población. El status quo va a continuar privando al pobre y carenciado de servicios y recursos vitales (Prilleltensky, I., 1994).

Es imperativo para el campo de la salud y los servicios sociales prestar más atención a los modelos ejemplares de intervenciones preventivas. El tremendo desbalance entre abordajes reactivos y preventivos a favor de los primeros debe ser cambiado. La salud y los servicios humanos deben comprender que nunca se ha eliminado o controlado ningún desorden que aflija masivamente a la huma-

nidad tratando a los individuos afectados. Del mismo modo, debe comprenderse que nunca habrá trabajadores suficientes para atender la población afectada por malestares físicos o psicológicos. La única vía para hacer mella en la incidencia y prevalencia del sufrimiento es la prevención (Albee, G., 1990: 11, 369-84).

El dominio ecológico

Este continuo se refiere a los ámbitos del bienestar y las estrategias correspondientes. Los esfuerzos para mejorar el bienestar personal en ausencia de las correspondientes acciones sobre las condiciones sociales de vida se limitan, en el mejor de los casos, como mucho, al daño (Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005; Earls, F.; Carlson, M., 2002: 22, 143-166; Schwab, M.; Syme, S. L.; Hofrichter, R., 2004; Labonte, R.; Spiegel, J., 2003: 722-3; Smedley, B.; Syme, L. editors., 2000). Mientras se trabaja con individuos singulares, puede ser más conveniente intentar cambiar las condiciones comunitarias y las políticas sociales, siendo conscientes de las repercusiones a largo plazo, de continuar focalizando en una única fuente de sufrimiento, la persona, excluyendo los factores ambientales, a menudo abrumadores.

Cuadrantes contextuales

Como se puede ver en la Figura 1, se forman cuatro cuadrantes, por la intersección de los dominios temporal y ecológico. En el sentido horario, el Cuadrante I se forma por la intersección de los extremos positivos de los ejes x e y. Los ejemplos de abordajes colectivos y preventivos incluyen políticas de vivienda adecuada, provisión de cuidados en salud de alta calidad, incentivos para alcanzar estándares educa-

cionales altos, inversión en educación, planificación familiar, salud mental, así como políticas impositivas progresivas que distribuyan la riqueza en la población.

El Cuadrante II representa intervenciones proactivas pero centradas en las personas. Los ejemplos incluyen construcción de habilidades, educación para una

alimentación adecuada y ejercicio para prevenir enfermedades físicas. Algunos programas de prevención en drogas que enseñan a la juventud habilidades de resistencia y conocimientos en lo que concierne a efectos del alcohol, tabaco y drogas ilícitas, entran en este cuadrante, así como

Figura 1: campo contextual en salud y servicios humanos

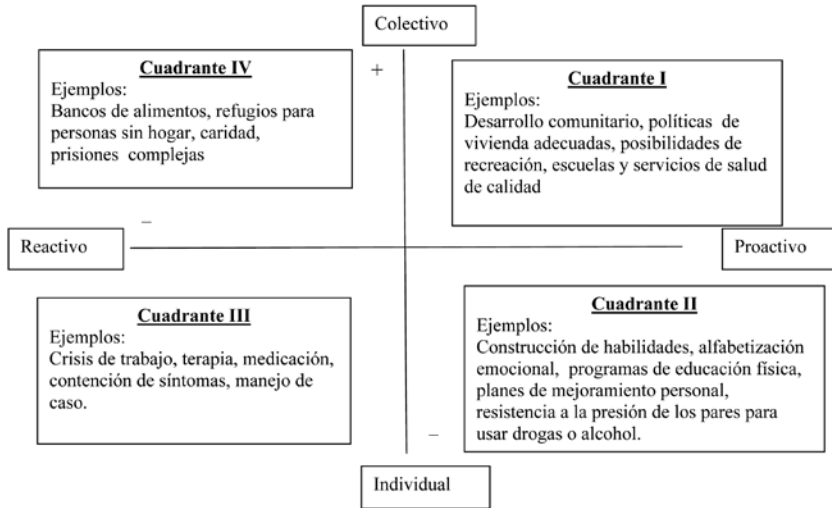
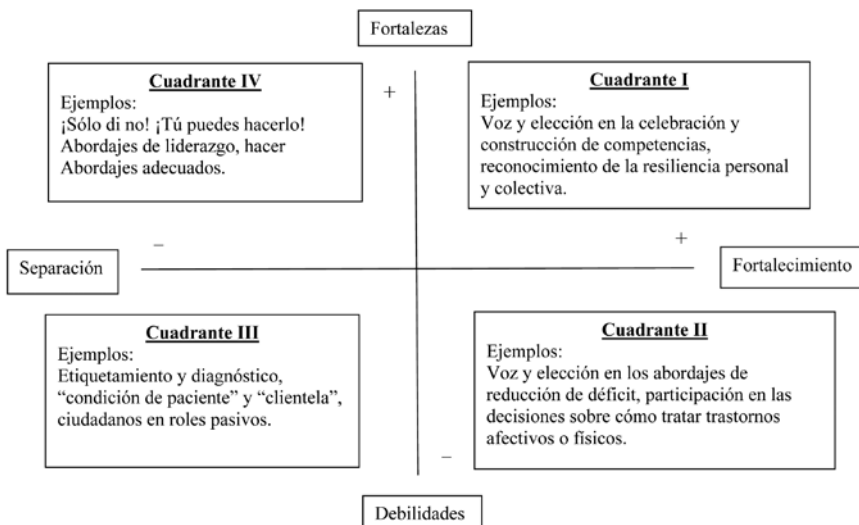


Figura 2: campo de afirmación en salud y servicios humanos



algunos programas para fortalecer la auto-eficacia de las madres (Olds, D.; Robinson, J.; Pettitt, L.; Luckey, D.; Holmberg, J.; Ng, R.; 2004: 114, 1560-8).

El Cuadrante III refleja la tradición del modelo médico, en el que la intervención es asimilada a contener síntomas y manejar crisis. Medicación, terapia e intervención en crisis son los abordajes prototípicos de este cuadrante.

Los médicos esperan para intervenir cuando los pacientes, clientes o miembros de la comunidad demandan por algún malestar, y esto usualmente sucede en un encuadre médico, clínico o de una intervención comunitaria.

El último Cuadrante, número IV, se crea por la intersección de abordajes colectivos y reactivos. Bancos de alimentos, refugios para personas sin hogar y esfuerzos caritativos en general se dirigen al objetivo de aliviar para algunos grupos los efectos patógenos de la injusticia social o los impredecibles resultados de los vaivenes económicos.

El campo de afirmación

Para experimentar bienestar, los seres humanos deben haber experimentado primero afirmación. La afirmación proviene, entre otras cosas, del reconocimiento de las fuerzas de la persona, de votar y elegir. La salud y los servicios sociales han estado –y continúan estando– notoriamente concentradas en los déficits y en crear clientela o pacientes más que ciudadanía (Nelson, G.; Prillel-

tensky, I., 2005; Prilleltensky, I.; Nelson, G., 2002). Por el contrario, cuando se promueven fortalezas y fortalecimiento crece la experiencia de afirmación.

El campo de la afirmación consiste en dos continuos intersectados: los dominios de la participación y de las capacidades. Juntos crean cuatro abordajes distintos de la ayuda y la curación.

El dominio de la participación

Los ciudadanos se involucran en forma variable en servicios, programas y políticas de promoción de salud y bienestar.

La mayoría, sin embargo, tiende a estar alejada de los procesos de toma de decisiones que afectan directamente su propia salud o la salud y el bienestar de toda la comunidad. Usualmente los ciudadanos están en el polo de la recepción de decisiones tomadas por profesionales y políticas, decisiones que los ubican en el rol de clientes, pacientes o consumidores, pero raramente en el rol de socios (Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51; Labonte, R.; Woodward, G.; Chad, K.; Laverack, G., 2002: 93, 181-2).

Como resultado de esta cultura de clientela y pacientes muchos residentes de la comunidad se sienten completamente alejados de procesos profesionales, comunales o políticos que afectan sus vidas. Esto se refleja en los extremos negativos del eje de la x en la Figura 2. En el otro extremo tenemos los sentimientos y experiencias actuales de fortalecimiento en las que los ciudadanos se sienten y están en el control de los procesos de ayuda, curación y construcción de comunidad.

El dominio de las capacidades

El eje y de la Figura 2 describe el continuo déficit–fortaleza. Son pocos los profesionales que comienzan la relación con los clientes basándose en qué es lo que este último está haciendo bien. Típicamente la línea de apertura del cuestionamiento es, explícita o implícitamente, ¿qué es lo que está mal en Ud.? O ¿qué es lo que Ud. hizo mal?

Tomando en cuenta la limitación de tiempo, médicos y psicólogos ansiosos por llegar al “centro” de la cuestión, se abstienen de explorar fuentes y manifestaciones de resiliencia. Las oportunidades de construir fortalezas o de promover afirmación a menudo se pierden en la búsqueda de la patología.

Cuadrante de afirmación

El cuadrante I de la Figura 2 representa las intervenciones destinadas a promover voz y voto en el reconocimiento y construcción de competencias.

La gente es propensa a ejercer control sobre decisiones que afectan sus vidas, teniendo en cuenta modos de ayuda contruidos sobre antecedentes de experiencias exitosas.

El Cuadrante II abarca la voz y el voto de miembros de la comunidad en métodos de reducción de déficit. Los ciudadanos han tomado parte en esfuerzos para combatir la depresión, el stress, la obesidad o las enfermedades infecciosas.

El Cuadrante III es el epítome de la clientela y la condición de paciente. No solo son personas privadas de una oportunidad de participar en ayudar y sanar, sino que la mayor parte de la atención está en el diagnóstico, la patología y en rotular las conductas maladaptativas (Mullaly, B.,

2002; Nelson, G.; Lord, J.; Ochocka, J., 2001).

El Cuadrante IV representa la única combinación de abordajes que lucha para ser positiva, mientras ubica a la persona afectada lejos del proceso de cambio. Campañas tan populares como ineficaces como “Dile no a las drogas” o esfuerzos de liderazgo como “Puedes hacerlo, si quieres” representan promesas vacías de mejor salud. Si bien son positivas y efusivas, estas estrategias fallan la conexión con la experiencia de la vida real del desarrollo de la juventud en comunidades infestadas por las drogas, o con la lucha de algunas personas para disminuir su peso, al mismo tiempo que no tienen acceso a comidas nutritivas adecuadas y vegetales.

El campo de los SPECs

Combinando en el plano los dominios contextuales y de afirmación, podemos retratar el campo de SPECs en la Figura 3. Los extremos positivos de los dos continuos crean el polo positivo del eje y en la Figura 3: intervenciones proactivas y colectivas. De la misma manera, los extremos positivos de los continuos de la afirmación forman el extremo positivo del eje x en la Figura 3: abordajes basados en las fortalezas y el empoderamiento. El extremo negativo del primer continuo comprende intervenciones reactivas e individuales, mientras que el extremo negativo de los últimos se dirige a prácticas aisladas y orientadas al déficit.

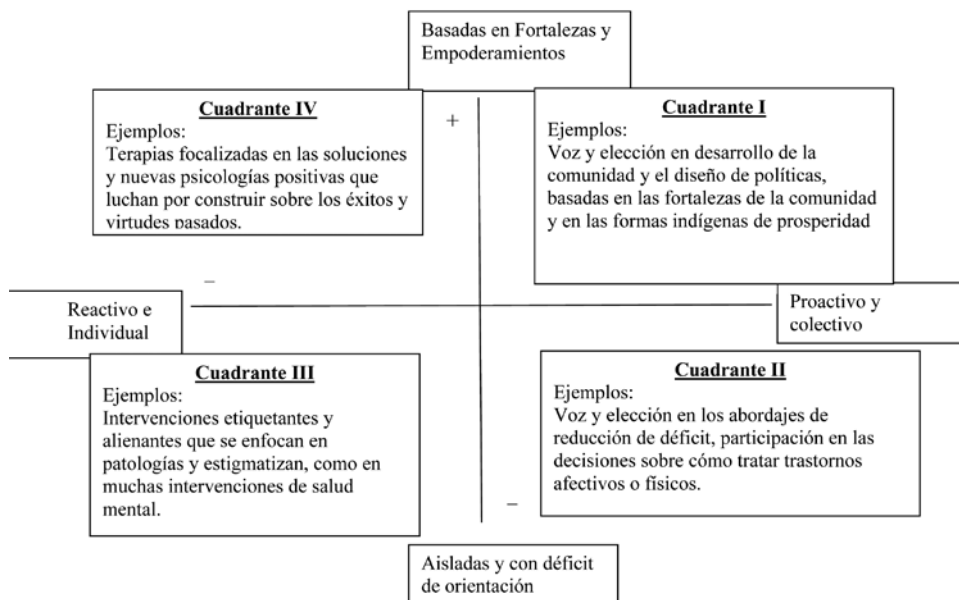


Figura 3: el campo de los SPECs en salud y servicios humanos

El Cuadrante I de la Figura 3 contiene la promoción de la voz y el voto en el desarrollo comunitario, “hacer” políticas y promoción del bienestar. El Cuadrante II, a su turno, se dirige a experiencias de amplitud comunitaria, proactivas pero con una orientación al déficit. Los esfuerzos en Canadá y Australia para educar a los niños aborígenes en las tradiciones occidentales fueron estrategias “proactivas” y “colectivas” empleadas por oficiales de los gobiernos y las iglesias. Los colonizadores quitaron los niños a sus familias para educarlos en las tradiciones occidentales. Ellos veían a la cultura aborigen como deficiente e inferior. Las familias nativas no tuvieron palabra en la materia, menos los niños que a menudo fueron sometidos a abusos y abandono.

El Cuadrante III de la Figura 3 concierne al modelo médico prototípico, en el cual los que demandan servicios devienen pacientes en un elaborado sistema de rotulación, diagnóstico y alienación. El Cuadrante IV incorpora intervenciones basadas en las fortalezas y el empoderamiento que son individuales y reactivas. La terapia focalizada en las soluciones y algunos aspectos de la nueva psicología positiva (Snider, C.; Lopez, S., editors., 2002) representa esta modalidad de ayuda. Mientras se orienta a la resiliencia y los sucesos pasados, este abordaje es predicado para individuos que golpean las puertas de los profesionales en busca de ayuda, después de haber tenido un problema físico y psicosocial.

Conclusión

Abordajes reactivos, individuales, alienantes y basados en un déficit que fomentan más el ser pacientes que la salud, la ciudadanía y la democracia fueron los

que dominaron el campo de la salud por décadas (Mullaly, B., 2002). Es tiempo de cambiar paradigmas y darle a los abordajes basados en las fortalezas, preventivos, empoderadores y orientados a la comunidad la chance de promover el bienestar personal, relacional y colectivo. Abordajes basados en SPECs han probado ser más humanos y costo-efectivos que los predominantes y debilitan el modelo médico (Nelson, G.; Prilleltensky, I., 2005; Prilleltensky, I.; Nelson, G., 2002; Earls, F.; Carlson, M., 2002; The new public health, 1999; Schwab, M.; Syme, S. L., 1997: 87, 2049-51).

Para continuar este paradigma emergente, la investigación y la acción deben conformar el marco conceptual. Diferentes parámetros del modelo presentado más arriba han sido investigados, pero aisladamente. Proyectos preventivos ejemplares, como algunos de los conducidos por Olds, sobre

prevención del abuso infantil (Olds, D.; Kitzman, H.; Cole, R.; Robinson, J.; Sidora, K.; Luckey, D. et al, 2004: 114, 1550-9; Olds, D.; Robinson, J.; Pettitt, L.; Luckey, D.; Holmberg, J.; Ng, R., 2004: 114, 1560-8), se orientan a la conducta materna, pero no alteran las condiciones comunitarias. La mayoría de los programas descriptos en la “Guía Comunitaria para Servicios Preventivos” (www.thecommunityguide.org) y “Poniendo en Práctica la Prevención” (www.ahrq.gov/ppip/manual) desconocen los continuos de participación y capacidades de SPECs. Necesitamos esfuerzos que combinen todos los elementos de una vez. Esto va a requerir equipos multidisciplinares con valores y concienzudo entrenamiento en los cuatro continuos del modelo SPEC.



Necesitamos promover proyectos de investigación-acción que fomenten habilidades individuales y puedan alterar condiciones deletéreas de la comunidad al mismo tiempo. Hasta ahora la mayoría de los programas se han concentrado en proporcionar bienestar al individuo, pero han desconocido las condiciones

de la comunidad, que conducen en primer lugar al sufrimiento. Inalterados entornos tóxicos producen estrés y enfermedades que cobran un peaje a la mayor parte de la población resiliente. ¿Los profesionales pueden compartir con los ciudadanos la promoción de fortalezas, la prevención, el empoderamiento y el cambio de las condiciones comunitarias? Este es nuestro reto.

Bibliografía

- Albee, G. (1990). *The futility of psychotherapy*. J Mind Behav.
- Baum, F. (1999). *The new public health*. 2nd ed, Melbourne: Oxford University Press.
- Berkman, L. (1995). *The role of social relationships in health Promotion*. Psychosom Res.
- Board on health promotion and disease prevention. (2002). *The future of the public's health in the 21st century*. Washington: National Academy of Sciences.
- Briss, P.; Brownson, R.; Fielding, J.; Zaza, S. (2004). Developing and using the guide to community preventive services: Lessons learned about evidence-based public health. *Annu Rev Public Health*.
- Earls, F.; Carlson, M. (2002). The social ecology of child health and well-being. *Annu Rev Public Health*.
- Eckersley, R.; Dixon, J.; Douglas B. (editors). (2002). *The social origins of health and well-being*. New York: Cambridge University Press.
- Epp, J. (1986). *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa: Health and Welfare Canadá.
- Evans, G.; Kantrowitz, E. (2002). Socioeconomic status and health: The potential role of environmental risk exposure. *Annu Rev Public Health*.
- Hofrichter, R. (2004). *Health and social justice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Labonte, R.; Spiegel, J. (2003). *Setting global health research priorities*. Br Med J.
- Labonte, R.; Woodward, G.; Chad, K.; Laverack, G. (2002). *Community capacity building: A parallel track for health promotion programs*. Can J Public Health.
- Marmot, M.; Wilkinson, R. (editors). (1998). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Mullaly, B. (2002). *Challenging oppression: A critical social work approach*. Toronto: Oxford University Press.
- Nelson, G.; Lord, J.; Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nelson, G.; Prilleltensky, I. (2005). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave.
- Nelson, G.; Prilleltensky, I.; Laurendeau, M.; Poweel, B. A. (1996). *survey of prevention activities in mental health in the Canadian provinces and territories*. Can Psychol.
- Olds, D.; Kitzman, H.; Cole, R.; Robinson, J.; Sidora, K.; Luckey, D. et al. (2004). *Effects of nurse home visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial*. Pediatrics.
- Olds, D.; Robinson, J.; Pettitt, L.; Luckey, D.; Holmberg, J.; Ng, R. (2004). 2004: 114,1560-8. *Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial*. Pediatrics.

- Ornish, D. (1997). *Love and survival: The scientific basis for the healing power of intimacy*. New York: HarperCollins.
- Prilleltensky, I.; Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. New York: Palgrave.
- Prilleltensky, I. (1994). *The morals and politics of psychology: Psychological discourse and the status quo*. Albany: State University of New York Press.
- Schwab, M.; Syme, S. L. (1997). *On paradigms, community participation, and the future of public health*. *Am J Public Health*.
- Smedley, B.; Syme, L. (editors). (2000). *Promoting health: Interventions strategies from social and behavioral research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Snyder, C.; Lopez, S. (editors). (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Subramanian, S.; Belli, P.; Kawachi, I. (2002). The macroeconomic determinants of health. *Annu Rev Public Health*.
- Susser, M.; Susser, E. (1996). *Choosing a future for epidemiology, II: From black box to Chinese box and eco-epidemiology*. *Am J Public Health*.
- VanderPlaat, M.; Teles, N. (2005). *Mainstreaming social justice: Human rights and public health*. *Can J Public Health*.
- Wills, J.; Woodhead, D. (2004). *The glue that binds...: Articulating values in multidisciplinary public health*. *Critical Public Health*.
- World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion: *An International conference on health promotion*. 1986 [available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/charter>].





Mejoramiento de calidad e incentivos financieros a médicos de atención primaria

Adolfo Rubinstein

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud, Equidad en Salud, Calidad Total, Eficiencia.


Descriptors: Primary health care, Health services, Equity in health, Total quality, Efficiency.

Resumen:

Se plantea en el siguiente artículo analizar la pertinencia y repercusión de diferentes variables y su incidencia sobre el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención primaria, así como la de los incentivos financieros a médicos que allí se desempeñan. Se analiza la justificación de la medición de la calidad así como los fenómenos que en ella inciden. Se aborda también la medición de resultados en atención primaria, la auditoría de calidad y las diferentes dimensiones para medir la misma: accesibilidad, calidad técnica, adecuación y pertinencia, resultados, la satisfacción de usuarios así como otras características no relacionadas con la interacción entre médico-equipo de salud y pacientes. Se definen los indicadores de calidad así como su selección y se presentan cuatro componentes de la misma: relevancia, base científica, factibilidad y otros aportes para la selección de indicadores. Se presentan abordajes para la evaluación de la calidad de los médicos de atención primaria así como los cuatro aspectos más importantes al intentar evaluar servicios de APS: aspectos estructurales de los servicios, entrega de servicios, desempeño clínico y evaluación del estado de salud; enfocándose también un análisis de los incentivos financieros en pos de lograr una mejora de la calidad.

Introducción

Desde la perspectiva del mejoramiento de la eficiencia y la equidad en los servicios de salud, podemos definir como calidad de los cuidados a la extensión, en la cual las necesidades sanitarias, actuales y futuras, son satisfechas por estos servicios, dado el conocimiento que se tiene sobre la distribución, reconocimiento, diagnóstico y manejo de los problemas y preocupaciones de las comunidades. Sin embargo, la calidad de la atención



médica recibida por la población está lejos de los estándares de cuidados aceptados en función del avance científico y tecnológico y el desarrollo profesional. La calidad en la provisión de servicios es un concepto multidimensional y diferentes aspectos de la misma necesitan distintos métodos de medición. En atención médica, calidad significa “brindar los servicios médicos con accesibilidad y equidad, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y que logre la adherencia y satisfacción del usuario”.

En Atención Primaria los abordajes para mejorar la calidad pueden iniciarse desde dentro de los mismos grupos de práctica o bien desde fuera, por medio de regulaciones de distintos organismos públicos o privados actuando en nombre de los usuarios.

Es sabido que la mayoría de las intervenciones en la práctica médica, en la planificación de los servicios de salud y en la incorporación y difusión de tecnologías sanitarias, están basadas en usos, costumbres y experiencias a menudo de eficacia y efectividad no sustentada por estudios rigurosos. Por otro lado, los proveedores y financiadores de servicios sanitarios, preocupados por las crecientes dificultades para hacer frente a demandas cada vez mayores y recursos cada vez más escasos, buscan mayor efectividad y eficiencia en dichos servicios y están cada día más interesados en disponer de evidencias explícitas sobre la eficacia, seguridad, efectividad y costo-efectividad de los servicios, prácticas o tecnologías en general que deben proveer o financiar. Es de esta manera que el concepto de calidad, junto al de eficiencia y equidad forman parte de un triángulo

sobre el que debe sustentarse la entrega de servicios de salud.

Justificación de la medición de la calidad

Quienes deben tomar decisiones sobre qué servicios financiar o qué tecnologías adoptar, se encuentran sometidos a tensiones originadas por un lado, por la oferta de un número creciente de nuevos procedimientos médicos, cada vez más sofisticados, más caros y más prometedores, y por el otro, por las preocupaciones crecientes como consecuencia del aumento imparable de los gastos médicos.


Este escenario de incertidumbre está motorizado por tres fenómenos diferentes:

- Ausencia de adecuada correlación entre el nivel de gasto sanitario de un país y los indicadores de salud de su población.

Los resultados agregados de salud y bienestar de una población son poco sensibles a los cambios en el gasto en salud por encima de niveles mínimos alcanzados por los países desarrollados en general y por muchos países en desarrollo, entre los cuales se encuentra el nuestro.

- Variabilidad inapropiada observada en la práctica clínica.

En 1938 Glover reportó diferencias inexplicables en la tasa de amigdalectomías en niños de edad escolar



que vivían en condados vecinos en Inglaterra. Desde entonces, se han publicado innumerables reportes que documentan la enorme variabilidad, muchas veces inexplicable, en el manejo de diferentes condiciones de salud, ya sean procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos en enfermedades crónicas, internaciones hospitalarias, uso de estudios diagnósticos o implementación de programas sanitarios. En muchos casos, dichas variaciones no pueden explicarse por diferencias de case-mix o por diferentes resultados, sino por inadecuadas decisiones médicas ante la incertidumbre. Muchos estudios posteriores han demostrado desde una variación de hasta 6 veces en la implantación de prótesis de cadera entre 13 estados de Estados Unidos, hasta diferencias de unas 26 veces en la realización de esclerosis hemorroidales. Las fuentes de variabilidad identificadas son aquellas relacionadas con la demanda de los pacientes (como la magnitud del fenómeno, los factores relacionados con la decisión de consultar y las posibilidades de acceso al sistema) y las relacionadas con las decisiones del manejo médico o institucional en cuanto al diagnóstico y al tratamiento de cada condición (Wennberg, 1990). Hay ejemplos en los que existe acuerdo general sobre el manejo médico (por ejemplo: hospitalización de los pacientes con fractura de cadera, o revascularización coronaria en los pacientes con lesión del tronco de la arteria coronaria izquierda). En estos casos, cualquier diferencia sistemáti-

ca observada debe ser atribuida a diferentes características de la población en cuanto a la prevalencia del problema u otros factores que incidan sobre la demanda de servicios. Sin embargo, la realidad nos demuestra que esto está lejos de ser la regla para la mayoría de las situaciones que encontramos todos los días y en las que, los factores relacionados con las decisiones médicas constituyen una fuente de enorme variabilidad, que resulta de la aplicación de diferentes estilos de práctica y tiene directa relación con el costo y la calidad de la atención. Distintas estrategias se han desarrollado con el objeto de reducir la variación atribuida a los factores relacionados con el manejo médico: 1) primer contacto obligado con un médico de atención primaria, 2) revisión de utilización y perfiles de práctica (auditoría y feed-back), 3) barreras administrativas y 4) cambios en la modalidad de pago e incentivos financieros. Sin embargo, el mayor desafío ético consiste en anteponer la *racionalización* al racionamiento de los recursos, incorporando herramientas como la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la elaboración de Guías de Práctica Clínica consensuadas y relevantes para el contexto local. La MBE es el continuo proceso de aprendizaje que busca integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible para aplicarla en la atención de nuestros pacientes. Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente, para asistir a pacientes, profesionales y organizaciones en decisiones acerca de los cuidados de salud apropiados para circunstancias clínicas específicas.



Apropiabilidad o Pertinencia

Existe un concepto estrechamente relacionado con la variabilidad y es el de la “apropiabilidad” –también definido como adecuación o pertinencia– de las decisiones que se toman ante las distintas situaciones planteadas en la práctica. Sin lugar a dudas, definir desde el punto de vista médico si las condiciones en las cuales se indican determinados procedimientos son o no las “apropiadas” es tarea difícil. Mucho más complicado es intentar evaluar aquellas situaciones en las cuales no se realizó la indicación cuando las condiciones así lo requerían. Esto guarda clara relación con la definición de uso apropiado o inapropiado de los servicios de salud y la calificación de “sobreutilización” de servicios innecesarios o “subutilización” de aquellos necesarios pero no provistos. Ambos conceptos tienen fundamental implicancia en la calidad y costos de la atención médica. Muchas veces la indicación de una droga o procedimiento quirúrgico eficaz para una indicación precisa se extiende a otras indicaciones mucho más cuestionables (ejemplo: la colecistectomía está indicada en un paciente con litiasis vesicular sintomática pero desaconsejada en un paciente con litiasis vesicular asintomática). En este sentido, las guías de práctica clínica permiten reducir este tipo de variabilidad.

- Incertidumbre acerca del impacto de las intervenciones médicas.

Algunas estimaciones sitúan el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o directamente perjudiciales, como consecuencia, muchas veces, del error médico, en un 20% del gasto total. Mas aún, 20 a 25% de los procedimientos médicos

realizados en EE.UU. están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas (Brook, 1986). La constatación de la falta de eficacia y efectividad de muchas intervenciones médicas, algunas de ellas consideradas clásicas o tradicionales, ha producido un intenso debate en la investigación biomédica y en la práctica clínica en los últimos años, y ha sido una de los determinantes más importantes del desarrollo del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia en los países industrializados.

Medición de resultados en Atención Médica

En la última década y bajo el paradigma de la reducción de los costos, comenzó a imponerse en la Atención Médica la medición de resultados. Podemos definir como Resultados a aquellos cambios, favorables o adversos, en el estado de salud presente o potencial de personas, grupos o comunidades, que puede ser atribuido a la atención médica. Este proceso de medición de resultados exige que quienes lleven a cabo las diferentes actividades clínicas, den también cuenta de lo que hacen. De esta manera, el diseño, implementación y diseminación de guías de práctica clínica se vuelve un instrumento imprescindible para la evaluación de las intervenciones médicas. Por supuesto, esta modalidad es muchas veces resistida por los médicos, con el argumento de que se pretende limitar la autonomía clínica a través de recetas de cocina de difícil aplicación en el contexto de la



práctica de todos los días. Por eso, la elaboración de guías de práctica debe también considerar otros tipos de evidencia obtenidas en el “mundo de la práctica clínica real”. Es aquí donde cobran especial importancia los llamados *Estudios de Efectividad*. En este tipo de investigaciones, se evalúan los resultados clínicos (y los costos) alcanzados en circunstancias habituales (efectividad) y no sólo los alcanzados a través de intervenciones experimentales provenientes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (eficacia). Algunas definiciones sobre estos conceptos las podemos observar en el cuadro 1³. Algunos indicadores de efectividad clínica basados en la evidencia, usualmente usados en Atención Primaria, pueden verse en el cuadro 2.

Auditoría de Calidad en Atención Primaria

El proceso de selección, implantación, monitoreo y evaluación de medidas para ser utilizadas como indicadores de desempeño y calidad de los servicios de salud, en especial dentro de los servicios de atención primaria, representa un desafío considerable por las particulares características de estos servicios. La evaluación de calidad de los Médicos de Atención Primaria (MAP), compromete no sólo la medición del desempeño clínico sino también el desempeño y la integración de los servicios en los diferentes niveles de atención. Este desarrollo debe incluir por ejemplo, la auditoría de historias

clínicas que toma como unidad de análisis para la medición de la calidad de los MAP, el episodio de cuidado, entendiéndose por tal el proceso de atención individual o familiar con un comienzo y final objetivamente definido. Es también posible medir calidad sin el empleo de medidas cuantitativas, usando abordajes como la revisión de pares, consultas videograbadas y entrevistas a los pacientes.

En el año 2000, el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS) elaboró su segundo informe anual sobre desempeño de la calidad en los hospitales. Este reporte se basa en un marco que contiene seis dimensiones clave relevantes para los pacientes (cuadro 3). Este renovado interés del NHS rápidamente se trasladó al desempeño de los grupos de Atención Primaria, nuevo modelo de organización de la Atención Primaria en Inglaterra a partir de 1998. El proceso de medición de la Calidad en Atención Primaria, debería guardar relación con el uso de indicadores de desempeño de las diferentes dimensiones de los servicios de salud, tal como puede observarse en el cuadro 4. Estos atributos de desempeño organizacional se relacionan a “**hacer las cosas correctas**” (adecuación, disponibilidad y eficacia) y “**hacer las cosas correctamente**” (efectividad, eficiencia, respeto y compasión, seguridad, oportunidad). Para aquellos indicadores que intentan reflejar adecuación, disponibilidad, eficacia y efectividad debe existir evidencia robusta de que las intervenciones sobre las cuales se basan conducen a mejores resultados clínicos.

3 Véase cuadros en pp. 49-51.



Dimensiones para la medición de Calidad en Atención Primaria

De acuerdo a Bárbara Starfield, las dimensiones para medir la calidad en Atención Primaria debieran incluir al menos las siguientes: 1) acceso a los componentes esenciales del proceso de atención, 2) calidad técnica, 3) adecuación y pertinencia de las intervenciones, 4) resultados, 5) satisfacción con el proceso de atención y 6) características no clínicas.

Acceso

El acceso a los servicios especializados u hospitalarios puede ser problemático si hay barreras geográficas o financieras. La evaluación de barreras para el acceso oportuno a los servicios se puede realizar por medio de encuestas en puntos de atención médica, postales, electrónicas, telefónicas o domiciliarias. Otros aspectos pueden evaluarse utilizando las historias clínicas. En el contexto del proceso de atención, el acceso está relacionado a la evaluación acerca de si los usuarios han recibido los cuidados apropiados de acuerdo a su perfil de edad, sexo o riesgo en los cuidados preventivos o de la dolencia o enfermedad en el caso de los cuidados terapéuticos agudos o crónicos. Ejemplos de indicadores de acceso pueden ser el porcentaje de población beneficiaria que consulta al año con el MAP, número de controles prenatales, porcentaje de población de riesgo que recibe prácticas preventivas, etc.

Calidad Técnica

Consiste en alcanzar los estándares de atención para el reconocimiento de las necesidades de los pacientes, las decisiones y procedimientos diagnósticos y el manejo y tratamiento de enfermedades. Ejemplos de

indicadores de calidad técnica pueden ser la tasa de hipertensos controlados, de la población a cargo del médico de familia, la tasa de diabéticos tipo 2 con seguimiento apropiado, la proporción de asmáticos persistentes con corticoides inhalatorios, el porcentaje de otitis media en los niños tratadas apropiadamente, etc.

Adecuación y Pertinencia

Se relaciona con los procedimientos que, acorde a los criterios científicos estándar, están sujetos a variación probablemente inapropiada, tanto por sobreutilización como por subutilización de prácticas o procedimientos. Ejemplos de indicadores de pertinencia pueden ser la tasa de cesáreas, de internación de pacientes crónicos (diabéticos, asmáticos), etc.

Resultados

Resultados sanitarios relevantes pueden implicar indicadores de mortalidad prematura y sanitaria evitable (MIMPSE), indicadores de morbilidad específica de ciertas condiciones crónicas, etc. Esta información es habitualmente recolectada a través de registros de organismos públicos, encuestas telefónicas, auditoría de historias clínicas, cuestionarios postales, etc. Es importante aclarar que los indicadores de resultado, como los mencionados arriba, no son en general sensibles a las características de la atención clínica. Como veremos más adelante, para evaluar el desempeño profesional, es conveniente utilizar indicadores de proce-

so que miden *resultados intermedios* (ejemplo: si bien lo que nos importa es reducir la incidencia de eventos cardiovasculares como indicador de manejo adecuado de los pacientes con diabetes tipo 2, es más fácil medir la hemoglobina glicosilada cuyos niveles predicen estas complicaciones. En este caso, el nivel sérico de la hemoglobina glicosilada es un proxy o subrogante de riesgo cardiovascular).

Satisfacción de usuarios

Ciertos aspectos de la calidad de los cuidados deben ser recabados periódicamente por medio de encuestas de satisfacción. Para evitar los sesgos de selección atribuibles a la utilización de muestras de conveniencia en los puntos de servicio (pacientes que consultan), es necesario incluir muestras aleatorias de la población beneficiaria de los MAP, independientemente de que hayan contactado al sistema de atención.

Características no clínicas

Otras características no relacionadas con la interacción entre médico-equipo de salud y pacientes, pero relevante como indicador de calidad de los servicios de atención primaria, tiene que ver con la implantación de indicadores de continuidad, de calidad de los registros en la historia clínica y de las condiciones de confort, adecuación y seguridad del ámbito de atención clínica.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM 2001), en su

reciente publicación, que define el marco del reporte sobre calidad de servicios que debieran realizar las organizaciones de salud, define cuatro componentes de la calidad: seguridad, efectividad, foco en el paciente y oportunidad, tal como puede observarse en el cuadro 5.

Selección de Indicadores

Los indicadores de calidad son ítems definidos explícitamente y mensurables, que se refieren a la estructura, proceso o resultados de la atención médica. Los indicadores de actividad miden cuan frecuentemente sucede un evento (ejemplo: tasa de inmunizaciones contra la gripe). En cambio los indicadores de calidad incorporan un juicio sobre el tipo de cuidado provisto (cobertura de vacuna antigripal en > 90% de los mayores de 65 años). En la sección anterior se han definido los dominios que deben estar expresados en los reportes sobre desempeño de la calidad de los servicios. Sin embargo, al momento de seleccionar los indicadores individuales dentro de cada subcomponente, el IOM propone una lista de 10 criterios agrupados en tres categorías que deberían aplicarse en el proceso de selección (cuadro 6). Además, propone la utilización de medidas de proceso y resultado y no de estructura, ya que estas últimas se relacionan pobremente con la calidad de los sistemas y no son en general relevantes para los políticos, administradores, proveedores y usuarios. Además, los pacientes habitualmente están más interesados en el proceso de atención (“lo que les pasa a ellos”) que en sus resultados (“lo que le pasa a su salud”).

Relevancia

1. Impacto sobre la Salud

Estos indicadores debieran representar problemas que afectan significativamente la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el funcionamiento o la calidad de vida relacionada con la salud de los individuos. Además debieran focalizarse en aquellos aspectos donde la brecha entre los cuidados percibidos y los ideales son mayores –y por lo tanto hay más lugar para los procesos de mejora continua–, o las áreas donde hay más variación inexplicada de estados de salud y morbi-mortalidad –y por lo tanto se puede presumir que la calidad diferencial de los cuidados influye en dicha variación–.

2. Significado para los tomadores de decisión y los consumidores

La medida debiera ser fácilmente comprendida por todos los actores involucrados en el proceso de toma de decisión y asignación de recursos.

3. Susceptibilidad para ser influida por los servicios de salud

La medida debiera reflejar un indicador de un aspecto de la atención que pueda ser modificado si se mejora la calidad del servicio.

Base Científica

1. Validez

La medida debe ser lógica y tener sentido desde la práctica clínica. Debiera también correlacionarse adecuadamente con otras medidas que reflejen aspectos similares del dominio seleccionado ligados a indicadores de proceso y resultado.

2. Confiabilidad

La medida debe producir resultados estables y consistentes cuando se reproduce en las mismas poblaciones y ámbitos o cuando es evaluada por otros observadores.

3. Calidad de la evidencia científica

La medida debe sustentarse en evidencias explícitas sobre eficacia o efectividad y un proceso formal que acredite las razones por las que dicha medida puede ser utilizada como indicador de calidad.

Factibilidad para usar la medida

1. Uso previo

Tiene que ver con que el indicador ya haya sido usado en contextos similares y en diversos ámbitos o al menos haya sido probada en experiencias piloto.

2. Disponibilidad de los datos

Los datos que sirven de sustrato para la confección de los indicadores deben poder obtenerse con relativa facilidad tanto del ámbito de atención donde tiene lugar el episodio de cuidado como de estructuras administrativas de mayor jerarquía (hospitales, secretarías de salud, colegios profesionales, etc.). Se considera una medida híbrida aquella que requiere la toma de una muestra para el análisis del indicador (ejemplo, encuestas a subgrupos de población, análisis de historias clínicas). Son medidas administrativas aquellas que toman

toda la población en riesgo y obtienen los indicadores de bases de datos administrativas.

3. Capacidad logística para poder medirlos y reportarlos

Además de disponer de los datos, se debe poder disponer de personal calificado, sistemas de procesamiento y análisis de la información e infraestructura para llevar a cabo el proceso con costos aceptables para el programa. Los indicadores deben poder ser reportados en diferentes subgrupos de riesgo y poblaciones vulnerables.

Otros aportes para la selección de indicadores

El HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) fue desarrollado y es mantenido por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) en los Estados Unidos, una organización no gubernamental que tiene la finalidad de asesorar, reportar y mejorar la calidad del cuidado de las organizaciones médicas, en particular los seguros privados tipo HMO o PPO's. El HEDIS es parte de un sistema integrado para determinar las responsabilidades en el manejo del cuidado médico a través de un set de indicadores que evalúan distintas dimensiones del proceso de atención médica.

Abordajes para la evaluación de la Calidad de los MAP

Cuatro aspectos son importantes cuando se intentan evaluar los servicios de atención primaria: 1) aspectos estructurales de los servicios, 2) entrega de servicios, 3) desempeño clínico y 4) evaluación del estado de salud.

1. Aspectos estructurales de los servicios


Tienen que ver con la calificación de los recursos humanos, las características de los centros de atención en cuanto a infraestructura y equipamiento, el tipo de financiamiento de los servicios y el rango y extensión de la cobertura y del paquete de prestaciones.

Ejemplos de indicadores pueden ser la proporción de médicos certificados como médicos de familia, la proporción de enfermeros profesionales, la extensión de los servicios que se proveen, etc. Si bien los indicadores de estructura son más sencillos de medir, no necesariamente se relacionan con el proceso de atención clínica y los resultados de las intervenciones.

2. Entrega de Servicios

Evalúa los aspectos conceptuales que hacen a la práctica clínica de los profesionales de atención primaria: primer contacto, continuidad y longitudinalidad, integridad y coordinación.

Ejemplos de indicadores pueden ser el porcentaje de consulta al MAP por episodio de cuidado (primer contacto), porcentaje de consultas de primera vez/consultas totales (continuidad), identificación del



médico de cabecera, porcentaje de consultas al MAP/consultas totales (longitudinalidad), índices consultas generalista/especialista (coordinación), etc.

3. Desempeño clínico

Este componente evalúa la manera en que los problemas que aquejan a los individuos son resueltos en el nivel de atención primaria. Los indicadores pueden estar focalizados a las prácticas preventivas o al manejo de condiciones específicas. En general son indicadores de proceso y reflejan las competencias profesionales en cuanto a la calidad técnica en la provisión de servicios.

Ejemplos de este componente son los indicadores que reflejan el cumplimiento de prácticas preventivas en población susceptible (PAP en los últimos 3 años en mujeres en edad reproductiva, Mamografía en los últimos 2 años en las mujeres mayores de 50 años) o el manejo de condiciones crónicas (niveles de hemoglobina glicosilada en los diabéticos, control o calidad prescriptiva en los hipertensos, prescripción de drogas beta-bloqueantes en el post-infarto de miocardio, etc.


4. Resultados

Evalúa los resultados clínicos y no clínicos de las intervenciones sanitarias. Inicialmente, los resultados sanitarios eran evaluados a partir de las tasas de mortalidad, ya que generalmente estaban disponibles, a diferencia de otras medidas de resultado y contaban con sistemas de codificación comunes (CIE) que permitían efectuar comparaciones entre regiones o países. Hacia los '80, la Organización Mundial de médicos de familia (Wonca), comenzó a

desarrollar sistemas de codificación para problemas de atención primaria (CIPSAP II y luego CIAP), que permitieron registrar los problemas de salud en este ámbito de atención. Actualmente los Cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud tales como el SF-36, el EuroQol, el QWB así como instrumentos que miden la satisfacción de los usuarios con las experiencias de atención (CAHPS) están siendo ampliamente utilizados en APS como indicadores de resultado.

Es importante señalar que cualquier indicador que se seleccione debe reflejar atributos sensibles a las características y desempeño de los MAP. Como se dijo más arriba, muchos indicadores de impacto que reflejan resultados finales (reducción de la mortalidad infantil, materna, etc.) son sensibles a cambios en la organización y entrega de los servicios de salud que están fuera del alcance inmediato de cada MAP. Por lo tanto es importante que los indicadores se seleccionen por lo que cada componente del sistema pueda responsabilizarse y dar cuenta.

La implementación de un sistema integrado de indicadores tiene por finalidad detectar situaciones problemáticas y mejorables, e incorporar ciclos de mejora para solucionar los problemas identificados, diseñar nuevos servicios y efectuar comparaciones entre profesionales o grupos de profesionales y entre un mismo profesional a lo largo del tiempo. Algunos ejemplos de indica-



dores que pueden usarse para medir el desempeño de los MAP, en diferentes dominios, pueden observarse en el cuadro 7.

Incentivos financieros para mejorar la calidad


La práctica de pagar a los médicos por desempeño (PPD), en el cumplimiento de metas de calidad, se ha diseminado rápidamente en los últimos años y hoy se ha vuelto una de las más prominentes iniciativas para intentar mejorar la calidad de los servicios de salud. El PPD persigue mejorar los resultados de las intervenciones clínicas al tiempo que se reduce la variación inapropiada y se aumenta la pertinencia y la seguridad de los servicios provistos por el médico. El cambio en el contexto profesional, con la emergencia de la Medicina Basada en la Evidencia y los sistemas de información, ha hecho posible que los médicos sean más pasibles de tener que rendir cuenta de sus acciones. De alguna manera, los esquemas de PPD parecen necesarios, porque los mecanismos de pago existentes no recompensan a los prestadores por la mejor calidad de los servicios que prestan, como sí lo hacen los precios en otros mercados.

Sin embargo, aun cuando los esquemas de PPD crean incentivos explícitos para recompensar el mejoramiento del desempeño, los esquemas de pago subyacentes ejercen su propia influencia, la mayoría de las veces de manera más implícita.

Por ejemplo, el pago por prestación crea un incentivo para aumentar la utilización de servicios mientras que la capitación los limita. Por lo tanto, si los médicos están capitados, los incentivos para incrementar algunas prácticas necesitarían ser mayores que en un sistema de pago por prestación, en los cuales los prestadores ya están recibiendo pagos por las consultas y prácticas.

Una manera entonces de mejorar la calidad de la atención es hacer pagos sólo relacionados con el cumplimiento de indicadores de proceso y resultados que reconocen el esfuerzo del médico de prestar servicios de mejor calidad. Muchos escépticos dudan de la efectividad de esta aproximación, puntualizando que este esquema puede tener consecuencias no previstas, como por ejemplo, redireccionar la atención de los médicos hacia objetivos cuyo principal propósito no es el cuidado de los pacientes. Este tipo de conducta no deseada tiene lugar cuando los médicos encuentran la manera de maximizar los resultados medidos sin realmente lograr el objetivo de calidad, por medio de mecanismos de selección de riesgos o bien cuando por cumplir con los indicadores propuestos, se alejan de otras dimensiones de cuidado, más centrados en el paciente pero más difíciles de medir.

Los indicadores de proceso son más sensibles que las medidas de resultados, en parte porque un mal resultado no necesariamente implica mala calidad (aunque lo contrario es habitualmente cierto). En este sentido, una manera de cambiar la conducta de los médicos puede ser combinar indicadores que miden el proceso de atención (documentar el control de la presión arterial), con indicadores que miden resultado (controlar efectivamente la presión



arterial). Este abordaje puede evitar los riesgos de la selección de riesgos si sólo se miden indicadores de proceso, así como pagar incentivos sólo relacionados con los resultados, que muchas veces están fuera del alcance y control del profesional.

Las experiencias internacionales son diversas en su diseño, implementación y resultados. En Estados Unidos por ejemplo, los resultados son muy variados y controvertidos, con resultados parciales o modestos. Por el contrario, el Sistema Nacional de salud inglés (NHS) comenzó en 2005 una de las más impresionantes experiencias de pago por desempeño, a sus médicos de familia. Efectivamente, en el Reino Unido, los médicos de familia cobran principalmente por capitación en función de los pacientes que están registrados con cada uno de ellos, el NHS introdujo en los '90 incentivos financieros a quienes cumplieran con ciertos estándares (PAP e inmunizaciones en la mayoría de sus poblaciones a cargo), como complemento de su pago. A pesar de que fueron inicialmente rechazados, en los años subsiguientes se observó un importante aumento de la cobertura de estos servicios y una mayor equidad en la provisión de los mismos. Debido en parte al éxito de los incentivos, durante los últimos años, se ha venido discutiendo la implementación de incentivos financieros atados al cumplimiento de ciertos indicadores para medir el desempeño de los diferentes grupos de Atención Primaria ("Primary Care Groups" y "Primary Care Trusts"), que forman hoy la base del NHS en Inglaterra y Gales. El cumplimiento de una variedad de indicadores otorga "puntos" que se obtienen alcanzando diferentes estándares que valoran 3 dimensiones:

cuidados clínicos (ejemplo: control y manejo de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc.), organización de la práctica (ejemplo: registro en la historia clínica del status de fumador de los pacientes, revisión de las prescripciones clínicas, acceso telefónico, etc.) y experiencia de los pacientes (ejemplo: duración de la consulta e intervalo entre consultas programadas de > 10 minutos, encuestas a pacientes, etc.). Además, se premia la reducción de las demoras para conseguir un turno, tasa de inmunizaciones y PAPs, servicios de planificación familiar y cuidados del embarazo. El esquema de PPD inglés intentó incrementar hasta 25% el ingreso de los médicos. Después del primer año, los médicos de familia se desempeñaron extremadamente bien alcanzando casi 97% de los puntos posibles.

En 2005, el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, comenzó con un esquema de pago por incentivos a sus médicos, fuertemente inspirado en el modelo inglés, en base al cumplimiento de ciertas prácticas que suman puntos que complementan la remuneración de los médicos. Allí, los médicos de familia brindan servicios de atención primaria al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, actualmente con una población a cargo de 150.000 personas. Los médicos de familia son los médicos de cabecera de este Plan y se distribuyen en grupos de práctica llamados UDAs (Unidades docente-



asistenciales compuestas por aproximadamente 10-15 médicos) que dan cuenta de la atención de aproximadamente 15.000 pacientes cada una. Estos incentivos, cuyo cumplimiento es grupal por UDA, como en el caso de los ingleses, se basan en el cumplimiento de indicadores como acceso, continuidad y coordinación, efectividad clínica, prácticas integrales, documentación de los cuidados en la historia clínica electrónica y satisfacción de los pacientes con las experiencias de cuidado. Después de 2 años de funcionamiento de este esquema, los médicos de familia alcanzaron más de 70% de los puntos disponibles, un importante mejoramiento del desempeño, aunque éste no fue homogéneo en todas las dimensiones de cuidado. Por ejemplo, el cumplimiento de indicadores de calidad de efectividad clínica, especialmente sobre prácticas de rastreo del cáncer o control de algunas condiciones crónicas, fue mejor y más homogéneo que en algunas prácticas integrales.

En definitiva, las medidas de calidad en atención primaria debieran tomar en cuenta la enorme complejidad de la práctica y salirse del abordaje lineal hacia un abordaje a distintos niveles, equilibrando el componente biotécnico con el biográfico. Estos múltiples niveles incluyen las tareas verticales de la atención primaria (ejemplo: el manejo específico de algunas condiciones agudas o crónicas o algunas prácticas preventivas) de las funciones horizontales que incluyen la personalización, la integración y la priorización entre múltiples enfermedades, padecimientos y dimensiones de cuidados.

Por eso, la calidad en atención primaria y por lo tanto, los esquemas de PPD para dar cumplimiento a determinados indicadores, no deben reducirse a la “tiranía de lo que puede medirse” y deben también considerar aquellos atributos tan complejos en la práctica del médico de familia como el acceso, la continuidad y longitudinalidad, la integralidad, la coordinación de los cuidados y el abordaje familiar y comunitario.

Cuadro 1. Distintas definiciones para medir los resultados de las Intervenciones

- * Eficacia: ¿Produce la intervención resultados deseables en condiciones óptimas?
- * Efectividad: ¿Produce la intervención resultados deseables en condiciones normales?
- * Eficiencia: ¿Podrían esos recursos ser invertidos más productivamente en otra cosa?

Cuadro 2. Indicadores de Efectividad Clínica basados en la Evidencia

-
- Aspirina en pacientes de riesgo de Enfermedad Coronaria
 - Control de la HTA
 - Consejo antitabáquico
 - IECA en ICC
 - Estatinas en prevención 1aria y 2aria de EC
 - Anticoagulación en FA no reumática para prevención de ACV
 - Control de la Diabetes Mellitus
 - Rastreo de Ca cervical, Ca Mama, Ca Colo-rectal
 - Consejo breve para reducir consumo de alcohol
 - Inmunizaciones niños y adultos (excepto influenza)
 - Vacunación antigripal para >65 años

HTA: hipertensión arterial, IECA: inhibidores de la enzima de conversión, ACV: accidente cerebro-vascular, FA: fibrilación auricular.

Cuadro 3. Dimensiones de la evaluación de calidad para los pacientes

- Mejoramiento de la salud.
- Equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Entrega efectiva de los servicios.
- Eficiencia.
- Experiencia de los pacientes y cuidadores.
- Resultados clínicos y sanitarios.

Fuente: National Health Service. Reino Unido, 2000

Cuadro 4. Atributos que deben tener los Indicadores en Atención Primaria

- Ser atribuibles al desempeño de los servicios de salud.
- Ser sensibles al cambio.
- Basarse en información válida y reproducible.
- Ser definidos con precisión.
- Reflejar áreas clínicas importantes.
- Incluir diferentes dimensiones de cuidados.

Cuadro 5. Componentes de la Calidad de Atención




Seguridad	Efectividad	Foco en el Paciente	Oportunidad
<p>Diagnóstico</p> <p>Ej: auditoría retrospectiva de historias clínicas para evaluar diagnósticos inapropiados, tasas de reinternación no planeada dentro de los 30 días.</p>	<p>Cuidados preventivos</p> <p>Ej: tasas de inmunización infantil. Número de controles prenatales. Parto institucional. Prevención del Cáncer.</p>	<p>Experiencia de cuidados</p> <p>Ej: tiempo de consulta con el prestador, satisfacción de usuarios (CAHPS).</p>	<p>Acceso al sistema de servicios</p> <p>Ej: tasa de consultas programadas, tasa de ausentismo, demoras para obtener consulta con distintos componentes del MAP.</p>
<p>Tratamiento</p> <p>Ej: tasa de Mortalidad Infantil. Tasa de Mortalidad Materna. Demoras en la atención oportuna de las emergencias, auditoría clínica para detección de error médico, etc.</p>	<p>Cuidados agudos, crónicos, terminales</p> <p>Ej: Infecciones respiratorias, diarreas, asma, diabetes, hipertensión arterial, cáncer, HIV/SIDA, TBC.</p>	<p>Establecimiento de vínculos entre prestador y usuario</p> <p>Ej: compromiso del paciente en el manejo de problemas crónicos (automonitoreo, adherencia a recomendaciones, etc.).</p>	<p>Tiempo en obtener atención para un problema particular</p> <p>Ej: demoras en turnos programados con especialistas, demoras de procedimientos quirúrgicos centinelas, demoras en atención de problemas urgentes (no emergencia: cáncer, ev. cardiovascular).</p>
<p>Vinculada al ámbito de atención</p> <p>Ej: distancia geográfica del centro de atención primaria al hospital de referencia, errores de medicación, prescripción inapropiada, etc.</p>	<p>Adecuación y pertinencia de los procedimientos</p> <p>Ej: funcionamiento de los sistemas de referencia y contrareferencia. Evaluación de procedimientos sujetos a variación inapropiada. Ej: tasas de cesárea, tasas de internación quirúrgica, consultas a servicios de emergencia.</p>	<p>Presencia de Programas de Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC)</p> <p>Ej: programas de educación para la salud (promoción y prevención de infecciones respiratorias, diarreas, programas de anticoncepción, grupos de autoayuda, etc.).</p>	<p>Tiempo en obtener atención para un episodio de cuidado</p> <p>Ej: tiempo de espera en el centro de salud o consultorio profesional, coordinación entre atención primaria, secundaria y emergencias para la atención de un episodio.</p>

IOM, 2001

Cuadro 6. Criterios que deben considerarse para la selección de indicadores

1. Relevancia
 - a. Impacto sobre la salud.
 - b. Significado para los tomadores de decisión y los consumidores.
 - c. Susceptibilidad para ser influida por los servicios de salud.
2. Base científica
 - a. Validez.
 - b. Confiabilidad.
 - c. Calidad de la evidencia científica.
3. Factibilidad para usar la medida
 - a. Uso de prototipos.
 - b. Disponibilidad de los datos.



c. Capacidad logística para poder medirlos y reportarlos.

Fuente: IOM, 2001

Cuadro 7. Ejemplos de Indicadores de desempeño en Atención Primaria

Efectividad de la atención médica

- ❖ Consejo para dejar de fumar.
- ❖ Screening de cáncer cervical.
- ❖ Beta-bloqueantes post-infarto agudo de miocardio.
- ❖ Vacunación contra Influenza virus en pacientes mayores de 65 años sin patología crónica.
- ❖ Manejo del colesterol después de un evento cardiovascular agudo.
- ❖ Cuidado de la población diabética.
- ❖ Control de la presión arterial.
- ❖ Uso apropiado de la medicación en pacientes con asma.
- ❖ Examen obstétrico post-parto.
- ❖ Rastreo de cáncer de mama.

Uso de servicios

- ❖ Relación entre consultas generalistas/especialistas.
- ❖ Tasas de interconsulta a especialidades definidas.
- ❖ Frecuencia de procedimientos seleccionados.
- ❖ Utilización de la internación para los cuidados agudos.
- ❖ Frecuencia de cesáreas.
- ❖ Utilización apropiada de fármacos en el ámbito ambulatorio.

Satisfacción con la experiencia del cuidado médico

- ❖ Encuestas de satisfacción de pacientes/usuarios (CAHPS 2.0H).
- ❖ Cambios de pacientes de MAP/población a cargo (en sistemas capitados).

Bibliografía

- Berwick, D. M.; Nolan, T. W. (1998). Physicians as Leaders in Improving Health Care. *A New Series in Annals of Internal Medicine*. Ann Intern Med.
- Bindman, A. B. (1999). *Can Physicians Profiles be Trusted?* JAMA.
- Brook, R. H.; Chassin, M. R.; Flynn, M. F. et al. (1986). A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*.
- Brook, R. H. (1994). *Appropriateness: the next frontier*. BMJ, Editorial.
- Dunning, M.; Lugon, M.; MacDonald, J. (1998). *Is clinical effectiveness a management issue?* BMJ. Editorial.
- Envisioning the National Health Care Quality Report. (2001). Institute of Medicine. 2001.
- Glover, J. A. (1938). *The incidence of tonsillectomy in school children*. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*.
- Goldfield, N.; Gnani, S.; Majeed, A. (2003). *Profiling performance in primary care in the United States*. BMJ Editorial.
- Guiffrida, A.; Gravelle, H.; Roland, M. (1999). *Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes*. BMJ Editorial.
- Heath, I.; Rubinstein, A.; Stange, K. C.; van Driel, M. L. (2009, Apr 2). *Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity*. BMJ. Editorial. doi: 10.1136/bmj.b1242.
- Kassirer, J. P. (1993). *The quality of care and the quality of measuring it*. N Eng J Med.
- Kassirer, J. P. (1994). *The Use and Abuse of Practice Profiles*. N Eng J Med.
- Laycock, W. S.; Siewers, A. E.; Birkmeyer, C. M. et al. (2000) *Variation in the use of laparoscopic cholecystectomy for elder patients with acute cholecystitis*. Arch Surg.
- National Committee for Quality Assurance. NCQA releases HEDIS 2000; new performance measures. Available at: <http://wwwncqa.org/pages/communications/news/h2krel.html>. Accessed January 12, 2000.
- NHS Quality Performance Reports. Department of Health 2000.
- Phelps CE. (1993). *The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care*. N Eng J Med.
- Roland, M. (2004). *Linking Physician's Pay to the Quality of Care: a major experiment in the United Kingdom*. N Eng J Med.
- Rubinstein, A. (1999). *Efectividad Clínica y Medición de Resultados en Atención Primaria*. Atención Primaria. España.
- Rubinstein, F.; Rubinstein, A. (1996). Primary Care Physicians Profiles: Do doctor's Differences explain the difference?" *Journal of General Internal Medicine*.
- Rubinstein, A.; Rubinstein, F. (2003). *Más no es necesariamente mejor: Una mirada hacia la variación inapropiada de los Contenidos, Calidad y Resultados de las Intervenciones Clínicas*. Evidencia en Atención Primaria.
- Rubinstein, A.; Rubinstein, F.; Botargues, M.; Barani, M.; Kopitowski, K. (2009). *A multimodal strategy based on pay-per-performance to improve quality of care of family practitioners in Argentina*. J Ambul Care Manage.
- Shekelle, P. G.; Woolf, S. H.; Eccles, M. et al. (1999). *Developing guidelines*. BMJ Editorial.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford University Press.
- The Medical Cost-Containment Crisis: Fears, Opinions and Facts. Edited by Jack McCue. Health administration Press Perspectives, Ann Arbor. Michigan 1989.
- Wennberg, D. E. (1998). *Variation in the Delivery of Health Care: The Stakes Are High*. Ann Intern med.
- Wennberg, J. E. (1984). *Dealing with medical practice variations: a proposal for action*. Health Affairs.
- Wennberg, J. (1973). *Guittelsohn A. Small Area Variation in Health Care delivery*. Science.

A utilização de materiais reciclados em ações de educação em saúde como incentivo aos cuidados bucais dos pacientes especiais atendidos no centro de especialidade odontológica da UFRGS

Márcia Cançado Figueiredo, Liliana G. Copês, Daniel Demétrio Faustino-Silva

Palavras-chaves: Pacientes especiais, Educação em Saúde, Saúde Bucal

Key words: Special patients, education and health, Oral health

Resumo

De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população geral no Brasil sofre com transtornos mentais severos e persistentes; e 12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Objetiva-se este trabalho ilustrar a experiência de alguns investimentos em ações de saúde, técnicas e metodologias que procuraram aliar educação em saúde, cuidado com o meio ambiente e valorização dos indivíduos para promoção de saúde geral e bucal em pacientes especiais atendidos no Centro de Especialidade Odontológico (CEO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Foram realizados trabalhos com os pacientes especiais abordando a prevenção bucal através oficinas educativas envolvendo atividades lúdicas empregando materiais reciclados, visando promover a socialização destes indivíduos, melhorar sua auto-estima e por conseqüência, obter uma melhora em relação ao auto-cuidado corporal, além de criar uma maior consciência ambiental em relação ao aproveitamento de resíduos sólidos.

Abstract

According to the Ministry of Health, 3% of the general population in Brazil suffers from severe and persistent mental disorders, and 12% needs some care in mental health, whether continuous or possible. The aim of this work illustrate the experience of some investments in shares of health, techniques and methodologies that tried combining health education, care of the environment and enhancement of individuals for promoting the general health and dental patients in treatment of the Center for Odontology Speciality (CEO) of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul/UFRGS. Meetings were held with special patients, with recreational activities, and oral prevention workshops in which employees were recycled materials, to promote socialization of individuals, to improve their self-esteem and therefore more improvement on the body self-care and create greater environmental awareness in relation to the use of solid waste.

Introdução

O lixo e meio ambiente

A questão do gerenciamento dos resíduos é um desafio mundial. No Brasil, apenas 52,2% dos municípios brasileiros têm coleta de esgoto. Parte pequena dos resíduos domésticos e industriais é tratada. A maior parte é descartada no mar, em baías, lagoas e rios que muitas vezes servem de fontes de água para comunidades vizinhas. Além disso, apenas 33,8% destes municípios tratam o esgoto e mesmo esses não fazem a desinfecção. Normalmente, são feitas somente duas etapas: a retirada dos sólidos e um tratamento biológico para retirar o resto da carga orgânica, medida que não elimina os microorganismos. Como resultado, na maioria dos casos, o esgoto é liberado para o meio ambiente com alta carga de microorganismos que oferecem risco de contaminação bacteriológica. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico realizada pelo IBGE (2000), coleta-se no Brasil diariamente 125,281 mil toneladas de resíduos, e 63,6% dos municípios brasileiros dispõem seus resíduos em lixões, sem tratamento adequado, como nos aterros sanitários.


Estima-se que 40% dos resíduos sólidos domésticos que ocupam espaços nos aterros sejam recicláveis. Com a coleta seletiva do lixo, os aterros passariam a receber quase exclusivamente matéria orgânica, prolongando assim seu tempo de vida útil, o que é um fator relevante,

visto que com o crescimento das cidades se torna mais difícil encontrar áreas disponíveis para a instalação de aterros sanitários (Trigueiro, 2005). Segundo a Constituição Federal do Brasil, Artigo 225, parágrafo primeiro, inciso VI, todos nós temos o direito e o dever de defender e preservar o meio ambiente para os presentes e as futuras gerações. Para assegurar a efetividade deste direito, incumbe ao poder público promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente. Atualmente, com a crescente conscientização da população em relação ao meio ambiente, esta passou a cobrar do poder público políticas ambientais.

Dada à quantidade e variedade de lixo que modo de vida humano produz, cada vez mais se aponta a reciclagem, a reutilização e a diminuição da geração de resíduos como uma solução inteligente, criativa e pouco onerosa, prevenindo a poluição do solo, das águas e do ar, além da proliferação de vetores de doenças.

Os pacientes com necessidades especiais

Durante muito tempo qualquer sofrimento psíquico era sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos. De acordo com Pessotti (1996), o século XIX foi o período em que mais se criaram manicômios e que mais se apontou a terapia hospitalar como meio para tratamento dos distúrbios mentais. Com a consagração desse modelo de atenção, cada vez aumentava o número de os pacientes que eram retirados do convívio com a família e com a comunidade, ficando isolados e sofrendo os mais diversos tipos de tratamento, a chamada violência asilar.



A crescente demanda de pacientes, a falta de profissionais capacitados, a necessidade de ampliar as estruturas físicas geravam enormes custos, assim, a partir da metade do século XIX surge na França o movimento anti-manicomial, no qual se engajaram a imprensa, a sociedade científica e as instituições civis, apontando à necessidade de retirar dos manicômios a maioria dos pacientes, sendo adequado permanecerem apenas os pacientes perigosos. (Pessotti, 1996).

No Brasil, apenas ao final da década de 70, após o início do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica surge como um processo de reformulação da atenção aos pacientes psiquiátricos, que redireciona o tratamento para um modelo substitutivo extra-hospitalar de base comunitária. O Ministério da Saúde, a partir das recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), definiu uma nova política de saúde mental, tendo como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) (BRASIL, 2005, 2008).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) realizam um tratamento substitutivo extra-hospitalar de base comunitária, trabalhando para a recuperação e reintegração social do indivíduo com distúrbios mentais, sem que este seja isolado da comunidade nem sofra separação de sua

família, mais do que isso, os familiares do paciente são envolvidos no atendimento. Os pacientes podem freqüentar os CAPS diariamente ou em dias alternados, durante turno integral ou apenas meio turno, conforme sua necessidade e observando os regimes intensivo, semi-intensivo e não-intensivo

Além disso, os pacientes têm a possibilidade de realizar atividades criativas nas oficinas terapêuticas, as quais oferecem espaço para que os indivíduos possam unir saúde e convívio social, através de construções, expressões e formas de relacionamento, o que vem a favorecer sua reinserção na comunidade.

Objetivo

A proposta desse trabalho é divulgar a experiência de alguns investimentos de baixo custo em ações de saúde, com o uso de tecnologias sociais a fim de promover a saúde geral e bucal em pacientes psiquiátricos através da ludicidade e da criatividade durante as oficinas terapêuticas.

Pretende-se também despertar a sensibilidade para os problemas do meio-ambiente, por meio do uso de materiais reciclados nas oficinas para a confecção dos KITS-PET para os cuidados bucais, bem como estimular a auto-confiança e auto-estima dos indivíduos, fatores fundamentais para o bem estar e pleno desenvolvimento do ser humano.



Metodologia

As atividades realizadas incluíram:

1. Visitas mensais ao Centro de Especialidade Odontológica CEO – durante seis meses;
2. Ações preventivas individuais e coletivas- aplicação tópica de flúor: através da pasta de dente utilizando a escovação supervisionada;
3. Ações educativas coletivas, ex: oficinas de como fazer os KITS-PET em encontros com os grupos;(figuras 1 e 2)
4. Confeção e distribuição gratuita dos KITS-PET e do fio dental alternativo nas oficinas. (figuras 3 e 4

Desenvolvimento das atividades

A- trabalhando educação em saúde com pacientes com necessidades especiais

Segundo Starfield em 2002, todo sistema de serviços de saúde tem duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população através do emprego do conhecimento mais avançado sobre a causa das doenças, manejo das moléstias e maximização da saúde. A segunda meta, igualmente importante, é minimizar as disparidades nos subgrupos populacionais para garantir equidade no acesso a serviços de saúde e na capacidade de alcançar um nível ótimo de saúde.

A Atenção Primária a Saúde - APS apresenta diretrizes que estabelecem características básicas para que o profissional de saúde realize as

atividades. São elas: *Acesso, Vínculo, Longitudinalidade e Coordenação do cuidado*. (Rio Grande do Sul, 2008).

Assim sendo, garantir o *acesso* já é o primeiro passo para o sucesso do cuidado. Segundo Yaari. e Aiub (ANO), o *vínculo* é o comprometimento do profissional da APS com o paciente e sua família, passo *sine qua non* para o estabelecimento de uma relação profícua e produtora de saúde. Nesse sentido, pode-se dizer ser o profissional de saúde um grande ajudante na construção de novas narrativas de vida. A sensibilidade precisa voltar-se também para a comunidade, espaço privilegiado para uma atuação que mobilize o bairro, o comércio local, e assim por diante, para realização conjunta na produção do bem estar comunitário. Propondo assim, mais respeito a diversidade e um olhar mais abrangente que não permite apenas ações fragmentadas de procedimentos. *Longitudinalidade* é garantir o cuidado à saúde em todos os estágios e em todos os níveis de complexidade ao longo do tempo, preferencialmente com os mesmos profissionais para que se garanta que o vínculo formado não seja desfeito. *Coordenação do cuidado* significa garantir que a gestão do cuidado se dê em todos os níveis de complexidade e que esses diferentes níveis conversem entre si para melhorar o resultado para os pacientes.

No âmbito da Promoção da Saúde, a Educação em Saúde surgiu como um dos importantes componentes de modo que as informações sobre saúde geral e bucal passassem a fazer parte do senso comum. Entretanto, sabe-se que trabalhar a educação isoladamente pouco implicará numa melhor condição de saúde da pessoa. Talvez se aumente o nível cognitivo, porém,

há poucas evidências quanto à mudança de hábitos com base em teorias educativas apenas.

Portanto, a proposta de atenção em saúde lida com o contexto no qual existe a enfermidade, influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. A visão integrada de diferentes dimensões é fundamental à adequada formulação e avaliação de ações na perspectiva da atenção em saúde.

Na última década, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças. Contudo, a situação de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. E mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguir atendimento odontológico persistem (Brasil, 2008).

A etiopatogenia das duas doenças bucais mais prevalentes na população doença cárie e inflamação gengival são bastante complexas, porém identifica-se que ambas são doenças biofilme dependentes, ou seja, dependem da presença de depósitos de biofilme dental ou placa bacteriana sobre as superfícies dentais. E esse depósito de biofilme pode e deve ser desorganizado diariamente com a higiene oral bem realizada. Isso nos aponta que as duas principais doenças que afetam a população podem ser evitadas com educação em saúde.

Buscando mostrar que é possível introduzir as tecnologias sociais em ações para a saúde bucal desenvolveu-se o KIT-PET, que é um porta-escovas de dente feito com garrafa pet, que previne a contaminação das escovas dentais em ambientes de higiene precária, já que possui tampa, e mantém as escovas sem contato umas com as outras, evitando a passagem de bactérias que podem transmitir a doença cárie.

Devido a não obrigatoriedade dos órgãos públicos em distribuir o fio/fita dental convencional, além da alta incidência de cáries interproximais e de o baixo poder aquisitivo da população, fabricou-se um fio dental artesanal com os fios dos sacos de ráfia, embalagem muito usada para transportar legumes e encontrada em lojas de artesanato.

A confecção do kit-pet

- O KIT-PET é confeccionado com garrafas pet de 2 litros lavadas e desinfetadas com álcool, contendo um orifício para um dentifrício e orifícios em número ideal para escovas de dente para cada membro da família. (figuras 1 e 2);
- Sacos de ráfia fina que deverão ser lavados com água e sabão e depois expostos ao sol com água sanitária até ficarem brancos (figura 2);
- Depois de do saco seco, cortá-lo em 4 partes iguais, para serem desfiados em tamanhos convencionais de 30 cm;
- Os fios são colocados em KIT-PET-fio dental (feito com garrafinhas PET de 600ml) ou vidros de conserva lavados, prontos para serem utilizados (figuras 3,4,5 e 6).

Dessa forma, trabalharam-se outros fatores que contribuíram para que a população alvo incorporasse novos hábitos e práticas de saúde, sendo que os fatores ambientais que



Figura 1: Foto do KIT-PET porta-escovas dentais.



Figura 2: Fotos dos KITs-PET porta-escovas dentais e do porta-fio modelo vidro de conserva. Ao fundo, observa-se um saco de ráfia, antes de ser desfiado.

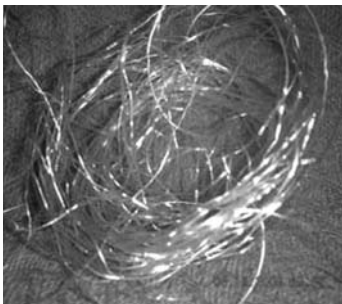


Figura 3: Foto dos fios de saco de ráfia.

os cercavam foram fortes condicionantes de seus hábitos e conseqüentemente, de sua saúde, buscou-se criar ambientes adequados e suportáveis para os pacientes com necessidades especiais, nos quais as escolhas mais fáceis e mais próximas foram também as mais saudáveis.

Resultados e discussão

À medida que se realizavam os encontros, foi notada a grande participação dos paciente e muita vontade de colaborar. Mesmo havendo certas dificuldades motoras, percebeu-se grande preocupação com a estética dos dentes e cuidados com a boca e muita receptividade em relação às visitas do profissional cirurgião-dentista, à consulta odontológica, e à realização da higiene bucal.

É sabido que apesar do aumento dos investimentos em ações de saúde bucal pelo Governo Federal, continua sendo realidade para as populações mais carentes a dificuldade de assistência odontológica e o elitismo do acesso.

Observou-se que esse problema é ainda mais grave quando se tratam de pacientes com sofrimento psíquico, o que provavelmente se deva ao fato de que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas não se vê capacitado a realizar atendimento clínico a esses pacientes especiais, que muitas vezes têm o aceso ainda mais dificultado por apresentarem distúrbios na comunicação, não conseguindo expressar-se em relação as suas afecções bucais.

Daí se destaca a pertinência das discussões sobre a formação de recursos humanos em saúde, e a premência das mudanças curriculares dos cursos de Odontologia, para que os profissionais possam estar preparados para contribuir de forma consciente neste processo histórico da valorização do paciente mental.

Considerações finais

Todo trabalho e /ou investigação científica em qualquer área do conhecimento humano, só adquire sentido se estiver voltada para a melhora da qualidade de vida das pessoas, minimizando o sofrimento superando desigualdades e contribuindo na construção de um mundo com mais saúde.

Com a reforma psiquiátrica, os tratamentos para a distúrbios chamados loucura, mania, melancolia, e os demais sofrimentos psíquicos foram profundamente alterados. A antiga visão hospitalocêntrica foi substituída por um modelo de cuidado integrado à família e à comunidade. Desse modo, é extremamente necessário investir nas práticas que envolvam a participação direta e efetiva dos indivíduos em sofrimento psíquico em tudo que envolva sua vida e sua saúde, bem como sua saúde bucal. Assim, é imperativo que as outras áreas da saúde e do conhecimento, nesse caso específico a Odontologia, sigam este processo de reintegração do paciente com necessidades especiais na sociedade, validando os esforços e as estratégias que já existem, e contribuindo na construção nos sujeitos por meio da inclusão, da socialização e da troca de experiências.



Figura 4: Porta-fio dental confeccionado com garrafa PET 600ml.



Figuras 5 e 6: Porta escova dental confeccionado com garrafa PET de 600ml sendo entregue pelo paciente especial que o confeccionou.

Referências Bibliográficas

- Alverga, A. R. De; Dimenstein, M. *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*. Interface (Botucatu) v.10 n.20 Botucatu jul./dez. 2006.
- Brasil, 2008. Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, acessado em 28/9/2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, www.ibge.gov.br, acessado em 28/9/2008.
- Carvalho, A. C. P. *Educação e Saúde em Odontologia*, Ed. Santos, 1995, 94p.
- Cedraz, A.; Dimenstein, M. *Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?* Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / V. V / N. 2 / P. 300 - 327 / Set. 2005.
- Pinto, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. 4.ed. São Paulo. Ed. Santos. 2000.
- Pessotti, I. *O Século dos Manicômios*. 1 ed. São Paulo. Ed. 34, 1996, 304p
- Rebouças, D. Abelha, L. ; Legay L.F. ; Lovisi G.M. *O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto*. Cad. Saúde Pública v.24, n.3, Rio de Janeiro, 2008.
- Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde www.saude.rs.gov.br, acessado em 28/9/2008.
- Schrank, G. ; Olschowsky, A. *O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família*. Rev. Esc. Enferm. USP v.42 n.1 São Paulo/ mar.2008
- Starfield, B. *Acessibilidade e Primeiro Contato: a "Porta"*. In: ____ Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002a. 726p. Cap. 7.
- Starfield, B. *Saúde Pública e Atenção Voltada para a Comunidade*. In: ____ Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002b. 726p.
- Trigueiro, A. *Mundo sustentável: abrindo espaço na mídia para um planeta em transformação*. Ed Globo, São Paulo 2005.
- Yaari M., Aiub M. A arte de curar. Revista Ciência e Vida v.41, p.34 -8,2009

Plataforma a desarrollar: Formación gerontológica en la Universidad de la República

Darío Vallejo, Raquel Palumbo, Serrana Banchemo, Olga Gómez,

Descriptores: Calidad de Vida, Gerontología, Política Social, Formación Profesional, Sistematización, Extensión Universitaria, Programa APEX-Cerro.

Descriptors: Quality of life, Gerontology, Social policy, Vocational training, Systematization, University extension, Programa APEX-Cerro.

Resumen

La información actual sobre demografía señala que crece el número de años que podemos esperar vivir. El interés y la necesidad de conocer más acerca de esos años se ha incrementado y ello se evidencia en el notable aumento de los estudios sobre el tema. Sin embargo, persiste un gran desconocimiento basado tal vez en la parcialidad de las investigaciones, que abordan fundamentalmente los factores biológicos determinantes de la calidad de vida.

La falta de conocimiento acerca de los aspectos gerontológicos podría estar relacionado, en parte, con algunas de las dificultades que plantea el abordaje del tema de la vejez en general.

Abordar el estudio de esta etapa de la vida puede acercar a temas difíciles para ser encarados por el ser humano, como la dependencia, la finitud y la muerte.

A pesar de todo, el creciente interés en la evaluación de la calidad de vida con distintos fines y el progresivo reconocimiento de la incidencia que tienen los factores psicológicos y socio familiares en su determinación, han hecho que estos factores se vayan incorporando cada vez más ampliamente a las investigaciones sobre el proceso de envejecimiento.

La Universidad de la República debe acompañar este proceso y mejorar su oferta de formación en Gerontología, partiendo de la sistematización de las experiencias existentes, profundizando en el análisis integral y en la interpretación crítica de la experiencia como forma de seguir ahondando en las mismas, buscando nuevas propuestas que permitan avanzar hacia una mejor calidad de vida para las personas mayores y formarnos para ello.

Aspiramos que las conceptualizaciones propuestas permitan seguir aportando al logro de un envejecimiento saludable, a las discusiones de la Reforma Universitaria y al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Personas Adultas Mayores y su envejecimiento en el Uruguay

Uruguay es uno de los primeros países de América Latina en procesar su transición demográfica, es decir, en descender sus niveles de mortalidad y natalidad desde inicios del siglo XX. Esto lo ubica como uno de los países más envejecidos de América Latina.

De la población total del Uruguay¹, 404.843 tiene 65 años o más (12.79% del total). Por su parte, de la población total de Montevideo, 150.416 tienen 65 años o más (11.18%).

El progresivo aumento en el número y proporción de personas mayores en nuestro país, es un fenómeno sin precedentes, en consecuencia aparecen nuevos planteamientos en los sistemas socio-sanitarios, que no están contemplados en las políticas sociales existentes en nuestro país. Los recursos económicos y sanitarios disponibles podrían no estar compensando la independencia y autonomía del adulto mayor y su familia.

El proceso de envejecimiento evoluciona a un ritmo mucho más acelerado que las políticas socio-sanitarias y genera problemas de vulnerabilidad y de dependencia, que se traducen en demandas de más

servicios sanitarios y con mayor grado de especialización.


Los ancianos son un grupo poblacional de alta demanda de seguridad social y de salud, consumidores, pero no productores (según la lógica del mercado). Este último aspecto es el que más relevancia tiene para el estado y la sociedad, asociado a la dependencia, pobreza y marginalidad.

La atención de salud del adulto mayor en nuestro país, se basa aún, en la prestación de servicios de atención de agudos en hospitales y policlínicas, sin una articulación con un sistema sanitario integral donde se priorice la prevención. La reciente instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), genera expectativas en relación a la implementación de Servicios de Atención Domiciliaria (SAD) y Centros Diurnos (CD). No se constata sin embargo, la instalación de servicios de intervención intermedia que contengan al anciano en la comunidad, prolongando de esa manera la vida en su propio hogar, retrasando o impidiendo hasta donde sea posible la institucionalización en residencias de larga estadía. Estos servicios son claves para ordenar la incorporación progresiva de los adultos mayores a servicios de creciente complejidad y costo.

Se procura que cuando la institucionalización sea necesaria, se realice de manera programada, progresiva con la intervención activa de la familia y con la coordinación del Servicio que actúe como asesor.

Teniendo en cuenta el peso demográfico de los mayores de 65 años, el aumento de necesidades y la prevalencia de enfermedades que llevan a la pérdida de la

1 VII Censo General de Población. III de Hogares y V de Viviendas. Instituto Nacional de Estadística (INE).



capacidad funcional, se hace necesaria la creación de estructuras que puedan cubrir aquellas necesidades del anciano vulnerable que demanda más servicios, con apoyo familiar limitado, como solución principal de los cuidadores directos.

Estas estructuras son adecuadas para cuidadores principales sobrecargados y adultos mayores que han perdido la capacidad de realizar habilidades de la vida diaria y requieren un proceso de rehabilitación o de readaptación a las funciones perdidas, así como potenciar aquellas que aún conserva.

Desafíos en la formación profesional

De lo expresado se desprende que, para que las personas adultas mayores hagan que sus derechos sean “hechos”, necesitan ser asistidos y asesorados por profesionales y técnicos formados en la temática del envejecimiento y la vejez. Por lo tanto, se necesita orientar a las instituciones educativas, fundamentalmente de nivel terciario, sobre las necesidades de formación y a las instituciones que trabajan con adultos mayores, sobre la capacitación de recursos humanos que este grupo etario necesita.

Esto implica, formación profesional para desarrollar diversas estrategias de intervención asociadas al envejecimiento, para un área laboral en inminente expansión, con problemáticas sociales en creciente complejidad y agravamiento y enormes desafíos de gestión.

Ese ámbito de trabajo potencial carece de una contraparte de formación específica en la Universidad de la República (U de la R). No existen posgrados o especializa-

ciones en el tema, salvo en el caso del Departamento de Geriatria de la Facultad de Medicina, la que carece de la vertiente comunitaria en su propuesta curricular y cuyo número de graduados no tiene relación con la demanda del mercado.

La oferta académica de Ciencias Sociales, Enfermería, Nutrición y Psicología incluye acotadas propuestas de curricularización de temáticas referidas al grupo etario. A pesar de ser éste un avance de los últimos años sigue siendo insuficiente.

En este sentido, consideramos que la Universidad de la República (U de la R) debe apoyar toda la experiencia de formación de estudiantes sobre el tema, que demuestre nivel académico, conocimiento de la realidad de las personas adultas mayores y organización para su funcionamiento.

Más allá de las prioridades estratégicas del gobierno actual y de los recursos públicos disponibles, estamos firmemente convencidos de que las políticas sociales focalizadas en el envejecimiento poblacional y sus consecuencias, están siendo desarrolladas en forma incipiente aun dentro de las instituciones estatales. En parte, esta situación se debe a una insuficiente masa crítica que, con adecuada formación teórica y práctica, desde el discurso y el debate técnico, incida favorablemente en la construcción de objetos de intervención en las planificaciones de las instituciones.

Por lo tanto, entendemos que urge la sensibilización sobre el tema

y sobre todo, el comienzo de una formación y especialización de un conjunto importante de técnicos que requiere un tiempo mayor al dedicado por los programas de grado actuales y que entre tanto, ya comienza a afrontar la intervención directa sobre una población cada vez más envejecida.

Sistematizar las experiencias universitarias existentes

Los datos presentados, fundamentan por sí mismos, el interés, necesidad y pertinencia de basarse en la sistematización de toda experiencia que involucre adultos mayores como forma de generar conocimientos que permitan dar respuestas acordes a las demandas que este grupo etario genera.

Como universitarios, preocupados por la escasa formación gerontológica, proponemos comenzar por las experiencias que dentro de la U de la R existen.

Una de ellas es el Subprograma Adultos Mayores del Programa APEX-Cerro.

Espacio de formación integral, de ejecución de políticas sociales centradas y especializadas en gerontología y geriatría, una de las casi inexistentes experiencias de intervención profesional abiertas a la formación y práctica preprofesional interdiscipli-

naria, con participación activa de la comunidad.


Tiene una historia de 16 años en la búsqueda de la articulación de la enseñanza, la investigación y la extensión con la participación en todas ellas de la población de la zona, estudiantes, profesionales y docentes.

La extensión con la complejidad que implica su inserción curricular, formación, reconocimiento e investigación concebida como una forma de enseñar y de aprender, como un proceso de aprehensión y transformación de la realidad, que llevan adelante las personas adultas mayores, estudiantes, docentes y profesionales en interacción democrática y participativa. Contribuyendo a la resolución de problemas y a la mejora de la calidad de vida. “Partimos de la realidad”, para dar respuesta a “necesidades sentidas o latentes”.² Es una experiencia que se construye socialmente y permite viabilizar la misión de la Universidad, dedicada a la transmisión, producción y socialización del conocimiento socialmente útil.

La investigación buscando generar conocimientos que permitan dar más y mejor vida a los años que vive nuestra población y sirvan de insumos para el desarrollo de políticas públicas.

La enseñanza orientada a la búsqueda colectiva y participativa de soluciones a problemas significativos, a través de metodologías de intervención responsable. Generadora de procesos de enseñanza y de aprendizajes inclusivos y promotores de una ética de la autonomía, la participación y el diálogo.

2 Universidad de la República. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio. AM, 2001.



En la zona de influencia del Programa APEX–Cerro, la población de 65 años o más, alcanza el 9.2% de la población. Si al número le agregamos los datos de porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (Cerro 39.11%, La Paloma–Tomkinson 55.76%, Casabó-Pajas Blancas 56.47%), la presencia del Subprograma en este territorio está justificado.

En este sentido, cabe recordar que el mismo surge en el año 1993, producto de la iniciativa de grupos organizados de la propia comunidad y servicios de la Universidad de la República (UR).

En un principio el equipo estuvo integrado por representantes de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Cerro y Adyacencias, de la Comisión de Fomento Edilicio y Social del Cerro, la Unidad de Promoción Social del Banco de Previsión Social, docentes de la Cátedra de Geriatria, la Escuela de Nutrición, la Facultad de Psicología, la Facultad de Odontología y del Instituto Nacional de Enfermería. Interinstitucionalidad que para la época en la que se desarrolló representó un hito en nuestro medio.

Los años pasaron, cambió el siglo, el número de personas adultas mayores continuó aumentando y el Subprograma profundizando su inserción territorial y fortaleciendo las relaciones intra y extra Universidad. Lo integran actualmente las personas adultas mayores,³ sus grupos de pertenencia, cuatro docentes de la UR (Geriatria, Licenciada en Nutrición, Licenciada en Psicología y Licenciado en Trabajo Social) y estudiantes (Bellas Artes, Biblio-

tecnología, Fisioterapia, Medicina, Nutrición, Psicología, Registros Médicos y Trabajo Social).

La articulación en territorio de todos los involucrados en la experiencia busca:

- Contribuir al desarrollo del Sistema de Atención Primaria en Salud para personas adultas mayores (Policlínicas, CD, SAD).
- Generar nuevos conocimientos en el área temática de las personas Adultas Mayores.
- Transmitir el conocimiento acumulado desde la práctica sobre la temática y sensibilizar a distintos sectores de la sociedad con relación a la problemática del grupo etario.

La experiencia ha sido evaluada como enriquecedora por su pertinencia y calidad de trabajo, por el propio Programa APEX, por los servicios universitarios participantes, por los estudiantes y por la propia comunidad cerrence. En este sentido, resulta promisorio de información, comunicación, errores, aciertos, ensayos, reflexiones, conceptualizaciones, producción de conocimiento e interpretación crítica para seguir avanzando en la búsqueda de calidad de vida para las personas adultas mayores y la formación integral.

Para la socialización de la experiencia, las actividades desarrolladas se pueden agrupar en las siguientes áreas: atención geriátrica–gerontológica, didáctica–cultural, enseñanza y apren-

3 Mayores de 65 años, en situación de pobreza inercial, reciente, o crónica, residentes en el área de influencia del Programa Apex.



dizaje, investigación y producción de conocimientos, relacionamiento institucional e interinstitucional y trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario. Todas ellas sustentadas en la participación comunitaria activa y la construcción interdisciplinaria, en busca de un envejecimiento activo⁴ y productivo.⁵

Las problemáticas abordadas son el desarrollo de políticas públicas para el grupo etario, la preservación de la salud integral, la inserción social, la detección precoz de factores de riesgo, tratamiento y control de patologías crónicas y la rehabilitación, todas ellas procurando el entrecimiento del declive funcional y cognitivo, la pobreza inercial y crónica, la violencia intra familiar, el desconocimiento de los derechos, el aislamiento y empobrecimiento vincular, los problemas relacionados a la dependencia y sobrecarga de cuidadores principales.

Desde lo operativo, la metodología de trabajo implica la participación activa de todos los actores. La que busca el fortalecimiento de la sociedad civil en su conjunto y en particular de las personas adultas mayores y las organizaciones que las nuclea.

Todo comienza con la participación en la palabra, en el diálogo, en las decisiones y continúa con la participación desde los saberes, los pensamientos, las vivencias.

En este proceso de construcción de INTEGRALIDAD, desde la concepción universitaria actual, el equipo técnico oficia de facilitador en el diseño y ejecución de prácticas integrales que requieren de espacios integrales y “docentes integrales”,⁶ que deben tener o desarrollar la capacidad de aprender y enseñar y de integrar la extensión y la investigación, preservando el vínculo permanente con la sociedad.

La atención geriátrica-gerontológica se ha desarrollado en la planta física de las policlínicas o en el domicilio de los usuarios.

En cualquiera de los dos ámbitos, para las personas adultas mayores en que se detecta riesgo, se coordinan entrevistas con familiares o referentes comunitarios.


Por razones de objetivos del sistema y de recursos, las entrevistas en contexto domiciliario solo se programan para aquellos/as usuarios/as que reiteran inasistencias a las citas acordadas, o aquellos que sufren algún evento que ha provocado un aumento de su dependencia en forma temporal (caídas, cirugías, accidentes cerebrovasculares, etc.).

Asimismo, se cuenta con un dispositivo denominado Espacio Interdisciplinario de Reflexión y Discusión, donde representantes de la comunidad, estudiantes, docentes y el equipo técnico del Subprograma, socializan evaluaciones de usuarios seleccionados, como emergentes para la resolución

4 “Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” OMS-OPS (2002).

5 Implica una contribución social y crecimiento personal trascendente.

6 Generalización de las prácticas integrales. Los aportes de la Extensión para su implementación. Tommasino, H. 2008.



interdisciplinaria, unificando criterios de intervención, valorando el pronóstico y acordando acciones educativas.

Las acciones didáctico-culturales se realizan fundamentalmente a través de dispositivos⁷ grupales de Educación para la Salud, Cine-Foro, Taller de Libre Expresión, Cuenta-Cuentos y artículos de difusión publicados en el periódico local JubiCerro, entre otros.

Las actividades de enseñanza y de aprendizaje incluyen por un lado, la supervisión por parte de cada técnico, de los estudiantes de su disciplina y por otro, la intervención conjunta con estudiantes de todas las disciplinas que se insertan curricular y extracurricularmente en el Subprograma.

Previo a la inserción de los estudiantes, el equipo del Programa en coordinación con los docentes de los servicios universitarios, acuerdan las actividades que deberán desarrollar, en función del proyecto del equipo, las necesidades de la comunidad de adultos mayores, los objetivos educacionales de los estudiantes y la duración de la experiencia. Se procura en todo momento facilitar la integración del mayor número de disciplinas posibles.

Se trabaja en la definición de ejes temáticos mensuales, de inserción transversal a todas las actividades, que permiten sis-

tematizar las tareas, cuestionar las teorías y teorizar desde la práctica. Se han trabajado en el último año como ejes, proyecto de vida, tiempo libre o utilización del ocio, género, paternidad-maternidad, autonomía, sexualidad, roles familiares, abuso y maltrato, participación social, derechos humanos, entre otros.


Desde la función docente, se propicia el abordaje interdisciplinario en todo lo propuesto desde el Subprograma, así como en todas las actividades desarrolladas, donde a su vez como componente metodológico se utiliza el cuestionamiento reflexivo y crítico.

Perseguimos los postulados de Giorgi cuando dice: la docencia implica una reformulación de los roles clásicos, en donde el docente cada vez ocupa menos el lugar del que enseña, y pasa a ser alguien que propone, que sostiene, que acompaña procesos de intervención, y que esos procesos de intervención generan aprendizajes que son capitalizados por el estudiante, pero que también son capitalizados por el docente, e implica además transformaciones en la realidad sobre la cual se interviene. Es decir que tienen un doble efecto, asistencial y docente... (pág. 9).⁸ El docente entonces sería responsable del proceso formativo y de intervención. Asimismo, al ser una docencia

7 Conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. Un armado de tácticas y estrategias, por tanto, un objeto y operación en movimiento. Foucault.

Desarrollados como medio y método para promover la acción en el área de la acción preventiva de salud en las personas adultas mayores.

8 La Docencia en los Servicios de atención a la Comunidad en la Formación del Psicólogo. Hacia una conceptualización basada en diez años de experiencia. Coordinadora de Servicios de Facultad de Psicología, 2001.



no tradicional fuera del aula por lo tanto se realiza en un contexto de mayor intimidad y exposición.

La investigación y producción de conocimiento en general, es una de las actividades menos desarrollada, por la escasa carga horaria en función de las múltiples actividades asumidas. El trabajo directo, con y para la comunidad de adultos mayores, ocupa la mayor parte del tiempo. Se está en proceso de revertir esta situación, comenzando a trabajar en la sistematización de la experiencia de 16 años en el territorio.

De todas formas, cabe mencionar que como parte de la actividad docente se participó en la asesoría y seguimiento de investigaciones y proyectos de tesis de nutrición, enfermería y trabajo social.

El relacionamiento que se ha establecido a lo largo de los años, ha generado vínculos de diferente calidad e intensidad, pero en todos los casos ha dejado su enseñanza.

Con la comunidad, los vínculos se establecen fundamentalmente a través de los propios adultos mayores que participan de la experiencia, o de los grupos comunitarios que los nuclea.

Con el Programa APEX se realiza a través de la coordinación con las estructuras que se entiendan necesarias en cada oportunidad, Equipos Barriales Operativos, Administración, Dirección, Subprogramas etarios, Subprogramas temáticos.


A nivel de la Universidad actuamos como representantes institucionales en la Red Temática de Envejecimiento y Vejez y desde este ámbito, participamos del Debate Nacional del Adulto Mayor organizado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

En lo interinstitucional propiamente dicho, se han establecido a lo largo de los años, relaciones de cooperación con instituciones públicas y organizaciones barriales, de acuerdo a las demandas y necesidades de cada momento.

Los proyectos de desarrollo del Subprograma han mostrado ser pertinentes y adecuados a los lineamientos estratégicos de las instituciones que abordan el tema del envejecimiento. Por ese motivo, podrían representar en su conjunto un modelo de Sistema de Atención Comunitaria en Salud para adultos mayores, que autoridades relacionadas con el tema en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio del Interior (MI), Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco de Previsión Social (BPS) e Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) han señalado como la estrategia a desarrollar, aunque sin apoyo institucional para concretarlo.

Buscamos la apropiación analítica de los procesos desarrollados y la posibilidad de comunicar para enriquecer a otros. Provocando continuidad, replicabilidad y por sobre todas las cosas buscando no perder experiencias de población adulta mayor uruguaya.

Este ha sido un espacio de alta complejidad, de articulación interinstitucional y de riqueza de aprendizajes, transformán-



dose en un Modelo de Intervención Comunitario Interdisciplinario, con un desarrollo de roles no tradicionales de intervención profesional.

Con relación a la dinámica de funcionamiento del **Equipo Técnico** se busca: optimizar la calidad de la atención, apuntando a un enfoque integral de la tarea, captar situaciones antes de su arribo en la enfermedad, realizar educación para la salud, vehicular la información de cada disciplina y del equipo en sí mismo.

Un dispositivo bien valorado para cumplir con los objetivos propuestos, es la reunión de equipo semanal, que incluye dos secciones, una informativa y otra de formación en temas del quehacer universitario, de las políticas que se implementan para el grupo etario y de temas específicos que hacen a la geriatría y a la gerontología.

Además, en el equipo existe la preocupación por mantener un buen relacionamiento en su interna, de tal modo que la tarea resulte gratificante en sí misma, nada sencillo de lograr, pero probadamente posible.

¿Qué valor implica la experiencia acumulada en estos dieciséis años, desde el punto de vista académico?

El vacío actual de programas integrados de atención primaria de salud para adultos mayores presenta a la Universidad de la República (UR), a partir del Subprograma, una oportunidad valorable de investigación y análisis de la relación teoría-práctica, orientada a establecer estándares y protocolos de intervención a nivel comunitario que no existen en el país y que

podrían constituir sistematizaciones replicables a nivel de políticas sociales abarcativas.

En las prácticas y pasantías los estudiantes tienen la posibilidad de formar equipos de trabajo interdisciplinarios. El tipo de inserción comunitaria ofrecida es de espacios de prácticas y pasantías donde la comunidad desempeña un rol activo y hasta orgánico, lo cual reduce tiempo de búsqueda y exploración y centra la experiencia de los estudiantes en la intervención preprofesional.

Todo estudiante tiene un técnico supervisor a disposición, durante toda la jornada de trabajo, orientándolo desde el punto de vista metodológico, conceptual y emocional, y el cual se encarga además, de coordinar objetivos de intervención y evaluaciones con los referentes docentes en el ámbito académico.

Los docentes del subprograma poseen distintos grados de especialización en la temática geriátrica-gerontológica y de formación docente, dedicados mayormente al área temática, contando con sistematizaciones de práctica y materiales de apoyo a la intervención directa, que les son entregados a los estudiantes y un ordenado registro y acopio de material de actualidad.

Las áreas de conocimiento, extensión, investigación y desempeño técnico son la geriatría en el primer nivel, la nutrición comunitaria, la psicología del envejecimiento y la vejez, problemas emergentes de lo social asociados al envejecimiento poblacional, especialización de re-



gistros y sistemas de información sobre la vejez, fisioterapia y educación física, libre expresión, uso del tiempo libre, debate de temas de la vida cotidiana y formación en ciudadanía del adulto mayor.

El equipo técnico del subprograma planifica su accionar en forma interdisciplinaria y expone su trabajo en Espacios de Discusión y Reflexión, abiertos a la participación de los adultos mayores, los docentes y estudiantes de todos los servicios universitarios con los que se coordina y servicios de salud con los que se trabaja directamente.

El Subprograma ha apostado desde su creación, a una forma de coordinación de prácticas curriculares que prioriza la calidad de la experiencia por sobre la cantidad de estudiantes recibidos.

Así planteado, el conjunto de características resulta atractivo como espacio de práctica preprofesional y formación profesional de posgrado, aún más si se toma en cuenta la oferta de espacios de práctica en atención a su potencialidad de enseñanza aprendizaje.

Propuesta

El marco de la Segunda Reforma Universitaria, con las metas de la flexibilización curricular, transversalidad en los procesos de formación, transformaciones en los modelos pedagógicos, diversificación de modalidades de enseñanza, tutorías y orientaciones académicas, sistemas de créditos y movilidad horizontal de los estudiantes parece un buen

escenario para desarrollar la “**Formación gerontológica en la Universidad de la República**”.

La plataforma de lanzamiento ya existe. La experiencia y formación del equipo técnico Subprograma, junto con la documentación disponible en el mismo, indican que se ha llegado a un punto de maduración donde se debería socializar en forma más abarcativa el “*know how*” generado, de forma de avanzar en profundidad y extensión en los conocimientos transmitidos sobre gerontología, así como en el número de estudiantes.

La demografía de nuestro país, indicadores de calidad de vida en la vejez,⁹ la coyuntura socio-política y el momento histórico que transita la Universidad de la República permite proyectar la temática gerontológica a nivel de grado y posgrado de la UR.


En este sentido se hace necesario:

- Fomentar el desarrollo de una Maestría en Gerontología.¹⁰
- Promover cursos de educación permanente interservicios sobre la temática.
- Desarrollar un programa de formación en gerontología que tansversalice las

9 Manual Básico de Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez (CELADE, 2006).

- o Seguridad económica (indicadores de seguridad social, indicadores de pobreza).
- o Salud y bienestar (mortalidad, estado de salud, estilos de vida y factores de riesgo, atención en salud).
- o Entornos sociales (arreglos residenciales, redes de apoyo social, violencia y maltrato, participación social, imagen social de la vejez).
- o Entornos físicos (vivienda segura y propicia, uso del espacio urbano).

10 Ver antecedente. Proyecto presentado por la Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez presentado al Programa de Apoyo Institucional de Carreras de Postgrado de la UR. Comisión Sectorial de Investigación Científica.



carreras de las Área Artística, Salud y Social promoviendo nuevas dimensiones de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, tanto por las metodologías a utilizar, como por la posibilidad de integrar funciones universitarias y de generar experiencias multi e interdisciplinarias, con fuertes componentes de territorialización.

- Sensibilizar a las carreras de las Áreas Científico Tecnológica y Agraria, para que en las revisiones de nuevos planes de estudios, propongan la inclusión de módulos o cursos específicos de gerontología.
- Crear espacios de formación docente sobre la temática.
- Acreditar curricularmente pasantías en experiencias interdisciplinarias de gerontología que se realicen.
- Crear espacios de investigación en la temática, comenzando por desarrollar tesis y tesinas.
- Buscar los acuerdos políticos que permitan la implementación de Servicios de Atención Domiciliaria (para los ancianos que aumentan su dependencia) y servicios de Centros Diurnos (para aquellos que necesitan rehabilitación física o cognitiva).

- Incrementar las propuestas de formación y capacitación comunitaria a través de cursos, talleres, publicaciones.
- Propiciar espacios de incidencia y gestión participativa de los propios adultos mayores de la Universidad.
- Promover la participación activa de la Universidad en el diseño de estrategias políticas sobre el envejecimiento.

Como expresa el Prof. Rebellato:

“Entendemos que es indispensable la generalización de las prácticas integrales universitarias para contribuir humilde y críticamente a la construcción de una sociedad nueva, una sociedad en donde construyamos una globalización de la solidaridad. Una verdadera internacional de la esperanza. Un mundo donde quepan todos los mundos” (2000: 74).

Y agregamos donde también quepa el mundo de las personas adultas mayores.

Bibliografía

- Arocena, R.; Bortagaray, I.; Sutz, J. (2008). *Reforma Universitaria y Desarrollo*. Montevideo: Trandinco.
- Coordinadora de Servicios de Facultad de Psicología. (2001). *La Docencia en los Servicios de atención a la Comunidad en la Formación del Psicólogo. Hacia una conceptualización basada en diez años de experiencia*.
- CSEAM, Inserción Curricular de la Extensión, 2008.
- Rebellato, J. L. (2000). *Ética de la Liberación*. Montevideo: Nordan.
- Tommasino, H. (2008). *Generalización de las prácticas integrales. Los aportes de la Extensión para su implementación*.



FORO 2009 “JOSÉ LUIS REBELLATO”

Participación y Democracia

Emilia M. Carlevaro

Descriptor: Exclusión Social, Ética, D.D.H.H., Democratización, Universidad

Descriptors: Social exclusion, Ethics, Human rights, Democratization, Universities.

En 2009 se cumplen 10 años de la muerte de José Luis Rebellato, un participante fundamental de la construcción del Programa APEX. La Universidad de la República realizó una serie de encuentros en los que se evocó su figura, su historia, su pericia vital y se profundizó en su aporte intelectual. Transcribimos aquí las intervenciones realizadas por dos integrantes de nuestro programa, la Dra. Emilia Carlevaro y la Mtra. Sonia Viera, ambas pertenecientes a los Equipos Barriales Operativos.

Confieso que estoy en un aprieto: seleccionar algunas cuestiones, algunos conceptos de José Luis para introducir en esta Mesa Redonda sobre participación y democracia me ha resultado trabajoso, si ustedes quieren, responsablemente trabajoso.

El tema tiene muchas complejidades, muchos ángulos, como los tiene la realidad de la que partimos. Por otra parte, el pensamiento de Rebellato es muy rico.

Creo que su pensamiento –como el de todos– debe abordarse a la luz del contexto en el que se elabora. En ese sentido, el de José Luis sobre estos ejes es una propuesta para transformar la realidad que afecta al hombre contemporáneo sí, pero especialmente al oprimido, al explotado, al excluido, en particular al que vive en el tercer mundo o mundo empobrecido o como se le quiera llamar. Es decir, es un pensamiento

comprometido con los pobres y con la suerte del mundo explotado. Quiero aclarar que uso “hombre” en sentido genérico, pero me refiero también a las mujeres, las que además somos afectadas por otras cuestiones.

La fragmentación social, la exclusión humana, que por supuesto no empezó con el neoliberalismo, con él ha adquirido visos terribles y ha logrado ser concebida como algo inevitable, fatal. Cualquiera de nosotros está informado de la magnitud de las desigualdades sociales y la marginalidad se menciona cotidianamente. Hay pueblos excluidos, países excluidos que incluso en las comedillas internacionales se les considera “descartables”. Estas realidades son informadas asépticamente, por ejemplo, la semana pasada conocimos que –según la FAO– en la actualidad,



1.020 millones de personas padecen hambre. Este horror es expuesto con el mismo tenor de fatalidad como un tsunami o cualquier otra catástrofe de la naturaleza, fenómenos lamentables, cierto, pero inevitables.


Por supuesto, siempre hubo grupos contestatarios de esta “naturalidad” e “inevitabilidad”, de esta fatalidad de la exclusión, pero las personas comunes, los ciudadanos, ¿sienten que son infamias evitables, productos de un tipo de sociedad? y si lo sienten, ¿creen que está en sus manos contribuir a que las cosas sean de otra manera o les ha ganado —además del fatalismo— la resignación? Esta fragmentación del mundo, de la sociedad, este fatalismo y los sentimientos de impotencia y resignación, ¿no generan además otro tipo de exclusión, la exclusión del hombre de su propio mundo, de su transformación? ¿No sienten muchos ciudadanos inquietos, que lo más que puede hacerse es elegir representantes justos, que lleven adelante políticas que tiendan a solucionar estas cosas, delegar sus deseos en la actividad de otros?

El pensamiento de José Luis convoca a la participación, a la participación del hombre en lo que es, desde su cultura, desde su realidad, la participación que lo lleva a ser sujeto. Su construcción como sujeto que no es una tarea aislada, solitaria, sino que se hace junto al otro, en una relación que no es sólo de razón, que es de razón y corazón, de pensamiento y praxis. No nos invita a postularnos

como Mesías omnipotente, sino a cambiar nuestra condición de “objeto” de la política en sujeto de ciudadanía junto a otros y nos dice que quien quiera combatir la opresión, la explotación, no puede prescindir del oprimido. Podrá abogar por él, pero no puede liberarlo. Nadie libera al excluido siendo la voz del excluido, sino siendo compañero del excluido, encontrando juntos, las voces de la liberación, porque también, nadie es verdaderamente incluido mientras haya excluidos.

La liberación es un desafío colectivo y solidario (del lat. *in solidum*), es decir, unido con el otro, en ayuda mutua. De ahí la importancia del otro en José Luis. El otro como otro diferente. Con reconocida igualdad de derechos, con igualdad de necesidades humanas que nos son comunes, pero diferentes. El otro con el que nos relacionamos, dialéctica y dialógicamente, con quien nos reconocemos y construimos la dignidad de ser sujetos, es decir, junto a quien construiremos nuestra autonomía —lo opuesto al autómatas— que es condición de construcción de espacios alternativos, de espacios nuevos, con otra ética, procurando contribuir a crear una democracia participativa y radical que permita gestar una nueva dignidad desde la realidad de un presente opresivo.

Sin embargo, los espacios que buscan ser alternativos reproducen las relaciones de asimetría, la dominación, la concentración de poder; en una palabra, la lógica del sistema. Es allí donde la ética y una práctica social liberadora saben que deben comenzar la lucha por el trastocamiento del modelo, de sus valores dominantes y de sus relaciones centradas en el poder. Es allí donde se debe construir desde ya



la democracia, un nuevo poder y nuevos valores éticos.

Rebellato, J. L., 2000: 30.

Nadie puede pedir la liberación de los oprimidos, si no está dispuesto a transformarse a sí mismo, a convertirse, a abrirse a los otros, y a comprometerse en la construcción de una comunidad formada por hombres y mujeres libres. La verdad no es el descubrimiento que hace la comunidad de los intelectuales. La verdad supone una aproximación, un acercamiento en medio de las incertidumbres, un co-descubrimiento que nos compromete colectivamente en el camino de una ética de la liberación... si quizás en otros momentos históricos la lucha se dio en torno a proyectos políticos ya elaborados, hoy en día el compromiso es más radical, en cuanto exige participar desde la diversidad de prácticas en la formulación de un nuevo proyecto que aún no visualizamos del todo. ... la democracia radical puede hacer aportes sustanciales siempre y cuando no se limite a multiplicar debates sobre la base de la exclusión de la mayoría de los afectados y del supuesto de una participación ya asegurada. También una democracia radical puede burocratizarse e intelectualizarse.

Rebellato, J. L., 2000: 166-67.

Me parece oportuna una aclaración sobre el término radical.

Hemos dejado que el término radical (de raíz) sea aplicado –paradójicamente– a la intransigencia sorda, caprichosa, autoritaria de los que se sienten portavoces de la verdad única que se transforman –tal vez sin quererlo– en el negativo (no en la negación) del pensamiento dominante. Inca-

paces de la difícil y costosa tarea de gestar una alternativa, pueden sólo (y a lo sumo) cambiarle el collar a la democracia.

El pensamiento de Rebellato está lejos de certezas ofuscadas. De estos deseos encaprichados, del “sígueme”. Está inmerso en la complejidad del mundo del que formamos parte y que genera tantas incertidumbres. Su pensamiento es radical porque nos propone construir, desde todos, con consecuencia, una alternativa, una praxis que nos humanice y humanice la sociedad, aboliendo las relaciones actuales de poder y porque esa construcción implica una ética y una racionalidad nuevas. Nos sumerge en la incertidumbre de la búsqueda, a veces decepcionante y siempre difícil. Subraya la jerarquía del deseo liberador y la esperanza, además de una razón que invita a explorar en las silenciosas trincheras populares llenas de fuerzas y saberes que no conoceremos hasta que no estemos en ellas.

Al entender de Rebellato, los procesos de cambio deben desarrollar vínculos estrechos con la vida cotidiana. Las personas encuentran en ámbitos que les son propios, los de la vida, los del trabajo oportunidades de opinar, de criticar, de crear, de educarse. Esos ámbitos deben ser propiciados, alentados, no subsumidos en ámbitos superiores que supuestamente los representan, pero que en realidad los encorsetan y maniatan. De ahí la importancia de



ámbitos territoriales, locales y de la descentralización. Pero una descentralización favorecedora de la participación, no la descentralización a la que aspira el neoliberalismo como parte de su política de desguace del Estado.

La liberación parece una utopía en los tiempos de la conveniencia inmediata y unilateral, de amoldarse a lo que hay.

Las utopías liberadoras se nos presentan, pues, como fuerzas históricas y éticas, como hipótesis fecundas que nos impulsan a investigar la realidad, a su transformación, a generar el protagonismo de los sujetos de la liberación, a formular proyectos políticos viables pero siempre abiertos a nuevas dimensiones... Es la utopía la que hoy, en medio del anuncio del fin de las utopías, nos permite pensar alternativas populares en una sociedad que no quiere alternativas. La utopía articula, de esta manera, subjetividad y transformación social y política, cultura y búsqueda de alternativas, resistencia y construcción de la vida.

Rebellato, J. L., 2000: 193.

Casi agotado el tiempo, quiero hacer una aclaración. El desarrollo de la participación, de los componentes sociales y políticos de la democracia, lo hacemos en un marco muy importante, en el de la democracia política que hoy está vigente en nuestro país: una democracia lai-

ca y republicana, en el marco de un Estado de Derecho, de respeto de los derechos humanos fundamentales, de garantía de las libertades ciudadanas. Esta es una buena base para su profundización. Quienes vivimos la pérdida de la democracia, la dictadura y el camino de recuperación democrática sabemos su significado y no la menospreciamos. También sabemos que su interrupción no se debió a que el movimiento social aspirara a su profundización sino más bien a que los sectores dominantes necesitaban su involución, aquí y en la Región.

Finalmente, como estamos en el marco preparatorio de un Congreso de Extensión y como nuestra Universidad tiene un viejo anhelo: ponerse al servicio del pueblo, pero una escasa práctica en la función de extensión, me parece que una forma en la construcción de una praxis al respecto puede ser la de contribuir a la construcción de ciudadanía, a la profundización de la democracia, a no abandonarla al mero juego cuantitativo de mayorías y minorías y de la representación. Y esta contribución puede hacerla insertándose en las comunidades, lo cual –de acuerdo a lo visto– ayudará a su vez a sus integrantes a protagonizar el indispensable cambio de la Universidad. En esto vuelvo a recordar a José Luis.

Ahora bien, el intelectual que quiere partir de una práctica comprometida con los sectores populares debe pasar por un verdadero proceso de conversión y desestructuración. Una determinada formación académica ha reforzado en nosotros la identificación de la cultura con el conocimiento. Una determinada orientación tecnócrata ha hecho pasar a segundo plano, o simplemente ignorado,

las dimensiones cualitativas, simbólicas y afectivas, provocando un proceso de des-integralidad en la persona del intelectual. Somos parte de una cultura que otorga el primado a la racionalidad instrumental. Esta excluye de la discusión los temas relativos a la naturaleza y definición de los fines y del sentido de la acción.

Poner en tela de juicio una racionalidad instrumental entendida en términos reduccionistas, no significa apostar a ser menos eficaces. Todo lo contrario, la opción por y junto con los sectores oprimidos nos exige una fuerte capacidad de eficacia e impacto.

Rebellato, J. L., 2000: 195.

La pregunta que me queda:

¿Está la Universidad, sus distintos estamentos, dispuesta a aceptar este desafío?

Bibliografía

Rebellato, J. L. (2000). *La ética de la liberación*. Montevideo: Nordan-Comunidad

Rebellato, J. L. (2000). *La encrucijada de la ética. Neoliberalismo, conflicto Norte-Sur, liberación* (2º Ed.). Montevideo: Nordan-Comunidad.



FORO 2009 “JOSÉ LUIS REBELLATO”

Sonia Viera

Descriptores: Exclusión Social, Ética, Derechos Humanos, Democratización, Universidad, Participación Social.

Descriptors: Social exclusion, Ethics, Human rights, Democratization, Universities, Social participation.

Resumen: El pensamiento de José Luis Rebellato propone transformar la realidad que afecta al hombre contemporáneo, especialmente al excluido, es un pensamiento comprometido con los pobres. Convoca a la participación del hombre en lo que es, desde su cultura, desde su realidad, la participación que lo lleva a ser sujeto.

La liberación es un desafío colectivo y solidario, es decir, unido con el otro, en ayuda mutua. De ahí la importancia del otro. El otro, como otro diferente. Con reconocida igualdad de derechos, con igualdad de necesidades humanas que nos son comunes, pero diferentes.


Es en ese ámbito de dominación y concentración de poder, donde la ética y una práctica social liberadora deben comenzar la lucha. Construir un nuevo poder y nuevos valores éticos.

Vaya responsabilidad que nos han dado, hablar de José Luis Rebellato. Quiero recordar cuando lo conocí, en el Programa Apex, en el Cerro. Estábamos trabajando 10 o 15 personas, llegó con 3 papelógrafos, los pegó en la pared y en silencio fue recogiendo lo que decíamos, cuando terminamos leyó la síntesis y ahí estaba todo, nuestro pensamiento organizado en forma magistral.

La solidaridad aflorando en cada caso. En lo personal recuerdo una situación familiar muy difícil que me tocó vivir, no dudó un instante en ofrecer su apoyo cuando lo llamé, sin importar la hora, enseguida respondió, “vení a casa y charlamos, yo he vivido algo similar”.

Llegué de noche, con su humildad de siempre me escuchó, ofreció su palabra y su sabiduría.

Luego me acompañó a tomar el ómnibus, me contagió su calma, su serenidad.



He mencionado al pasar algunas de sus características personales: capacidad, humildad, solidaridad, sabiduría, calma, no me atrevo a seguir usando palabras, con los cuales no podría reflejar en su totalidad la grandeza de este ser humano que está presente entre nosotros con su mensaje de amor, de dignidad y de esperanza. Creía en los cambios profundos de la sociedad, en una Democracia integral, con fuerte base territorial y en los movimientos sociales, un escenario privilegiado para el aprendizaje y en el análisis de las relaciones para su transformación.

“En una Pedagogía del Poder enfrentada a la cultura autoritaria, que deposita la ciudadanía en mano de los expertos, los técnicos y los políticos.”

“No hay democracia auténtica sin la participación efectiva de la ciudadanía, en especial de los sectores populares y de sus organizaciones”.

Una democracia que impulsa la participación, el control, la gestión y la distribución del Poder. Opuesta al proyecto neoliberal imperante.

Los procesos emancipativos de construcción de poder se transformen en posibilidades para construir espacios de aprendizajes y de desaprendizajes.

La cultura dominante propugna relaciones de dominación y dependencia en todos los niveles de la sociedad, penetra profundamente la vida cotidiana.

Son los procesos de construcción de poder local, experiencias de gobiernos municipales, los que se convierten en instancias privilegiadas de Educación.

Refiriéndose a los Presupuestos Participativos nos dice que hay que articular la socialización de la política y la distribución de los recursos. Nos habla de los P. P. de Porto Alegre (Tarso Genro).

Distribuir los recursos sin socializar la política no representa gran cosa y puede abrir paso a cierto paternalismo, nocivo para la afirmación de la autonomía de los individuos y de las organizaciones de base de la sociedad.

Socializar la política sin tocar los recursos lleva al desaliento sobre la eficacia de la lucha política y al repliegue de la gente al ámbito cada vez más aislado de su vida privada.

La experiencia de los P. P. ha logrado democratizar la información sobre problemas públicos, hay que democratizar radicalmente la democracia, creación de instituciones nuevas que permitan decisiones compartidas.

Fortalecer el desarrollo de nuevos liderazgos.

“La Democracia Radical, significa también, radicalización del poder comunicativo y el fortalecimiento del espacio público no estatal y la articulación con formas representativas y formas democráticas directas.”

Aquí recordando al Che Guevara, nos habla de la novedad en la Democracia Radical, de hombres y mujeres nuevos que impulsan audazmente el proceso de recuperación de su inteligencia y de su poder.



El ejercicio del poder local debe apuntar a superar políticas sociales compensatorias. Un proyecto global de lucha contra la exclusión social, afectando severamente la distribución de la riqueza y el fortalecimiento de la participación directa de los actores sociales.

Queda así, la constatación que los problemas de la humanidad vive hoy: exclusión social y concentración de los asentamientos humanos en los centros urbanos no pueden ser tratados solamente con políticas compensatorias. La lucha contra la exclusión social exige políticas públicas que modifiquen la distribución de la riqueza y el poder (ciudades o países), concretando formas de participación directa de la población en las gestiones públicas.

Nos habla de una

Ética del Poder, de nuevas actitudes, nuevas identidades, nueva subjetividad y nuevos estilos de relación, una manera de entender el poder como servicio, sustentado en los sujetos populares quienes deben ejercer control sobre quienes los representan ('mandar obedeciendo'). Es una Ética basada en la solidaridad, en la justicia social, en el desarrollo de capacidades, que opere en forma contrahegemónica, sea frente a una ética débil (fragmentación posmoderna) y modelos neoliberales, para nada fragmentarios.

Los Modelos Neoliberales, no están en fase de retracción, sino en


una recomposición a la interna del modelo. Ejemplo: la Guerra del Golfo, la Guerra de Kosovo, la amenaza de invasión a Colombia, es una reacomodación geopolítica de la hegemonía imperial.

La Etapa Post-Neoliberal hay que construirla, a través de la lucha y del proyecto político fortalecido por una democracia con alta participación social y popular. Si los modelos neoliberales apuestan a una menor Democracia, las alternativas son una estrategia de mayor democracia (Perry Anderson).

Hay que fortalecer:

el carácter representativo, la descentralización, la participación ciudadana, la consolidación de organismos locales de representatividad ciudadana, la construcción de poder social y político, la participación y control ciudadano en el poder central del Estado, la implementación adecuada de medidas que impulsen una política de justicia distributiva a favor de los sectores más desprotegidos. Todo esto, en el marco de una construcción de un Proyecto colectivo de liberación.

La conflictividad en la construcción de la Democracia, debe cuestionar con firmeza los modelos de democracia basados en democracias restringidas, en democracias donde la gobernabilidad edifica la injusticia social y la exclusión, democracias preocupadas por establecer reglas de juego y reinstaurar la institucionalidad política, desconociendo los procesos de exclusión, desempleo, graves deficiencias en la calidad de vida de los sectores populares, democracias de mínimo o democracias



mínimas. Democracias donde el supuesto consenso se hace sin la participación de aquellos que están excluidos de la vida política, porque se los ha excluido de la vida sin más. No comparto la “ética de los mínimos” (Adela Cortina). Es una ética que parte del supuesto de una pluralidad de visiones de la vida, sin posibilidad de fundamento, lo que requeriría de procedimientos que nos permitan acordar un piso mínimo de valores.

Tampoco comparto el “pensar político sin barandilla” (Hanna Arendt). Concepción que no tiene suficientemente en cuenta la cruel división del mundo actual, que no es entre visiones distintas sino entre quienes cada vez acceden a más bienes y quienes cada vez sufren más la exclusión.

En la construcción de un mundo donde quepan todos los mundos, como nos lo recuerdan con sus luchas nuestros hermanos de Chiapas, no hay lugar pa-

ra mínimos; hay sólo lugar para el compromiso de construir una sociedad que asegure una vida digna.

No pido perdón por usar las palabras de José Luis, al contrario, las tomo con plena conciencia.

Gracias.

El trabajo fue realizado para participar en la mesa redonda en el PIT-CNT., con motivo de las jornadas preparatorias del I Congreso Latinoamericano “José Luis Rebellato” y X Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Las frases textuales pertenecen al libro *Ética de la Liberación*, al capítulo 4 “Educación popular y construcción de alternativas populares” (4.2).

Bibliografía:

Rebellato, J. L. *Ética de la Liberación*. Inéditos.

Rebellato, J. L. La Dimensión Ética en los Procesos Educativos. *Revista Latinoamericana de Educación y Política*.

Rebellato, J. L. *Ética y Calidad de Vida en el Desarrollo de una Práctica Social Transformadora. Teoría, Práctica y Praxis en la Obra de José Luis Rebellato*.



Normas de publicación Revista científica: APEX Cerro

*Laura Arispe
Nicolás Brum*

Revisión: Víctor Barranco

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

Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica, para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue, con sus objetivos y definir el problema de investigación, su importancia y la situación actual del tema a estudiar. Expondrá las contribuciones de otras investigaciones relevantes y hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y la 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. Comparar con otros resultados de investigaciones semejantes. Exponer nuevas vías de investigación, para otras pesquisas, terminar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

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

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

1. Aspectos generales

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


- 
- Se entenderá por artículo de investigación aquel trabajo que comunique resultados de investigación originales. Sólo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.
 - Sólo serán admitidos trabajos originales e inéditos. Es decir, los artículos no pueden haber sido publicados a través de ningún medio impreso ni electrónico.

2. Extensión de las contribuciones

- Artículos de Investigación: máximo del artículo 20 páginas (formato A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman tamaño 12).
- Ensayos, Opinión, Reportes y Misceláneas: No menor a 2 carillas (formato A4).

3. Categorías de las contribuciones

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

- 
-
- **Información:** documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como jornadas, congresos, cursos.
 - **Investigación:** relato de investigación original y concluida referida a la salud o áreas afines, siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

- **Los Artículos de Investigación deben 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 (Abstract). En idioma original e inglés con no más de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y conclusiones.

d) Normalización de descriptores: se aceptarán entre 5 y 7 descriptores, cuya existencia en español, portugués e inglés debe ser confirmada por el autor en la dirección electrónica de descriptores de Bireme: <http://decs.bvs.br> o a través de tesauros generales y/o específicos de cada disciplina.


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

f) Introducción: cuerpo o desarrollo del artículo (la numeración de la estructura del artículo o documento solo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras se deben identificar adecuadamente e ir acompañadas de la leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes).

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

h) Conclusiones: se desarrollará según el tipo de trabajo presentado.

i) Bibliografía y citas: se recomienda la utilización de la norma ISO 690 para asientos bibliográficos y citas. O en su defecto se permite el uso de los estilos indicados en el Publication Manual of the American Psychological Association, 5th edition (APA Style).



Ejemplos de la norma ISO 690.

ARTÍCULO DE REVISTA (SEGÚN ISO 690)

Elementos:

1. Autor(es) del artículo
2. Título del artículo
3. Título de la revista (subrayado) o con letra diferente
4. Volumen (cuando la revista lo incluye)
5. Número (anotar entre paréntesis)
6. Paginación (precedida de dos puntos)
7. Fecha (indicar mes y año)

REVISTA (SEGÚN ISO)

Elementos:

1. Título de la revista
2. Lugar de publicación
3. Volumen
4. Número (anotar entre paréntesis)
5. Fecha (indicar mes y año)

LIBROS (SEGÚN ISO 690)

Elementos:

1. Autor(es): ya sea institución o persona
2. Título de la publicación
3. Número de edición (excepto la primera)
4. Lugar de publicación
5. Editorial
6. Año de publicación
7. Paginación (si se trata de obras de más de un volumen, debe indicar el número de éstos)
8. Nota de serie



CAPÍTULO DE LIBRO (SEGÚN ISO 690)

Elementos:

1. Autor(es) del capítulo
2. Título del capítulo
3. En: (subrayado seguido de dos puntos), nombre del autor del libro, cuando éste difiere del autor del capítulo, seguido del título del libro.
4. En su: (subrayado y seguido de dos puntos), cuando el autor del capítulo es el mismo autor del libro.
5. Lugar de publicación
6. Editorial
7. Año de publicación
8. Paginación

REVISTAS ELECTRÓNICAS (SEGÚN ISO 690)


Elementos:

1. Autor(es), ya sea institución o persona
2. Título del documento (en letra cursiva)
3. Tipo de medio [entre corchetes]
4. Edición
5. Lugar de publicación
6. Editor
7. Fecha de publicación
8. Fecha de revisión/actualización
9. Fecha de consulta [requerido para documentos en línea; entre corchetes]
10. Capítulo o designación equivalente de la parte
11. Título de la parte
12. Ubicación dentro del documento original
13. Disponibilidad y acceso (requerido para documentos en línea)
14. Número internacional normalizado

ARTÍCULOS DE REVISTAS ELECTRÓNICAS (SEGÚN ISO 690)

Elementos:

1. Autor(es) del artículo o contribución, ya sea institución o persona
2. Título del artículo o contribución
3. Título de la revista o serie electrónica (en letra cursiva)
4. Tipo de medio [entre corchetes]
5. Edición
6. Volumen

- 
7. Número
 8. Día, mes y año
 9. Fecha de revisión
 10. Fecha de consulta [requerida para documentos en línea; entre corchetes]
 11. Ubicación dentro del documento original
 12. Disponibilidad y acceso (requerida para documentos en línea)
 13. Número internacional normalizado (ISSN)

PÁGINA WEB (SEGÚN ISO 690)

*** Como citar una página web:**

Autor: Apellidos, Nombre

Título: “página web, artículo, monografía, etc.”

Tipo de soporte: para páginas web: [en línea]


Edición: este elemento contiene información que hace referencia a una nueva edición, revisión o a una nueva versión. Las palabras edición, revisión, versión, etc., pueden abreviarse (ed., rev., ver.).

Lugar de publicación: editor, fecha de publicación, fecha actualización [Fecha de consulta] Importante, ya que la fecha de consulta es muy relevante en citas de páginas web, a menudo los enlaces o links no están operativos por cambio de url o desaparición de la web.

Para citar url: para citar url se puede acompañar o no con la frase Disponible en la web <http: //www.... >

Estivill, Assumpció; Urbano, Critóbal. “Cómo citar recursos electrónicos” [en línea]. 1 ver. Barcelona: Escola Universitària Jordi Rubió i Balaguer de Biblioteconomía i Documentación, 30 may. 1997 [fecha de consulta: 17 de marzo del 2008] Disponible en <http://www.ub.edu/biblio/citae-e.htm>

- Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Ésta sólo será efectiva a través de la Comisión Editorial de la revista.
- El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los árbitros, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el autor, debe ser entregado a la Comisión Editorial de la revista en un lapso no mayor a los 30 días.
- El trabajo no aceptado será devuelto al autor o autores con las observaciones correspondientes. El mismo no podrá ser arbitrado nuevamente.

- 
-
- Queda entendido que, una vez enviado el artículo a la revista e iniciado el arbitraje, el autor acepta este proceso, y en consecuencia se compromete a publicarlo sólo en la revista científica del Programa APEX CERRO.
 - El autor o autores, recibirán 5 ejemplares de la revista en los que aparezca publicada su investigación.

4. Formato de la presentación

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

5. Lista de comprobación de envíos:

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

6. Copyright:

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

7. Declaración de Privacidad:

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

Información para lectores:

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



Estadísticas de la Publicación Periódica:

Nombre de la Revista.

Fecha de inicio.

Cantidad de números publicados.

Cantidad de autores registrados.

Cantidad de lectores registrados.

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

Comisión Editorial de la Revista Científica.

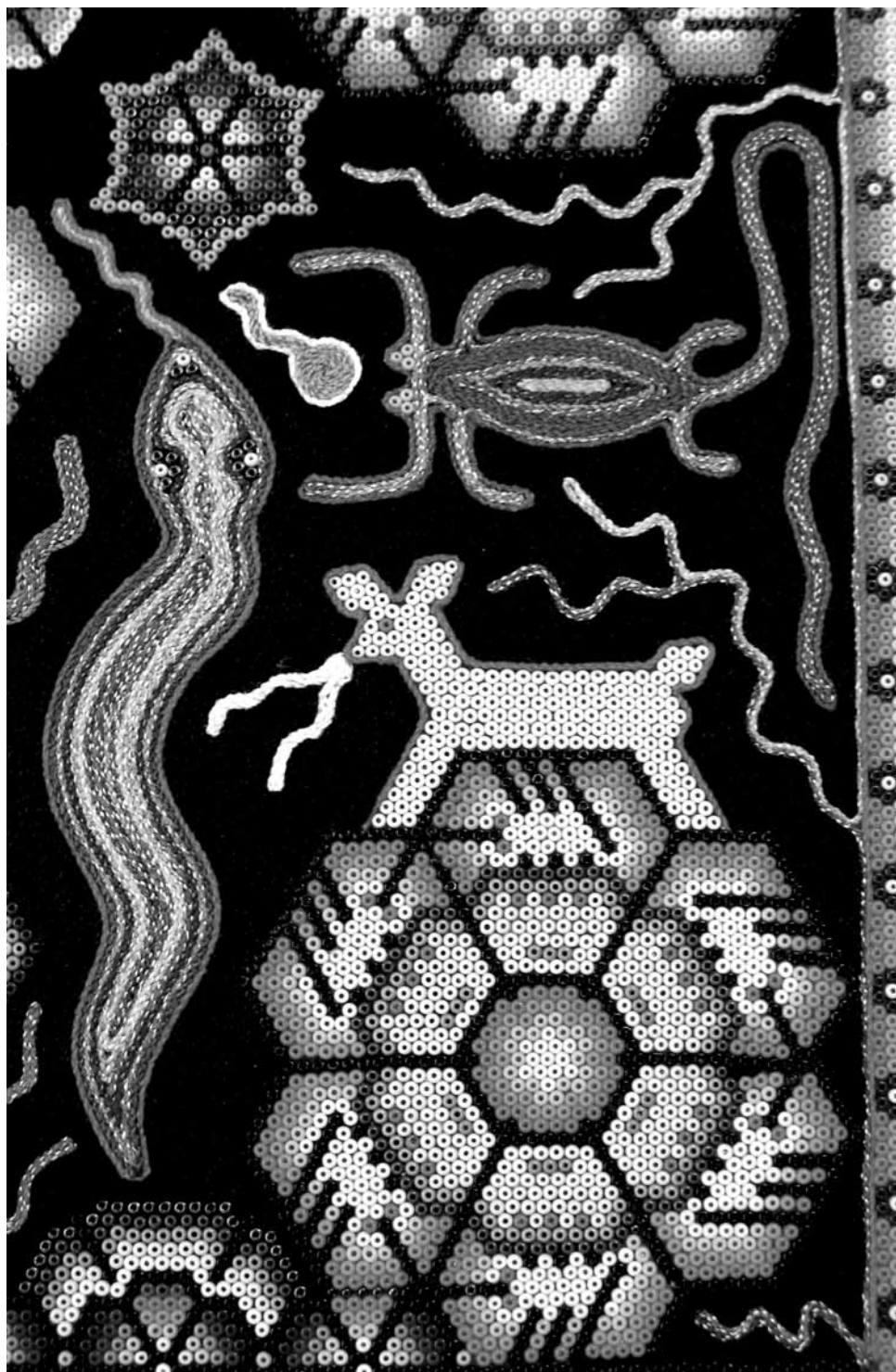
Universidad de la República

Programa APEX -Cerro

Haití 1606 código postal 12800

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: apex@apexu.edu.uy





AUTORES

Serrana Banchemo

Licenciada en Psicología. Integrante del Equipo Técnico Subprograma Adultos Mayores. Programa APEX–Cerro. UR.

Márcia Cançado Figueiredo

Professora Regente da Disciplina de Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Emilia M. Carlevaro

Doctora. EBO (Equipo Barrial Operativo) Casabó.

Liliana G. Copês

Ex-aluna do Curso de Extensão Universitária Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/FRGS.

Daniel Demetrio Faustino-Silva

Aluno do Curso de Mestrado em Odontopediatria da Faculdade Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/FRGS.

Olga Gómez

Médica Geriatra. Integrante del Equipo Técnico Subprograma Adultos Mayores. Programa APEX–Cerro. UR.

Raquel Palumbo

Licenciada en Nutrición. Integrante del Equipo Técnico Subprograma Adultos Mayores. Programa APEX–Cerro. UR.

Isaac Prilleltensky, PhD

Dean, School of Education

Erwin and Barbara Mautner Chair in Community Well-Being University of Miami

Adolfo Rubinstein

Profesor. Doctor. Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. Director Maestría en Efectividad Clínica. Facultad de Medicina. UBA. Presidente del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.



Susana Rudolf

Magíster. Directora del Programa APEX. Universidad de la República. Magíster en Psicología Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Enrique Saforcada

Profesor consultor titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología y Miembro de la comisión de maestría de la Maestría en Salud Pública–Universidad de Buenos Aires.

Darío Vallejo

Licenciado en Trabajo Social. Integrante del Equipo Técnico Subprograma Adultos Mayores. Programa APEX–Cerro. UR.

Sonia Viera

Maestra. Coordinadora del SubPrograma Infancia.

